

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA

Clara Gouveia de Souza

**Avaliação do Pré-Natal de Baixo Risco na Atenção Básica em Saúde no Município do
Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro,
Fevereiro/2020

Clara Gouveia de Souza

**Avaliação do Pré-Natal de Baixo Risco na Atenção Básica em Saúde no Município do
Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção de grau de Mestre. Linha de pesquisa: Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde.

Orientador (a): Dra. Ana Laura Brandão

Rio de Janeiro, fevereiro de 2020.

Souza, Clara Gouveia de.

Avaliação do pré-natal de baixo risco na atenção básica em saúde no município do Rio de Janeiro. / Clara Gouveia de Souza. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2020.

127 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Ana Laura Brandão.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 97-108.

1. Cuidado Pré-Natal-normas. 2. Avaliação em Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Gravidez. 5. Saúde da Mulher 6. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Brandão, Ana Laura. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

Às 10:00 horas do dia 19 de Fevereiro de 2020 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, Linha de Pesquisa: **Evidência clínica, modelos de atenção e técnico assistenciais, qualidade em APS**. A dissertação intitulada: **“Avaliação do Pré-Natal de baixo risco na Atenção Básica em saúde no município do Rio de Janeiro”**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Clara Gouveia de Souza**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro nº 118010133** (SIGA). A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: Ana Laura Motta Brandão (CPF: 095.622.797-07), Aline Alves Ferreira (CPF: 092.235.917-24) e Letícia Batista da Silva (CPF: 729.913.210-91), em sessão pública, na Sala 320c. da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fiocruz, sito a Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto (X) APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Ana Laura Brandão Motta

1º Examinador(a): Aline Alves Ferreira

2º Examinador(a): [Assinatura]

Aluno(a)/Examinado(a): Clara Gouveia de Souza

À minha melhor amiga, minha mãe, por
todo o exemplo forte de vida e lealdade.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi muito desejado, e agradeço a Deus pela oportunidade.

À minha mãe, por ser minha inspiração e por me confessar que sou sua inspiradora e me fazer muito mais feliz por isso. Seu jeito especial de ver a vida é apaixonante.

Aos meus amigos, que compartilharam momentos de alegria e também de ansiedade ao longo desse caminho.

Ao meu namorado, por me estimular e enriquecer com pontos de vista diferentes. Por estar ao meu lado quando as coisas pareciam que não dariam certo.

À Cris Veneu, um lindo encontro na vida que o mestrado proporcionou. Grande amiga.

À minha equipe Verde e Rosa e à minha equipe do Tuíta, onde comecei a caminhada no Saúde da Família e onde nasceu o amor. Vocês são perfeitos pra mim.

À Ana Laura, uma super orientadora, profissional e mulher. Se eu alcançar um tiquinho do que você alcançou, serei muito realizada.

RESUMO

Tradicionalmente nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, tendo como um dos focos a atenção ao pré-natal e ao parto. A mortalidade materna se constitui um grande indicador de qualidade da saúde e pode ser representada por índices que apontam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, embora muitas vezes não sejam registrados. A prestação de uma atenção qualificada e humanizada depende da provisão de recursos, da organização e de rotinas com procedimentos benéficos, a fim de evitar ações sem necessidade e estabelecer relações éticas, que garantam a privacidade e autonomia e que planejem, junto com a mulher e sua família, as condutas adotadas na sua assistência. Neste sentido, tornam-se relevantes pesquisas que avaliem os processos de trabalho desenvolvidos por profissionais da Atenção Básica (AB) no que tange à atenção pré-natal. Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal de abordagem quantitativa, que visou explorar ações voltadas ao pré-natal de baixo risco no escopo da AB no município do Rio de Janeiro relacionadas à disponibilidade e adequação dos processos assistenciais, com base nos resultados da avaliação externa dos ciclos 2 e 3 do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB). A avaliação da disponibilidade levou em consideração os equipamentos e insumos disponíveis nas unidades de AB e a adequação, os processos de trabalho desenvolvidos. De uma forma geral, o município do Rio de Janeiro apresentou melhores resultados na dimensão disponibilidade quando comparados aos de adequação dos processos de trabalho. Observou-se carência de alguns insumos básicos e importantes à atenção pré-natal; baixa porcentagem de equipes que realizam busca ativa de gestantes; falha no monitoramento das mulheres que tiveram parto e as contrarreferências; grande variabilidade na oferta e realização de exames laboratoriais e de imagem; falta de referências e fluxos definidos para o parto. Esta avaliação apresentou um retrato da disponibilidade e dos processos de trabalho de parcela importante das equipes de Saúde da Família existentes no município. Espera-se que este trabalho sirva de disparador e incentivador de estudos nos mesmos moldes, uma vez que há necessidade de realização de mais estudos sobre o tema utilizando as fontes do PMAQ-AB e também tendo como referência os ciclos 2 e 3. Acredita-se que valha de instrumento para aprimoramento das práticas desenvolvidas pelas equipes e para tomada de decisão, sendo material útil para controle social, profissionais, gerências de Unidades Básicas de Saúde, de coordenadorias, de organizações sociais e da própria secretaria municipal de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Acesso aos serviços de saúde. Atenção pré-natal.

ABSTRACT

Traditionally in health systems care for women in the field of reproductive health has been prioritized focusing on prenatal care and childbirth. Maternal mortality is a major indicator of health quality and can be represented by indexes that point to the quality of care provided to women during pregnancy, childbirth and the puerperium, although they are often not recorded. The provision of qualified and humanized care depends on the provision of resources, organization and routines with beneficial procedures, in order to avoid unnecessary actions and establish ethical relationships, which guarantee privacy and autonomy and plan, together with women and your family, the behaviors adopted in your care. In this sense, research that evaluates the work processes developed by professionals in Primary Healthcare (PHC) with regard to prenatal care becomes relevant. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, which aimed to explore actions aimed at low risk prenatal care within the scope of PHC in the city of Rio de Janeiro related to the availability and adequacy of care processes, based on the results of external evaluation of cycles 2 and 3 of the Access and Quality Improvement Program (PMAQ-AB). The availability assessment took into account the equipment and supplies available in the PHC units and the suitability, the work processes developed. In general, the municipality of Rio de Janeiro showed better results in the availability dimension when compared to the adequacy of work processes. There was a shortage of some basic and important inputs to prenatal care; low percentage of teams that actively search for pregnant women; failure to monitor women who have given birth and counter-referrals; great variability in the offer and performance of laboratory and imaging tests; lack of references and defined flows for childbirth. This evaluation presented a picture of the availability and work processes of an important portion of the Family Health teams in the municipality. It is hoped that this work will trigger and encourage studies along the same lines, since there is a need to carry out further studies on the topic using the PMAQ-AB sources and also using cycles 2 and 3 as a reference. Believed it is an instrument for improving the practices developed by the teams and for decision making, being useful material for social control, professionals, managements of Basic Health Units, coordinators, social organizations and the municipal health department itself.

Keywords: Primary health care. Health Evaluation. Health Services Accessibility. Prenatal care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura de ESF por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro, 2019.....	60
Tabela 2 - Quantitativo de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre segundo as áreas de planejamento do MRJ de acordo com o SINASC, 2014 e 2017.....	61
Tabela 3 - Número de gestantes que tiveram seis consultas ou mais de pré-natal segundo as áreas de planejamento do MRJ de acordo com o SINASC, 2014 e 2017.....	62
Tabela 4 - Indicadores dos ciclos 2 e 3 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF utilizados na realização do pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e do município do Rio de Janeiro, 2014 e 2017.....	63
Tabela 5 - Variáveis do Ciclo 2 do PMAQ classificadas na categoria Organização das Ações realizadas no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2014.....	70
Tabela 6 - Variáveis do Ciclo 2 do PMAQ classificadas na categoria Práticas Assistenciais no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2014.....	73
Tabela 7 - Variáveis do Ciclo 2 do PMAQ classificadas na categoria Articulação em Rede no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2014.....	79
Tabela 8 - Variáveis do Ciclo 3 do PMAQ classificadas na categoria Organização das Ações realizadas no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2017.....	81
Tabela 9 - Variáveis do Ciclo 3 do PMAQ classificadas na categoria Práticas Assistenciais no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2017.....	85
Tabela 10 - Variáveis do Ciclo 3 do PMAQ classificadas na categoria Articulação em Rede no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2017.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - 10 passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica.....	32
Quadro 2 - Variáveis existentes e variáveis selecionadas presentes nos instrumentos utilizados nos ciclos 2 e 3 do PMAQ.....	44
Quadro 3 - Padrões de referência considerados e indicadores criados para as perguntas dos ciclos 2 e 3 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF para a realização de pré-natal de baixo risco.....	45
Quadro 4 - Padrões de referência considerados e indicadores criados para as variáveis do CICLO 2 do PMAQ referentes à adequação de processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a realização de pré-natal de baixo risco.....	46
Quadro 5 - Padrões de referência considerados e indicadores criados para as perguntas do CICLO 3 do PMAQ referentes à adequação de processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a realização de pré-natal de baixo risco.....	50
Quadro 6 – Áreas de Planejamento com todas as respostas 100% nas variáveis referentes à disponibilidade nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.....	66

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Trajetória histórica das políticas relacionadas à saúde da mulher no Brasil..... 26
- Figura 2** - Divisões administrativas: Região de Saúde Metropolitana I e áreas de Planejamento em Saúde do MRJ..... 47
- Figura 3** - Distribuição espacial da população residente no MRJ, setores censitários..... 48
- Figura 4** - Distribuição espacial das unidades municipais de Atenção Primária, MRJ 2017..... 50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população residente, por sexo e faixa etária, MRJ, 2010.....	58
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AP	Áreas de Planejamento em Saúde
APN	Atenção Pré-Natal
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
BEMFAM	Bem Estar Familiar no Brasil
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Clínicas da Família
CMS	Centros Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSE	Centros de Saúde Escola
DAB	Departamento de Atenção Básica
DN	Declarações de Nascidos Vivos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EqAB	Equipe de Atenção Básica
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB 96	Norma Operacional Básica 96
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Regiões Administrativas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL	21
2.2.1 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS À MULHER NO BRASIL	25
3.0 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	38
4.0 OBJETIVOS	43
4.2 ESPECÍFICOS	43
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E SUAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE.	56
6.1 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	64
6.2 ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	68
7.0 CONCLUSÃO	92
RECOMENDAÇÕES	95
REFERÊNCIAS	97
ANEXO A - Ações transversais: Promoção e Educação em Saúde e Visita Domiciliar e Busca Ativa relacionados ao pré-natal, segundo as dimensões de disponibilidade e adequação e as variáveis selecionadas do CICLO 2 do PMAQ.	109
ANEXO B - Ações transversais: Promoção e Educação em Saúde e Visita Domiciliar e Busca Ativa relacionados ao pré-natal, segundo as dimensões de disponibilidade e adequação e as variáveis selecionadas do CICLO 3 do PMAQ.	110
ANEXO C - Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão disponibilidade selecionadas do CICLO 2 do PMAQ-AB.	111
ANEXO D - Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão disponibilidade selecionadas do CICLO 3 do PMAQ-AB.	112
ANEXO E – Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão adequação selecionadas do CICLO 2 do PMAQ-AB e classificação.	113
ANEXO F – Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão adequação selecionadas do CICLO 3 do PMAQ-AB e classificação.	115
ANEXO G – Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HESFA/EEAN/UFRJ.	118

ANEXO H - Análise descritiva das perguntas do CICLO 2 do PMAQ referentes à disponibilidade (módulo 1) de equipamentos e insumos da ESF para Pré-Natal, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro. 122

ANEXO I - Análise descritiva das perguntas do CICLO 3 do PMAQ referentes à disponibilidade (módulo 1) de equipamentos e insumos da ESF para Pré-Natal, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro. 126

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Enfermagem, especialista em Saúde da Família e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Como enfermeira de equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro (MRJ) pude, além da assistência direta ao usuário, atuar em diversas atividades administrativas, como gerenciamento e administração de força de trabalho e de recursos físicos, materiais e de informação, bem como em tomadas de decisões. Uma especificidade que contribuiu significativamente à expansão do meu conhecimento acerca da Atenção Básica (AB) foi realizar estas atividades em uma unidade de saúde mista, tendo no mesmo espaço físico a ESF e o modelo tradicional de AB.

Ainda nesta unidade, assumi interinamente a gerência da ESF, realizando concomitantemente a função de enfermeira de equipe e de gerente, aperfeiçoando e expandindo minhas habilidades gerenciais.

Este período foi de especial contribuição para desempenhar minha atual função de gerente técnica, agora em outra unidade, uma Clínica da Família, que tem exclusivamente a Estratégia Saúde da Família como coordenadora do cuidado da população abrangida.

A experiência no cargo de Gerente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) me fez identificar questões importantes que atravessam e influenciam diretamente o dia a dia de trabalho.

Faz parte do processo de trabalho questões técnicas e burocráticas, como a mediação de conflitos; postura de liderança; organização e monitoramento do trabalho das equipes de saúde da família; domínio dos sistemas de informação; respostas às demandas da Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) e Organização Social de Saúde (OSS); criação de espaços de educação permanente; escuta qualificada; intersetorialidade e articulação com equipamentos sociais do território; garantindo os princípios e diretrizes da AB.

O tema escolhido para este estudo vem de encontro à minha trajetória profissional.

Em 2012 realizei alguns cursos voltados à Saúde da Mulher, como o de *Atuação no Manejo da Lactação* e o Curso de *Atualização na Assistência ao Pré Natal*.

Em 2014 tive a oportunidade de realizar e concluir o curso de *Aperfeiçoamento em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal*, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e, posteriormente, dar continuidade a este curso para o *Contexto do Município do Rio de Janeiro*. Por esta mesma instituição, participei em 2015 do curso de *Multiplicadores da IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação*.

Em 2018 concluí uma especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde - pela Fiocruz - cujo tema do Trabalho de Conclusão de Curso foi *Educação em Saúde e Prevenção do Câncer do Colo de Útero*, reforçando o interesse acadêmico por essa área temática.

Ao cursar o Mestrado Profissional, um dos objetivos é impulsionar estudos que promovam o desafio cotidiano de encontrar soluções aos problemas diários, de formular propostas e desenvolver estratégias que estimulem efetivamente a mudança de estruturas e práticas insuficientes e/ou inadequadas para o enfrentamento e resolução dos problemas existentes. O presente estudo se justifica e busca melhorar a qualidade da atenção ofertada a mulheres no que tange à assistência pré-natal de baixo risco.

De enfermeira atuante, apaixonada pelas ações em Saúde da Mulher, à gestora de unidade básica de saúde, com papel de motivar e incentivar boas práticas em um território onde a maioria da população é jovem e do sexo feminino. Avaliar a assistência pré-natal no âmbito municipal subsidia a teoria para capacitações da equipe sob meus cuidados e instiga a busca pela melhoria da qualidade dos atendimentos e dos indicadores em saúde.

1. INTRODUÇÃO

Tradicionalmente nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, orientação de grande relevância social e epidemiológica. Também é prioridade de saúde pública a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, prática bem consolidada na Atenção Básica.

O enfoque nesta linha de cuidado afirma o compromisso com a implementação de ações de saúde no âmbito da AB que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas para a mulher, mas também para a família e a comunidade. Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. No entanto, o atendimento integral das mulheres – com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento – ainda está em processo de consolidação (BRASIL, 2016).

A mortalidade materna se constitui um grande indicador de qualidade da saúde e pode ser representada por índices que apontam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, embora muitas vezes não sejam registrados (FERREIRA, 2017).

A assistência pré-natal visa orientar e esclarecer dúvidas sobre o parto e os cuidados que a mãe deve ter com o recém-nascido, na tentativa de reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intrauterino, pois dependendo da qualidade da assistência prestada pelo serviço, estes se tornam evitáveis (GONÇALVES, 2008).

A prestação de uma atenção qualificada e humanizada depende da provisão de recursos, da organização e de rotinas com procedimentos benéficos, a fim de evitar ações sem necessidade e estabelecer relações éticas, que garantam a privacidade e autonomia e que planejem, junto com a mulher e sua família, as condutas adotadas na sua assistência (BRASIL, 2000).

Ao reconhecer que a Atenção Básica exerce o papel de porta preferencial para o sistema de saúde e que suas unidades representam serviços de busca regular por parte dos usuários, além de também exercer o papel de filtro em relação aos demais níveis de

atenção, é crucial compreender e analisar o acesso a esses serviços, assim como compreender a qualidade e os resultados dos processos alcançados (MOTTA, 2017).

Uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 2012 foi a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), permitindo a avaliação da disponibilidade de insumos, da adequação de processos e da satisfação de usuários frente à rede de AB.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos serviços de saúde segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OPAS, 2011).

A complexificação dos processos e do escopo da APS ao longo dos anos e, especificamente no município do Rio de Janeiro, a expansão da APS a partir de 2008, recharacterizou a antiga rede de atenção à saúde de atenção primária em um novo modelo centrado no Saúde da Família e ampliou o rol dos serviços oferecidos à população neste nível de atenção, demandando, assim, maior qualificação e planejamento por parte da gestão e das equipes (SORANZ ET AL, 2016).

