



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**MARCELA FERNANDES DE ARAÚJO BATISTA DE MORAIS**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL NO NORDESTE DO BRASIL**

**NATAL/RN  
2016**

MARCELA FERNANDES DE ARAÚJO BATISTA DE MORAIS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL NO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador (a): Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

**NATAL/RN**

**2016**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Morais, Marcela Fernandes de Araujo Batista de.

Avaliação da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal no Nordeste do Brasil / Marcela Fernandes de Araujo Batista de Moraes. - Natal, 2016.

78f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

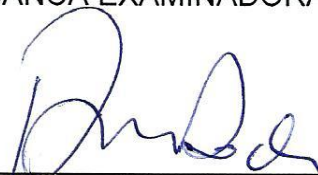
1. Avaliação em saúde - Dissertação. 2. Atenção primária à saúde - Dissertação. 3. Saúde materna - Dissertação. I. Rocha, Paulo de Medeiros. II. Título.

Marcela Fernandes de Araujo Batista de Morais

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO  
PUERPERAL NO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof<sup>o</sup>.Dr. Paulo de Medeiros Rocha – UFRN

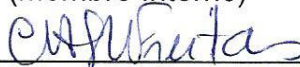
(Orientador)



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha – UFRN

(Membro Interno)



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cláudia Helena Soares de Morais – UFPB

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 11 de agosto de 2016.

Dedico este trabalho inicialmente a Deus, por ter me guiado em todos os momentos e me dado a dádiva de atingir meu objetivo. E, de modo muito especial, dedico aos meus pais, Batista e Rita, e a minha irmã, Renata, que sempre me estimularam a lutar pelos meus sonhos, mesmo que por vezes eu achasse tão difícil.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar alcançar esse objetivo, por me dar força e discernimento para superar as dificuldades, e por me mostrar que realmente tudo acontece no momento certo na nossa vida.

Aos meus pais, Batista e Rita, que com muito esforço e abdicção me deram o melhor estudo que podiam, e que nunca deixaram de acreditar no meu potencial e na minha vontade de crescer.

À minha irmã, Renata, a dona do melhor coração do mundo, sua paciência e disponibilidade foram fundamentais para me ajudar na minha trajetória.

Ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Paulo Rocha, por acreditar em mim e pacientemente ter caminhado nessa trajetória.

À professora Tatyana Rosendo, que com todo seu conhecimento e carisma, proporcionou-me conhecer ferramentas de trabalho, e sempre teve empenho, disponibilidade e paciência no desenvolvimento desse estudo.

Aos amigos que percorreram essa trajetória junto a mim, em especial quatro grandes amigas queridas que sempre ocuparão um lugar especial na minha vida, e que espero nunca perder contato. Obrigada Anne Christine, Anna Cristina, Anne Karelyne, e Laianny.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família e seus colaboradores, em especial às coordenadoras Prof<sup>a</sup> Sibeles e Maísa Paulino, por atuarem com muita dedicação e carinho

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

ESF- Estratégia Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PMAQ /AB - Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica

PSSI - Primeira Semana de Saúde Integral

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## RESUMO

No processo de construção do Sistema Único de Saúde se fortalece e se evidencia a importância da Atenção Primária à Saúde. Dentro desta há ações prioritárias, dentre as quais se encontra o acompanhamento pré-natal e puerperal. O presente estudo teve como objetivo avaliar a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na região Nordeste do Brasil através dos dados do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica. Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados secundários obtidos através do banco de avaliação externa dos dois ciclos realizados pelo programa. Participaram respondendo o instrumento, 5146 profissionais de saúde em cada ciclo de avaliação, e em relação aos usuários, responderam as questões voltadas ao pré-natal, 1732 mulheres no primeiro ciclo, e 2004 mulheres no segundo ciclo. Para as variáveis correspondentes ao puerpério, participaram 1743 mulheres no primeiro ciclo, e 1952 mulheres no segundo ciclo. Os resultados foram apresentados e discutidos em dimensões voltadas a estrutura, processo de trabalho no pré-natal e processo de trabalho no puerpério. No tocante à infraestrutura, observou-se melhoria em quase totalidade das suas variáveis, tendo apenas a disponibilidade de ácido fólico regredido de um ciclo para outro. Apesar desses avanços, algumas variáveis, tais como: baixa disponibilidade de testes rápidos de HIV, sífilis e gravidez, merecem destaque. Em relação ao processo de trabalho no pré-natal, os dados mostram grande deficiência em relação à educação em saúde, destaca-se também a regressão percentual na maioria das variáveis voltadas à orientação das mulheres. No processo de trabalho no puerpério foi identificado que um grande número de mulheres não realizou consulta puerperal. Para tanto, para as que realizaram, foi identificado um avanço importante no tocante a essa realização no prazo de até 10 dias. Também foi observada regressão quando analisada à visita do Agente Comunitário de Saúde na primeira semana pós-parto. No geral, quando comparados o primeiro com o segundo ciclo do programa, percebem-se avanços, embora ainda haja desafios a serem superados.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde, qualidade da assistência à saúde, acesso aos serviços de saúde, atenção primária à saúde, saúde materna.



## ABSTRACT

In the process of construction of the Single Health System (SUS), it is stronger and more evident the importance of National Primary Care (NPC). There are some high-priority actions, among others, the prenatal and puerperal assistance. The present study aimed to evaluate women's health care in the pregnant and puerperal cycle in the Northeast of Brazil through the data of the NPCAQIP. It is an evaluation study, with quantitative approach. The data used was obtained through the external evaluation bank of the NPCAQIP. The number of participants who took part in the study was 5146 health care professionals on each cycle of evaluation, and concerning the clients, 1732 women on the first cycle took part in the study answering questions related to prenatal and 2004 women on the second cycle. For the variable concerning the puerperium, 1743 women took part on the first cycle and 1952 women took part on the second one. The results were presented and discussed in different dimensions related to structure, process of work in the prenatal and process of work in the puerperium. Concerning the infrastructure, it could be noticed an almost total improvement of its variables, just with regression of the availability of folic acid from one cycle to another. Despite this progress, some variables deserve attention, such as: low availability of HIV, syphilis and pregnancy rapid tests. In relation to the process of work in the prenatal, data showed great deficiency related to health education, it is also highlighted the percentage regression of women orientation on most variables. In the process of work in the puerperium it was identified that a considerable amount of women did not have puerperal consultation. Therefore, for the ones who had, it was identified a progress related to the importance of having this consultation within 10 days. It was also observed the regression of the visit of the Community Health Agent on the first week post-partum. In general, when we compare the first and second cycles of the program, it can be noticed advances, however there are still some challenges to be overcome.

**Key-words:** health evaluation, health assistance quality, access to health services, primary health care, maternal health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>18</b>
2.1 O cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.....	18
2.2 Avaliação na atenção primária à saúde.....	23
2.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).....	28
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos.....	32
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
4.1 Tipo de Pesquisa.....	33
4.2 Universo da Pesquisa.....	33
4.3 Coleta de Dados.....	34
4.4 Variáveis.....	34
4.5 Análise dos Dados.....	38
4.6 Aspectos Éticos.....	38
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
5.1 Sujeitos da Pesquisa.....	39
5.2 Avaliação da Estrutura.....	40
5.3 Avaliação do Processo de Trabalho no Pré-natal.....	44
5.4 Avaliação do Processo de Trabalho no Puerpério.....	48
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
6.1 Avaliação da Estrutura.....	52
6.2 Avaliação do Processo de Trabalho no Pré-natal.....	57
6.3 Avaliação do Processo de Trabalho no Puerpério.....	63
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A concepção de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos Sistemas de Saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês buscou, de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MENDES, 2012).

O Relatório Flexner instituiu a medicina científica, que tem foco na doença, na livre demanda e ação individual curativa e mecanicista. A crise gerada por esse paradigma incentivou a organização de vários fóruns e em 1978, com a Conferência Internacional de Alma-Ata, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi formulada a Atenção Primária à Saúde (APS) que recomendava uma abordagem à saúde voltada para coletividade e integração das ações de promoção, prevenção e cura (BRASIL, 2002; MENDES, 2012).

A Conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, científicas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (BRASIL, 2002; MENDES, 2012).

A APS tem sido reconhecida como um dos elementos chave de um sistema de saúde eficaz. Experiências semelhantes de países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos demonstraram que a APS pode ser adaptada e interpretada para se

adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais. Esse sistema deve ser composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantam a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade (OPAS, 2008).

Starfield (2002) coloca que a APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, a qual representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Esta, caracteriza-se, especialmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema; enfatiza a presença de outras três características, e atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, esses atributos podem ser avaliados separadamente.

Saltman, Rico e Boerma (2010), em um estudo sobre os sistemas de saúde europeus, destacam que a Atenção Primária refere-se ao primeiro contato de atenção ambulatorial diretamente acessível, para problemas de saúde não selecionados; oferece serviços diagnósticos, reabilitadores e paliativos como resposta ao volume desses problemas; oferece prevenção a indivíduos e grupos de risco na população a que servem; considera o contexto pessoal e social dos pacientes; é prestada por uma variedade de disciplinas, tanto na atenção primária, secundária, como em setores relacionados; assegura aos pacientes a continuidade da atenção ao longo do tempo, assim como entre os profissionais.

Lavras (2011) aponta que duas concepções de Atenção Primária à Saúde são predominantes, a de cuidados ambulatoriais ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, sob forma seletiva ou ampliada. Em alguns países, a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que objetiva responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. Em outros, particularmente em vários países europeus e no Canadá, a atenção

primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema.

Ao longo do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se evidencia a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Os esforços governamentais nas três esferas administrativas, na academia, e em muitas instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde pública no Brasil é essencial para um bom desempenho destes. Constituindo-se uma prioridade nesse, vários estudos têm demonstrado que sistemas nacionais de saúde com ações primárias como eixos organizadores alcançam melhores indicadores de saúde, reduzem custos e propiciam maior satisfação dos usuários (BRASIL, 2011a; STARFIELD, 2002, PAIM et al., 2011).

A Norma Operacional Básica (NOB)-SUS 01/96 introduziu a idéia de SUS municipal. Com essa descentralização, a APS foi municipalizada, expandindo o acesso e avançando no processo de universalização dos serviços, a partir de um panorama com grande heterogeneidade e diferentes aspectos organizacionais da rede pública entre as várias regiões e municípios brasileiros. Nesse contexto, a qualidade dos serviços tornou-se um dos principais desafios a serem enfrentados, assim como vem ocorrendo em outros países desde a década de noventa (ANDRADE et al., 2000; PAIM et al., 2011; VERAS; VIANNA, 2009).

Em 2011, o Decreto 7.508 veio regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nessa publicação, é destacado o papel ordenador da atenção primária dentro do SUS, no qual o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente

As distintas interpretações da abrangência da atenção primária nos diversos países, sua complexidade conceitual e a evolução de sua prática levaram à utilização de diferentes termos para denominar essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Da atenção primária proposta em Alma-Ata até hoje, surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade

em relação à proposta original. A designação Atenção Básica, adotada pelo governo brasileiro, objetivou, portanto, contrapor-se à proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres que visava reduzir a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global. E, buscou resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema pautado na universalidade e integralidade, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

A fragmentação clínica é uma realidade tanto internamente a cada serviço, quanto externamente, nos diversos níveis do sistema de saúde. Para superar esse modelo vários esforços têm sido realizados pelo governo federal objetivando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e garantia do acesso dos usuários. Nessa perspectiva, surgiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma das propostas do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-a 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 na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012<sup>a</sup>).

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária através da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e

continuada. Em expansão por todo o território nacional, é um conjunto de ações e serviços que ultrapassam a assistência médica, organizando-se de acordo com as necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (BRASIL, 2012a).

As equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, pois é o ponto de atenção para melhor acolher suas demandas, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado (BRASIL, 2013).

A ação da atenção primária na comunidade caracteriza-se por ações individuais e coletivas, desempenhadas e acompanhadas por equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) que tem como objetivo principal a promoção da saúde, a prevenção de agravos, ao diagnóstico, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nesse contexto, ações como acompanhamento gineco-obstétrico, de saúde bucal, imunização, planejamento familiar, ações educativas, visita domiciliar e acompanhamento puerperal são ofertadas às mulheres assistidas pela ESF (MARTINS et al, 2010; BRASIL, 2012b).

Dentre as ações prioritárias da ESF voltadas à saúde da mulher está o acompanhamento pré-natal, o qual visa assegurar o bom desenvolvimento da gestação, permitindo o nascimento de uma criança saudável. Os persistentes elevados índices dos indicadores de saúde, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, têm justificado a manutenção e o surgimento de novas ações e políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2012b; CASTRO, MOURA, SILVA, 2010).

Para uma assistência pré-natal e atenção puerperal efetiva, deve-se procurar garantir o acolhimento com disponibilização de recursos humanos, área física e oferta dos exames de rotina. Esse acompanhamento constitui-se num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de observar a evolução da gravidez, bem como, 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 (GONÇALVES et al., 2008).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituiu parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser ofertado às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade. Como requisitos mínimos foram elencados: o início precoce do acompanhamento pré-natal, quantidade mínima de seis consultas, duas rotinas de exames básicos, imunização contra o tétano e consulta puerperal até 42 dias, devendo esses dados ser registrados no SISPRENATAL, instrumento do sistema de informação do programa (BRASIL, 2002a; SERRUYA, LAGO, CECATI, 2004).