Neste sentido, tornam-se relevantes pesquisas que avaliem os processos de trabalho desenvolvidos por profissionais da AB no que tange a APN.

Com base no acima exposto, seguem as questões de investigação elaboradas:

a) Como está a disponibilidade de insumos, equipamentos e medicamentos no que se refere às ações de Pré-Natal de baixo risco no município do Rio de Janeiro tendo como base os resultados do PMAQ-AB nos anos de 2014 e 2017?

b) Como está a adequação dos processos assistenciais relacionados ao Pré-Natal na AB no município do RJ tendo como base os resultados do PMAQ-AB nos anos de 2014 e 2017?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Básica constitui a principal porta de entrada para as necessidades e problemas do indivíduo e de sua comunidade e é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, integralidade e equidade. Possui suas bases históricas internacionais nas discussões das iniquidades sociais e de saúde (PITILIN, 2015). Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, dirigidas a populações de territórios adstritos.

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no país reiteram e valorizam a APS como imprescindível para a reorganização dos serviços de saúde, já que a implementação de cuidados primários é uma das mais importantes reformas sistêmicas e ideológicas dos modelos assistenciais na atualidade (PITILIN, 2015).

A partir de 1978, com a Conferência Internacional de Alma-Ata (OPAS, 1978), a Atenção Primária à Saúde ganha impulso como estratégia a ser adotada na operacionalização dos serviços de saúde, sob uma assistência sanitária contínua, que proporcione serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação a custos possíveis (MENDES, 1996).

Baseada nos pressupostos definidos em Alma-Ata, STARFIELD, 2002, codificou a APS em quatro atributos essenciais e três derivados, os quais qualificam os serviços e aumentam seu poder de interação para com os usuários e as comunidades. Os atributos essenciais são: Acesso de primeiro contato; Longitudinalidade; Coordenação e Integralidade. Os atributos derivados compreendem: Orientação familiar; Orientação comunitária e Competência cultural.

Quanto mais um serviço de saúde é orientado para o alcance da maior presença desses atributos, mais ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adstrita (STARFIELD, 2002).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas geograficamente próximas aos usuários permitem aos profissionais de saúde a melhor compreensão sobre o contexto cultural, social e econômico em relação aos usuários adstritos a essas unidades. Assim sendo, os profissionais vinculados a essas UBS assumem papel fundamental para a melhoria das condições de saúde da população de sua abrangência (BRASIL, 2011).

Para que a Atenção Básica possa cumprir seu papel na RAS, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população (BRASIL, 2016). Trata-se do nível de atenção do SUS com maior resolubilidade dos problemas de saúde da população, e maior poder de organização e direcionamento do sistema como um todo. Políticas destinadas a dar respostas a um determinado problema de saúde, ou responder aos que atingem certo grupo populacional, podem trazer as marcas da integralidade (COELHO ET AL, 2009).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, se configurou como uma proposta chave, uma vez que experiências bem sucedidas tinham sido realizadas por vários municípios. No início, o PSF foi proposto para populações de maior vulnerabilidade, aproveitando-se de iniciativas da Pastoral da Criança e das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Experiências bem sucedidas e sua adequação às responsabilidades e competências dos municípios no âmbito do SUS aumentaram a adesão dos municípios e o apoio popular (CAMPOS, 2016). O programa permitiu ampliar a cobertura em saúde. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas (MOROSINI, 2018).

Em 1998, com a publicação da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) a nível nacional, foi possível o investimento e alocação de novos recursos, fundo a fundo, para os municípios executarem a AB. O PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB 96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (MOROSINI, 2018).

O PAB variável proporcionou uma forte expansão do PSF. Segundo Campos (2016), o modelo que passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família significou mudança na prática de saúde e configurou-se numa proposta de reorganização para todo o sistema.

O PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista,

onde a compreensão do processo saúde - doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar. Para tanto, na reorganização das práticas de trabalho, tem-se como preceitos e atividades fundamentais o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e socio sanitárias), a abordagem interprofissional, a referência e contrarreferência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social (COSTA, 2009).

A AB, nestes 30 anos de implementação do SUS, assim como todo o sistema de saúde, passou por profundas transformações. Desde sua criação, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (PINTO, 2018). Estes documentos tiveram papel fundamental no fortalecimento da APS, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde (MOROSINI, 2018).

Atualmente, a rede de AB é uma das principais protagonistas de uma mudança radical no modo de ver o papel do Estado na saúde de seus cidadãos. Este deve ser o de prover um atendimento universal e integral, com a coordenação de todos os cuidados realizados pela APS. A conquista atual é coerente com a história do SUS, que tem a tendência à universalização do Direito à Saúde e à valorização do atendimento territorializado, integral com o foco no usuário (CAMPOS, 2016).

Nessa perspectiva, a AB constitui “um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade” (PINHEIRO, 20013). Conhecer a realidade dos serviços contempla conhecer os aspectos relacionados à organização, à estrutura, ao funcionamento e ao acesso funcional e geográfico quanto à utilização dos mesmos. Por utilizarem mais os serviços de saúde, acredita-se que as mulheres possam transpor mais facilmente estes questionamentos. O alcance da integralidade na Atenção Básica pressupõe a superação da restrição do cuidado às mulheres

a ações programáticas por meio do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde e de acordo com as necessidades de saúde das usuárias (BRASIL, 2016).

A maior demanda nos serviços de saúde, em particular no Saúde da Família é de pessoas do sexo feminino, indicando que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência, além de assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares e/ou amigos na sua comunidade (BRANDÃO, 2012). Este estudo, que teve por objetivo adaptar e aplicar na ESF um instrumento de avaliação da satisfação do usuário em APS, demonstra essa demanda ao levantar que 84% da sua amostra eram mulheres, com faixa etária média de 30 a 39 anos e baixa escolaridade (onde 53% não possuíam o ensino elementar completo).

Um fator que contribui para maior utilização dos serviços de saúde por mulheres é a fisiologia e os ciclos de vida das mulheres (TRAD ET AL, 2002, JORGE ET AL, 2007). Os serviços e atividades de atenção primária foram tradicionalmente direcionados ao grupo materno infantil e também na ESF são ofertadas diversas ações para este grupo prioritário, tais como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção ao câncer ginecológico e de mama e saúde da criança (BRANDÃO, 2013).

Como principais usuárias, Ibanez et al (2006), Mishima et al (2010), argumentam que mulheres têm um importante papel enquanto avaliadoras de serviços de saúde. Conhecem o cotidiano familiar e representam as principais agentes de saúde do seu ambiente doméstico e com isso são capazes de identificar indicadores de qualidade no serviço prestado.

2.2 SAÚDE DA MULHER

Para compreender melhor as atividades e ações desenvolvidas em relação à Saúde da Mulher, faz-se necessário resgatar a longa inserção das políticas desta linha de cuidados no Brasil, levantando pontos como o rompimento com a concepção do ciclo materno-infantil para a saúde integral da mulher e os limites da formação dos profissionais e da organização dos serviços, interrompendo essa perspectiva e visando contemplar a saúde integral das mulheres nas suas mais amplas dimensões e singularidades.

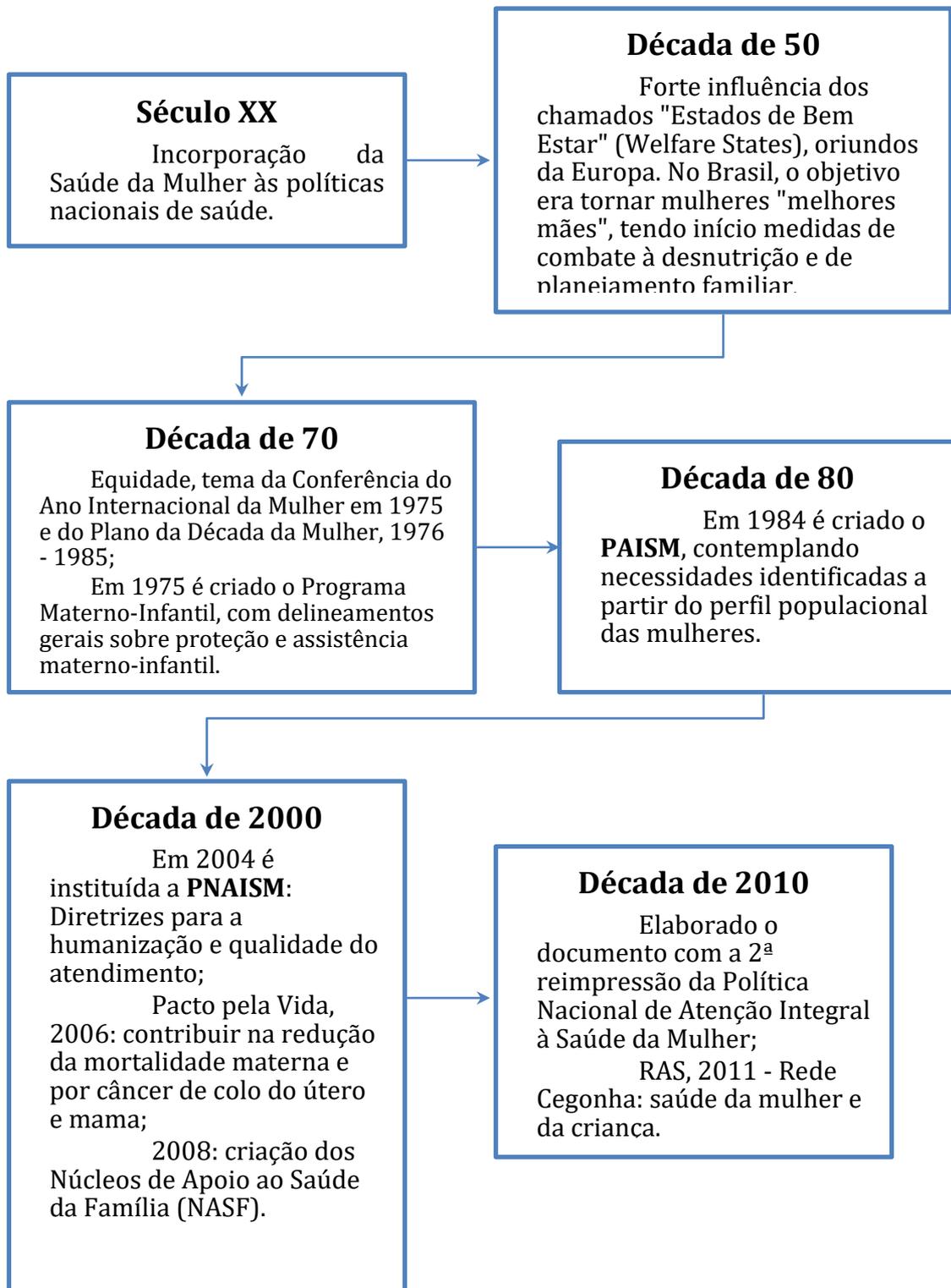
Outro aspecto importante é analisar que ações e atividades são adequadas para o cuidado com a saúde da mulher, avaliando a coerência dos serviços com as necessidades da população e as estratégias utilizadas no âmbito da AB.

E por último cabe destacar as avaliações realizadas em relação ao pré-natal na AB.

2.2.1 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS À MULHER NO BRASIL

Como pode ser observado na Figura 1, na página a seguir, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX e, desde então, perpassou diversas fases, partindo de uma visão restrita à especificidade biológica da mulher, limitando-se à gestação e ao parto, e evoluindo a um ideário feminista para a atenção integral à saúde, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida.

Figura 1: Trajetória histórica das políticas relacionadas à saúde da mulher no Brasil.



Fonte: Elaboração própria

Da década de 30 a década de 70, os programas traduziam pensamentos em que predominavam a visão biológica, objetivando fazer das mulheres “melhores mães”.

Na década de 50, as ações de saúde sofriam forte influência dos chamados ‘Estados de Bem Estar’ (*Welfare States*), oriundos da Europa, que se direcionavam a grupos vulneráveis. No Brasil, especialmente em relação à saúde da mulher, o objetivo seria fazer das mulheres “melhores mães”, assim, a maternidade era o papel mais importante da mulher na sociedade; a criação dos filhos era para a mulher o papel mais relevante em relação ao desenvolvimento econômico. Dessa forma, nesse período foram iniciadas medidas de combate à desnutrição e de planejamento familiar (FERNANDES ET AL, 2014).

Na década de 1970 há um enfoque maior às questões relacionadas à equidade, que foi tema na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985). Os objetivos eram integrar as mulheres no processo de desenvolvimento, preocupando-se com sua autonomia política e econômica e com a redução da desigualdade com os homens (FERNANDES ET AL, 2014).

Pensando nessas e em outras questões, em 1975 é criado o programa materno-infantil, que contemplava traçados gerais sobre proteção e assistência materno-infantil e buscava abranger cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte ação de organismos internacionais controlistas, como a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e, assim como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (FERNANDES ET AL, 2014).

Na década de 1980, por sua vez, no auge do movimento feminista brasileiro, os programas iniciais destinados à saúde da mulher são fortemente criticados, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Houve a criação de um importante programa: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil adotada até então e com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para escolha de prioridades neste campo (FERNANDES ET AL, 2014).

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também princípios orientadores da reforma sanitária, tais como a descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (BRASIL, 2011). Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A partir de 1984, inicia-se a distribuição, pelas secretarias estaduais de Saúde, de documentos técnicos que iriam nortear as “Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher”.

Em 2003, a área técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de articular com outras áreas técnicas e de propor novas ações para a atenção das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2011).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

Em 2006 foi criado o Pacto pela Vida, um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre as prioridades de alcance de metas firmadas, estavam o Controle do câncer do colo do útero e da mama e a Redução da mortalidade infantil e materna, além de Promoção da Saúde (transversal a todas as ações) e o Fortalecimento da Atenção Básica.

O Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), criado em 2008, insere-se dentro do escopo de ações da Atenção Básica em Saúde no Brasil e estabelece o credenciamento de equipes multiprofissionais, que assumem a função de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações em saúde. Dentre outras, uma das áreas estratégicas sobre as quais as ações do NASF devem se realizar é a saúde da mulher (BRASIL, 2009).

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Rede Cegonha, estratégia que visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida. O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da Rede Cegonha resultam dos avanços alcançados a partir de importantes iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil, como as diretrizes do Pacto pela Saúde, e de consistentes experiências municipais e estaduais. A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto (BRASIL, 2011a).

No ano de 2011 ainda, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elabora o documento com a 2ª reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos acerca da Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero; Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher; Situação Sociodemográfica; Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil; Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011).

No Brasil, a política de saúde da mulher teve como marco o PAISM e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), passando de um programa de governo a uma política, ampliando o escopo de ações e também diversificando a abrangência dos grupos femininos. Podem se traduzir como políticas indutoras de melhorias à saúde da mulher, através da oferta de diversos serviços no âmbito do SUS. Segundo Freitas et al, 2009, quanto às ações a serem desenvolvidas pelos profissionais voltadas à saúde da mulher, a PNAISM além de ser considerada mais um meio da garantia de acesso às ações básicas mínimas e de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.

É interessante frisar que o termo "integral" faz parte dos títulos desses programas/políticas de saúde, destacando que a atenção deve ser integral. Ao falar-se em políticas públicas de saúde a partir do SUS, o termo "atendimento integral/integralidade" está sempre presente e é central para toda e qualquer discussão. Nesse sentido, é necessário "estranhar" o que a princípio está dado, ou seja, como se lê/entende "integral". Para poder "rachar" o conceito, é preciso procurar os deslocamentos, as transformações, não pensando em progressos ou melhorias, mas no que pode ser dito em uma determinada época (MEDEIROS, 2009).

A política de saúde direcionada à mulher, que se estruturou na sociedade brasileira a partir da década de 1970, não se efetivou apenas como vontade política; ela é fruto de lutas do movimento feminista que, através de movimentos de resistência contra a submissão e opressão feminina, pugnou contra a dominação do capital e das relações de gênero. A luta que as mulheres assumem ao problematizar condições iguais em relações diferentes, externando os papéis sociais que lhes foram atribuídos no desenvolvimento socioeconômico ao serem transformados em demanda política, cobra do Estado ações que visem corrigir anos de iniquidade social (RAMALHO, 2012).

2.2.2 AÇÕES E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER: UM OLHAR PARA O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Sabe-se que, para ser resolutiva, a Atenção Básica deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado, de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes de profissionais estão constantemente expostas (MENDES, 2016).

Em se tratando de Saúde da Mulher, a assistência deve ser fortemente qualificada e atenta, uma vez que é voltada a um grupo que passa por diversas fases e modificações físicas e emocionais ao longo da vida. Segundo Baumguertner (2013), o aumento da expectativa de vida da mulher, as modificações de hábitos de vida e das necessidades de saúde por mudanças no padrão demográfico apontam para uma constante capacitação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, demandam um rol cada vez mais amplo, específico e qualificado de ações e atividades em saúde nesta área.

Por ser uma temática estruturante da AB no Brasil, ainda antes da construção da Estratégia de Saúde da Família, os protocolos em Saúde da Mulher possuem uma base consolidada no que diz respeito aos problemas mais comuns apresentados por este grupo. Dada a magnitude e relevância na prática dos profissionais e diante de estudos, o Ministério da Saúde compilou em seu último Manual as queixas mais comuns em saúde da mulher, formulando fluxogramas que orientam os profissionais à resolução dos problemas.

São problemas e queixas recorrentes durante a atenção à saúde da mulher: o sangramento uterino anormal, atraso menstrual e amenorreias, sintomas pré-menstruais, lesão anogenital, corrimento vaginal e cervicites, mastalgia, descarga papilar, dor pélvica, imagens anexiais, miomas, perda urinária e queixas urinárias.

Estas condições podem e devem ser identificadas na Atenção Básica à Saúde e, quando não for possível o tratamento neste nível de atenção, deve-se referenciar às demais especialidades, a nível secundário ou terciário, mantendo sempre a coordenação do cuidado.

Além da abordagem aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres, no âmbito da AB, são desenvolvidas ações em temas estratégicos, como: Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno; Planejamento reprodutivo; Prevenção de câncer de colo de útero; Prevenção do câncer de mama; Atenção às mulheres no climatério; Atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar (BRASIL, 2016).

Envolvendo e tecendo todos esses temas estratégicos, a promoção, educação em saúde e a realização da visita domiciliar configuram-se como ações transversais, tornando-se processos indissociáveis, uma vez que servem para subsidiar a adesão satisfatória das usuárias aos serviços no que tange a todos os pontos do escopo da linha de cuidado de Saúde da Mulher, facilitando o entendimento e sensibilizando-as às ações ofertadas, bem como para mudanças de comportamento que viabilizem uma vida saudável e de boa qualidade. As variáveis relacionadas a estas ações podem ser visualizadas nos anexos A e B.

Porém serão destacadas as atividades relacionadas especificamente ao pré-natal de baixo risco realizado na AB.

A) ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

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

A implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde, e, em 2011, a instituição da Rede Cegonha, programa que estrutura e organiza a atenção à saúde materno-infantil no Brasil, possui como um de seus componentes a assistência pré-natal, e tem impactado nos indicadores de acesso à assistência pré-natal no país. (NUNES, 2017).

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2012).

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (BRASIL, 2012).

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança (BRASIL, 2016).

As equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (2016) recomenda um número mínimo de 6 consultas médicas e de enfermagem intercaladas, sendo mensais até a 28ª semana; quinzenais da 28ª até a 36ª semana; e semanais da 36ª até a 41ª semana.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), deve-se garantir os seguintes elementos para um pré-natal de qualidade na AB, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1: 10 Passos para o Pré-Natal de baixo risco de Qualidade na Atenção Básica.

1º Passo	Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
2º Passo	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3º Passo	Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4º Passo	Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5º Passo	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6º Passo	É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)".
7º Passo	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

Continua

Conclusão

8° Passo	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9° Passo	Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10° Passo	As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Brasil, 2012.

A Atenção Pré-Natal é fundamental para que se obtenham bons resultados no desfecho da gestação e sua qualidade está relacionada com a disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, bem como ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo a padrões técnico-científicos de qualidade. Para que seja efetivo, recomenda-se que o pré-natal seja iniciado no início da gestação e seja constituído por um conjunto de ações estabelecidas por protocolos assistenciais que orientem as condições e procedimentos necessários ao cuidado das gestantes (LUZ, 2018).

B) AÇÕES TRANSVERSAIS AO CUIDADO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA

AÇÕES E ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

O modelo de Promoção da Saúde surgiu na década de 70 no Canadá, baseando-se em quatro pólos: a biologia humana; o sistema de organização dos serviços; o ambiente social, psicológico e físico; e o estilo de vida, que está em amplo processo de construção. A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide em 1988, teve como tema central políticas públicas voltadas para a saúde. Foram apresentadas quatro áreas prioritárias para promoção de ações, e o apoio à saúde da mulher foi considerado como uma destas áreas (FREITAS, 2009).

A promoção e a educação em saúde são componentes-chave na AB, sendo um conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo,

seu ambiente físico e estilo de vida. Os programas de promoção de saúde baseados nessa concepção utilizam a lógica da racionalidade individual, na qual o indivíduo devidamente informado será capaz de escolher, entre muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos ou que contribuirá para obtenção de um estado ótimo de saúde (FIGUEIRA, 2009). A promoção e a educação em saúde perpassam os níveis de atenção à saúde, não se restringindo a certas ações, e sim, sendo transversais a todas, resultando uma intervenção multi e intersetorial.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) estabelece a operacionalização da promoção de saúde, propondo a articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, para compor redes de compromisso para que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Assim, a política recomenda que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. São consideradas ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e que visem o espaço para além das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (FIGUEIRA, 2009).

Educação e saúde são práticas que coexistem e se desenvolvem de modo articulado, contribuindo para construção e desenvolvimento da sociedade, sendo a educação um processo facilitador para o alcance da saúde (OLIVEIRA, 2011). Tem por objetivo responsabilizar e tornar o indivíduo autônomo quanto aos cuidados com seu bem-estar, não pela imposição do saber técnico-científico, mas pela compreensão situacional, valorizando, assim, a comunicação dialógica. É um conjunto de ações que associam experiência e aprendizagem com o objetivo de conduzir saúde e ação buscando capacitação da comunidade para alcançar controle maior sobre o ambiente, acarretando como estratégia de capacitação popular o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, processo de aprendizagem mútua, superando diferenças e distâncias culturais (SCLIAR, 2007).

As ações de educação em saúde têm o intuito de estimular espaços de troca de informação, fortalecer o vínculo com as unidades de saúde e investir na incorporação de hábitos e comportamentos saudáveis por meio de diferentes meios e cenários, como a realização de grupos educativos e de promoção da saúde. Essas ações têm a perspectiva de um melhor desenvolvimento pessoal e social dos usuários frente ao processo saúde-doença, assim como as decisões relativas ao seu bem-estar e qualidade de vida (TEIXEIRA ET AL, 2014).

O conceito de educação em saúde interage com o de promoção que é um processo contínuo de capacitação da comunidade para que a mesma atue em prol da melhoria na qualidade de vida. As estratégias indispensáveis para promoção da saúde são o entendimento de que esta é um bem social, econômico e pessoal com acesso à informação e mediação entre grupos sociais e profissionais (ALVES, 2011).

As políticas de atenção à saúde da mulher formuladas nacionalmente através de amplas e complexas discussões trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher. Apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e, por isso, inexaurível. Cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde da mulher, conforme destacado anteriormente (FREITAS, 2009).

Segundo Maciel (2009), os métodos adequados de educação em saúde estimulam autonomia, suprem necessidades da comunidade, buscam qualidade de vida e valorizam o saber. Portanto, o profissional deve ser um instrumento para que a usuária adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. É um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada, pode gerar surpresa, tristeza e até mesmo negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante (RIOS, 2007).

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar. As ações educativas são consideradas estratégias oportunas para o esclarecimento sobre diversas temáticas durante o período gestacional, auxiliando nas decisões relativas à gestação (RIOS, 2007).

VISITA DOMICILIAR E BUSCA ATIVA DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA

A visita domiciliar (VD), um dos pilares da Estratégia Saúde da Família, também é instrumento transversal a todas as ações desenvolvidas na linha de cuidado da Saúde da Mulher, uma vez que o cuidado não se limita aos aspectos biológicos, mas abrange todo o processo de adoecimento e sua relação com o cotidiano da família, levando-se em conta o contexto sócio-cultural em que a mulher vive. Essa estratégia é apontada como fundamental para a assistência multiprofissional por atender o indivíduo em sua integralidade.

O atendimento em domicílio realizado pelos profissionais que integram a equipe de saúde pode ser dividido nas seguintes modalidades: Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar, Acompanhamento Domiciliar e Vigilância Domiciliar. Define-se Vigilância Domiciliar como sendo o comparecimento de um integrante da equipe no domicílio, para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade.

Dentro do escopo da Saúde da Mulher, podemos citar benefícios da VD no que tange à integralidade e longitudinalidade do cuidado, como: ações preventivas; visitas às puérperas; captação precoce de uma gestação; identificação de situações de violência; busca ativa a mulheres faltosas a exames específicos; como preventivo do câncer de colo de útero e de atenção pré-natal.

Assim, a VD, no contexto da atenção à saúde, tem se apresentado como uma prática importante para os profissionais da ESF, na possibilidade do cuidar da mulher e entender melhor suas questões familiares.

O MS reconhece a VD como função de todos os integrantes das equipes que compõem a ESF. As atribuições desses profissionais foram definidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011 e reforçadas e complementadas na edição de 2017, exceto as dos ACS, que têm sua primeira publicação na Portaria nº 1886, de 1997, quando se deu a aprovação das Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

A territorialização e o cadastramento das famílias, práticas igualmente comuns aos profissionais da ESF, favorecem a identificação/captação da população alvo e a busca ativa através das VDs. Contudo, o ACS se inscreve de forma privilegiada nesta dinâmica, uma vez que a essência do seu trabalho é estar no território, fazendo a mediação entre a comunidade e a unidade de saúde.

A VD tem como objetivo viabilizar o acompanhamento de forma integral das famílias e dos indivíduos, sendo importante para a construção de novas relações entre profissionais e familiares, formação de vínculos, aumento do acesso a serviços de saúde, maior acesso às informações sobre os serviços disponíveis e melhor compreensão das necessidades e dos contextos das famílias acompanhadas (NUNES, 2018).

A visita domiciliária à mulher grávida é um instrumento de intervenção fundamental à ESF, pois identifica suas características sociais e epidemiológicas, seus problemas de saúde e suscetibilidade aos agravos de saúde, o que permite o reconhecimento dos recursos que a família dispõe (FELICIANO, 2013).

Em seu estudo, Cesar *et al* (2008), que compara gestantes visitadas por Agentes Comunitários de Saúde ou visitas realizadas por outras estratégias (como Pastoral da Criança), identificou que essas gestantes iniciaram o pré-natal mais precocemente e realizaram um maior número de consultas e de exames clínicos e laboratoriais. Fato que pode ser associado à frequência de visitas realizadas e vinculação a estes profissionais, ressaltando a potência desta ferramenta da ESF.

Sendo assim, conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias que podem potencializar os fatores de proteção da mulher e de sua rede de apoio. Ressalta-se a necessidade de o profissional da saúde cuidar da mulher integralmente, considerando diversos fatores como: a história de vida da mulher, os sentimentos por ela percebidos e o ambiente em que vive. São estas algumas das formas de estabelecer uma relação entre os sujeitos e a valorizar a unicidade e individualidade de cada caso e pessoa (BERNARDI, 2011).

3.0 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Diante da expansão da Atenção Básica, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações. A avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores (BROUSELLE, 2011).

Para Brouselle (2011:44),

a avaliação contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas

políticas e programas. O objetivo último da avaliação é a melhoria social, para a qual pode contribuir auxiliando as instituições democráticas a escolher melhor, supervisionar, aperfeiçoar e tornar coerentes as políticas e programas sociais.

Brouselle (2011) considera essa definição ampla e que, segundo ela, a avaliação visa à melhoria do bem-estar coletivo. A avaliação deve ser concebida como uma ferramenta habitual indispensável à formulação da própria ação, de sua implementação e melhoria.

Para Brouselle (2011, apud 1972), a avaliação é a apreciação sistemática do *funcionamento* e (ou) dos *resultados* de um programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política.

A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a Atenção Básica à Saúde em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo MS por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação. Nesse mesmo período, foi criada a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação em atenção básica que, neste primeiro momento, focaram o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas (BRASIL, 2005).

Em 2003, frente à considerável expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e dos novos desafios decorrentes da implantação, essa Coordenação passou a chamar-se Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), com a missão de fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do Sistema Único de Saúde com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo.

Entre os desafios presentes no campo da avaliação, encontra-se a realização de pesquisas que apótem evidências sobre os impactos das inovações propostas pela Estratégia Saúde da Família na organização do sistema e na saúde das populações. Outro desafio a ser enfrentado relaciona-se à criação de mecanismos institucionais que permitam regularidade de análise dos dados (FELISBERTO, 2006).

Estudos avaliativos que busquem aferir a efetividade e o alcance das políticas de saúde junto a grupos mais vulneráveis da população, entre eles as mulheres, representam um compromisso social e um apoio na construção da equidade (MARQUES ET AL, 2014).

A atuação da ESF, principal modelo de atenção para a efetivação da política em saúde da mulher na rede básica do SUS, tem sido alvo de investigações sobre o tema. É de grande importância e impacto a consolidação de ações de gerenciamento na avaliação global da atenção à saúde da mulher.

Em 2012 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso da população aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, além de investimentos no desenvolvimento dos trabalhadores da AB (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB é um programa nacional de importância por abordar a busca do acesso e da qualidade nos serviços de saúde da atenção primária à saúde. Este programa permite o monitoramento e a avaliação dos serviços de saúde com perspectiva de usuários, profissionais e gestores em saúde. Representa, ainda, a valorização e a institucionalização da avaliação em saúde para o planejamento e gestão. Ao buscar a compreensão de aspectos políticos, administrativos e organizacionais para a implantação de um programa dessa importância em âmbito local, busca-se evidenciar fatores externos e internos para o desenvolvimento de programas e até políticas (PILAR, 2016).

As equipes são incluídas no Programa mediante adesão da gestão municipal que, após processo de avaliação externa, passam a ser certificadas progressivamente e contam com repasse de recursos em função de seu desempenho (TOMASI, 2017).

São sete as diretrizes traçadas para nortear a organização e o desenvolvimento do PMAQ-AB: 1) comparabilidade entre as equipes de saúde da família, respeitando as diversidades dos diferentes contextos; 2) ser incremental, ou seja, um processo contínuo e progressivo para a melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; 3) transparência, possibilitando o acompanhamento das ações e dos resultados pela sociedade; 4) envolvimento, mobilização e responsabilização dos gestores, equipes e usuários no processo de mudança da gestão e de qualificação da atenção básica; 5) negociação e contratualização, isto implica na gestão dos recursos segundo os compromissos e os resultados pactuados e alcançados; 6) valorização da atenção básica, induzindo a mudança do processo de trabalho e o impacto causado por essa mudança nos

usuários e trabalhadores. Os princípios da atenção básica, o estímulo da mudança do modelo de atenção e a compreensão que as condições de contexto e a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado, permitem a qualificação das equipes de saúde da família; 7) adesão voluntária das equipes de atenção básica e dos gestores municipais. Para tanto, pressupõem o protagonismo dos atores envolvidos durante o processo de implementação do programa; trabalhadores e gestores motivados e se reconhecendo como chave para o êxito (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB possuía ciclos a cada dois anos, o último realizado foi o ciclo 3, em 2017. Organizava-se em quatro fases que se complementavam e que conformavam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1ª fase: Adesão do município ao programa e contratualização de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EqAB), gestores municipais e Ministério da Saúde;

2ª fase: Desenvolvimento das atividades visando à qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão como, por exemplo, ações pertinentes à educação permanente, ao apoio institucional, ao monitoramento de indicadores e à realização de processos de autoavaliação;

3ª fase: Avaliação Externa a fim de verificar as condições de acesso e qualidade e identificar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores na qualificação da Atenção Básica;

4ª fase: Recontratualização - indica para as equipes processos de repactuação entre equipes de atenção básica e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando o avanço sistemático do Programa (BRASIL, 2013).

O PMAQ instituiu recursos financeiros adicionais para os municípios participantes, os quais estão condicionados ao alcance de padrões de acesso e qualidade, e se operacionaliza em ciclos de adesão/contratualização, desenvolvimento e avaliação externa. A conclusão do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ se deu em agosto de 2012, incluindo mais de 16 mil equipes de atenção básica, em 3700 municípios, sendo esta iniciativa especialmente focada na estratégia Saúde da Família, modelo predominante de APS no SUS (BARRETO, 2015).

O programa contribuía para a gestão pública, inclusive municipal, ao incorporar mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade e do acesso aos serviços de saúde e da própria gestão, estimulando a reflexão, o planejamento das ações e o envolvimento de diferentes interessados e atores sociais (PILAR, 2016).

Segundo o estudo de Sobrinho (2014), que utilizou dados do PMAQ 2012, ficou evidenciado que um alto grau de apoio matricial significa de 60 a 83% de chances de as equipes obterem melhor certificação nas áreas da atenção à mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério). Com isso, entende-se que o apoio matricial pode agregar saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo cuidado (SOBRINHO, 2014).

O processo de institucionalização da avaliação promovido no âmbito do SUS, a partir da atenção básica, vem avançando e trazendo no seu interior novas demandas, perspectivas e limites ainda não superados. A institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito, neste caso, de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se de uma compreensão da avaliação que vai muito além da obrigação de prestar contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais (PINHEIRO, 2008), sendo o PMAQ uma dessas iniciativas que podem potencializar a institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica.