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, estabeleceu a utilização dos seguintes indicadores de processo: Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município); percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal; percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos; percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos; percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

Como indicadores de resultado, a Portaria estabeleceu: percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município e percentual de recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município. Como indicadores de impacto, estabeleceu-se: coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior; coeficiente de incidência de tétano neonatal no município, comparando com o do ano anterior; razão de mortalidade materna no município, comparando com o do ano anterior; coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município, comparando com o do ano anterior; coeficiente de mortalidade neonatal total no município, comparando com o do ano anterior.

A partir da inserção dos dados no SISPRENATAL por todos os municípios brasileiros, esses são inseridos no Datasus. O programa disponibiliza instrumentos



de coleta e as informações devem ser digitadas posteriormente. Qualquer entrave na transcrição de dados do acompanhamento da gestação do cartão da gestante para a planilha e desta para o sistema pode resultar em informação incompleta ou indisponível (ANDREUCCI et al, 2011). FERRAZ et al (2013) coloca em seu estudo que é necessário referir que os bancos de dados podem não retratar de forma autêntica a realidade da atenção pré-natal executada nas unidades básicas. As perdas com os campos não preenchidos demonstram as fragilidades das informações obtidas com o processamento dos dados, comprometendo a caracterização mais detalhada da qualidade da assistência. É necessário capacitar tanto os enfermeiros que realizam cadastramento da gestante nas unidades de saúde, quanto os profissionais responsáveis pela digitação desses dados no programa, sendo esses procedimentos importantes ao bom desenvolvimento do SISPRENATAL, e responsáveis pela informação correta (GRANGEIRO et al, 2008).

Visando a melhoria da qualidade dos serviços, muitos esforços vêm sendo realizados através do monitoramento e avaliação dos processos e resultados. Nessa perspectiva, em 2011, foi lançado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Através da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil, possibilitando colocar a avaliação como estratégia para tomada de decisão. Suas diretrizes são mobilizar e responsabilizar os atores sociais mudando a cultura da gestão, desenvolvendo os serviços e trabalhadores visando à satisfação do usuário (BRASIL, 2011c).

A avaliação da Atenção Básica em Saúde é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão. Envolve os componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão. A avaliação é um instrumento político em busca de poder para modificar/influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde (TANAKA, 2011; TANAKA E MELO, 2008).

A concepção do processo avaliativo tem que estar em sintonia com o contexto do objeto a ser avaliado, com as necessidades de saúde da população, com os problemas de saúde, com a identificação dos atores com poder decisório, com os que têm a capacidade técnica de implementá-las e com as políticas, estratégias e prioridades do setor saúde. O avaliador tem de conceber um processo avaliativo através da escolha de metodologias, indicadores e parâmetros que contemple essa diversidade de aspectos e que direcione as decisões e as ações para propiciar o máximo de benefício à saúde da população (VIEIRA, 2005).

O processo avaliativo tem que envolver não só aqueles que são responsáveis pela tomada de decisão, mas também aqueles que serão responsáveis pela implementação das ações decorrentes da decisão tomada. Pelo fato de constituir uma cadeia de eventos, se um deles não executar a tarefa que lhe é devida, a ação não será concretizada (TANAKA, 2012).

Em um cenário de investimento na melhoria da qualidade dos serviços e na busca de uma atenção eficaz à saúde da mulher, sobretudo no âmbito obstétrico com vistas à concretização da redução da mortalidade materna e infantil, é de extrema relevância destacar a importância de conhecer e discutir os resultados dessa avaliação. Dois ciclos de avaliação do PMAQ já foram realizados, o primeiro em 2012 e o segundo em 2013, no entanto muitos profissionais ainda não conseguiram visualizar ou fazer análise dos dados e comparar a evolução de um ciclo para o outro. Nessa ótica, a realização de análises acerca dos dados gerados pelo PMAQ pode mostrar a contribuição que essa estratégia vem proporcionando as equipes de saúde, e principalmente aos seus usuários.

Diante disso, o presente trabalho mostra relevância no contexto da avaliação da atenção à saúde da mulher nos serviços de saúde da APS do Nordeste, como também tenta contribuir com informações para os profissionais de saúde acerca da análise dos dados oferecidos pelo PMAQ-AB, buscando a identificação dos componentes de acesso, qualidade e resolutividade. É mister que se discuta e implemente medidas que contribuam para a melhoria da saúde da mulher, como também contribua para a redução do índices de mortalidade materna e infantil. De acordo com dados mostrados pelo DATASUS, no período de 2010 a 2014, na Região Nordeste, esses índices se mantiveram muito uniformes, sendo mais de 400 óbitos maternos por ano, média de 11.000 óbitos fetais por ano e mais de 12.000 óbitos infantis a cada ano.

Como profissional de saúde que já esteve inserida no PMAQ em ambos os lados, como avaliadora externa e como profissional integrante de equipe cadastrada no PMAQ, como também ter atuado no ano de 2013 na gestão, como membro de Secretaria Municipal de Saúde do município de Caicó e também como participante do grupo condutor da Rede Cegonha na Região do Seridó. Conhecendo as fragilidades, entraves e lutas pela consolidação dessa rede, surgiu o interesse de discutir a avaliação da atenção à saúde da mulher, mais especificamente na fase da gestação e atenção ao pós-parto, visto que são todos aspectos entrelaçados.

Assim, o presente estudo traz como pergunta norteadora a seguinte questão: como está a atenção à saúde da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal na Região Nordeste do Brasil, segundo os indicadores do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)?

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal**

No contexto atual, a política de assistência à saúde da mulher no Brasil ainda continua sendo construída, pois historicamente, o percurso do movimento social que legitimou os direitos reprodutivos dessa clientela, é muito recente. Em 1984, o Ministério da Saúde do Brasil, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo, passando a elaborar programas direcionados à saúde reprodutiva, seguindo diretrizes internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) para o alcance da melhoria da assistência obstétrica (BRASIL, 2004; LEITE, PAES, 2009).

Outra estratégia que se direcionou dentre vários grupos, também ao cuidado à mulher, foi à criação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (1991) e o Programa Saúde da Família (1994), cujas atividades intencionavam articular as várias ações estratégicas por parte das equipes de saúde, incluindo o cuidado relativo à reprodução e sexualidade nas diferentes faixas etárias, visando à universalização do acesso e à garantia da integralidade assistencial (Levy, Matos, Tomita, 2004).

O Ministério da Saúde implantou por meio de portarias ministeriais no ano 2000, um conjunto de ações que constituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujas características principais são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, vislumbrando principalmente a reorganização da assistência e vinculação ao pré-natal, ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantindo a qualidade da assistência com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (Brasil, 2000).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), essa ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da

assistência, criando mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação para os estados e municípios. No tocante a saúde da mulher, a NOAS estabeleceu para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, e para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2001; COELHO, 2003). Nessa perspectiva de melhoria da atenção, em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja finalidade foi reduzir a taxa de mortalidade infantil pelo atendimento humanizado (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual estabelecia que o SUS devesse estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde, abrangendo as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2004b).

Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. O pacto dividiu-se em três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Dentre as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida destacava-se a atenção à saúde da mulher, representada pelos objetivos: a redução da mortalidade infantil e materna e redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama (BRASIL, 2006a). Também nesse mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica, a qual transformou o Programa de Saúde da Família (PSF) em uma estratégia de abrangência nacional, marco importante para a Atenção Primária do país e importante serviço de saúde para a mulher (BRASIL, 2006b).

Em 2008, considerando que as causas perinatais para a mortalidade infantil mostravam-se como um dos maiores desafios para as instituições de saúde

brasileiras envolvidas com a assistência à mulher grávida e ao recém-nascido e que quando comparado recém-nascidos de mesma idade gestacional e peso ao nascer das Regiões Norte e Nordeste com as regiões mais desenvolvidas do Brasil, Sul e Sudeste para recém-nascidos de muito baixo peso, havia um excesso estimado em 40%, foi instituída como estratégia para redução da mortalidade perinatal no Norte/Nordeste, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. Essa teve como objetivo contribuir para a redução da mortalidade perinatal por meio de aprimoramento nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, nos Estados do Norte e Nordeste do Brasil (BRASIL, 2008).

Como estratégia para a melhoria da saúde materno-infantil, bem como a redução da mortalidade, em 2011, através da Portaria 1.459 foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Como componente dessa rede de atenção, está a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual visa reorganizar a Atenção Básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida por todos os entes federados, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (BRASIL, 2012 a).

Como um dos principais constituintes das ações da ESF, encontra-se o acompanhamento pré-natal, o qual busca 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 (BRASIL, 2012b). Esse acompanhamento é um dos principais constituintes da Atenção Básica e dispõe de indicadores formais para o seu monitoramento. A forma como é desenvolvido pode ser indicativa da qualidade dos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al, 2012, OLIVEIRA et al, 2013).

A assistência pré-natal é um componente que contribui para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil, pois possibilita o diagnóstico e tratamento de complicações que podem surgir ao longo da gestação, bem como a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos por

meio de procedimentos rotineiros e básicos durante a assistência à gestante. Para isso, é imprescindível que os serviços e os profissionais de saúde estejam preparados. O profissional que presta atendimento a gestante deve estar atento a fatores de natureza física, bem como a de ordem emocional, econômica e social, uma vez que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento. (PEIXOTO et al, 2011; BRASIL, 2009).

A assistência pré-natal contribui para desfechos mais favoráveis ao possibilitar a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que acarretam complicações para a saúde da mulher e da criança, reduzindo a morbimortalidade materno-fetal. Em nações desenvolvidas tem sido confirmado que as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção como: más-formações congênitas, descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão. Entretanto, em países em desenvolvimento, predominam óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção por meio de adequada assistência pré-natal, como síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecção urinária complicada (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012).

Talvez o indicador central do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais dispensados no primeiro trimestre de gestação são usados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Se o início precoce do pré-natal é fundamental para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número ideal seria igual ou superior a seis. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais, no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012 b).

O ciclo gravídico-puerperal deve ser visto de forma integrada. Durante o período puerperal a mulher necessita ser atendida em sua totalidade, através de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar. Os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para perceber e atender as reais necessidades apresentadas por cada mulher, qualificando o cuidado dispensado (VIEIRA et al., 2010).

Dentro do Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM), foi colocada a proposta de abordagem da mulher como um sujeito de cuidado que deve ser percebida e, assistida em sua singularidade, não focando apenas os aspectos biológicos, mas todas as suas dimensões. A partir de então, o puerpério passou a ser incluído como período que merece atenção especial dos serviços de saúde (HOFFMANN, 2008).

O puerpério é a fase do ciclo gravídico- -puerperal em que as transformações provocadas pela gravidez e parto no corpo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico. Nos primeiros dias após o parto, a mulher vivencia uma mistura de sentimentos, que vão da euforia pelo nascimento do filho ao medo e insegurança nos cuidados que devem dispensar a ele (STRAPASSOM E NEDEL, 2010; LARA E FERNANDES, 2010). Uma atenção puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Para tanto, é preciso um olhar abrangente sobre processo saúde/doença, valorizando os aspectos subjetivos envolvidos na atenção e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2006c).

No contexto da Atenção Básica, esse é um período que deve ser valorizado e cuidado pela equipe, pois propicia à mulher ferramentas e suporte para cuidar de si e do filho de uma forma qualificada. As ações dos profissionais de saúde, portanto, devem ser permeadas pela valorização das singularidades e necessidades dos sujeitos (CHAVES et al., 2011).

Na perspectiva dessa relevância, alguns estudos vêm sendo produzidos com utilização de diversas metodologias. Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade da atenção pré-natal e puerperal as adolescentes com filhos nascidos vivos em instituição pública de saúde de Teresina, Piauí. Foram utilizados dois instrumentos, elaborados pelos autores, que foram respondidos através da análise de prontuário e entrevista com as adolescentes. Identificou-se que mais da metade das mulheres iniciou o pré-natal precocemente e o número de consultas de pré-natal foi inadequada. A maioria realizou exames de pré-natal de rotina, 75% tiveram as mamas examinadas e 88,6% foram orientadas sobre aleitamento materno. A atenção puerperal foi intermediária para 38,6% das mulheres, 52,3% não retornaram à unidade de saúde e tampouco receberam visita domiciliar, 70,5% foram orientadas sobre os métodos contraceptivos e 93,2%, sobre aleitamento materno.



Um estudo realizado na cidade de Sobral, estado do Ceará, buscou avaliar a estrutura da atenção ao pré-natal nos territórios da Estratégia Saúde da Família do referido município. Para tal, como técnicas de coleta dos dados foi utilizado um questionário seguido de observação não-participante. O formulário abordou as seguintes variáveis: I. estrutura física e agendamento; II. Equipamentos e insumos para semiotécnica; III. material para coleta de exame colpocitológico; apoio laboratorial; Impressos; IV. medicamentos e IV. educação em saúde. Para cada variável foram apontados conceitos de: adequado, inadequado ou inexistente, de acordo com as normas do Ministério da Saúde. O instrumento de coleta de dados utilizado foi elaborado pela equipe do Trevo de Quatro Folhas de Sobral, juntamente com a Preceptoria de Enfermagem, baseados nos parâmetros do Ministério da Saúde. Dos quatorze Centros de Saúde investigados, quatro se mostraram com indicadores adequados para o pré-natal, salientando que entre esses quatro, um foi o que mais apontou inadequação na sua estrutura (NETO et al., 2008).

Em Fortaleza/ Ceará, foi realizado um estudo que objetivou verificar a qualidade do pré-natal de acordo com os critérios estabelecidos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Os dados foram coletados por meio de entrevista realizada com base em formulário pré-estabelecido, contendo perguntas sobre variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas, durante a consulta de enfermagem ao pré-natal com 75 gestantes. Foram evidenciados obstáculos importantes para uma boa qualidade do pré-natal, como: déficit na solicitação dos exames laboratoriais de segunda rotina no pré-natal, número significativo de gestantes em quem não foi verificada a apresentação fetal e um pequeno número de gestantes que não se encontrava com o esquema vacinal atualizado (VALENTE et al., 2013).

## **2.2 Avaliação na Atenção Primária à Saúde**

Avaliar consiste basicamente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, implementando um dispositivo apropriado para fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, objetivando proceder de modo a que os distintos atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes,

estejam capazes a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE et al, 2011).

Uma intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa busca analisar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas. Ela se insere em um processo de verificação da conformidade dos componentes da intervenção em relação a referências. A pesquisa avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes elementos da intervenção (BROUSSELLE et al, 2011).

A avaliação no ponto de vista da qualidade foi sistematizada na década de oitenta por Donabedian. Grande parte dos estudos desenvolvidos nessa área tem se baseado no quadro conceitual proposto por esse autor, o qual apresenta duas vertentes principais: o modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes de estrutura, do processo e do resultado, e a segunda, a qual se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade – efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (SAMICO et al, 2010).

No modelo sistêmico, a estrutura representaria às características relativamente estáveis de seus provedores, aos instrumentos e recursos, como também as condições físicas e organizacionais. O processo se refere às atividades, bens e serviços que são prestados e como o são. Os resultados observam os efeitos a partir dos objetivos propostos pela intervenção, ou seja, as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, modificações relacionadas com conhecimentos e comportamentos e aqueles relativos à satisfação dos envolvidos no cuidado – usuários e profissionais (SAMICO et al, 2010).

O modelo construído por Donabedian está entre os mais utilizados. Esse modelo parte do pressuposto que boas condições de estrutura são favoráveis para um bom processo, que aumenta a probabilidade da ocorrência de desfechos positivos. (DONABEDIAN, 1988; NIQUINI et al, 2010; MOURA et. al, 2010). É imprescindível que haja compreensão de que as fragilidades estruturais e diferentes limitações associadas com a organização da unidade ou do sistema local de saúde contribuem para a desumanização do trabalho e da atenção, que por sua vez

repercutem negativamente em diferentes aspectos do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes (TRAD E ROCHA, 2011).

De acordo com Minayo (2005), a avaliação é um processo sistemático de questionamentos sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais comumente tem muitos sentidos, sendo o mais nobre, o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos. Avalia-se para mudar, para melhorar.

A avaliação é um processo comum em algumas áreas e vem ganhando destaque no setor saúde. Estudos abordando práticas avaliativas trazem variadas terminologias e metodologias que vêm sendo propostas e utilizadas para alcançar os propósitos aos quais se destinam as avaliações. A avaliação em saúde tem diversos conceitos e práticas por se constituir como um processo crítico reflexivo, contínuo e sistemático desenvolvido no âmbito das instituições de saúde. Pelo fato de a avaliação em saúde não ser um procedimento apenas de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, é preciso que a mesma tenha como prática o desenvolvimento de relação entre atores sociais (NOVAES, 2000; BRASIL, 2003).

A avaliação desempenha um importante papel, pois pode determinar sucessos e fracassos do passado, como também ser capaz de identificar, descrever empiricamente, e monitorar problemas, aumentando o conhecimento atual, bem como desenvolvendo e comparando soluções. Nesse percurso tem a capacidade de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde, mesmo se confrontando com a complexidade do campo, caracterizado por diversos fatores que condicionam a saúde e a doença, o que faz com que a sua construção seja revestida de características e se pautem em princípios próprios para produzir os resultados esperados na saúde da população (GONÇALVES, 2012; TANAKA, TAMAKI, 2012).

O processo avaliativo dos serviços de saúde visa fundamentalmente dar suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente a priorização dos investimentos, subsidiando a identificação de problemas e auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população. Avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos serviços, assim como o impacto no estado de saúde dos grupos populacionais, também é parte integrante deste processo (GONÇALVES, 2007).

Considerando a diversidade de modelos e a intensidade com que a Atenção Primária à Saúde se apresenta em diversos locais, muitos consensos sobre conceitos e estudos acerca de métodos de avaliação vêm sendo desenvolvidos mundialmente, procurando construir ferramentas que auxiliem a gestão e o planejamento. Nesse âmbito, a avaliação ganha ainda mais destaque, principalmente nos países que vivenciam reformas em seus modelos de assistência à saúde, como é o caso do Brasil. Distinguir os serviços ambulatoriais baseados na APS daqueles que somente realizam ações programáticas mínimas é essencial para implantação de políticas públicas efetivas e equitativas (BOSI, UCHIMURA, 2007; DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA et al., 2007).

Desde os anos 90, os trabalhos avaliativos voltados à implantação de programas vêm crescendo com a utilização de diferentes instrumentos e metodologias. O instrumento nacional pioneiro e mais difundido utilizado nesse processo foi o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, sendo uma estratégia de acompanhamento de indicadores de saúde e formalização de metas entre as três esferas de gestão e que teve grande difusão entre as secretarias estaduais de saúde. No entanto, foi com o incentivo do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), que se desenvolveu o maior número de estudos no Brasil (BRASIL, 2004c ; FACCHINI et al., 2008). Buscando estruturar, fortalecer a Atenção Básica guiada na saúde da família em municípios com mais de 100 mil habitantes, o Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial (BIRD), propôs o PROESF. Além do seu componente de implementação e melhoria da qualidade da assistência à saúde, destacou-se os Estudos de Linha de Base (ELB) cujo foco foi a avaliação dos contextos iniciais (2004) com vistas à avaliação posterior de impacto (2008) e à institucionalização dos processos avaliativos (ROCHA et al, 2008).

Preocupados com avaliação da Atenção Básica (AB) no Brasil, o Ministério da Saúde através da Portaria GM 676 de 03 de junho de 2003, estabeleceu uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no nível central. Essa comissão elaborou o Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, o qual objetivou estabelecer consensos sobre a concepção de AB, sobre avaliação da situação de saúde da população e quais os objetivos a ser considerados na avaliação da AB (BRASIL, 2003b).

Assumindo o seu compromisso de contribuir com a consolidação da Política e Avaliação da AB, o MS propôs a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), uma importante ferramenta utilizada especificamente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família para a qualificação das ações de saúde e do cuidado prestado à população. Gestores municipais aderiram ao programa de modo voluntário e participativo. A AMQ propôs uma auto-avaliação aos atores envolvidos no processo: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes, orientando a elaboração de estratégias de intervenção para a resolução dos problemas identificados, teve sua base no MoniQuOr (Instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal) e utilizou a abordagem sistêmica de Donabedian (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010; VASCONCELOS, 2011). Portugal e Brasil são países com fortes laços históricos, políticos e culturais. Na área da atenção primária em saúde, trocas de experiência e intercâmbios científicos têm sido realizados. Portugal é um dos países europeus que mais desenvolveu instrumentos de avaliação para utilização em cuidados de saúde primários. O Brasil fez esse reconhecimento ao utilizar a ferramenta portuguesa (SOUZA et al, 2013).

Em 2010, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, por meio do Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica, divulga um instrumento: Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Básica, o Quali AB. Esse instrumento teve como foco a organização das práticas no cotidiano dos serviços, procurando situar-se nos limites entre uma avaliação normativa – com a quantificação de elementos formais que mostre as condições do êxito técnico – e uma avaliação formativa – aquela que enfatiza o aprendizado, que produz para os sujeitos implicados na avaliação informações que contribuam para a superação de obstáculos identificados. O instrumento foi desenhado para ser autorrespondido pelos serviços de Atenção Básica sob responsabilidade direta do gerente local. A adesão à pesquisa foi definida pelo gestor municipal de saúde após apresentação do projeto e do instrumento de investigação em reuniões regionais (CASTANHEIRA et al, 2011).

Outro instrumento utilizado para avaliação da APS foi o PCATool. A validação desse instrumento, realizada nos EUA, resultou em um conjunto de 92 itens relacionados com confiabilidade e validade para avaliar aspectos de estrutura e processo da orientação à APS. No Brasil, a versão do PCATool-Infantil aplicada aos

cuidadores da população menor de dois anos de idade, usuários dos serviços da rede de atenção básica da região sul de Porto Alegre-RS, foi validada em 2004 e resultou em um instrumento com 45 itens contemplando os atributos essenciais e derivados. Depois de uma revisão, em 2010 foi validada uma nova versão deste instrumento composta de 55 itens. Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (BRASIL, 2010b; OLIVEIRA, HARZHEIM et. al. 2013).

A mais recente estratégia para avaliação da APS lançada pelo Ministério da Saúde (MS) é o PMAQ, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, o qual será abordado mais detalhadamente a seguir.

### **2.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)**

Em 2011, através da Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, 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 Atenção Básica em Saúde.

Essa foi a primeira vez que o Estado vinculou o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica, representando um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica e anunciando mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2011d), no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova Política Nacional de Atenção Básica, chamada de 'Saúde Mais Perto de Você', o PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. Aposta-se na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas

locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica e as potencialidades locorregionais.

Constante na Portaria 1.654 /2011, o programa é composto de quatro fases: I) adesão e contratualização; II) desenvolvimento; III) avaliação externa e IV) recontratualização. Na fase de adesão, equipes de unidades de saúde, gestores municipais e estaduais assumem compromissos com o MS. A fase II prevê a utilização de um questionário denominado AMAQ, Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade, um instrumento para auxiliar no planejamento e reorganização das ações, respondido pela equipe da unidade, coordenadores e gestores municipais. Na fase III, a unidade de saúde recebe a visita de uma comissão de avaliação externa, que classificará seu desempenho em regular, bom ou ótimo, havendo a possibilidade de duplicar o valor do incentivo financeiro recebido. A fase IV constitui-se na recontratualização por mais um ano, com o estabelecimento de novos padrões e indicadores de qualidade a fim de estimular a institucionalização e sistematização do processo de avaliação.

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) colocam que a criação do PMAQ visa principalmente que suas diretrizes se consolidem por meio de uma cultura de negociação e gestão comprometida com a mudança do modelo de atenção e gestão, o desenvolvimento da equipe e a orientação dos serviços em função das necessidades de saúde dos usuários.

O PMAQ-AB, ao ofertar amplo espectro de situações a serem analisadas e transformadas em cada local, não se propõe a neutralidade, como se qualquer sentido e direção de mudança fosse desejável. O programa sugere e valoriza certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com vasto espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo (BRASIL, 2011d).

De forma geral, o PMAQ-AB busca provocar movimento, é através da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado. Se as fases organizam uma dinâmica e um sentido geral, são os padrões que ofertam os significados e conteúdos específicos. Padrões formulados e auferidos diretamente na realidade local, como prática avaliativa que

pode desenvolver também a inteligência local para a gestão das ações e do processo de mudança (FERLA; CECCIM; DAL'ALBA, 2012).

O PMAQ-AB pode ser visto, também, em seu papel de valorizar a escuta da opinião de trabalhadores, gestores e, em especial, usuários à condição de elemento legítimo na definição de que direção dar aos serviços e práticas de saúde na Atenção Básica. Com isso, pretende-se qualificar desde o trabalho das Equipes até a política em função daquilo que os usuários esperam e demandam dos serviços. A avaliação do programa tenta manter via de escuta tanto dos gestores quanto dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011d).

O questionário aplicado aos usuários na avaliação externa, busca perceber como os usuários acessam e são cuidados nas Unidades Básicas de Saúde, como também tenta analisar a visão geral que se tem do serviço (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014). A satisfação dos usuários é um processo dinâmico que sofre influência de uma série de fatores, sejam: satisfação do seu estado de saúde e da doença, características sócio-demográficas e envolvimento aos diversos aspectos de cuidado. Por se revelar um conceito multidimensional, a satisfação com a atenção à saúde pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde (BRANDÃO, GIOVANELLA E CAMPOS, 2013).

Orientar a estrutura e o funcionamento do serviço e o processo de trabalho das Equipes em função das necessidades dos usuários, é uma relevante e generosa diretriz estratégica. O papel do PMAQ-AB na operacionalização dessa diretriz e no acompanhamento de sua evolução, relacionando ciclicamente ação e efeito, é certamente uma das mais importantes funções (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014).

A base de dados do PMAQ-AB é um dos legados mais ricos do programa, diante das ricas informações geradas por esse extenso banco de dados oriundos de todas as regiões do País, pesquisadores vêm desenvolvendo estudos para que os profissionais de saúde e a sociedade possam ter um panorama do cenário atual. Isso, certamente contribuirá para que decisões sejam tomadas e estratégias traçadas para a melhoria da Atenção Básica.

Fausto et. al. (2014) através dos dados do PMAQ-AB, do ano 2012, desenvolveu um estudo acerca da posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Nessa perspectiva, observou-se que as equipes operam cada vez mais como porta de entrada preferencial, acolhendo as demandas diversas e filtrando os casos



para a atenção especializada. Contudo, importantes barreiras organizacionais para acesso ainda persistem, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada.