Segundo Nunes (2017), a avaliação do processo da assistência pré-natal é importante para a melhoria da qualidade dos serviços e indispensável para promover a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, principalmente no Brasil, onde são observadas desigualdades sociais, econômicas, regionais e de acesso aos serviços de saúde. Essa avaliação constitui importante ferramenta que pode auxiliar na elaboração de políticas públicas mais efetivas e alinhadas à realidade territorial.

A qualidade do pré-natal também tem sido avaliada utilizando-se o conceito de qualidade da atenção de Donabedian, considerando a tríade estrutura, processo e resultado, com maior ênfase no processo. Na opinião deste autor, é o cumprimento dessas normas e regras que podem melhorar a qualidade na atenção, quando o foco da análise é o processo, uma vez que orientam os responsáveis pela assistência sobre o cumprimento de determinadas práticas, que, se cumpridas, deverão garantir o melhor resultado possível. Em suma, segundo essa abordagem, a padronização de certos procedimentos e cuidados à saúde da gestante, mediante a utilização de protocolos, vai contribuir com uma atenção de maior qualidade para todos os pacientes (MENDOZA-SASSI, 2011).

4.0 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar as ações voltadas ao pré-natal de baixo risco na Atenção Básica em saúde no município do Rio de Janeiro com base nos resultados da avaliação externa do PMAQ-AB nos anos de 2014 e 2017.

4.2 ESPECÍFICOS

a) Avaliar a disponibilidade de equipamentos, insumos, medicamentos das ações e atividades relacionadas ao pré-natal de baixo risco em unidades de AB no município do Rio de Janeiro nos anos de 2014 e 2017;

b) Avaliar a adequação dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de AB voltados ao pré-natal de baixo risco em unidades de saúde no município do Rio de Janeiro nos anos de 2014 e 2017;

c) Comparar os resultados entre os dois anos avaliados (2014 e 2017).

5.0 METODOLOGIA

Este estudo teve como base as referências da avaliação de serviços de saúde, com ênfase na análise nos contextos organizacional e técnico da Atenção Básica.

O trabalho consistiu em uma pesquisa avaliativa, descritiva, transversal e abordagem quantitativa. Visou explorar, as ações voltadas ao Pré-Natal de baixo risco no escopo da AB no município do Rio de Janeiro, relacionadas à disponibilidade e adequação dos processos assistenciais.

Giovanella e Fleury (1995), para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, referem-se às dimensões específicas do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A presente dissertação abordou as seguintes subdimensões do acesso: disponibilidade e adequação.

De acordo com Penchansky e Thomas (1981), a disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. Já a Adequação funcional é entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para os usuários.

A análise da disponibilidade é relevante pois expressa a estrutura das equipes. No campo da avaliação, a estrutura é um dos componentes para a análise de desempenho e resolutividade dos serviços de saúde, considerando que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços oportunos e de qualidade (DONABEDIAN, 1988).

Donabedian (1988) propôs um esquema sistêmico de análise que considera a tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, entre elas, os instrumentos, os recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde.

Pode-se, então, dizer que as características da estrutura contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciando seus consequentes resultados.

A subdimensão da disponibilidade contextualiza as condições de estrutura das equipes visitadas e é muito significativa pois é fundamental para o alcance de bons resultados dos processos de trabalho, verificado pela subdimensão de adequação. Ou seja, ainda que sozinhas essas subdimensões não sejam suficientes para expressar grau de acesso, ao serem analisadas associadamente, a análise torna-se mais concreta.

A técnica de investigação apoiou-se na análise de dados secundários. Para tal foi analisado um conjunto de dados pertencentes ao componente da 'Avaliação Externa', disponíveis no banco do PMAQ-AB (acessível em <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>), e

outros dados secundários de disponibilidade pública como: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC – acessível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>) ou através do DATASUS, mais especificamente no Tabnet (acessível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>).

O estudo foi realizado através da avaliação das variáveis presentes no módulo 1 dos instrumentos do PMAQ relacionadas à disponibilidade de equipamentos e insumos disponíveis nas unidades de AB do município do Rio de Janeiro para a execução das ações de pré-natal de baixo risco (anexos C e D). Em relação à adequação, foram analisadas as variáveis que constam no módulo 2 dos instrumentos do PMAQ referente aos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelos profissionais de equipes de AB.

Foram utilizados dados do segundo e terceiro ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB.

Para a seleção das variáveis, realizou-se uma busca inicial nos instrumentos do Programa em relação aos itens correspondentes à atenção pré-natal, considerando as dimensões de disponibilidade e adequação dos processos de trabalho da AB. Buscou-se examinar a efetivação das dimensões estudadas da AB de acordo com o censo realizado nas unidades e as respostas dos profissionais. Foram analisadas a pertinência de cada variável selecionada de acordo com o tema escolhido.

Foi realizada análise descritiva das variáveis dos ciclos 2 e 3, identificando-se a disponibilidade e a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas do questionário, conforme mostra o quadro 2:

Quadro 2 - Variáveis existentes e variáveis selecionadas presentes nos instrumentos utilizados nos ciclos 2 e 3 do PMAQ.

MÓDULO	Ciclo 2		Ciclo 3	
	VARIÁVEIS EXISTENTES	VARIÁVEIS SELECIONADAS	VARIÁVEIS EXISTENTES	VARIÁVEIS SELECIONADAS
I - Observação na UBS	477	13	340	12
II - Entrevista com Profissional da Equipe de AB e Verificação de Documentos na UBS	234	23	334	54
TOTAL	711	36	674	66

Fonte: Elaboração própria.

A fim de facilitar a análise dos dados, melhor visualização e entendimento, foram criados parâmetros de referência e construídos indicadores que refletem os padrões esperados para uma assistência pré-natal de qualidade por parte das equipes de AB. Os resultados serão apresentados por AP.

Na sequência, no Quadro 3, há descrição dos padrões de referência e os indicadores construídos para a dimensão de Disponibilidade. Para simplificação, como não houve significativo acréscimo nem mudanças nas descrições das variáveis entre os ciclos 2 e 3, as variáveis existentes apenas no instrumento de avaliação externa do Ciclo 3 serão apresentadas neste quadro com uma sinalização (**).

Quadro 3 - Padrões de referência considerados e indicadores criados para as perguntas dos ciclos 2 e 3 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF para a realização de pré-natal de baixo risco.

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Sonar	Pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 sonar
Pinard*	Pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 pinard
Caderneta da gestante	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível caderneta da gestante
dTpa**	Sempre Disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível dTpa
Teste rápido de sífilis	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível teste rápido de sífilis
Teste rápido de gravidez	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível teste rápido de gravidez
Teste rápido de HIV	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível teste rápido de HIV
Teste rápido de hepatite B**	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível teste rápido de hepatite B
Teste rápido de hepatite C**	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível teste rápido de hepatite C
Fita métrica	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fita métrica
Sulfato Ferroso	Quantidade suficiente	% de EqAB que afirmaram ter sulfato ferroso em quantidade suficiente

Continua

Conclusão

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Ácido fólico	Quantidade suficiente	% de EqAB que afirmaram ter ácido fólico em quantidade suficiente

Legenda: * No que tange à disponibilidade do Pinard, cabe ressaltar que é um instrumento que está em desuso desde o surgimento do Sonar, que identifica os batimentos cardíacos fetais a partir de certa idade gestacional (bem menor que a do Pinard). Logo, uma vez que a disponibilidade deste não interfere na qualidade do pré-natal de baixo risco, considerou-se suficiente a existência de apenas um item deste por equipe e, ainda assim, pode-se considerar um Pinard por unidade de saúde como aceitável; ** Variáveis existentes apenas no instrumento de avaliação externa do Ciclo 3.

Fonte: Elaboração Própria.

Em relação à dimensão de Adequação, foram criados indicadores de acordo com o mais próximo do processo ideal de trabalho, que podem ser observados de forma separada (quadro 4 para o ciclo 2 e quadro 5 para o ciclo 3), uma vez há diferença significativa na quantidade e no enunciado das variáveis dos dois ciclos do PMAQ-AB utilizados neste estudo.

Quadro 4: Padrões de referência considerados e indicadores criados para as variáveis do CICLO 2 do PMAQ referentes à adequação de processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a realização de pré-natal de baixo risco.

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea com captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação?	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea com captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação.
A equipe oferta ações para Gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações para gestantes
A equipe oferta ações para Mulheres?	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações para mulheres

Continua

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
A equipe possui o registro do seu território de todas as gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter registro de todas as gestantes de seu território
A equipe programa oferta de consultas para pré-natal?	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar consultas de pré-natal
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para pré-natal?	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar protocolos para estratificação de risco no pré-natal
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter programação de agenda de acordo com o risco classificado para gestantes
A equipe mantém registro de gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	Sim	% de EqAB que afirmaram manter registro das gestantes de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção
A equipe realiza busca ativa nas situações de pré-natal?	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa no pré-natal
Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto a cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter articulação com trabalho de cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Glicemia de jejum?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar glicemia de jejum na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: sorologia para sífilis (VDRL)?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar sorologia para sífilis (VDRL) na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: sorologia para HIV?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar sorologia para HIV na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: sorologia para hepatite B?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar sorologia para hepatite B na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: exame sorológico para toxoplasmose?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar exame sorológico para toxoplasmose na rede de serviços de saúde

Continua

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: teste rápido de gravidez?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar teste rápido de gravidez na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: teste rápido de sífilis?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar teste rápido para sífilis na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: teste rápido de HIV?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar teste rápido de HIV na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar e realizar urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) na rede de serviços de saúde
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: nenhuma das anteriores?	Não	% de EqAB que não relataram não realizar nenhum exame anteriormente citado
Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário para as seguintes especialidades exames de ultrassonografia no pré-natal?	De 0 a 180 Dias	% de EqAB que afirmaram levar de 0 a 180 dias do encaminhamento à realização de exames de ultrassonografia no pré-natal
A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?	Sim	% de EqAB que afirmaram alimentar mensalmente o sistema de informação do pré-natal
A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre profissional responsável pelo acompanhamento da gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram haver registro no acompanhamento das gestantes sobre o profissional responsável por este

Continua

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre consulta odontológica da gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram haver registro no acompanhamento das gestantes sobre consulta odontológica
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre vacinação em dia da gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram haver registro no acompanhamento das gestantes sobre vacinação em dia
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre coleta de exame citopatológico realizada na gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram haver registro no acompanhamento das gestantes sobre coleta de exame citopatológico realizada
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre nenhuma das anteriores?	Não	% de EqAB que relataram não haver registro no acompanhamento das gestantes sobre nenhuma situação anteriormente citada
A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	Sim	% de EqAB que afirmaram orientar as gestantes em relação à vacina contra tétano
A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim, todos os exames	% de EqAB que afirmaram receber todos os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias
É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: recebe a contra referência da maternidade?	Sim	% de EqAB que afirmaram monitorar as gestantes que tiveram parto recebendo a contra referência da maternidade
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto?	Sim	% de EqAB que afirmaram monitorar as gestantes que tiveram parto através de sistema informatizado de alerta da data provável do parto
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: recebe informação da secretaria municipal de saúde?	Sim	% de EqAB que afirmaram monitorar as gestantes que tiveram parto recebendo informação da secretaria municipal de saúde
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: outros?	Sim	% de EqAB que afirmaram monitorar as gestantes que tiveram parto através de outros mecanismos que não os citados anteriormente
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: não possui sistema de monitoramento?	Não	% de EqAB que negaram não possuir sistema de monitoramento das gestantes que tiveram parto

Continua

Conclusão

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura das gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar sistematicamente mensuração do peso e altura das gestantes
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno)?	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno)
Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe: médico ginecologista?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter o apoio do profissional médico ginecologista do NASF
Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe: obstetra?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter o apoio do profissional obstetra do NASF
Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe: atenção materno-infantil?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o NASF desenvolve atividades de atenção materno-infantil

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5: Padrões de referência considerados e indicadores criados para as perguntas do CICLO 3 do PMAQ referentes à adequação de processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a realização de pré-natal de baixo risco.

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: ABO RH?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame ABO RH no pré-natal
Local onde o exame ABO RH é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame ABO RH no município
O acesso ao exame ABO RH é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame ABO RH é satisfatório

Continua

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: coombs indireto?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame coombs indireto no pré-natal
Local onde o exame coombs indireto é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame coombs indireto no município
O acesso ao exame coombs indireto é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame coombs indireto é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: dosagem de hemoglobina e hematócrito?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Dosagem de hemoglobina e hematócrito no pré-natal
Local onde o exame dosagem de hemoglobina e hematócrito é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Dosagem de hemoglobina e hematócrito no município
O acesso ao exame dosagem de hemoglobina e hematócrito é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Dosagem de hemoglobina e hematócrito é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: glicemia de jejum?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Glicemia de jejum no pré-natal
Local onde o exame glicemia de jejum é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Glicemia de jejum no município
O acesso ao exame glicemia de jejum é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Glicemia de jejum é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: tolerância à glicose (teste oral)?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Tolerância à glicose (teste oral) no pré-natal
Local onde o exame tolerância à glicose (teste oral) é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Tolerância à glicose (teste oral) no município
O acesso ao exame tolerância à glicose (teste oral) é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Tolerância à glicose (teste oral) é satisfatório

Continua

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: sorologia para HIV?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Sorologia para HIV no pré-natal
Local onde o exame sorologia para HIV é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Sorologia para HIV no município
O acesso ao exame sorologia para HIV é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Sorologia para HIV é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: sorologia para sífilis (VDRL)?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Sorologia para sífilis (VDRL) no pré-natal
Local onde o exame sorologia para sífilis (VDRL) é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Sorologia para sífilis (VDRL) no município
O acesso ao exame sorologia para sífilis (VDRL) é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Sorologia para sífilis (VDRL) é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: sorologia para hepatite B?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Sorologia para hepatite B no pré-natal
Local onde o exame Sorologia para hepatite B é ofertado na rede de serviços de saúde	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Sorologia para hepatite B no município
O acesso ao exame sorologia para hepatite B é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Sorologia para hepatite B é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: sorológico para toxoplasmose?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Sorológico para toxoplasmose no pré-natal
Local onde o exame sorológico para toxoplasmose é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o exame Sorológico para toxoplasmose no município
O acesso ao exame sorológico para toxoplasmose é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Sorológico para toxoplasmose é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: ultrassonografia obstétrica?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame ultrassonografia obstétrica

Continua

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
Local onde o exame ultrassonografia obstétrica é ofertado na rede de serviços de saúde	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o ultrassonografia obstétrica no município
O acesso ao exame ultrassonografia obstétrica é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame ultrassonografia obstétrica é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: sumário de urina (urina tipo I)?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame Sumário de urina (urina tipo I) no pré-natal
Local onde o exame sumário de urina (urina tipo I) é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o Sumário de urina (urina tipo I) no município
O acesso ao exame sumário de urina (urina tipo I) é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame Sumário de urina (urina tipo I) é satisfatório
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: urocultura?	Sim	% de EqAB que afirmaram solicitar o exame urocultura no pré-natal
Local onde o exame sumário de urocultura é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município	% de EqAB que afirmaram ofertar o urocultura no município
O acesso ao exame urocultura é satisfatório?	Sim	% de EqAB que afirmaram que o acesso ao exame urocultura é satisfatório
Existem referências e fluxos definidos para parto?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter referências e fluxos definidos para parto
A equipe realiza ações de planejamento familiar para mulheres durante o pré-natal?	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar ações de planejamento familiar para Mulheres durante o pré-natal
A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar consulta de pré-natal
A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim	% de EqAB que afirmaram receber o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar protocolos para estratificação de risco das gestantes

Continua

Conclusão

Perguntas	Padrão de Referência	Indicadores
A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	% de EqAB que afirmaram organizar as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade
A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro com o número de gestantes de alto risco no território
A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?	Sim	% de EqAB que afirmaram fazer atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco
A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes
Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade
No acompanhamento da gestante há registro de profissional responsável pelo acompanhamento da gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter registro do profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
No acompanhamento da gestante há registro de consulta odontológica da gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter registro de consulta odontológica da gestante
No acompanhamento da gestante há registro de vacinação em dia da gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter registro de Vacinação em dia da gestante
No acompanhamento da gestante há registro de coleta de exame citopatológico realizada na gestante?	Sim	% de EqAB que afirmaram ter registro de Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	Sim	% de EqAB que afirmaram orientar gestantes em relação à vacina contra tétano
É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde

Fonte: Elaboração própria.

A partir dessa etapa foi realizada a Análise descritiva com frequência simples das variáveis selecionadas. No intuito de uma melhor visualização dos resultados, tanto a disponibilidade como a adequação são apresentados por áreas de planejamento em saúde (AP) do município do RJ.

Os dados foram analisados de acordo com a classificação que pode ser visualizada nos Anexos E e F.

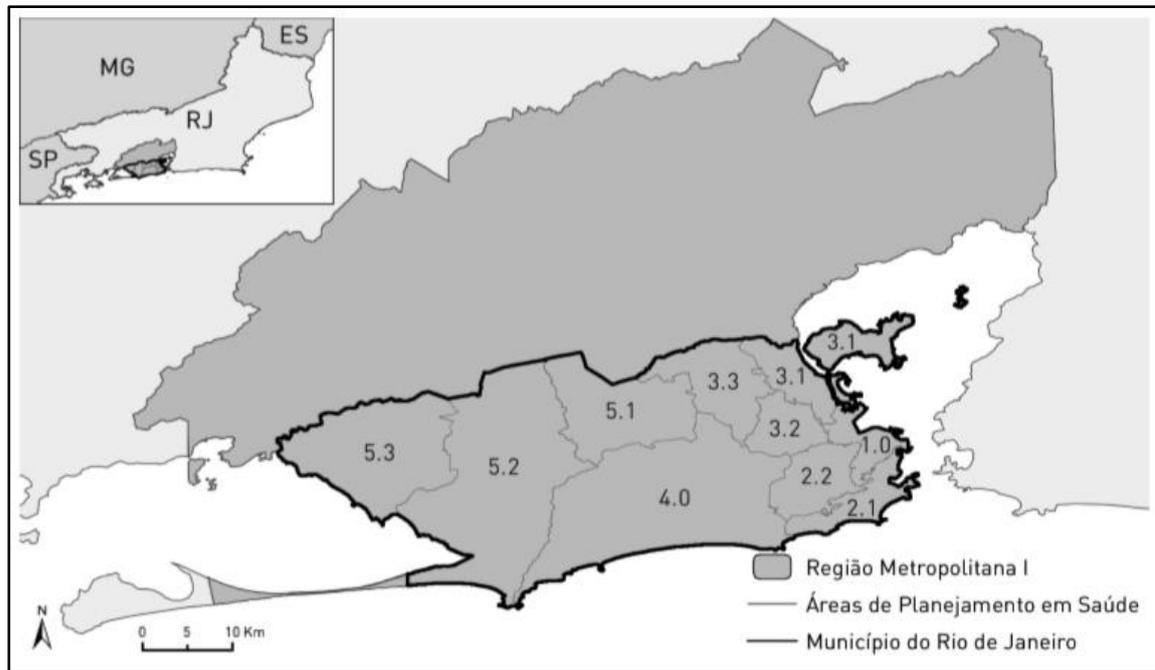
O presente projeto está em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estando em acordo com os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

O projeto em desenvolvimento foi submetido à avaliação e aprovado em 10/09/2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HESFA/EEAN/UFRJ com o parecer de nº 3.566.425 (anexo G) tendo liberação em virtude de utilizar apenas dados secundários.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E SUAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE.

O município do Rio de Janeiro tem 1.224 Km², organizados em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. É capital e maior cidade do estado homônimo e a segunda maior e mais importante cidade do Brasil. Para fins de planejamento em saúde, o município do Rio de Janeiro está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. De modo similar, no plano interno, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento em Saúde, conforme pode ser visualizado na figura 2, na página seguinte (RIO DE JANEIRO, 2018).

Figura 2 - Divisões administrativas: Região de Saúde Metropolitana I e áreas de Planejamento em Saúde do MRJ.

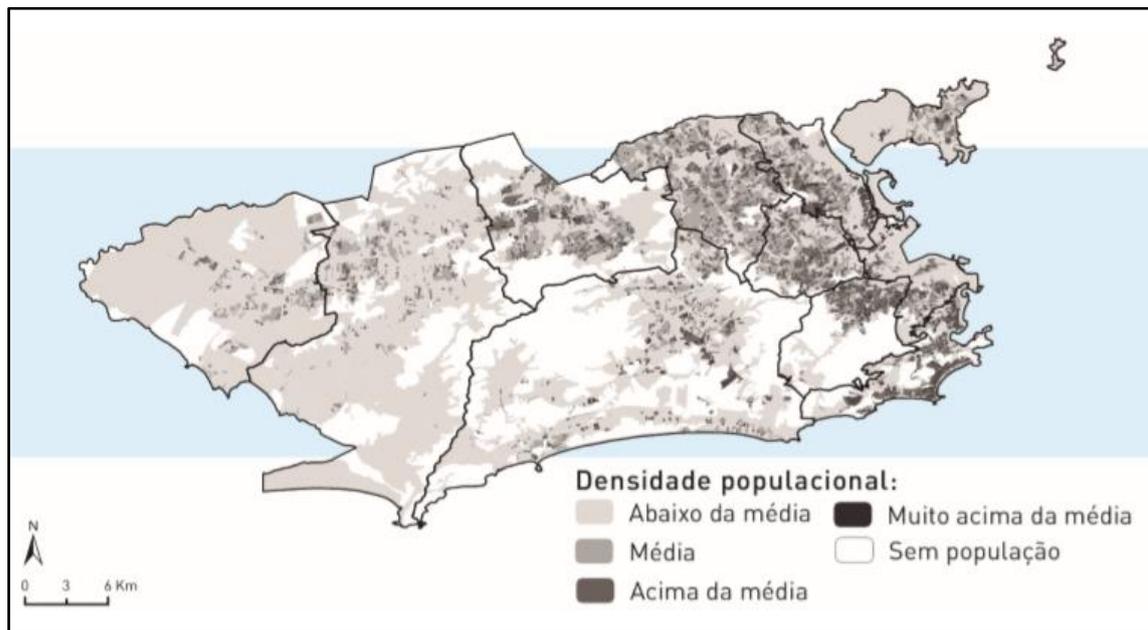


Fonte: Rio de Janeiro 2018.

O Rio de Janeiro tem, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, 6.320.446 habitantes. É o núcleo da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que, com seus 11.835.708 habitantes (IBGE, 2010), situa-se entre os 15 maiores contingentes populacionais do mundo (GIAMBIAGI, 2015, apud RIO DE JANEIRO, 2018). Para o ano de 2020 é projetada para a cidade a quantidade de 6.661.359 habitantes, o que mostra uma estagnação no seu crescimento populacional, com uma queda na taxa de crescimento de 7,4% no período 2000-2010 para 5,1% no período de 2010-2010.

A distribuição dessa população pela cidade se dá como demonstrado na Figura 3, na página seguinte, onde se destacam a alta densidade demográfica nas áreas de ocupação mais antigas da cidade, e os atuais eixos de expansão, marcadamente nas áreas de menor densidade. Podem ser observados ainda “bolsões” de densidade muito acima da média, formados de um lado pelas grandes favelas da cidade, como Rocinha na AP 2.1 e os complexos da Maré e do Alemão na AP 3.1, e por outros bairros de classe média e alta, principalmente nas APs 2.1 e 2.2 (RIO DE JANEIRO, 2018).

Figura 3 - Distribuição espacial da população residente no MRJ, setores censitários.



Fonte: Rio de Janeiro 2018.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2000, a população por AP era de 268.280 habitantes na AP 1.0; 997.478 habitantes nas APs 2.1 e 2.2; 2.353.590 habitantes nas APs 3.1, 3.2 e 3.3; 682.051 habitantes na AP 4.0; e 1.556.505 habitantes nas APs 5.1, 5.2 e 5.3 (RIO DE JANEIRO, s/d-a), demonstrando que há uma aglomeração populacional bem distinta entre as APs.

Há também um dado social importante em relação à comparação das áreas de planejamento, que é o Índice de Desenvolvimento Social (IDS). Este diz respeito às condições de moradia e de renda dos usuários, como abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo, renda per capita, analfabetismo, dentre outros. Neste indicador, a AP que apresenta o menor IDS é a 5.3, com 0,53, seguida das AP 5.2, 4.0, 3.1, 5.1, 3.3, 1.0, 3.2, 2.2 e, por fim, AP 2.1, com 0,63 (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2019 - Disponível em: <http://www.data.rio/search?groupIds=9fa67799403a4caaa656e40a9a17077b&sort=-modified>).

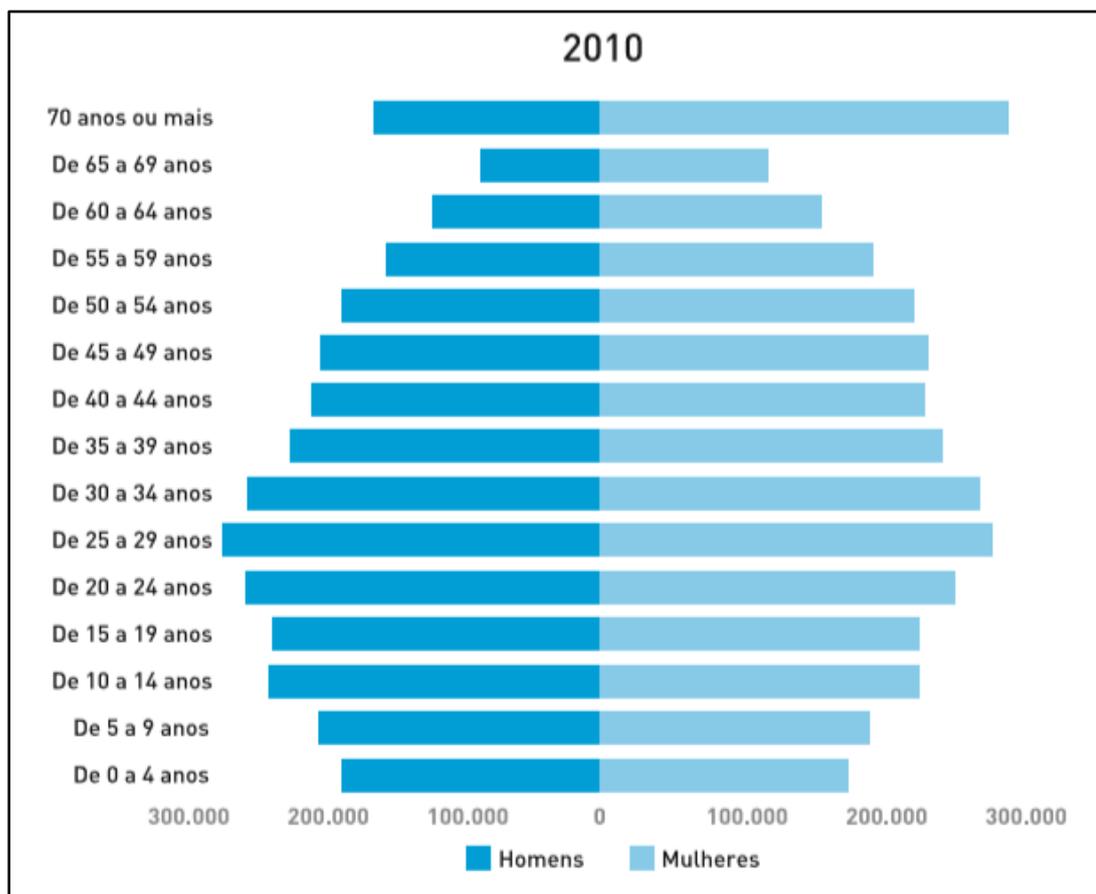
Cabe ressaltar que cada área de planejamento possui características distintas e particularidades.

Cada área da Cidade é um universo próprio, como se tivéssemos 10 grandes cidades dentro de uma só. A identidade de cada uma delas determina formas de viver às vezes muito diferentes. E ainda, dentro de uma mesma área temos regiões muito diversas, heterogêneas o que pode

se refletir na indefinição de padrões. A organização do espaço e da distribuição de bens e serviços também não se dá de forma homogênea, e sua maior ou menor oferta reflete diretamente nos resultados dos indicadores de saúde (RIO DE JANEIRO, S/D-A).

Um aspecto fundamental para a análise de situação do município é observar sua posição no processo de transição demográfica, destacando-se a crescente tendência de envelhecimento da população do MRJ. Essas alterações têm impactos importantes para a oferta de serviços de saúde para a população, exigindo dos gestores uma abordagem fundamentada em programas abrangentes de promoção da saúde e de cuidado integral em todo o ciclo de vida (RIO DE JANEIRO, 2018).

Gráfico 1- Distribuição da população residente, por sexo e faixa etária, MRJ, 2010.



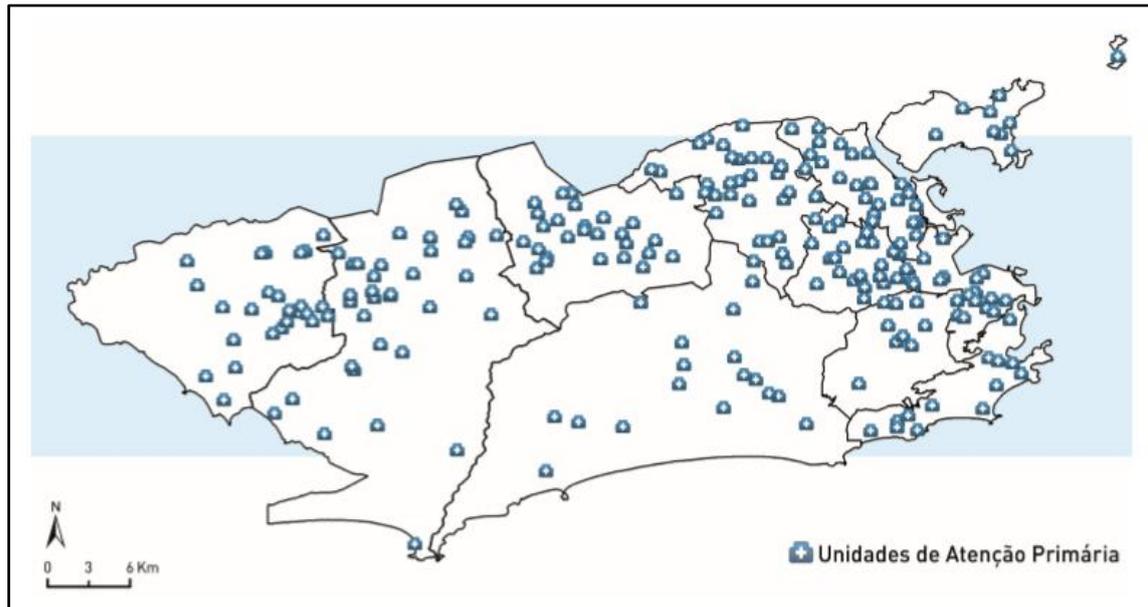
Fonte: Rio de Janeiro, 2018.

Em relação à capacidade instalada na APS, segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (2019), o MRJ conta com 231 unidades de atenção primária à saúde, sendo: 124 Clínicas da Família (CF), 105 Centros Municipais de Saúde

(CMS) e 2 Centros de Saúde Escola (CSE). Esse conjunto de unidades está distribuído pelas 10 APs, de modo a garantir fácil acesso aos munícipes, perto de suas casas, e assim favorecendo a criação e manutenção do vínculo com o usuário.

A distribuição espacial dessas unidades pode ser observada na figura 4.

Figura 4 - Distribuição espacial das unidades municipais de Atenção Primária, MRJ 2017.



Fonte: Rio de Janeiro, 2018.

A rede de APS organizada no modelo ESF, ao final de 2019 cobria 50,49% da população do município do Rio de Janeiro. Nos anos de realização da avaliação externa dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB (2014 e 2017), a cobertura da ESF era de 47,71% e de 69,76%, respectivamente. A APS no modelo tradicional cobre o restante da população (RIO DE JANEIRO, 2020). A tabela 1, mais a seguir, mostra a cobertura por AP. O Rio de Janeiro contava, em 2019, com 1.105 equipes nas unidades de Atenção Primária que trabalham na lógica da ESF. Conta ainda com a atuação de sete equipes de Consultório na Rua, vinculadas às respectivas clínicas da família onde se baseiam. Sua atuação é fundamental no cuidado à população em situação de rua, e apresentam composição diferenciada, com psicólogos, assistentes e agentes sociais.

Em relação aos NASF (2019) o município soma 74 equipes formadas por profissionais de diversas categorias, sendo as mais comuns a Educação Física, a Psicologia, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Médica. De acordo com a legislação do MS, atuam apoiando até nove equipes de saúde da família.

Tabela 1: Cobertura de ESF por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro, 2019.

AP	POPULAÇÃO Censo 2010	ESF comp letas	ESF incom pletas	TOTAL equipes	% ESF comple tas	Cobertu ra (%)	Cobertu ra Total (ESF+E ACS)	Total ESB	% ESB comple tas
1.0	297.976	67	6	73	92%	77,57%	84,52%	10	100%
2.1	638.050	56	0	56	100%	30,28%	30,28%	17	100%
2.2	371.120	35	0	35	100%	32,54%	32,54%	9	100%
3.1	886.551	193	12	205	94%	75,11%	79,78%	63	96,83%
3.2	569.970	83	21	104	80%	50,24%	62,95%	38	100%
3.3	942.638	151	10	161	94%	55,27%	58,93%	53	100%
4.0	909.368	90	1	91	99%	34,14%	34,52%	30	100%
5.1	671.041	95	33	128	74%	48,84%	65,81%	45	93,33%
5.2	665.198	109	33	142	77%	56,53%	73,65%	48	75%
5.3	368.534	95	15	110	86%	88,93%	102,98%	41	95,12%
TOTAL	6.320.446	974	131	1105	88%	53,17%	60,32%	354	94,63%

Fonte: SUBPAV, 2019.