O PMAQ-AB contém diversas dimensões a serem estudadas, o que proporciona uma variada análise, seja de aspecto nacional, regional ou local. Nessa perspectiva, todas as equipes avaliadas podem buscar melhorias e mudanças do processo de trabalho, embasadas em seus resultados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Região Nordeste do Brasil através dos dados do PMAQ-AB.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Analisar a atenção à saúde da mulher a partir das condições de infraestrutura;
- Analisar a atenção à saúde da mulher a partir do processo de trabalho das equipes no pré-natal e puerpério;
- Analisar a atenção à saúde da mulher a partir da satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, referente ao ciclo de Avaliação Externa realizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que faz parte de uma pesquisa multicêntrica, realizada pelo MS em parceria com seis instituições de pesquisa, dentre elas a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A coleta de dados primária foi realizada em todos os estados brasileiros no ano de 2012, para o primeiro ciclo e 2014 para o segundo ciclo. Durante a pesquisa, no primeiro ciclo, 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. O instrumento de coleta de dados da avaliação externa, nos dois ciclos do PMAQ-AB, foi composto por três módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS); Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde; Módulo III – Entrevista na unidade de saúde com usuário.

Para este estudo, optou-se por fazer a avaliação da saúde da mulher, mais especificamente o período gravídico-puerperal da região Nordeste que é composta por nove estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.

### **4.2 Universo da Pesquisa**

O universo desta pesquisa é composto pelas Unidades Básicas de Saúde, Profissionais das Equipes de Saúde da Família e usuárias avaliadas nos dois ciclos do PMAQ realizados nos anos de 2012/2013 e 2013/2014.

### 4.3 Coleta de dados

Foram utilizados dados secundários, acessados no período de janeiro a Maio de 2016, obtidos através do banco de avaliação externa do PMAQ-AB dos dois ciclos disponibilizados pelo MS a partir da dimensão voltada para o cuidado à mulher na gestação e puerpério, que compõe o questionário do Módulo I – Observação na unidade, módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde e módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário.

### 4.4 Variáveis

As variáveis do módulo I foram escolhidas mediante condições básicas e orientações para acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal, estabelecidas no Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do MS (2012b) e compreendidas no módulo do PMAQ voltado a avaliação da estrutura .

Para a avaliação da estrutura foram utilizadas as seguintes variáveis do Módulo I do instrumento de coleta:

- 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;
- 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;
- Caderneta da gestante;
- Cartão de vacinação;
- Sulfato ferroso;
- Ácido fólico;
- Vacinas:
  - Dupla tipo adulto (dT);
  - Hepatite B;
  - Influenza sazonal;
- Teste rápido:
  - Gravidez;
  - HIV;
  - Sífilis;

Para a avaliação do processo de trabalho no pré-natal foram utilizadas as variáveis do Módulo II, voltadas ao pré-natal, contidas na subdimensão “Atenção ao pré-natal, parto e puerpério”, sendo:

- 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?
- 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?

Ainda na avaliação do processo de trabalho no pré-natal, foram utilizadas variáveis do Módulo III, contidas na subdimensão “Gravidez e Pré-natal”, sendo:

- 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 e qual maternidade que seria feito o parto?

Para avaliação do processo de trabalho no puerpério, foram utilizadas variáveis do Módulo II, voltadas ao puerpério, contidas na subdimensão “Atenção ao pré-natal, parto e puerpério”, sendo:

- A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?
- Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?
  - Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher;
  - Visita domiciliar de outros membros da equipe;
  - Consulta em horário especial em qualquer dia da semana.

Ainda na avaliação do processo de trabalho no puerpério, foram utilizadas variáveis do Módulo III, contidas na subdimensão “Atenção ao pós-parto”, sendo:

- A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?
- A consulta de revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?
- A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?
- Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?
- A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?

#### **4.5 Análise dos dados**

Para análise dos dados quantitativamente (análise descritiva), as informações foram inseridas em um banco de dados do Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) na versão 17.0. Em seguida realizou-se um linkage dos dois bancos de dados criados, um para o 1º ciclo e outro para o 2º ciclo, utilizando a variável CNES, na qual foram analisadas as mesmas unidades de saúde em ambos os ciclos.

Algumas variáveis dos módulos I, II e III foram valorizadas na análise em função da sua presença nos diversos módulos utilizados na coleta de dados por abordarem uma temática comum (exemplo, tema dos exames do pré-natal). O imbricamento dessas variáveis permite destacar a maior consistência nessas informações e sua importância para a avaliação final do estudo.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O presente projeto de pesquisa não necessitou tramitar pelo Comitê de Ética e Pesquisa, tendo em vista que o projeto multicêntrico que gerou o banco de dados já possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o Número de Registro 21.904 de 13 de março de 2012, em conformidade com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Sujeitos da pesquisa

Foram avaliados os dados correspondentes à avaliação externa realizada em 9.296 unidades básicas de saúde de municípios da Região Nordeste, que participaram da avaliação em ambos os ciclos do PMAQ-AB. Vale salientar, que no primeiro ciclo houve a realização do denominado “Censo das UBS” em simultâneo ao trabalho de avaliação das equipes aderidas, sendo avaliadas todas as unidades constantes no CNES, independente da adesão das equipes.

O quantitativo de profissionais que participaram respondendo às questões do módulo II, entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica, foi de 5.146 em cada ciclo, sendo: 4.809 (93,5%) enfermeiros, 215 (4,2%) médicos e 122 (2,4%) odontólogos no 1º ciclo; no 2º ciclo participaram 4.961 (96,4%) enfermeiros, 155 (3,0%) médicos e 30 (0,6%) outros profissionais de nível superior.

No tocante aos usuários, participaram respondendo às variáveis voltadas ao pré-natal, componentes do Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, 1732 mulheres no primeiro ciclo, e 2004 mulheres no segundo ciclo. Para as variáveis correspondentes ao puerpério, participaram 1743 mulheres no primeiro ciclo, e 1952 mulheres no segundo ciclo. Para responder às perguntas das subdimensões gravidez e pré-natal, e atenção ao pós-parto, as mulheres respondiam questões que permitiam ou não, participar respondendo uma das duas subdimensões, ou ambas.

## 5.2 Avaliação da Estrutura

A tabela 1 mostra as variáveis procedentes do Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde. Neste módulo, o avaliador da qualidade acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica registrou e observou a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

Tabela 1. Número e percentual, segundo variáveis do Módulo I do PMAQ-AB nos ciclos 1 e 2. Nordeste, 2012-2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE		1º CICLO		2º CICLO	
		N	%	N	%
Sala de recepção e espera	Sim	8678	93,4	9019	97,0
	Não	618	6,6	277	3,0
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Sala de atividades coletivas	Sim	2376	25,6	3158	34,0
	Não	6923	74,4	6138	66,0
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização	Sim	5785	62,2	5932	63,8
	Não	3511	37,8	3364	36,2
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Os ambientes são bem iluminados	Sim	6462	69,5	7294	78,5
	Não	2834	30,5	2002	21,5
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno	Sim	3379	36,3	5111	55
	Não	5917	63,7	4185	45
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário	Sim	8053	86,6	8257	88,8
	Não	1243	13,4	1039	11,2
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
<b>EQUIPAMENTOS E MATERIAIS</b>					
Aparelho de pressão adulto	Sim	8988	96,7	9209	99,1
	Não	308	3,3	87	0,9
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Balança antropométrica de 150 kg	Sim	8046	86,6	8219	88,4
	Não	1249	13,4	1077	11,6
	TOTAL	9295	100,0	9296	100,0
Estetoscópio adulto	Sim	8931	96,1	9140	98,3
	Não	364	3,9	156	1,7
	TOTAL	9295	100,0	9296	100,0
Mesa para exame clínico	Sim	8887	95,6	9119	98,1
	Não	406	4,4	177	1,9
	TOTAL	9293	100,0	9296	100,0
Mesa para exame ginecológico	Sim	8231	88,6	8578	92,3
	Não	1064	11,4	718	7,7
	TOTAL	9293	100,0	9296	100,0
Foco de Luz	Sim	8349	89,8	8783	94,5
	Não	946	10,2	513	5,5

	TOTAL	9295	100,0	9296	100,0
Sonar ou estetoscópio de Pinard	Sim	8322	89,6	9081	97,7
	Não	970	10,4	215	2,3
	TOTAL	9292	100,0	9296	100,0
<b>MATERIAL IMPRESSO PARA ATENÇÃO À SAÚDE</b>					
Caderneta da gestante	Sempre disponíveis	6865	73,8	8303	89,3
	Às vezes disponíveis	672	7,3	417	4,5
	Nunca disponíveis	1759	18,9	576	6,2
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Cartão de vacinação	Sempre disponíveis	7867	84,6	8428	90,7
	Às vezes disponíveis	544	5,9	477	5,1
	Nunca disponíveis	885	9,5	391	4,2
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
<b>IMUNOBIOLOGICOS NA UNIDADE DE SAÚDE</b>					
Vacina Dupla tipo adulto (dT)	Sempre disponíveis	7030	75,6	7460	80,3
	Às vezes disponíveis	1205	13,0	699	7,5
	Nunca disponíveis	1061	11,4	148	1,6
	Não se aplica	-	-	989	10,6
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Vacina Influenza sazonal	Sempre disponíveis	4157	44,7	8073	86,9
	Às vezes disponíveis	3877	41,7	234	2,5
	Nunca disponíveis	1262	13,6	-	-
	Não se aplica	-	-	989	10,6
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Vacina contra hepatite B	Sempre disponíveis	7283	78,3	7820	84,2
	Às vezes disponíveis	1067	11,5	419	4,5
	Nunca disponíveis	946	10,2	68	0,7
	Não se aplica	-	-	989	10,6
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
<b>TESTES DIAGNÓSTICOS NA UNIDADE DE SAÚDE</b>					
Teste rápido para sífilis	Sempre disponíveis	162	1,8	1817	19,5
	Às vezes disponíveis	41	0,4	500	5,4
	Nunca disponíveis	9093	97,8	6979	75,1
	TOTAL	9296	100	9296	100,0
Teste rápido para HIV	Sempre disponíveis	314	3,4	2068	22,2
	Às vezes	55	0,6	430	4,6

	disponíveis				
	Nunca disponíveis	8927	96,0	6798	73,1
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Teste rápido de gravidez	Sempre disponíveis	307	3,3	1649	17,7
	Às vezes disponíveis	84	0,9	288	3,1
	Nunca disponíveis	8905	95,8	7359	79,2
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
<b>INSUMOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE</b>					
Fita métrica	Sempre disponíveis	8554	92,0	8962	96,4
	Às vezes disponíveis	314	3,4	167	1,8
	Nunca disponíveis	428	4,6	167	1,8
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Espátula de Ayres	Sempre disponíveis	8351	89,8	8778	94,4
	Às vezes disponíveis	418	4,5	241	2,6
	Nunca disponíveis	527	5,7	277	3,0
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Espéculo	Sempre disponíveis	7752	83,4	8520	91,7
	Às vezes disponíveis	611	6,6	331	3,6
	Nunca disponíveis	933	10,0	445	4,8
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Lâmina com vidro fosco	Sempre disponíveis	8325	89,6	8773	94,4
	Às vezes disponíveis	403	4,3	218	2,3
	Nunca disponíveis	568	6,1	305	3,3
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	Sempre disponíveis	6477	69,7	8301	89,3
	Às vezes disponíveis	525	5,6	287	3,1
	Nunca disponíveis	2294	24,7	708	7,6
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
Porta lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	Sempre disponíveis	4540	48,8	7472	80,4
	Às vezes disponíveis	1020	11,0	564	6,1
	Nunca disponíveis	3736	40,2	1260	13,6
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0
<b>ANTIANÊMICOS/VITAMINAS</b>					
Sulfato ferroso	Sim	6863	73,8	7161	77,0
	Não	1933	20,8	750	8,1
	Não sabe/ não	500	5,4	1385	14,9

		respondeu			
TOTAL		9296	100,0	9296	100,0
Ácido fólico	Sim	7165	77,1	7118	76,6
	Não	1631	17,5	793	8,5
	Não sabe/ não respondeu	500	5,4	1385	14,9
	TOTAL	9296	100,0	9296	100,0

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2014.

Analisando a tabela, vê-se ao comparar as frequências nos dois ciclos, que não houve redução de nenhum dos itens avaliados. No entanto, algumas permanecem com a frequência muito aquém do esperado e em nenhuma delas houve 100% de disponibilidade. Em relação às características estruturais e ambiência da unidade de saúde, destaca-se o elevado número de unidades que não possuem sala de atividades coletivas, sendo um total de 66%. No tocante aos equipamentos e insumos mínimos para a realização da consulta pré-natal, não houve plenitude em nenhuma variável. Observa-se como equipamento mais ausente nas unidades avaliadas, a balança antropométrica, a qual também foi o equipamento que teve o menor percentual de aumento dentre esta categoria, nos dois ciclos avaliados.

No que concerne aos equipamentos e insumos para coleta de citopatológico do colo do útero, estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero, evidencia-se que pelo menos 13,6% das unidades avaliadas não possuem condições para realização do exame, visto que na ausência de um equipamento ou insumo mínimo, o processo é inviável.

Os dados apresentados mostram que dos imunobiológicos preconizados para gestantes, a vacina contra difteria e tétano (DT) - indicada como medida de prevenção do tétano neonatal - é a que menos se encontra disponível nas unidades de saúde de acordo com os dados do segundo ciclo. Em relação à disponibilidade da vacina Influenza, aponta-se uma grande melhoria, nenhuma unidade referiu “nunca está disponível”, e 86,9% das unidades avaliadas no segundo ciclo afirmaram que a vacina sempre está disponível, enquanto no primeiro ciclo apenas 44,7% tinham essa disponibilidade.