O MRJ, que no primeiro ciclo do PMAQ homologou 324 equipes de saúde da família, reforçou seu interesse para o Ciclo 2, alegando que o PMAQ vai de encontro à Política de Saúde adotada para a expansão da ESF na Cidade e a AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) já estava sendo utilizada como uma estratégia para a melhoria da qualidade e norteamento do processo de trabalho das equipes de saúde da família (RIO DE JANEIRO, s/d-b).

Sendo assim, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) manifestou o desejo da adesão de 808 Equipes de Saúde da Família, 296 Equipes de Saúde Bucal, 48 NASF e 17 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para o Ciclo 2. Das 696 Equipes de Saúde da Família habilitadas pelo MS/CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), 618 foram contratualizadas. A autoavaliação ocorreu em janeiro de 2013, sendo conduzida pelos profissionais das Coordenadorias de Atenção Primária e teve um percentual de 77,18% de realização pelas equipes. As visitas de

certificação foram realizadas pela Universidade Federal Fluminense. Foram entrevistados 2443 usuários e 613 profissionais de saúde/equipes, distribuídos dentre 172 UBS.

Já no ciclo 3, que teve início em 2015, foram homologadas e responderam à avaliação externa 450 Equipes de Saúde da Família, 377 Equipes de Saúde Bucal e 74 equipes NASF (BRASIL, 2019).

Em relação à situação do pré-natal no município do Rio, buscou-se dados de outros sistemas de informação (SINASC) considerando os dois anos de realização da avaliação externa dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB (2014 e 2017, respectivamente).

Na tabela 2 pode ser observado o número de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre segundo as áreas de planejamento do MRJ, nos anos de 2014 e 2017. Cabe informar o número de Nascidos Vivos no MRJ nos anos em análise: 98.791 em 2014 e 96.045 em 2017 (Brasil, 2019).

Tabela 2: Quantitativo de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre segundo as áreas de planejamento do MRJ de acordo com o SINASC, 2014 e 2017.

Ano	Não sabem informar	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	Total
2014	21,43%	27,52%	40,53%	36,70%	24,77%	27,33%	20,97%	32,68%	22,46%	23,04%	24,58%	24,15%
2017	25,49%	30,62%	27,76%	29,26%	27,83%	31,65%	37,61%	32,62%	29,71%	29,49%	30,43%	25,30%

Fonte: SINASC, 2019.

Cabe informar que o campo “Não Sabem Informar” diz respeito ao dado desconhecido pelas residentes do município do Rio de Janeiro.

Importante sinalizar que os dados que alimentam o SINASC são coletados das Declarações de Nascidos Vivos (DN), que são preenchidas pelos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência e recolhidas, regularmente, pelas Secretarias Municipais de Saúde. A DN é o documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional.

Considerando os nascidos vivos de mães residentes no MRJ, foram 24,15% de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre em 2014, enquanto em 2017,

foram 25,30%, mantendo uma tendência para este indicador, muito distante do ideal. Alguns fatores podem contribuir para este resultado, como alguma interferência na captação precoce das gestantes.

Já na tabela 3 pode ser observado o número de gestantes que realizaram seis consultas ou mais de pré-natal, segundo o preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde.

Tabela 3: Número de gestantes que tiveram seis consultas ou mais de pré-natal segundo as áreas de planejamento do MRJ de acordo com o SINASC, 2014 e 2017.

Ano	Não sabem informar	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	Total
2014	70,63%	79,46%	87,42%	86,19%	79,35%	83,65%	76,18%	80,46%	79,01%	80,91%	82,57%	80,69%
2017	61,90%	79,76%	79,86%	76,18%	79,69%	77,07%	77,27%	86,60%	75,82%	89,44%	87,78%	81,54%

Fonte: SINASC, 2019.

Para este indicador, o MRJ apresenta uma média mais elevada, sendo de 80,69% de gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal no ano de 2014 e 81,54% no ano de 2017. Realidade mais próxima do preconizado pelo MS. Em relação às APs, a que se destaca em 2014, atingindo um resultado maior que o do próprio município, é a AP 2.1, com 87,42%. No ano de 2017, a AP 5.2 atingiu o percentual de 89,44%, também maior que o resultado do MRJ para este ano.

6.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados por AP e de acordo com as dimensões propostas e analisadas neste estudo, que são disponibilidade e adequação. Em termos de percentuais, considerou-se o alcance igual ou superior a 80% como mais adequado para os indicadores utilizados.

6.1 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Os resultados do ciclo 2 e ciclo 3 referentes à disponibilidade de equipamentos necessários à realização do pré-natal de baixo risco são apresentados nos anexos H e I de forma descritiva, a saber: com número absoluto e percentual de cada variável selecionada.

Os padrões de referência foram definidos segundo a literatura a respeito do tema, levando em consideração principalmente os documentos do Ministério da Saúde, são eles: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, 2016, e Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012.

Salienta-se que padrões de qualidade são sempre provisórios, pois à medida que são alcançados, novas exigências podem, e devem ser colocadas para ampliar a qualidade em processo contínuo de atenção à saúde (MOTTA, 2017).

Na Tabela 4, a seguir, podem ser observados os resultados encontrados em relação a esta dimensão nos ciclos 2 e 3, considerando os indicadores criados e expostos anteriormente. Ressalta-se que os resultados apresentados expressam o percentual de respostas “sim”, ou seja, de equipes que responderam de acordo com os padrões de referência.

Tabela 4 - Indicadores dos ciclos 2 e 3 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF utilizados na realização do pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e do município do Rio de Janeiro, 2014 e 2017.

Insumos e equipamentos	Ciclo	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
Sonar	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pinard*	2	100%	58%	100%	100%	18%	23%	20%	29%	38%	33%	50%
	3	57%	58%	25%	71%	26%	39%	27%	59%	31%	33%	44%

Continua

Conclusão

Insumos e equipamentos	Ciclo	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
Caderneta da gestante	2	100%	100%	100%	93%	100%	100%	90%	100%	92%	100%	97%
	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	98%
dTpa**	3	92%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	98,00 %
Teste Rápido de sífilis	2	92%	100%	100%	85%	100%	100%	100%	100%	96%	92%	95%
	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	95%	98%
Teste Rápido de Gravidez	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	99%
	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Teste Rápido de HIV	2	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	96%	96%	98%
	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Teste Rápido de hepatite B**	3	100%	100%	87,50 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
Teste Rápido de hepatite C**	3	100%	100%	87%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	95%	98%
Fita Métrica	2	83%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	92%	100%	97%
	3	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	99%
Sulfato Ferroso	2	92%	100%	100%	100%	82%	100%	100%	100%	100%	100%	98%
	3	100%	100%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
Ácido fólico	2	92%	100%	100%	100%	82%	100%	100%	100%	100%	100%	98%
	3	100%	100%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	95%	98%

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados para a disponibilidade do sonar se mantiveram basicamente os mesmos para o MRJ nos dois ciclos do PMAQ-AB (média de 47%). Entre as APs houve

variação entre um ciclo e outro, principalmente na AP 2.1, que decresceu de 100% para 25%, e na AP 1.0, que variou de 100% para 57% entre 2014 e 2017.

No Ciclo 2, as piores respostas foram encontradas, na AP 3.2, para a disponibilidade de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico, ambos com 82%, e, na AP 3.1, para Teste Rápido de Sífilis, com 85%. Ainda que menores nesta categoria, esses resultados estão dentro do padrão de satisfatório adotado neste estudo (80%).

Durante a primeira consulta pré-natal deve ocorrer a prescrição desses medicamentos pelos profissionais da atenção básica, com objetivo de prevenir as anormalidades congênitas do tubo neural e a anemia durante a gravidez. O uso de medicamentos na gestação sempre representa um desafio, pois pode implicar em dano tanto para a gestante quanto para o feto, e esse risco é potencialmente aumentado no primeiro trimestre gestacional (LUNARDI-MAIA, 2014).

Já no Ciclo 3, os resultados mais baixos surgiram na AP 2.2, com 87 e 87,5% para Testes Rápidos de Hepatite C e Hepatite B, respectivamente; na AP 4.0, com 90% para Teste Rápido de Sífilis; e na AP 5.2, com 93% para Caderneta da Gestante.

Cabe especial atenção aos resultados de disponibilidade de Testes Rápidos, que, mesmo dentro do padrão considerado satisfatório, podem prejudicar a qualidade do pré-natal de baixo risco. Segundo o MS (2016), a realização dos testes rápidos possibilita o diagnóstico em uma única consulta, eliminando a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata.

A Caderneta da Gestante contempla o registro dos cuidados efetivamente oferecidos e recebidos na assistência, sendo de suma importância sua disponibilidade para a longitudinalidade do cuidado.

A única variável que alcançou 100% de respostas positivas para todas as APs nos dois ciclos foi a que faz referência à disponibilidade do Sonar. Apesar de não ser um equipamento imprescindível ao pré-natal de baixo risco em todos os momentos, uma vez que há outras formas de se avaliar a vitalidade fetal (como, por exemplo, a percepção materna e o reconhecimento objetivo de movimentos fetais, além do crescimento uterino), mostra-se um resultado interessante, uma vez que é o equipamento sugerido e utilizado para constatar a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF) a partir das 12 semanas de gestação.

Outras duas variáveis que atingiram 100% de resultados positivos em todas as APs, porém, apenas no Ciclo 3, foram as que dizem respeito aos Testes Rápidos de Gravidez e de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). De forma parecida, os resultados no Ciclo 2

foram satisfatórios para estes insumos, tendo apenas uma resposta diferente para os testes de gravidez (96% para a AP 5.2) e três para os testes de HIV (93% para a AP 31 e 96% para as APs 5.2 e 5.3), deixando o MRJ com 98% de resultado final. Ambos os insumos são de extrema relevância, possibilitam: detecção precoce da gravidez e da doença, com início propício do pré-natal e/ou tratamento; identificação de situações oportunas para anticoncepção e prevenção; dentre outros, para o Ministério da Saúde (2016) a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.

Excluindo-se o item que faz menção ao Pinard, as APs que apresentaram 100% de respostas positivas em todas as variáveis, pode ser observado no quadro 6.

Quadro 6: Áreas de Planejamento com todas as respostas 100% nas variáveis referentes à disponibilidade nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

	Ciclo 2	Ciclo 3
AP	2.1	2.1
	2.2	3.1
	3.3	5.1
	5.1	-

Fonte: Elaboração Própria.

Para o Ministério da Saúde (2012), para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir práticas ideais que são possíveis havendo, dentre outros, equipamento e instrumental mínimo, medicamentos básicos e vacinas, realização de testes rápidos na unidade básica de saúde e instrumentos de registro.

Em seu estudo, Luz (2018), que avalia a qualidade do pré-natal no âmbito da APS no Brasil, levando em consideração os resultados do PMAQ-AB Ciclo 1 e apresentando-os por regiões, encontra bons resultados no quesito disponibilidade. Para os critérios estruturais, mais de 75% das equipes foram classificadas como adequadas, dentre outros, por contar com instrumentais (sonar etc.), em condições de uso (83,3%), tendo a região sudeste alcançado 85% nesta variável.

De um modo geral, o MRJ apresentou um resultado satisfatório, igual ou superior a 95% de respostas positivas, quanto à disponibilidade dos insumos e equipamentos em ambos os ciclos do PMAQ-AB avaliados neste estudo.

Já em comparação ao estudo de Luz (2018), parece que a nível nacional os resultados não são muito satisfatórios. “Foram bastante inexpressivos os percentuais de equipes com recursos materiais disponíveis para a resolubilidade do cuidado pré-natal nas unidades, sendo consistentes com evidências encontradas na literatura quanto insuficiência de medicamentos nas unidades; dificuldades na realização de exames, ou da baixa aplicação de testes para HIV e sífilis existentes, com alto percentual de unidades com material fora da validade” (LUZ, 2018).

6.2 ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Aqui são apresentados os resultados em relação à adequação dos processos de trabalho envolvidos no pré-natal de baixo risco realizado por parte das equipes de AB no município do Rio de Janeiro.

Também foram feitas classificações das variáveis conforme categorias que levam em consideração a afinidade e o tipo das ações, de modo a facilitar a análise, tendo em vista o quantitativo grande de variáveis. As categorias são: Organização das Ações, Práticas Assistenciais e Articulação em Rede.

A etapa descrita acima foi realizada para os dois ciclos e é apresentada de forma separada, uma vez que há diferença significativa na quantidade e no enunciado das variáveis dos dois ciclos do PMAQ-AB utilizados neste estudo.

Para tornar a visualização dos resultados mais clara, as variáveis classificadas seguem apresentadas de acordo com suas categorias, sucedidas por suas análises.

CATEGORIA: ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

Na categoria Organização das Ações, que pode ser observada na tabela 5, nas páginas à frente, em uma análise íntegra e fria, os resultados foram de certa forma positivos, tendo em vista o parâmetro de 80%. Apenas duas respostas alcançaram um resultado insuficiente e foram obtidas em variáveis distintas e de diferentes APs. De uma forma geral, dentro desta classificação, foram as duas variáveis que apresentaram os piores

resultados em todas as APs no Ciclo 2. Entretanto, apesar de configurarem 22% das variáveis desta categoria, são dois processos muito importantes no acompanhamento pré-natal e talvez possam ser considerados os mais importantes dentro desta categoria: 1) A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação? e 2) A equipe realiza busca ativa de Pré-natal?

O primeiro interfere na vinculação da gestante à sua equipe de referência, bem como impacta na morbimortalidade materna e fetal. Espelha a preparação da equipe frente à identificação de uma gravidez e a diferentes situações que podem acontecer durante um ciclo de vida da mulher de grande instabilidade clínica e emocional, que demanda manejo cuidadoso. A captação precoce da gestante foi amplamente debatida em tópicos anteriores deste trabalho, mas cabe reforçar que é indicador forte da qualidade técnica da atenção, sendo o primeiro dos dez passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica, apresentados no quadro 1 (Brasil, 2012).

Para o Ministério da Saúde (2012), deve-se procurar garantir identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas. Ressalta ainda que o início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante.

Janssen (2016), em seu estudo, que analisou os resultados do ciclo 1 do PMAQ-AB quanto à assistência pré-natal em Niterói (RJ, encontrou resultados mais baixos no quesito ‘protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à captação precoce de gestantes’, sendo de 31,9%.

Fazendo uma relação com o resultado do município do Rio de Janeiro no indicador de ‘gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre’, que alcançou o percentual de 25,83% para 2014, como mostra a tabela 2, corrobora com a necessidade de qualificação deste processo de trabalho.

A oferta do teste rápido de gravidez/teste imunológico de gravidez (TIG), com o início imediato do pré-natal nos casos positivos, é uma recomendação e estratégia para a captação precoce das gestantes. Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de

saúde a realizar o TIG, que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável, embora seja também um teste caro (BRASIL, 2012).

O segundo processo de trabalho apontado, que versa sobre a busca ativa das gestantes, também é de suma importância nesta linha de cuidado. Outro ponto que o Ministério da Saúde (2012) considera fundamental para uma assistência pré-natal efetiva, é a garantia da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto.

Em comparação com o estudo de Luz (2018), onde um dos maiores percentuais de adequação foi observado para a variável ‘captação de gestantes faltosas e puérperas’ (89,6%, Brasil, variando de 83,9%, Região Centro-Oeste, a 91,2%, Região Nordeste), o MRJ apresenta resultados piores (como 78%, na AP 2.2; 80% na AP 1.0 e 83 nas APs 2.1, 3.1 e 3.3).

As demais variáveis desta categoria tiveram bons resultados, levando-se em consideração o parâmetro de igual ou superior a 80% como mais adequado para os indicadores utilizados.

Uma variável em que apenas uma AP (5.2) alcançou 100% de respostas positivas foi a variável que pergunta se a equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para o pré-natal, que poderia ter um resultado mais satisfatório, visto sua importância. A área que apresentou o resultado mais baixo nesta pergunta foi a AP 2.2, que alcançou 89%.

Em paralelo ao trabalho de Janssen (2016), o MRJ se comporta melhor que o município de Niterói (RJ), onde 72,5% das equipes referiram utilizar protocolos para orientação e priorização dos casos que precisavam de encaminhamento para a atenção pré-natal de alto risco.

Outro item que vale ressaltar nesta análise é o que apresentou o melhor resultado geral: A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes? Apenas a AP 2.2 não alcançou a totalidade de respostas positivas, porém, chegou perto (98%), não interferindo no resultado do município (100%).

Será possível visualizar mais a frente (na análise desta mesma categoria no Ciclo 3), que as variáveis relacionadas a “registro de informações”, apesar de terem ficado próximo dos 100%, foram as únicas que não alcançaram a totalidade de respostas consideradas

padrão. A disponibilidade e a utilização da caderneta da gestante têm papel fundamental no registro dos dados de acompanhamento do pré-natal.

Tabela 5: Variáveis do Ciclo 2 do PMAQ classificadas na categoria Organização das Ações realizadas no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2014.

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações (Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação)?	83%	93%	89%	77%	95%	97%	88%	93%	93%	85%	89%
Para quais grupos a equipe oferta ações (Gestantes; Mulheres)?	83%	93%	100%	95%	95%	97%	96%	95%	100%	100%	96%
A equipe possui o registro do seu território (de todas as gestantes)?	100%	100%	89%	98%	97%	97%	96%	95%	98%	100%	98%
A equipe programa oferta de consultas para quais situações (Pré-natal)?	93%	98%	89%	98%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	98%

Continua

Conclusão

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações (Pré-natal)?	93%	95%	89%	95%	97%	97%	92%	98%	100%	97%	96%
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações (Gestantes)?	83%	100%	100%	98%	95%	100%	96%	98%	100%	100%	97%
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Pré-natal?	80%	83%	78%	83%	95%	83%	88%	86%	93%	91%	87%
A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?	100%	100%	100%	97%	89%	100%	100%	100%	97%	100%	98%
A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração Própria.

CATEGORIA: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

A seguir, na tabela 6, nas páginas a seguir, serão apresentados os resultados das variáveis relacionadas a categoria das práticas assistenciais. Nesta categoria se destacam com os piores resultados, de forma muito visível, os processos que dizem respeito à forma de monitoramento das gestantes que já realizaram o parto, sobretudo, em relação as seguintes variáveis: 1) Recebe a contra referência da maternidade? 2) Possui sistema

informatizado de alerta da data provável do parto? 3) Recebe informação da secretaria municipal de saúde? Respectivamente, o município alcançou 24, 34 e 7% nestas variáveis. Na última citada, houve mais de uma A.P que apresentou 0% de respostas positivas, enquanto a que teve melhor resultado alcançou 21%, o que chama muito a atenção, tendo em vista que são áreas do mesmo município.

A questão de maternidade de referência extrapola ações isoladas da AB e deve ser contemplada no componente relativo à atenção ao parto, no âmbito da Rede Cegonha (JANSSEN, 2016).

Em contrapartida, apesar de não citarem estas três formas de monitoramento, as equipes apontaram a resposta “outros” para mostrar que realizam a vigilância das parturientes, levando o município a 77% de respostas positivas nesta opção, ainda assim, aquém do parâmetro estipulado de igual ou superior a 80% como mais adequado para os indicadores.

Quando o foco é voltado para a realização de exames protocolares (sangue e urina – inclui testes rápidos), a AP 2.2 apresentou os piores resultados, sendo a área onde 11% das equipes responderam não realizar nenhum dos exames apontados.

A oferta e realização de exames durante o pré-natal é fundamental para identificação precoce de deficiências ou patologias, possibilitando tratamento oportuno e evitando ou reduzindo prejuízos ao feto ou à gestante.

As outras 21 variáveis apresentaram resultados superiores a 80%, traduzindo um resultado mais adequado/positivo na categoria de Práticas Assistenciais.

Tabela 6: Variáveis do Ciclo 2 do PMAQ classificadas na categoria Práticas Assistenciais no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2014.

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Glicemia de jejum?	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Sorologia para sífilis (VDRL)?	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Sorologia para HIV?	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Sorologia para hepatite B?	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Exame sorológico para toxoplasmose?	97%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98%	98%	100%	99%

Continua

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito?	97%	98%	89%	100%	100%	100%	96%	98%	100%	94%	98%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Teste rápido de gravidez?	100%	100%	89%	98%	100%	100%	100%	98%	97%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Teste rápido de sífilis?	100%	98%	89%	98%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Teste rápido de HIV?	100%	100%	89%	98%	100%	97%	100%	98%	100%	100%	99%
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Urocultura ou sumário de urina - urina tipo I?	97%	98%	89%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%

Continua

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal: Nenhuma das anteriores?	0%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%
Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário para exames de ultrassonografia no pré-natal: de 0 a 180 dias?	100%	100%	100%	95%	100%	94%	83%	93%	95%	94%	96%
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre profissional responsável pelo acompanhamento da gestante?	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	98%	100%	99%
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre consulta odontológica da gestante?	60%	78%	78%	79%	89%	86%	92%	84%	86%	88%	82%
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre vacinação em dia da gestante?	100%	100%	100%	100%	100%	94%	88%	100%	98%	97%	98%
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre coleta de exame citopatológico realizada na gestante?	97%	93%	100%	94%	97%	97%	96%	100%	88%	97%	95%

Continua

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre nenhuma das anteriores?	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	98%	100%	99%
A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	77%	95%	78%	67%	95%	83%	96%	98%	90%	76%	85%
É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	100%	23%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: recebe a contra referência da maternidade?	37%	3%	11%	17%	49%	19%	21%	18%	19%	29%	24%
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto?	23%	35%	22%	37%	35%	44%	16%	40%	34%	35%	34%
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: recebe informação da secretaria municipal de saúde?	6%	10%	0%	0%	21%	8%	4%	4%	8%	14%	7%

Continua

Conclusão

VARIÁVEL	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: outros?	7%	13%	0%	0%	24%	9%	4%	5%	9%	59%	77%
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto: não possui sistema de monitoramento?	8%	0%	0%	0%	27%	9%	5%	5%	10%	6%	2%
A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura das gestantes?	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	98%	100%	100%	99%

Fonte: Elaboração própria.

CATEGORIA: ARTICULAÇÃO EM REDE

Essa é uma categoria cujos resultados são muito preocupantes, principalmente ao se considerar que a AB é a ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Isso se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais e a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas etc.).

Nesta categoria, as variáveis que apresentaram os resultados mais baixos, felizmente, não representam os processos mais importantes. Em contrapartida, apesar dos processos mais essenciais terem apresentado os melhores resultados, ainda se mostram aquém de resultados satisfatórios.

Quando perguntadas se as equipes mantêm registro das gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção, a AP 1.0 teve a pior pontuação (67%), enquanto a AP 5.2 alcançou o melhor resultado (91%), deixando o município com 78% de respostas positivas neste quesito.

Luz (2018) encontrou em seu estudo que entre 50% e 75% das equipes referiram encaminhar gestantes para consultas e exames baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, sendo a média do Brasil de 67,5% e das regiões variando de 64,0% na Região Centro-Oeste, a 71,7% na Região Sudeste.

Em um estudo que objetiva caracterizar a organização, a articulação e a assistência da rede de atenção à saúde no estado da Paraíba, com base nos dados do ciclo 1 do PMAQ-AB, quanto à 'existência de protocolos que orientariam a priorização dos casos com necessidade de encaminhamento', 75% das unidades responderam negativamente. Ainda foi perguntado se 'havia diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos' e as unidades referiram: 53,9% para pré-natal (PROTASIO, 2014).

Dentro do município, das equipes que possuem o apoio do NASF, apenas 49% sinalizaram desenvolvimento de atividades de Atenção materno-infantil por parte deste núcleo.

O NASF compõe-se de oito áreas estratégicas de apoio às EqSF, as quais correspondem a oito especialidades, dentre elas, saúde mental (psicologia e psiquiatria), serviço social (assistência social), saúde da criança/adolescente/jovem (pediatria), saúde da mulher (ginecologia) e assistência farmacêutica (farmácia). Esse dispositivo é mais uma alternativa para ampliar o escopo das ações em APS atendendo as perspectivas de promoção, prevenção e recuperação (FAUSTO, 2014).

Não foi encontrado na literatura brasileira nenhum estudo que avaliasse os resultados do PMAQ-AB quanto ao apoio do NASF às equipes de SF no que tange à assistência pré-natal para comparação. O trabalho de Fausto (2014) analisa a posição da ESF na rede de atenção à saúde sob a perspectiva das equipes e dos usuários participantes do ciclo 1 do PMAQ-AB. Nele, o apoio do NASF é relatado por 64% das equipes, mas de forma geral (para todas as linhas de cuidado).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos

seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012).

A seguir, na tabela 7, serão apresentados os resultados das variáveis relacionadas à categoria da articulação em rede.

Tabela 7: Variáveis do Ciclo 2 do PMAQ classificadas na categoria Articulação em Rede no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2014.

VARIÁVEL	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MR J
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção (Gestantes)?	67 %	68 %	78 %	73 %	84 %	78 %	79 %	70 %	91 %	88 %	78 %
Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?	3%	10 %	11 %	3%	8%	11 %	0%	5%	5%	15 %	7%
Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe: Médico Ginecologista?	0%	0%	56 %	18 %	3%	3%	8%	9%	45 %	59 %	19 %
Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe: Obstetra?	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	2%	2%	9%	3%
Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe: Atenção materno-infantil?	3%	25 %	22 %	42 %	81 %	69 %	13 %	75 %	45 %	79 %	49 %

Fonte: Elaboração própria.

A seguir serão apresentados os resultados para o ciclo 3 do PMAQ, onde os padrões de referência e os indicadores elaborados podem ser visualizados no quadro 5.

Nota-se uma diferença significativa no que tange à quantidade das variáveis do ciclo 3 em comparação ao ciclo 2: são 36 variáveis selecionadas no ciclo 2, enquanto no ciclo 3, foram 66. Também é possível notar uma forma mais específica de fazer as perguntas no instrumento do ciclo 3.

Da mesma forma que para o ciclo 2, as variáveis classificadas seguem apresentadas de acordo com seus blocos de categorização.

CATEGORIA: ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

No ciclo 3, a categoria de Organização das Ações relacionadas ao pré-natal, apresentada na tabela 8, reuniu menos variáveis do que no ciclo analisado anteriormente. Nela, o MRJ alcançou 100% de respostas positivas na maioria das variáveis (8 de 12, o que equivale a 66,7%).

Das quatro variáveis que não alcançaram a totalidade de respostas consideradas padrão (igual ou superior a 80% de respostas positivas), todas dizem respeito a questões de registros, a saber: 1) registro do número de gestantes de alto risco no território; 2) registro de consulta odontológica da gestante; 3) coleta de exame citopatológico realizada na gestante; 4) cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade.

Apesar dessas variáveis não terem alcançado os 100%, ficaram muito próximas, com 98 ou 99%. Nelas, quando analisamos por área, a que apresentou o pior resultado foi a AP 1.0, com 93% de respostas positivas quando suas equipes foram perguntadas se possuíam registro de consultas odontológicas realizadas nas gestantes.

Cabe reforçar a importância da caderneta da gestante como instrumento de registro, acompanhamento e facilitador dos fluxos de informação no atendimento à mulher (JANSSEN, 2016).

Handell (2014) em seu estudo, que avaliou a implementação da assistência pré-natal em unidades de SF no município de Cuiabá (MT), Brasil, evidenciou que apesar de haver registro de aferição da pressão arterial e peso das gestantes, batimento cardíaco fetal e altura uterina em todos os prontuários avaliados, o registro de vários exames - como VDRL, anti-HIV, preventivo de câncer, glicemia de jejum, EAS, entre outros - foi muito baixo. Um dos pontos críticos para assegurar a qualidade da assistência pré-natal é a realização de exames complementares, cuja ausência de registro foi observada em elevado número de prontuários. É possível que essa ausência se deva a não solicitação dos exames pelos profissionais, dificuldades para a realização ou obtenção dos resultados, ou ainda, ao fato de os exames não terem sido registrados nos prontuários, simplesmente, o que representa séria omissão por parte dos profissionais das unidades avaliadas.

Quanto ao registro das informações, é importante este tipo de levantamento e de sensibilização dos profissionais. O processo de tomada de decisão em saúde pública é diretamente dependente e relacionado a disponibilidade de dados. Polgliani (2014), em seu estudo, ressalta que 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.

O cartão da gestante, criado em 1988, tem sido utilizado como fonte de informação pelo fato de conter o registro das principais informações sobre o acompanhamento pré-natal. Por permanecer com a gestante, facilita a comunicação entre os profissionais, permitindo a continuidade da assistência nos três níveis de atenção.

Nesta categoria, a AP 1.0 ficou com o pior resultado, apresentando 41,67% de respostas totalmente positivas. As APs 3.1 e 5.3 ficaram logo após, com 58,33%.

As duas únicas APs que obtiveram 100% de respostas padrões foram a 2.2 e 4.0.

De um modo geral, o MRJ obteve resultados satisfatórios na Organização das Ações.

Tabela 8: Variáveis do Ciclo 3 do PMAQ classificadas na categoria Organização das Ações realizadas no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2017.

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%

Continua

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%
A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território	96%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	99%	98%	99%
A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade	98%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	99%	99%
No acompanhamento da gestante há registro de: Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Continua

Conclusão

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
No acompanhamento da gestante há registro de: Consulta odontológica da gestante	93%	96%	100%	99%	100%	98%	100%	100%	99%	99%	99%
No acompanhamento da gestante há registro de: Vacinação em dia da gestante	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
No acompanhamento da gestante há registro de: Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	98%	100%	100%	99%	99%	90%	100%	98%	99%	100%	98%
A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaboração própria.

CATEGORIA: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Esta categoria apresentou bastante diferença no número de variáveis quando comparada à mesma classificação no outro ciclo. Foram 39 variáveis no ciclo 3, enquanto em 2014, no ciclo 2, foram apenas 26.

O MRJ alcançou o resultado de 100% de respostas dentro dos padrões indicados em apenas 3 variáveis, representando 7,7% desta categoria. As demais ficaram com 97% (n=1), 98% (n=3) e a maioria com 99% (n=32). A única variável com respostas 100% positivas em todas as APs foi a que pergunta se a equipe realiza consulta pré-natal. Em comparação

ao ciclo anterior do PMAQ-AB, esta variável, foi elaborada de forma um pouco diferente, o que a fez ser classificada em outra categoria aqui. No ciclo 2, apresentou resultados menores, alcançando percentuais como 89% (AP 2.2), 93% (AP 1.0), 96% (AP 4.0) e 98% (AP 2.1).

O menor resultado do município foi encontrado na variável que pergunta se o acesso ao exame ultrassonografia obstétrica é satisfatório. Resultado parecido com o descrito por Luz (2018) em seu estudo: “menos da metade das EqSF foram consideradas adequadas para o critério ultrassonografia obstétrica”.

As três variáveis que ficaram com 98% têm relação à oferta e realização do exame sorológico de toxoplasmose: se o exame é solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde, se o local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde é no município e se o acesso ao exame é satisfatório.

Dentre as APs, a que apresentou maior número de respostas abaixo de 100% foi a AP 2.1, que, como o município, teve apenas 3 variáveis com 100%, a saber: 1) A equipe realiza ações de planejamento familiar para Mulheres durante o pré-natal; 2) A equipe realiza consulta de pré-natal; 3) A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco. Esta AP obteve os menores resultados dentro da categoria, tendo variáveis com 87% e 89%. A AP 2.2 apresentou uma variável com resultado de 86%, porém, todas as outras apresentaram resultados iguais ou superior a 93%.

Como a grande maioria das variáveis desta categoria diz respeito à oferta, realização e acesso a exames, representando 92,3%, e não houve nenhuma variável que tenha alcançado 100% de respostas positivas para o MRJ, no geral, infere-se que há falha neste processo, havendo, ainda, muita variabilidade dentre as APs.

Em seu trabalho, Luz (2018) também encontra resultados insatisfatórios no quesito, realização de Exames para todas as regiões do país. Usando o critério ‘atende a todas as condições’ para ser considerado satisfatório, o resultado geral (Brasil) foi de 37,3%, enquanto a região sudeste alcançou 52,9%, melhor resultado dentre as regiões. Outro estudo que descreve indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do PMAQ-AB, ciclo 1, também avaliou o quesito exames complementares. “Embora os municípios pequenos tenham maior cobertura de ESF, eles têm menor rede para exames complementares, muitas vezes dependendo da regionalização para garantir a oferta destes exames. O fato de eventualmente implicar deslocamento para municípios vizinhos também dificulta a realização dos exames” (TOMASI, 2017).

Os resultados da categoria de práticas assistenciais estão apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Variáveis do Ciclo 3 do PMAQ classificadas na categoria Práticas Assistenciais no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2017.