A grande maioria das unidades de saúde ainda permanece sem ofertar os testes rápidos para HIV, sífilis e gravidez. Das unidades avaliadas no segundo ciclo, 73,1% ainda não disponibiliza teste rápido para HIV, 75,1% não disponibiliza teste rápido para sífilis e 79,2% não disponibiliza teste rápido para gravidez.

No que se refere à disponibilidade de antianêmico e vitamina preconizada para uso no período gravídico-puerperal, destaca-se o grande número de unidades que informou não saber ou não respondeu à questão sobre a disponibilidade de sulfato ferroso e ácido fólico. No primeiro ciclo, 5,4% das unidades informaram não saber ou não responderam, no segundo ciclo esse percentual subiu para 14,9%. Das unidades que responderam à questão, 8,1% informaram não ter sulfato ferroso disponível, e 8,5% informaram não ter ácido fólico disponível.

### 5.3 Avaliação do Processo de Trabalho no Pré-natal

A tabela 2 mostra as variáveis procedentes do Módulo II – Entrevista com Profissional da Atenção Básica, o qual objetivou obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Tabela 2. Número e percentual das variáveis da atenção ao pré-natal, segundo os profissionais de saúde, no Módulo II do PMAQ – AB. Nordeste, 2012-2014.

VARIÁVEIS DO PRÉ-NATAL		1º CICLO		2º CICLO	
		N	%	N	%
Alimentação do SISPRENATAL	Sim	5023	97,6	5046	98,1
	Não	99	1,9	100	1,9
	Não sabe/Não respondeu	24	0,5	-	-
	TOTAL	5146	100	5146	100
Utilização da caderneta da gestante	Sim	4508	87,6	5102	99,1
	Não	638	1,4	44	0,9
	TOTAL	5146	100	5146	100
Orientação sobre vacinação contra tétano	Sim	5116	99,4	5135	99,8
	Não	12	0,2	11	0,2
	Não sabe/Não respondeu	18	0,3	-	-
	TOTAL	5146	100	5146	100
Aplicação da penicilina G Benzatina na unidade de saúde	Sim	1803	35,0	2563	49,8
	Não	3314	64,4	2583	50,2
	Não sabe/Não respondeu	29	0,6	-	-
	TOTAL	5146	100	5146	100
Recebimento dos exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias	Sim, todos os exames	2990	58,1	3146	61,1
	Sim, alguns exames	1724	33,5	1887	36,7
	Não	418	8,1	113	2,2
	Não sabe/Não respondeu	14	0,3	-	-
	TOTAL	5146	100	5146	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2014.

No tocante à alimentação do sistema de informação do pré-natal, o SISPRENATAL, vê-se que o percentual de unidades que não alimentam o sistema manteve-se, sendo 1,9% em ambos os ciclos. Em relação ao uso da caderneta da gestante, houve diferença positiva de 11,5% quando comparado o segundo com o primeiro ciclo.

Observa-se que apenas 61,1% dos profissionais recebem todos os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias, 36,7% recebem alguns exames, e 2,2% afirmam não receber. Quanto à administração da penicilina G Benzatina, droga utilizada no tratamento da sífilis, em 50,2% das unidades, no segundo ciclo, não realizam a aplicação da droga.

A tabela 3 contém variáveis que compõe o módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, o qual visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Tabela 3. Número e percentual das variáveis relacionadas ao pré-natal, segundo os usuários, do Módulo III do PMAQ – AB. Nordeste, 2012-2014.

VARIÁVEIS DO PRÉ-NATAL		1º CICLO		2º CICLO	
		N	%	N	%
Número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes	Menos de seis consultas	193	11,7	194	12,1
	Seis ou mais consultas	1462	88,3	1407	87,9
	TOTAL	1655	100,0	1601	100,0
Realização de consulta pré-natal pelo médico	Sim	683	47,8	943	57,1
	Não	747	52,2	708	42,9
	TOTAL	1430	100,0	1651	100,0
Realização de consulta pré-natal pelo enfermeiro	Sim	1376	96,2	1592	96,4
	Não	54	3,8	59	3,6
	TOTAL	1430	100,0	1651	100,0
Realização da medição da altura uterina na consulta pré-natal	Sim	1414	98,9	1672	98,3
	Não	16	1,1	29	1,7
	TOTAL	1430	100,0	1701	100,0
Verificação da pressão arterial na consulta pré-natal	Sim	1424	99,6	1711	99,2
	Não	06	0,4	14	0,8
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0
Realização do exame das mamas pelo profissional de saúde	Sim	918	64,2	1077	62,4
	Não	512	35,8	648	37,6
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0
Realização de exame ginecológico na gestante	Sim	536	37,5	646	37,4
	Não	894	62,5	1079	62,6
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0
Orientação sobre alimentação e ganho de peso	Sim	1305	91,3	1568	90,9
	Não	125	8,7	157	9,1
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0

Orientação sobre amamentação exclusiva até 6 meses de vida da criança	Sim	1336	93,4	1620	93,9
	Não	94	6,6	105	6,1
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0
Orientação sobre os cuidados com a criança	Sim	1282	89,7	1540	89,3
	Não	148	10,3	185	10,7
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0
Orientação sobre o exame papanicolau e indicação de realização do próximo	Sim	928	64,9	1213	70,3
	Não	502	35,1	512	29,7
	TOTAL	1430	100,0	1725	100,0
Orientações profissionais ajudaram a compreender melhor a gravidez e cuidado com a criança	Sim	1160	81,5	1289	75,2
	Sim, em algumas questões	171	12,0	304	17,7
	Não	92	6,5	121	7,1
	TOTAL	1423	100,0	1714	100,0
Realização de exame de urina no pré-natal	Sim	1382	96,6	1676	97,6
	Não	48	3,4	42	2,4
	TOTAL	1430	100,0	1718	100,0
Realização de exame de HIV/AIDS no pré-natal	Sim	1313	91,8	1602	94,7
	Não	117	8,2	90	5,3
	TOTAL	1430	100,0	1692	100,0
Realização de exame de sífilis (VDRL) no pré-natal	Sim	1154	80,7	1306	86,4
	Não	276	19,3	205	13,6
	TOTAL	1430	100,0	1511	100,0
Realização de exame de glicose no pré-natal	Sim	1160	81,1	1423	85,3
	Não	270	18,9	245	14,7
	TOTAL	1430	100,0	1668	100,0
Realização de exame de ultrassonografiano pré-natal	Sim	1363	95,3	1633	96,2
	Não	67	4,7	65	3,8
	TOTAL	1430	100,0	1698	100,0
Realização de vacinação contra o tétano	Sim	1332	93,2	1568	92,7
	Não	97	6,8	123	7,3
	TOTAL	1429	100,0	1691	100,0
Prescrição de ácido fólico no primeiro trimestre de gravidez	Sim	1338	94,4	1648	96,2
	Não	80	5,6	65	3,8
	TOTAL	1418	100,0	1713	100,0
Prescrição de sulfato ferroso durante a gestação	Sim	1402	98,3	1685	98,3
	Não	24	1,7	30	1,7
	TOTAL	1426	100,0	1715	100,0
Realizada orientação sobre participação em grupo de gestante	Sim	703	49,5	988	57,7
	Não	716	50,5	723	42,3
	TOTAL	1419	100,0	1711	100,0
Participação em algum grupo e/ou atividade educativa	Sim	536	37,8	748	43,7
	Não	882	62,2	963	56,3
	TOTAL	1418	100,0	1711	100,0
Melhor compreensão sobre a gravidez e o cuidado com a criança após participação no grupo	Sim	482	89,9	640	85,7
	Sim, em algumas questões	38	7,1	99	13,3
	Não	16	3,0	08	1,1
	TOTAL	536	100,0	747	100,0
Saída da unidade com consulta subsequente agendada	Sempre	1269	88,9	1532	88,9
	Na maioria das vezes	46	3,2	68	3,9
	Quase nunca	-	-	16	0,9



	Nunca	112	7,8	108	6,3
	TOTAL	1427	100,0	1724	100,0
Informação sobre maternidade de referência para o parto	Sim	840	58,9	851	49,5
	Não	585	41,1	867	50,5
	TOTAL	1425	100,0	1718	100,0

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2014.

Observa-se ao comparar ambos os ciclos, que o percentual de gestantes que realizaram mais de seis consultas pré-natais, reduziu de um ciclo para outro. No primeiro ciclo, 88,3% afirmaram ter realizado mais de seis consultas, no segundo ciclo esse percentual foi de 87,9%. No tocante ao acompanhamento médico durante o pré-natal, apenas 47,8% afirmaram ter realizado consulta de pré-natal com o médico, no segundo ciclo esse percentual foi de 57,1%.

A realização de exame ginecológico e realização do exame das mamas na gestante foram as variáveis voltadas ao exame físico com menor percentual de resposta positiva em ambos os ciclos. No primeiro ciclo, o percentual de realização de exame ginecológico foi de 37,5%, no segundo ciclo foi de 37,4%; para a realização do exame das mamas, esse valor foi 64,2% no primeiro ciclo, e 62,4% no segundo ciclo.

Em relação às orientações profissionais, 81,5% das mulheres entrevistadas no primeiro ciclo afirmaram que essas orientações ajudaram a compreender melhor a gravidez e cuidado com a criança, no segundo ciclo, houve redução nesse percentual, tendo 75,2% das mulheres respondido positivamente a esse questionamento.

Dentre os exames preconizados para o pré-natal contidos nesse módulo, o exame de sífilis (VDRL) foi apontado no primeiro ciclo, como o exame com menor taxa de realização (80,7%). No segundo ciclo, ele aparece como o segundo com menor taxa de realização (86,4%), sendo o primeiro, o exame de glicose (85,3%).

A realização da vacina antitetânica apresentou uma redução no seu percentual, no primeiro ciclo, 93,2% das mulheres afirmaram ter realizado a vacinação, no segundo ciclo, 92,7%. No tocante a orientação para sua realização, 99,8% dos profissionais entrevistados no segundo ciclo, referiram fazê-la. No que se refere à suplementação de antianêmico e vitaminas no período gestacional, manteve-se o percentual de gestantes que afirmaram ter tido prescrição de sulfato ferroso, sendo 98,3% em ambos os ciclos. Para o ácido fólico esse percentual

elevou-se em 2,2% de um ciclo para outro, sendo 94% no primeiro ciclo, e 96,2% no segundo ciclo.

Quanto a participação em grupos de gestantes, no primeiro ciclo 49,5% das mulheres entrevistadas informaram ter recebido orientação, 37,8% participaram de algum grupo, 89,9% referiram melhor compreensão sobre a gravidez e o cuidado com a criança após participação no grupo, 7,1% referiram melhor compreensão em algumas questões, e 3% não referiram melhora. No segundo ciclo, as frequências relativas à orientação e participação em grupo melhoraram, sendo 57,7% e 43,7%, respectivamente. No entanto, o percentual que referia melhora na compreensão reduziu para 85,7%, as que referiram melhora em apenas algumas questões elevou para 13,3%, e as que responderam negativamente reduziu para 1,1%.

No que se refere à marcação das consultas subseqüentes, o percentual que referiu sempre sair da unidade com a consulta marcada, manteve-se. Quanto à informação sobre maternidade de referência para o parto, mais da metade das mulheres entrevistadas no segundo ciclo referiram não ter recebido essa informação, esse percentual teve uma elevação em 9,4% quando comparado ao primeiro ciclo.

#### **5.4 Avaliação do Processo de Trabalho no Puerpério**

A tabela 4 contém variáveis voltadas ao puerpério, contidas no módulo II - Entrevista com Profissional da Atenção Básica. A primeira variável da tabela, "Realização de consulta de puerpério pela equipe até 10 dias após o parto", não estava no módulo no primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB, sendo introduzida no segundo ciclo.

Tabela 4. Número e percentual das variáveis, segundo a atenção dos profissionais de saúde ao puerpério, do Módulo II do PMAQ – AB. Nordeste, 2012-2014.

VARIÁVEIS DO PUERPÉRIO		1º CICLO		2º CICLO		
		N	%	N	%	
Realização de consulta de puerpério pela equipe até 10 dias após o parto	Sim	-	-	4836	94,0	
	Não	-	-	310	6,0	
	TOTAL	-	-	5146	100,0	
Ações realizadas para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	Sim	4734	92,0	4519	93,4
	Não	412	8,0	317	6,6	
	TOTAL	5146	100,0	4836	100,0	
Visita domiciliar de outros membros da equipe	Sim	4642	90,2	4198	86,8	
	Não	504	9,8	638	13,2	
	TOTAL	5146	100,0	4836	100,0	
Consulta em horário especial em qualquer dia da semana	Sim	2768	53,8	2555	52,8	
	Não	2378	46,2	2281	47,2	
	TOTAL	5146	100,0	4836	100,0	

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2014.

Como estratégia para garantir a consulta puerperal até o 10º dia após o parto, em ambos os ciclos a principal estratégia utilizada é a visita do agente comunitário de saúde, a qual foi a única das estratégias avaliadas que teve melhora percentual quando comparados os ciclos. As estratégias “visita domiciliar de outros membros da equipe” e “consulta em horário especial em qualquer dia da semana” apresentaram redução percentual quanto a sua realização.

A tabela 5 contém variáveis voltadas ao puerpério contidas no módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde. Observa-se ao comparar os dados dos dois ciclos, que apesar do segundo ciclo apresentar um maior percentual de mulheres que realizaram consulta puerperal, ainda é muito alto o quantitativo de mulheres que não foram avaliadas no puerpério, sendo 49,1%.

Tabela 3. Número e percentual das variáveis relacionadas ao puerpério, segundo os usuários, do Módulo III do PMAQ – AB. Nordeste, 2012-2014.

VARIÁVEIS DO PUERPÉRIO		1º CICLO		2º CICLO	
		N	%	N	%
Realização de consulta de puerpério	Sim	798	45,8	993	50,9
	Não	945	54,2	959	49,1
	TOTAL	1743	100,0	1952	100,0
Quantidade de dias após o parto que foi realizada a consulta de puerpério	Até 10 dias pós-parto	90	12,6	522	57,1
	De 11 à 42 dias	625	87,4	346	37,8
	Mais de 42 dias	-	-	47	5,1
	TOTAL	715	100,0	915	100,0
Local de realização da consulta de puerpério	Na UBS à qual é vinculada	367	46,1	430	43,6
	Em outra UBS	57	7,2	41	4,2
	Hospital do parto	119	14,9	151	15,3
	Consultório particular	25	3,1	19	1,9
	Hospital particular	09	1,1	15	1,5
	Em casa, com profissional da UBS	191	24,0	290	29,4
	Outros	28	3,5	40	4,1
	TOTAL	796	100,0	986	100,0
Profissional que realizou consulta de puerpério	Médico	342	42,9	370	37,3
	Enfermeiro	438	54,9	609	61,3
	Outros	18	2,3	14	1,4
	TOTAL	798	100,0	993	100,0
Visita do ACS na primeira semana pós-parto	Sim	347	76,4	1348	68,2
	Não	107	23,6	629	31,8
	TOTAL	454	100,0	1977	100,0

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2014.

Das mulheres avaliadas, destaca-se um aumento em 44,5% de um ciclo para outro na realização da consulta puerperal até o 10º dia. No primeiro ciclo apenas 12,6% haviam realizado essa consulta nos 10 primeiros dias após o parto, no segundo ciclo esse percentual foi de 57,1%. Atrelado a isso, vê-se uma expressiva redução no percentual de mulheres que tiveram consultas entre 11º e 42º dia pós-parto, caindo de 87,4% no primeiro ciclo, para 37,8% no segundo ciclo. No entanto, no primeiro ciclo não houve registro de consulta puerperal após 42 dias do parto, no segundo ciclo, 5,1% das mulheres realizaram a consulta após 42 dias do parto. De encontro a esse resultado, 94% dos profissionais de saúde afirmaram realizar consulta puerperal até o 10º dia pós-parto. Em ambos os ciclos, a UBS a qual a mulher é vinculada foi o local mais citado na realização da consulta do puerpério, no entanto apresentou redução percentual de 2,5% quando comparado o primeiro para o segundo ciclo. O segundo local mais citado em ambos os ciclos, foi “em casa, com

profissional da UBS”, esse houve aumento percentual de 5,4% de um ciclo para outro.

Em ambos os ciclos, o enfermeiro foi o profissional que realizou a maioria das consultas puerperal, sendo 54,9% no primeiro ciclo, e 61,3% no segundo ciclo. No tocante a realização da visita do agente comunitário de saúde na primeira semana pós-parto, no primeiro ciclo, 90,2% dos profissionais afirmou que essa visita ocorre nesse período, no entanto, na entrevista com as usuárias, 76,4% das entrevistadas afirmou ter recebido a visita nesse espaço de tempo. No segundo ciclo, 86,8% dos profissionais responderam positivamente a esse questionamento, enquanto 68,2% das usuárias referiram à visita.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Avaliação da estrutura

Na análise das características estruturais e ambiência das unidades de saúde, o atributo que menos melhorou de um ciclo para outro foi a disponibilidade de boa ventilação ou climatização nos ambientes. No segundo ciclo, essa é uma das variáveis que segue com menor percentual (63,8%), sendo precedida pela variável acústica que evita ruídos do ambiente externo e interno (55%). No entanto, essa última foi a que teve maior avanço de um ciclo para outro.

Em 2011, além do PMAQ, foi instituído o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Requalifica UBS. Esse Programa estabeleceu incentivo financeiro federal para construção, reforma e ampliação de unidades. Para subsidiar a elaboração deste programa foi realizado o Censo das UBS, que visitou 5.511 municípios brasileiros, nos quais se avaliou a infraestrutura de 37.690 Unidades Básicas de Saúde com o intuito de levantar informações para melhorar os serviços da Atenção Básica (DAB, 2016).

Rocha et al. (2012) ao avaliar o desempenho da ESF no município de Campina Grande (PB), observou em seu estudo que a ventilação e as condições de área física foram os parâmetros com maior quantidade de avaliações inadequadas (92,3%), seguidos da dimensão (40%), ruído (30%) e iluminação (10%). A ambiência de uma unidade de saúde constitui o espaço físico (arquitetônico), o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. A ventilação adequada é imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes das unidades de saúde, recomendando-se que todos os locais disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar (BRASIL, 2008b).

Destaca-se nas unidades avaliadas a presença de sala de atividades coletivas em apenas 34% dessas no último ciclo de avaliação. A ausência desse ambiente em mais da metade das unidades, pode dificultar a realização de atividades coletivas com a população e a articulação das práticas de avaliação e

planejamento entre os profissionais da unidade. Tais ações são características da mudança de modelo de atenção, numa perspectiva da vigilância em saúde e, conforme aponta o Ministério da Saúde, a estrutura física das unidades deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde (BRASIL, 2008b).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, para garantir a qualidade no pré-natal são necessárias condições básicas para a assistência, devendo ser garantidos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos. Faz-se indispensável, 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), esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, fita métrica, espéculos, material para realização do exame colpocitológico, sonar Doppler (se possível), e gestograma ou disco obstétrico; medicamentos básicos e vacinas, realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos exames de rotina, e 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 (BRASIL, 2012b).

Neste estudo, quando comparados, vê-se avanços nos percentuais de um ciclo para outro no que diz respeito aos equipamentos e insumos mínimos, mas em nenhuma variável houve plenitude. A ausência desses materiais nas unidades de saúde é preocupante, considerando que são instrumentos básicos para o atendimento e acompanhamento dessas mulheres. Considerando isso, para a realização do 3º ciclo do PMAQ foram estabelecidos padrões essenciais, onde caso a equipe contratualizada não alcance todos os padrões essenciais de qualidade, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim. Dentre os padrões essenciais estabelecidos relacionados à estrutura, temos: disponibilidade de aparelho de pressão adulto, balança antropométrica que pese pessoas até 150 Kg, estetoscópio adulto, espéculo, espátula de Ayres, fixador de lâmina, lâmina de vidro com lado fosco, frasco para lâmina (BRASIL, 2015c).

Em seu estudo, Silva et al. (2013) caracterizou a assistência pré-natal da rede de Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa/PB. Constatou-se em sua avaliação, presença dos equipamentos necessários a atenção pré-natal em

98,1% das unidades, medicamentos/suplementos essenciais ao pré-natal em 95,5%, e materiais de gestão da informação em 100% das unidades avaliadas. Rocha e Silva (2012), em um estudo realizado em Fortaleza – CE, registraram que as unidades avaliadas como um todo dispõem de recursos materiais essenciais recomendados pelo Ministério da Saúde, contudo em relação aos medicamentos/suplementos, há o problema de faltas na farmácia da Unidade, seja por demora no envio pela gestão ou pelo número reduzido de medicações, chegando a faltar fármacos indispensáveis, como o ácido fólico e o sulfato ferroso.

Verificou-se que no segundo ciclo a disponibilidade de sulfato ferroso é de 77%, e a de ácido fólico é de 76,6%. Corroborando com esse resultado, Costa et al. (2016), em um estudo realizado na cidade de Caxias – MA, observaram que quanto à suplementação de ferro e ácido fólico, em 73% das unidades ela é garantida para a demanda de gestantes atendidas mensalmente. Em 27% das unidades a demanda não é atendida.

A OMS (2013) estima que 41,8% de gestantes em todo o mundo sejam anêmicas. Pelo menos metade dos casos pode ser atribuída à deficiência de ferro, com os demais casos sendo resultantes de outras condições como deficiência de folato, vitamina B12 ou vitamina A, inflamação crônica, infecções parasitárias e distúrbios hereditários. A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para minimizar o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro (OMS, 2013).

No tocante à disponibilidade de vacinas preconizadas para as gestantes, observou-se nesse estudo que 80,3% das unidades avaliadas no segundo ciclo, afirmaram ter vacina contra o tétano sempre disponível, 7,5% às vezes disponível e 1,6% afirmou nunca dispor; para a vacina contra Hepatite B, um percentual de 84,2% das unidades avaliadas afirmou sempre dispor da vacina, 4,5% às vezes dispõem, e 0,7% nunca dispõem. Corroborando com esse resultado, um estudo realizado em Cuiabá, mostrou a inexistência de vacinas dT adulto e vacina de hepatite B em 4,6% das unidades (ARANTES et al., 2014). No estudo de Costa et al. (2016), a vacinação contra o tétano e hepatite B está disponível em 77% das unidades, em 23% essa vacinação não é garantida.

De acordo com o DATASUS, na Região Nordeste os últimos registros de casos confirmados de tétano neonatal ocorreu em 2011, sendo confirmados dois casos (DATASUS, 2011). A vacinação durante a gestação tem por finalidade não



somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. A vacina contra difteria e tétano (dT) é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O Programa Nacional de Imunização (PNI) disponibiliza esta vacina na rede pública de saúde a todas as gestantes durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha. Em relação à hepatite B, por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o PNI reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto (BRASIL, 2012 b).

Em 2011, quando a Rede Cegonha foi lançada, foi prevista a implantação dos Testes Rápidos para Gravidez, HIV e sífilis em todas as Unidades Básicas de Saúde. Mediante a portaria nº 77 de 12 de Janeiro de 2012, estabeleceu-se que compete às equipes de Atenção Básica realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. No entanto, vê-se através dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, realizado nos anos 2013/2014, que essa efetivação ainda não ocorreu na maior parte das unidades avaliadas no Nordeste.

O Guia técnico de teste rápido de gravidez na Atenção Básica coloca que o objetivo da implantação dessa tecnologia é oferecer o acesso à detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de Atenção Básica e orientações baseadas nas necessidades singulares de cada usuária. A oferta do teste rápido apresenta-se não apenas como insumo, mas como dispositivo que oportuniza o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, com identificação de fatores de risco à saúde e intervenções em tempo oportuno. Possibilita a melhoria do acesso à Atenção Básica para atender as mulheres adultas, as jovens e as adolescentes em fase reprodutiva e suas parcerias, informando e acolhendo os diversos significados que a reprodução pode ter para cada pessoa, em diferentes momentos da vida (BRASIL, 2013).

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde “Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica”, a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na

Atenção Básica, compõe o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que visam à qualificação e à ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis. O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Estes testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil (BRASIL, no prelo).

Conforme dados apresentados pelo DATASUS, de 2011 a 2013 a Região Nordeste teve 8.603 casos confirmados de sífilis congênita, sendo os estados do Ceará, Pernambuco e Bahia, os que ocupam as três primeiras colocações com 2.131, 1.858 e 1.241 casos, respectivamente. No tocante à transmissão vertical do HIV, o Boletim Epidemiológico HIV-AIDS, do ano 2015, mostra que a taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador *proxy* para monitoramento da transmissão vertical do HIV. Tem-se observado uma tendência de queda para o Brasil, que foi de 33,3% nos últimos dez anos. No entanto, verificam-se diferenças importantes entre as regiões quanto a essa tendência; nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste há uma tendência de queda, com um percentual de 58,3%, 40,1% e 26,1%, respectivamente, de 2005 a 2014. A região Nordeste apresentou uma discreta queda de 12,1%, passando de 3,3 em 2005 para 2,9 casos por 100.000 habitantes em 2014. Por outro lado, na região Norte, observa-se no mesmo período uma elevação de 69,2%, na taxa de 2,6 para 4,4 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2015a).

Ao analisar os dados entre os ciclos do PMAQ, vê-se que a implantação dos testes rápidos ainda não ocorreu na grande maioria das unidades, inexistindo testes rápidos em mais de 70% das unidades avaliadas. No estudo de Costa et. al (2016) em Caxias/Maranhão, nenhuma unidade avaliada possuía testes rápidos, no entanto foi relatado que está em fase de implantação nas unidades de saúde. Em Fortaleza/Ceará, em um estudo que objetivou descrever a implantação dos testes rápidos de sífilis e HIV na rotina do pré-natal em 24 unidades de saúde verificou que em 62% dessas, os testes estavam disponíveis, no entanto, dentre essas, 66,6% estavam com o prazo de validade vencido (LOPES et al., 2016).

No tocante ao registro de informações, o Ministério da Saúde coloca a disponibilidade da caderneta da gestante como condição básica para a assistência pré-natal. No Brasil, o prontuário da atenção básica e a caderneta da gestante são utilizados rotineiramente no Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumentos de registro do seguimento da gestante, as unidades de saúde devem se organizar quanto à realização dos registros dos atendimentos às gestantes, pois a existência de informações sobre a saúde materno infantil é fundamental para garantir uma assistência pré-natal de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para com as ações de redução da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012b; POLGLIANE, NETO, ZANDONADE, 2013).

Comparando os dois ciclos do PMAQ-AB, vê-se que o percentual de disponibilidade da caderneta da gestante aumentou em 14,5% de um ciclo para outro, no segundo ciclo 88,3% das unidades avaliadas afirmaram sempre dispor desse instrumento. Corroborando com os dados achados nesse estudo, no estudo realizado em Cuiabá/Mato Grosso, quase a totalidade das unidades estavam adequadas, mas ainda existiam unidades em que faltava esse instrumento, o que prejudica a troca de informação entre os profissionais (ARANTES et al., 2014).

## **6.2 Avaliação do Processo de Trabalho no Pré-natal**

Com relação ao número de consultas pré-natal houve uma redução percentual das mulheres que tiveram seis ou mais consultas no acompanhamento pré-natal, quando comparados os ciclos. No primeiro ciclo 88,3% afirmaram ter realizado seis ou mais consultas, no segundo ciclo esse percentual foi de 87,9%. Outros estudos demonstraram conformação semelhante: Silva et al. (2013), ao caracterizar a assistência pré-natal em João Pessoa/PB, mostrou que 89,9% das gestantes tiveram no mínimo seis consultas pré-natal. Em outro estudo realizado em um estado da Região Nordeste, Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012), ao avaliar a assistência pré-natal em Teresina/Piauí, observaram que 75% das gestantes tiveram adequado número de consultas pré-natal.

Em um estudo nacional realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, com 23.894 puérperas e seus recém-nascidos, Domingues et al. (2015) buscou estimar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil segundo parâmetros do Ministério da Saúde, nesse 73,2% das gestantes receberam o

número adequado de consultas para a idade gestacional no momento do parto, com redução da proporção de adequação do número de consultas com o aumento da idade gestacional.

A análise de processo evidenciou que apesar de ter melhorado o percentual de um ciclo para outro de mulheres que realizaram consulta pré-natal com profissional médico, grande parte das usuárias ainda não tem o acompanhamento como preconizado pelo Ministério da Saúde, no qual as consultas devem ser realizadas de maneira intercalada entre médicos e enfermeiros. No segundo ciclo apenas 57,1% das mulheres referiram ter realizado consulta pré-natal com o médico. Outros estudos apontaram melhores médias para essa variável, como observado a seguir: em uma avaliação pré-natal realizada na zona leste de São Paulo, verificou-se que em 75% das equipes, os enfermeiros realizavam o atendimento em consultas alternadas com médicos. Avaliação do pré-natal realizada em Juiz de Fora/MG e em Fortaleza/CE verificou que nas unidades avaliadas os médicos e enfermeiros das equipes atuavam na condução do pré-natal (NARCHI, 2010; ROCHA E SILVA, 2012; GOMES et al, 2015).

A realização de exames laboratoriais básicos é indispensável para o acompanhamento pré-natal, uma vez que complementam a avaliação clínica e obstétrica da mulher, favorecendo a adoção de diagnósticos e condutas adequadas (GRANJEIRO et al., 2008). A realização de todos os exames de rotina solicitados no pré-natal evidencia a ampliação do acesso aos serviços de saúde, e oferece oportunidade de efetivação de exames antes não realizados (VILARINHO, NOGUEIRA E NAGAHAMA, 2012). Os protocolos nacionais recomendam a realização de duas sorologias para sífilis e HIV, bem como a repetição dos exames de glicemia e de urina. Para o controle da sífilis e do HIV, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) preconizam a realização de uma sorologia para sífilis e HIV para 95% ou mais das gestantes (BRASIL, 2012b; OMS, 2012; OPAS, 2014). No entanto, vê-se que em nenhum dos ciclos a realização do VDRL e sorologia para HIV atingem esse percentual. Para o VDRL, o percentual de realização no primeiro ciclo foi de 80,7%, e no segundo ciclo, 86,4%. Para o HIV, o percentual de realização no primeiro ciclo foi de 91,8%, e no segundo ciclo, 94,7%.

Analisando o panorama da realização dos exames pelas mulheres entrevistadas no segundo ciclo, vê-se que o exame com menor percentual de realização foi o exame de glicose, sendo 85,3%, todos os outros exames tiveram

percentual acima, embora nenhum tenha atingido 100%. No entanto, apenas 61,1% dos profissionais receberam os resultados em tempo oportuno. Corroborando com esse achado, CARVALHO e ARAÚJO (2007) colocam que a demora na entrega dos resultados dos exames é um problema comum, fazendo com que não existam registros destes no sistema e, portanto, subnotificação. Destaca-se a insatisfação das usuárias quanto a este atraso na apresentação dos resultados dos exames, principal aspecto negativo da assistência pré-natal citado.

Em um estudo realizado em Recife, observou-se que 69,6% das mulheres que fizeram pré-natal, realizaram pelo menos um exame para sífilis, 72,3%, um exame de urina, 74,4%, um ou mais exames de glicose, 36,1% a sorologia para HIV, e 73,3% o exame de ultrassonografia (CARVALHO e ARAÚJO, 2007). Nessa mesma ótica, em uma avaliação da assistência pré-natal realizada nos contextos urbano e rural brasileiros, verificou-se que na área rural uma proporção baixa das gestantes realizou teste para sífilis – VDRL (52%) e sorologia HIV (68%), em relação ao exame de urina, esse percentual foi de 86%. Das mulheres residentes na área urbana, 74,4% realizou o VDRL, 84% sorologia para HIV, e 89,4% exame de urina (CARDOSO et al, 2013).

Para o tratamento da sífilis em gestantes a penicilina é o tratamento de primeira escolha e é amplamente utilizada na prática clínica. A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical (BRASIL, 2012b). A UNICEF recomenda que a penicilina seja dispensada e administrada nas unidades básicas de saúde, pois o encaminhamento de pacientes para unidades hospitalares e prontos-socorros, devido ao receio de ocorrência de reações anafiláticas com a administração da penicilina, dificulta a implementação do tratamento imediato e efetivo. A Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, dispôs sobre a administração da penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, ficando determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS, nas situações em que seu uso é indicado (BRASIL, 2015b). No entanto, verificou-se que a maior parte das unidades avaliadas ainda não realiza esse procedimento.

No tocante a orientação das gestantes, e a realização da vacinação antitetânica, o presente estudo teve percentuais acima de estudos concernentes a temática. Um estudo realizado no Rio Grande/RS verificou de acordo com registros na caderneta da gestante, uma cobertura de 50,1%, em outro estudo, o qual avaliou

o acesso e utilização dos serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, a cobertura da vacinação antitetânica foi de 54,8% (DOMINGUES, et al, 2013; ZANCHI et al, 2013). Vale ressaltar que se a gestante recebeu esquema completo, ou o reforço da vacina antitetânica há menos de 05 anos, ela não necessitará de reforço na gestação em curso, no entanto o questionário não permite que seja justificado isso para a gestante que não foi vacinada por não haver necessidade.

Verificou-se que quase a totalidade das mulheres entrevistadas recebeu prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico. Corroborando com esses dados, um estudo realizado em Botucatu/ SP verificou que 100% das mulheres acompanhadas em unidades de saúde da família receberam prescrição de sulfato ferroso (OLIVEIRA et al, 2013). Nessa mesma perspectiva, a prescrição de suplementação de sulfato ferroso, feita para mulheres sem diagnóstico de anemia, foi elevada, próxima a 90% em um estudo no Rio de Janeiro (DOMINGUES et. al. , 2012).

O exame clínico faz parte da assistência a ser ofertada a gestante. Observou-se que quase a totalidade das mulheres teve sua pressão arterial verificada e a altura uterina medida, no que se refere ao exame das mamas e ao exame ginecológico, esses tiveram percentuais bem mais baixos, sendo 62,4% e 37,4% respectivamente. Corroborando com esse resultado, SASSI et. al. (2011) menciona que no que concerne aos cuidados que a mulher deve receber durante o pré-natal e no parto, as equipes de saúde da família trabalham com normas e regras sobre como deve ser realizada a atenção ao pré-natal, por meio de protocolo, o qual contempla todos os procedimentos e exames que devem ser realizados. No entanto, nem todas as práticas recomendadas são cumpridas, e algumas, tais como o exame das mamas, o exame ginecológico e a prevenção do câncer de colo encontram-se muito abaixo do desejado.

Quanto às orientações, há uma variedade de temas que deveria ser abordados durante o pré-natal, tais como promoção de comportamentos saudáveis, preparação e estímulo do parto normal e do aleitamento materno e informações sobre sinais de alerta (DOMINGUES et. al., 2012). Nesse estudo, verificou-se que em ambos os ciclos as orientações menos recebidas pelas gestantes durante o pré-natal foram sobre a participação em grupo de gestante, realização do exame preventivo do câncer de colo uterino e local do parto. As demais informações sobre alimentação e ganho de peso, bem como, sobre aleitamento materno exclusivo e

cuidados com a criança obtiveram altos percentuais. No estudo de Anversa et al. (2012) apenas 64% das mulheres receberam orientação sobre aleitamento materno e 68% sobre cuidados com o recém-nascido.

Referente à informação sobre a maternidade de referência para o parto, menos da metade das mulheres entrevistadas (49,5%) receberam essa orientação, esse percentual ainda é mais baixo do que o encontrado no primeiro ciclo, que foi de 58,9%. No Brasil, a vinculação da gestante a uma maternidade de referência é garantida pela lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, sendo também recomendada pela Rede Cegonha. No estudo de Domingues et al (2012), verificou-se que das gestantes que já se encontravam no último mês de gestação, 40% ainda não haviam recebido informação sobre qual maternidade procurar no momento do parto (DOMINGUES et. al., 2012). Toda gestante dispõe do direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz, bem como, de vincular-se à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Um dos objetivos da vinculação da gestante a uma maternidade de referência é a redução da peregrinação das mulheres no momento da admissão para o parto (BRASIL, 2012b). Em estudo recente, a peregrinação foi referida por 25,1% das mulheres na Região Nordeste, sendo mulheres não brancas, adolescentes e aquelas com menor escolaridade (VIELLAS et. al., 2014).

Apesar da participação das mulheres em atividades educativas ter melhorado de um ciclo para outro, o percentual ainda se mantém muito baixo, tendo menos da metade das mulheres participado de algum grupo. Outros estudos também mostraram essa mesma realidade (ANVERSA et. al., 2012; COSTA et. al., 2013).

A realização de atividades educativas, no transcorrer do ciclo gravídico-puerperal, é importante visto que, no pré-natal, a mulher deverá ser orientada para vivenciar o momento do parto de forma positiva, com menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado com a criança. A educação em saúde é fundamental e deve ser atividade prioritária a todas as gestantes, uma vez que esse é um espaço privilegiado de encontro de subjetividades em que ocorre a possibilidade de construção de conhecimentos que se efetiva em transformações da realidade da gestante que se traduz em qualidade de vida para si e seu conceito (COSTA et. al., 2013).

O agendamento da consulta subsequente manteve-se estagnado em 88,9%, apesar de ser um bom percentual, é importante que o acesso para esse

agendamento seja melhorado, e possível para todas as gestantes. No estudo de DOMINGUES et. al. (2012), mais de 95% das gestantes informaram que a consulta subsequente era sempre agendada ao final do atendimento. Essa é uma estratégia que possibilita estabelecer maior vínculo com o usuário e o serviço, evitando, assim, a existência de evasão das consultas de retorno. Paralelamente, a demora no agendamento de consultas é fator que influencia negativamente a qualidade da assistência pré-natal, como também, gera descontentamento entre as gestantes (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

No tocante à utilização da caderneta da gestante, documento importante para registro das informações e comunicação entre profissionais, quase a totalidade dos profissionais, entrevistados no segundo ciclo, referiram utilizar (99,1%). No entanto, na avaliação da estrutura das unidades, viu-se que em 6,2% delas a caderneta da gestante nunca está disponível, sendo dados conflitantes. A caderneta da Gestante é um documento que deve conter dados referentes a todos os procedimentos realizados no acompanhamento da gestação, é o elo entre o acompanhamento gestacional na atenção básica, média e alta complexidade. Nele é possível registrar as informações essenciais da gravidez que implicam riscos para puérpera e criança (VIELLAS et. al., 2014; NETO et. al., 2012). Segundo o Ministério da Saúde, é obrigatório o preenchimento da caderneta na primeira consulta de pré-natal e ele deve ser entregue à gestante, que deverá portá-lo sempre, sendo fundamental para sua referência e contra-referência (BRASIL, 2012b).

Corroborando com esse resultado, VIELLAS et.al. (2014) verificaram em seu estudo que mais de 90% das puérperas referiram o recebimento de cartão de pré-natal durante seu acompanhamento, mas apenas 72,1% o apresentaram na admissão hospitalar para o parto, sendo as menores proporções observadas nas regiões Norte e Centro-oeste. Também nesse caminho, em um estudo que objetivou descrever as ações realizadas pela equipe de enfermagem na atenção pré-natal no município de Cuiabá/MT, verificou-se que em 100% das consultas pré-natal, a caderneta da gestante foi utilizada (DUARTE E MAMEDE, 2013).

Seguindo na perspectiva da importância das informações, o profissional de saúde que realiza atendimento pré-natal, tem a responsabilidade de alimentar o SISPRENATAL. Esse é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, do Sistema Único de Saúde. O PHPN instituiu as práticas assistenciais mínimas a serem realizadas e apresentou aos municípios o



modelo básico para a organização da assistência obstétrica. O repasse de recursos financeiros é atrelado ao cumprimento dessas atividades e para acompanhá-las e também para formalizar a adesão do município ao PHPN, foi viabilizado um sistema de acompanhamento chamado SISPRENATAL, alimentado sistematicamente com dados relativos ao atendimento das gestantes. Esse Sistema de Informação em Saúde (SIS) permite a caracterização da assistência prestada ao período gravídico-puerperal, aumentando o rol de informações sobre esse tipo específico de assistência e possibilitando que cada gestor possa adotar as medidas necessárias, visando garantir o cumprimento dos requisitos do programa e o pagamento dos incentivos, pressupondo que isso impacta em melhoria da qualidade da atenção pré-natal (LIMA E CORRÊA, 2013).

Neste estudo, 98,1% dos profissionais entrevistados afirmaram alimentar o SISPRENATAL. Esse resultado mostrou-se superior quando comparado com outros estudos. Em São Carlos/SP, uma pesquisa na qual comparou os dados referentes ao pré-natal a partir de duas fontes de informação: o cartão da gestante e o banco de dados SISPRENATAL, verificou muitas subnotificações na alimentação do sistema. Outro estudo também encontrou essa mesma problemática (GRANGEIRO et. al., 2008; MOIMAZ et. al., 2010; ANDREUCCI et. al., 2011).

### **6.3 Avaliação do Processo de Trabalho no Puerpério**

No âmbito da Rede Cegonha, recomenda-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Essa é uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio (BRASIL, 2012b).

Indica-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta da maternidade. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 03 (três) dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. As situações de morbidade e mortalidade

materna e neonatal, acontecem em boa parte na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer logo no mesmo período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado necessário (BRASIL, 2012b).

Das mulheres entrevistadas, apenas 50,9% afirmaram ter realizado consulta puerperal. Esse é um dado preocupante, visto que praticamente metade dessas mulheres não foram assistidas em seu puerpério, podendo ter apresentado desfechos negativos em sua recuperação, ou na saúde do seu filho. Resultado semelhante a esse foi encontrado em um estudo realizado em Botucatu/SP, onde 58,7% das mulheres realizaram consulta puerperal (PARADA, 2008). Em São Carlos/SP, de acordo com o SISPRENATAL, apenas 44,3% das mulheres haviam realizado consulta puerperal (ANDREUCCI et. al., 2011). Alguns motivos podem ser apontados para a baixa cobertura da revisão de parto, como: perda da informação por falha no registro dos dados no prontuário e falta de estrutura dos serviços de atenção básica para sua realização (PARADA, 2008).

Dos profissionais entrevistados, 94% afirmaram realizar a consulta puerperal até 10 dias após o parto, no entanto, das usuárias entrevistadas, apenas 50,9% dessas afirmaram ter realizado consulta nesse período. Um estudo realizado em Teresina/PI constatou que no puerpério, 52,3% das puérperas não retornaram à UBS até o 42º dia de pós-parto para consulta de revisão e não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-parto (VILARINHO, NOGUEIRA E NAGAHAMA, 2012).

Garcia, Leite e Nogueira (2012) destacaram que no período de realização do seu estudo, dentre as 34 consultas puerperais observadas, essas aconteceram de forma não sistematizada sendo muitas vezes por oportunidade. As autoras colocam que o fato de não haver agendamentos de consultas puerperais nas Unidades de Atenção Primária, pode estar relacionado à inexistência de um sistema estruturado e em funcionamento de referência e contra referência evidenciando o déficit de interlocução entre os serviços de atenção básica e hospitalar para a assistência materna e perinatal. Nesse mesmo estudo, foi evidenciada a participação dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na captação das puérperas, uma vez que eles informam a equipe sobre a ocorrência do parto para que sejam realizadas as

visitas domiciliares, reforçando o vínculo unidade/comunidade (GARCIA, LEITE, NOGUEIRA, 2012). Outro estudo, esse realizado no Piauí, também destacou a atuação dos ACS e evidenciou o bom desempenho destes profissionais que são considerados facilitadores para identificação e realização da visita à puérpera, uma vez que são apontados como elo entre a equipe de saúde e a população adscrita (TEIXEIRA et. al., 2009).

Na entrevista com os profissionais de saúde no segundo ciclo, 93,4% afirmaram que ocorre visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher nos primeiros 10 dias após o parto. No entanto, apenas 68,2% das mulheres entrevistadas referiram receber a visita do ACS na primeira semana após o parto.

A visita puerperal em domicílio é uma estratégia que possibilita um cuidado mais próximo e individualizado, a qual permite conhecer a realidade e ao mesmo tempo transferir autoconfiança à mulher, respondendo suas dúvidas e assim potencializando seu desempenho como mãe. É também considerada um fortalecedor na construção de vínculos, pois proporciona um ambiente propício para um atendimento mais humanizado (BERNARDI, CARRARO, SEBOLD, 2011).

## 7. CONCLUSÕES

De modo geral, quando comparados o primeiro com o segundo ciclo do PMAQ-AB no tocante as variáveis da mulher no ciclo gravídico-puerperal, em relação à infraestrutura, processo de trabalho das equipes e percepção e satisfação dos usuários, percebem-se avanços. Apesar de existir algumas variáveis que regrediram ou se mantiveram de um ciclo para outro, é nítido que a proposta de indução de mudanças nas práticas dos serviços proposta pelo PMAQ-AB vai aos poucos se consolidando.

No tocante à infraestrutura, observou-se melhoria em quase totalidade das suas variáveis, tendo apenas a disponibilidade de ácido fólico regredido de um ciclo para outro. Apesar desses avanços, algumas variáveis, tais como: baixa disponibilidade de testes rápidos de HIV, sífilis e gravidez, merecem destaque. É preciso discutir os entraves para implementação dos testes rápidos nas Unidades Básicas de Saúde, e traçar estratégias para que esse acesso possa ser oferecido às usuárias, visto que a sua implantação para diagnóstico precoce pode evitar desfechos negativos.

Em relação ao processo de trabalho no pré-natal, faz-se necessário discutir também o incentivo e realização das práticas educativas no acompanhamento pré-natal, visto que os dados mostram uma enorme deficiência relacionada a esse processo de educação em saúde. Outro ponto que chama atenção é o fato da regressão percentual na maioria das variáveis voltadas à orientação das mulheres, como por exemplo: a orientação sobre a maternidade de referência para a realização do parto.

No processo de trabalho no puerpério ainda é preocupante o grande número de mulheres que não realizam a consulta puerperal. Para tanto, para as que realizaram, foi identificado um avanço importante no tocante a essa realização no prazo de até 10 dias. Também foi observada regressão quando analisada à visita do ACS na primeira semana pós-parto. Vale destacar a importante consistência dessas informações, uma vez que foram abordadas nos módulos voltados ao profissional e usuário, sendo assim respondidas por diferentes atores do processo.

Também se destacam as variáveis voltadas ao uso da caderneta da gestante, exames do pré-natal e vacinação, por também ser respondidas por diferentes atores do processo, mesmo que em situações distintas. Na análise dessas variáveis foram

percebidos avanços, embora ainda haja desafios a serem superados. Ademais, os ciclos de avaliação realizados pelo PMAQ-AB proporcionam incentivar e acompanhar a evolução dos diferentes atores envolvidos em busca de melhoria na qualidade em saúde. Sugere-se que a cada ciclo o instrumento de coleta seja aperfeiçoado e critérios básicos para certificação sejam acrescentados.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. et al. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.8, n.12, 2000.

ANDREUCCI, C.B. et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev Saúde Pública**, v.45,n.5, p.854-63, 2011.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.28, p.789-800, 2012.

ARANTES, R.B. et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.2, p.245-254, 2014.

BERNARDI, M.C.; CARRARO, T.E.; SEBOLD, L.F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Rev Rene**, v.12, n. esp., p. 1074-80, 2011.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saude Publica**, v.41, n.1, p.150-53, 2007.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto. Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 676 de 03 de junho de 2003**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, DF; 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c.

Brasil. **Portaria Nº 2.800, de 18 de Novembro de 2008**. BRASÍLIA: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília (DF):MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília/DF: 2011b.

BRASIL. **Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011c.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade**. Brasília, DF: 2011d.

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília/DF: 2011e.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2012a.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2012b.

BRASIL. **PORTARIA Nº 77, DE 12 DE JANEIRO DE 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília/DF: 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica** : guia técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília: DF, 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Brasília: DF, 2015b.



Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)**. Brasília: DF, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde. Sífilis Congênita – Casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisbr.def>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tétano neonatal – casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tetneobr.def>>. Acesso em: 06 jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, (no prelo).

BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

CARDOSO, L.S.M. et al. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Min Enferm.**, v.17, n.1, p.85-92, 2013.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para a gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, da cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.7, n.3, p. 309-317, 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. QualiAB: Desenvolvimento e Validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

CASTRO, M.E.; MOURA, M.A.V.; SILVA L.M.S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev Rene.**, v.11, n. esp, p.72-81, 2010.

CHAVES, M.M.N. et al. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.1, p.199-205, 2011.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

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

COSTA, F.J.L.S. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 8, n.2, p.4563-4586, 2016.

DASSOW, P. L. Measuring performance in primary care: what patient outcome indicators do physicians value?. **J Am Board Fam Med**. v. 20, n. 1, p. 1-8, 2007.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB), **Programa de melhoria da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php)>. Acesso em 08 de julho de 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.16, n.4, p. 953-65, 2013.

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.425-37, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.37, n.3, 2015.

Donabedian A. The quality of care – how can it be accessed? **JAMA**. 1988.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermeria**, v.21, n.1, p.117-129, 2013.

FACCHINI et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, Sup 1, p.159-72, 2008.

FERLA, A.; CECCIM, R.; DAL'ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., 2012.

FERRAZ, D.D. et al. Atenção pré-natal segundo indicadores de processo do SISPRENATAL através do programa de humanização do pré-natal e Nascimento. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 16, nº 2, 2013.

FIGUEIREDO, P.P. et al. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n.1, p.201-10, 2012.

GARCIA, E.S.G.F.; LEITE, E.P.R.C.; NOGUEIRA, D.A. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Rev enferm UFPE on line.**, v.7, n.10, p.5923-8, 2013.

GENE-BADIA, J. et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. **Fam Pract.** v. 24, n. 1, p. 41-7, fev., 2007.

GOMES, D.T. et al. Assistência ao pré-natal: perfil de atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **REV.Enf-UFJF**, v. 1, n. 1, p. 95-103, 2015.

GONÇALVES, M. R. **Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre.** 2007. 161 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

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

GONÇALVES, M.J.F. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, v.3, n.1, p.13-17, 2012.

GRANJEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Escol Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

HOFFMANN, I.C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal** [dissertação]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria; 2008.

KOFFMAN, Márcia Duarte; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2005.

LARA A.C.L.; FERNANDES, R.A.Q. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. **Online Braz J Nursing**, v.9, n.1, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEITE, A.C.N.M.T.; PAES, N.A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.16, n.3, p.705-714, 2009.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203. 2004.

LIMA, A.P.; CORRÊA, A.C.P. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.4, p.876-83, 2013.

LOPES, A.C.M.U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.1, p.62-6, 2016.

MARTINS, A.R. et. al. Práticas dos Trabalhadores de Saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do sul e nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n.12, p.2279-2295, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MOIMAZ, S.A.S. et. al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.3, p.385-90, 2010.

MOURA, B.L.A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, Supl. 1, p. 69-81, 2010.

NARCHI, N.Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.266-73, 2010.

NETO, F.R.G.X., et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.5, p.595-602, 2008.

NETO, E.T.S. et. al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.256-66, 2012.

NOVAES, H.M.D. Evaluation of health programs, services and Technologies. **Rev. Saude Pública**, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

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 Matern. Infant.**, v.10, Supl. 1, p.61-68, 2010.

Pan American Health Organization (PAHO). **Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas**. 2014.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.1, p. 113-124, 2008.

POLGLIANE, R.B.S.; NETO, E.T.S.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**,v. 36, n.6, p.269-75, 2014.

OLIVEIRA, M.M.C., HARZHEIM, E., RIBOLDI, J., DUNCAN, B.B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.8, n.29, p.256-63, 2013.

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

OLIVEIRA, R.L.A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.2, 2013.

OMS. **Diretriz**: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Whashington, 2008.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011.

PEIXOTO, C.R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.286-91, 2011.

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

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate**, v.38, n.spe, 2014.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste Brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.24, Sup 1, p.S69-S78, 2008.

ROCHA, A.C.D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, v. 14, n. 54, p.71-9, 2012.

ROCHA, R.S.; SILVA, M.G.C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.25, n.3, p.344-355, 2012.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde. Reforma organizacional na atenção primária europeia**. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2010.

SAMICO, Isabella et al. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SASSI, R.A.M. et. al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.4, p. 787-796, 2011.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, p.1281-1289, 2004.

- SILVA et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.13, n.1, p. 29-37, 2013.
- SOUZA, M.B. et al. Trabalho em equipe na Atenção Primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v.33, n.3, p.190–5, 2013.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STRAPASSOM, M.R.; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.3, p.521-528, 2010.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.
- TANAKA, Y.O. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.927-934, 2011.
- TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.821-28, 2012.
- TEIXEIRA, J.C. et al. Visita domiciliar puerperal. **Saúde coletiva**, v.28, n.6, p.47-53, 2009.
- TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1969-80, 2011.
- VALENTE, M.M.Q.P., et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. **Rev Rene**, v.14, n.2, p.280-9, 2013.
- VASCONCELOS, R.A. Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- VERAS, C. L. S. M.; VIANNA, R. P. T. Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica – 2005. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 2, p. 133-40, 2009.
- VIEIRA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde**. Salvador: EDUFBA; 2005.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery**. v.14, n.1, p.83-9, 2010.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, v.30, Supl 1, p.S85–100, 2014.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc Anna Nery**, v.16, n.2, p.312-319, 2012.

World Health Organization (WHO). **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis**: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Genebra: WHO Press; 2012.

ZANCHI, M. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**,v.29, n.5, p. 1019-28, 2013.