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: ABO RH	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame ABO RH é ofertado na rede de serviços de saúde: município: município	98%	94%	100%	100%	98%	99%	100%	100%	99%	99%	99%
O acesso ao exame ABO RH é satisfatório	100%	94%	100%	100%	99%	100%	97%	100%	98%	99%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: coombs indireto	100%	94%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame coombs indireto é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	94%	96%	99%	99%	98%	97%	99%	99%	99%	99%
O acesso ao exame coombs indireto é satisfatório	100%	94%	100%	100%	99%	98%	97%	100%	99%	98%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Dosagem de hemoglobina e hematócrito	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	99%
Local onde o exame Dosagem de hemoglobina e hematócrito é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	93%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	99%

Continua

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
O acesso ao exame Dosagem de hemoglobina e hematócrito é satisfatório	100%	94%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	97%	100%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Glicemia de jejum	100%	94%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame Glicemia de jejum é ofertado na rede de serviços de saúde: município	98%	94%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	99%
O acesso ao exame Glicemia de jejum é satisfatório	100%	94%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Tolerância à glicose (teste oral)	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame Tolerância à glicose (teste oral) é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
O acesso ao exame Tolerância à glicose (teste oral) é satisfatório	100%	94%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	99%	100%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Sorologia para HIV	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	97%	100%	99%
Local onde o exame Sorologia para HIV é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	94%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	97%	100%	99%
O acesso ao exame Sorologia para HIV é satisfatório	98%	94%	96%	100%	99%	99%	100%	100%	97%	100%	99%

Continua

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Sorologia para sífilis (VDRL)	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame Sorologia para sífilis (VDRL) é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	94%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
O acesso ao exame Sorologia para sífilis (VDRL) é satisfatório	98%	93%	100%	99%	99%	100%	97%	99%	99%	100%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Sorologia para hepatite B	98%	94%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame Sorologia para hepatite B é ofertado na rede de serviços de saúde: município	98%	94%	100%	99%	99%	100%	100%	98%	99%	100%	99%
O acesso ao exame Sorologia para hepatite B é satisfatório	96%	94%	100%	99%	99%	99%	100%	100%	99%	100%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Sorológico para toxoplasmose	98%	89%	96%	99%	96%	100%	100%	100%	99%	100%	98%
Local onde o exame Sorológico para toxoplasmose é ofertado na rede de serviços de saúde: município	96%	89%	96%	99%	96%	99%	100%	99%	99%	99%	98%

Continua

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
O acesso ao exame Sorológico para toxoplasmose é satisfatório	98%	87%	93%	99%	96%	98%	97%	100%	99%	100%	98%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: ultrassonografia obstétrica	98%	96%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	99%	99%	99%
Local onde o exame ultrassonografia obstétrica é ofertado na rede de serviços de saúde: município	98%	96%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	99%	98%	99%
O acesso ao exame ultrassonografia obstétrica é satisfatório	98%	96%	86%	99%	96%	98%	95%	100%	93%	98%	97%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: Sumário de urina (urina tipo I)	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
Local onde o exame Sumário de urina (urina tipo I) é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	94%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	99%
O acesso ao exame Sumário de urina (urina tipo I) é satisfatório	100%	94%	100%	100%	99%	98%	100%	98%	98%	100%	99%
Exame solicitado pela equipe para ser realizado na rede de serviços de saúde: urocultura	100%	94%	100%	99%	99%	99%	100%	100%	99%	99%	99%
Local onde o exame Sumário de urocultura é ofertado na rede de serviços de saúde: município	100%	94%	100%	99%	99%	99%	100%	100%	99%	99%	99%

Continua

Conclusão

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
O acesso ao exame urocultura é satisfatório	100%	94%	100%	99%	99%	98%	100%	100%	99%	99%	99%
A equipe realiza ações de planejamento familiar para Mulheres durante o pré-natal	100%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	99%	100%
A equipe realiza consulta de pré-natal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%

Fonte: Elaboração própria.

CATEGORIA: ARTICULAÇÃO EM REDE

Por fim, apenas uma variável se enquadrou na classificação de Articulação em Rede, como pode ser observado na tabela 10, na página a seguir. Nela, o instrumento pergunta se há referências e fluxos definidos para o parto.

Somente as equipes da AP 4.0 responderam que sim em sua totalidade. Dado alarmante quando consideramos os pontos que seguem:

1) A existência da Lei n° 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS: Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto; maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal;

2) A existência da Rede Cegonha em território nacional desde 2011, que preconiza em seu componente Pré-Natal a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. Em seu componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, preconiza a implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto.

3) No MRJ, o Projeto Cegonha Carioca, também implantado em 2011 em duas áreas pioneiras (a saber, Rocinha, AP 2.1, e Santa Cruz, AP 5.3) e em 2012 expandido a todo o município, que preconiza que todas as gestantes que fazem o pré-natal em uma unidade pública de saúde no município fiquem sabendo, antes do parto, em qual maternidade terão seus bebês e tenham a oportunidade de visitar o local.

As APs 2.1 e 3.3 apresentaram os piores resultados, com 93 e 94%, respectivamente.

Em seu estudo, Janssen (2016) encontrou resultado parecido, um pouco abaixo, onde apenas 13% das equipes referiram não ter definição de maternidade para as gestantes.

Por outro lado, no trabalho de Luz (2018), menos da metade das EqSF foram consideradas adequadas para o critério “documento com referências e fluxos para local para o parto” (33,2% das EqSF, variando de 23,9% na Região Centro-Oeste, a 41,4% na Região Sudeste).

O parto é o momento esperado, tendo significados que vão sendo construídos e reconstruídos dinamicamente na cultura em que se inserem as gestantes e também de acordo com as experiências vivenciadas por elas. Ao mesmo tempo, é também um momento frequentemente temido devido ao desconhecimento do que pode vir a ocorrer (TOSTES, 2016). Garantir que a gestante saiba e esteja familiarizada com a maternidade que fará seu parto é fator humanizador para a assistência pré-natal.

Tabela 10: Variáveis do Ciclo 3 do PMAQ classificadas na categoria Articulação em Rede no pré-natal de baixo risco, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro, 2017.

Processo de Trabalho	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos: parto	96%	93%	93%	99%	99%	94%	100%	99%	97%	98%	97%

Fonte: Elaboração própria.

7.0 CONCLUSÃO

Acredita-se que instrumentos de avaliação sistematizados sejam de grande contribuição e apoio à gestão dos serviços de saúde uma vez que permite a identificação de possíveis falhas nos processos de trabalho, planejamento de ações e mudanças de práticas, visando à qualificação da assistência.

O PMAQ, idealizado e aplicado pelo Ministério da Saúde como ferramenta de apreciação da AB, estimula e permite o levantamento de dados de estrutura e processos, é uma forma da rede da atenção à saúde, na figura de seus profissionais e gestores “olharem para si” e realizarem autocrítica do trabalho desenvolvido. Como o documento de avaliação externa se baseia em parâmetros e protocolos pensados para a qualidade da assistência, tem-se no mesmo um orientador de boas práticas e adequação. Além disso, por ser um programa de participação voluntária dos municípios brasileiros com incentivo financeiro quando do alcance de padrões mínimos, corrobora a importância e desejo do MS em relação a AB como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

O município do Rio de Janeiro manifestou interesse na adesão ao PMAQ-AB desde seu primeiro ciclo e participou de todos até o momento. As avaliações externas se deram em 2012 para o primeiro ciclo, 2014 para o segundo e 2017 para o terceiro e último.

Estudos utilizando os resultados dessas avaliações frente à qualidade do serviço ofertado a mulheres durante a gestação são escassos e, em sua maioria, baseados no ciclo 1 do programa. O presente trabalho buscou apresentar a assistência pré-natal realizada no MRJ através dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, fazendo, inclusive, comparações entre eles.

A atenção pré-natal adequada interfere positiva e diretamente nos indicadores de morbimortalidade materna e fetal, prevenção de riscos na gestação, redução de complicações no parto e puerpério e de complicações perinatais. A AB, por estar fortemente vinculada ao território e usuários, é locus privilegiado para um acompanhamento longitudinal da mulher, desde as orientações pré-concepcionais, à detecção precoce da gravidez e início oportuno do pré-natal, bem como a continuidade do cuidado a pós o parto.

De uma forma geral, o município do Rio de Janeiro apresentou melhores resultados na dimensão disponibilidade do que na adequação dos processos de trabalho. Entre o ciclo 2 e 3 houve diferença significativa no número de variáveis relativas ao pré-natal, inclusive na categorização das variáveis de adequação.

Em relação à dimensão de disponibilidade, no Ciclo 2, as piores respostas foram em relação à disponibilidade de Sulfato Ferroso, Ácido Fólico e Teste Rápido de Sífilis. Já no Ciclo 3, os resultados mais baixos surgiram, além do Teste Rápido de Sífilis, também para Testes Rápidos de Hepatite C e Hepatite B e para Caderneta da Gestante.

A única variável que alcançou 100% de respostas positivas para todas as APs nos dois ciclos foi a que faz referência à disponibilidade do Sonar. Outras duas variáveis que atingiram 100% de resultados positivos em todas as APs, porém, apenas no Ciclo 3, foram as que dizem respeito aos Testes Rápidos de Gravidez e de HIV. De forma parecida, os resultados no Ciclo 2 foram satisfatórios para estes insumos.

Em relação à adequação dos processos de trabalho no ciclo 2, na categoria Organização das Ações, em uma análise íntegra e fria, os resultados foram de certa forma positivos, tendo em vista o parâmetro de 80%.

Os piores resultados em todas as APs neste ciclo fazem referência a dois processos muito importantes no acompanhamento pré-natal e talvez possam ser considerados os mais importantes dentro desta categoria: 1) A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação? e 2) A equipe realiza busca ativa de Pré-natal?

O item que apresentou o melhor resultado geral foi o que pergunta se a equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes. Apenas uma AP não alcançou a totalidade de respostas positivas, porém, chegou perto (98%), não interferindo no resultado do município (100%).

Quando se trata da categoria de Práticas Assistenciais, os piores resultados, de forma muito visível, são os processos que dizem respeito à forma de monitoramento das gestantes que tiveram parto. As equipes refeririam não receber sinalização dos outros níveis de atenção à saúde. Apontaram a resposta “outros” para mostrar que realizam a vigilância das parturientes de forma independente das contrarreferências.

As outras variáveis apresentaram resultados superiores a 80%, traduzindo um resultado mais adequado/positivo na categoria de Práticas Assistenciais.

Na última categorização, que faz referência à Articulação em Rede, os resultados são muito preocupantes, principalmente em se considerando que a AB é a ordenadora do sistema de saúde brasileiro.

Nesta categoria, as variáveis que apresentaram os resultados mais baixos, felizmente, não representam os processos mais importantes. Em contrapartida, apesar dos processos mais essenciais terem apresentado os melhores resultados, ainda se mostram aquém de resultados satisfatórios. Quando perguntadas se as equipes mantêm registro das gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção, o município alcançou 78% de respostas positivas neste quesito.

No ciclo 3, a categoria Organização das Ações reuniu menos variáveis do que no ciclo analisado anteriormente. Nela, o MRJ alcançou 100% de respostas positivas na maioria das variáveis.

Das quatro variáveis que não alcançaram a totalidade de respostas padrões, todas dizem respeito a questões de registros, tais quais: registro do número de gestantes de alto risco no território; registro de consulta odontológica da gestante; de coleta de exame citopatológico realizada na gestante; cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade. Apesar de não terem alcançado os 100%, ficaram muito próximas, com 98 ou 99%.

A categoria de Práticas Assistenciais apresentou bastante diferença no número de variáveis quando comparada à mesma classificação no outro ciclo. Foram 39 variáveis no ciclo 3, enquanto em 2014, foram 26.

O MRJ alcançou o resultado de 100% de respostas dentro dos padrões indicados em apenas 3 variáveis: A equipe realiza ações de planejamento familiar para Mulheres durante o pré-natal; A equipe realiza consulta de pré-natal; A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco.

A variável que pergunta se a equipe realiza consulta pré-natal, no ciclo 3 apresentou resultados menos satisfatórios do que no ciclo anterior.

Como a grande maioria das variáveis desta categoria diz respeito à oferta, realização e acesso a exames e não houve nenhuma variável que tenha alcançado 100% de respostas positivas para o MRJ, no geral, infere-se que há falha neste processo, havendo, ainda, muita variabilidade dentre as APs.

Por fim, apenas uma variável se enquadrou na classificação de Articulação em Rede neste ciclo. Nela, o instrumento pergunta se há referências e fluxos definidos para o parto. Somente uma AP respondeu que Sim em sua totalidade. Dado alarmante quando consideramos programas e redes já consolidadas que garantem e envolvem a vinculação da

gestante à sua referência de parto, como a Rede Cegonha e a Cegonha Carioca, ambas desde 2011.

RECOMENDAÇÕES

No quesito disponibilidade, apesar de bons resultados no geral, identifica-se necessidade de melhoria e manutenção de padrões em itens de suma importância ao acompanhamento pré-natal.

Mostra-se importante o investimento em medicamentos básicos indicados na gestação, que contribuem para uma evolução mais saudável neste ciclo de vida da mulher.

É essencial a garantia de instrumentos de registro de informações dentro de um nível de atenção à saúde que referencia aos demais, sendo o coordenador do cuidado.

No que tange à adequação dos processos, mostra-se fundamental o planejamento das equipes quanto à captação precoce das gestantes e também frente às situações que necessitam de busca ativa das mesmas.

Nota-se que para ambos estes processos, que apresentaram resultados ruins, a presença dos profissionais de saúde no território é crucial para identificação e início oportuno do pré-natal e sua continuidade, iniciando com orientações pré-concepcionais e vinculando estas mulheres à UBS. Apesar de ser o básico do trabalho da ESF, a visita domiciliar é um dispositivo que deve sempre ser valorizado e estimulado, vide sua importância para a integralidade do cuidado.

Um ponto frágil na rede, visualizado nos resultados analisados, é o monitoramento das mulheres que tiveram parto e as contrarreferências. Percebe-se que não há devolutiva adequada deste momento que é o fim de um ciclo de vida e disparador para outros cuidados da equipe básica de saúde. Apesar de grande parte das equipes responderem que monitoram esse episódio de outras formas, a sinalização por parte das maternidades, articulada pela secretaria municipal de saúde, mostra-se como “padrão ouro” e ferramenta importante para a AB e integração da mesma com a secundária.

As variáveis relacionadas à oferta e realização de exames apresentaram grande variabilidade dentre as áreas de planejamento. Primordial identificar os motivos pelos quais tantas equipes não ofertam/realizam certos tipos de exames enquanto outras sim, estando dentro de um mesmo município, onde, teoricamente, os fluxos deveriam seguir o mesmo

padrão. Cabe a recomendação da identificação dos desníveis e a padronização deste processo.

Quanto à articulação em rede, ainda são encontrados resultados insatisfatórios no que diz respeito a referências e fluxos definidos para o parto, dado surpreendente visto que a Rede Cegonha Carioca é consolidada no município e tem como um de seus objetivos a vinculação da gestante à maternidade de referência. Recomenda-se o fortalecimento da rede e sensibilização dos profissionais assistentes quanto às devidas orientações e encaminhamentos das gestantes. Também se mostra valoroso o fortalecimento do NASF e de sua atuação sobre a APN. O olhar e o tato multiprofissional neste momento da vida da mulher enriquecem o cuidado.

Os resultados nos fazem pensar que os processos de trabalho e a qualidade da atenção pré-natal são melhores quando a cobertura da ESF é maior. Reforça-se a importância deste modelo de atenção à saúde, sendo o orientador da APS.

Colocam-se como desafios o Ciclo 4 do PMAQ-AB, que foi implementado com a premissa de ocorrer de 2 em 2 anos e até a presente data não teve início, e também a manutenção de equipes compostas adequadamente e com condições satisfatórias para um fazer saúde de qualidade.

Espera-se que este trabalho seja um disparador e incentivador de estudos nos mesmos moldes, uma vez que há necessidade de realização de mais estudos sobre o tema utilizando as fontes do PMAQ-AB e também tendo como referência os ciclos 2 e 3. Ademais, há possibilidade de replicação, pois são dados disponíveis publicamente.

Acredita-se que valha de instrumento para aprimoramento das práticas desenvolvidas pelas equipes de AB e para tomada de decisão, sendo material útil para controle social, profissionais, gerências de UBS, de coordenadorias, de organizações sociais e da própria secretaria municipal de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):319-325, 2011;

ANTUNES, J. L., NARVAI, P. C. **Políticas de saúde bucal do Brasil.** *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2):360-5;

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875, 2012;

BARBIANE, R; JUNGES, J. R; NORA, C. R. D; ASQUIDAMINI, F. **A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, limites e desafio.** *Saúde Soc.* 2014;23(3):855-68.

BARRETO, J. O. M. **Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1497-1514, 2015;

BAUMGUERTNER, K. G; CRUZ, R. A. **Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família – ESF.** *Revista UNINGÁ, Maringá – PR*, n.36, p. 167-180 abr./jun. 2013;

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, Fortaleza*, 2011; 12(n. esp.):1074-80;

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; ESCAMILLA, R. P. **A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal.** *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(2):131-136;

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*, 18(1): 103-114, 2013;

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de Dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/L11634.htm>;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984;

_____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32);

_____. _____. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização.** Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2005;

_____. _____. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015;

_____. _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). In: Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília, 2013;

_____. _____. **Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). In: Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília, 2009;

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011;

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro: INCA 2011;

_____. _____. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília (DF): 2011a;

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2014;

_____. _____. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade.** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília, 2017;

_____. _____. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.** Brasília, DF: Editora MS, 2013. 92 p;

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012;

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004;

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011;

_____. _____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília: 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>;

_____. _____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União. Brasília, 21 out. 2011. Seção 1, nº 204, p. 1-37;

_____. _____. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 33p, 2000;

_____. _____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015;

_____. _____. **Protocolos de Atenção Básica.** Saúde das Mulheres. Brasília, 2016;

_____. _____. **Saúde da Mulher.** Disponível <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>> Brasília, 2011. Acesso em: 14 de out. 2018;

_____. _____. **Saúde mais perto de você. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Manual Instrutivo: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012;

_____. _____. **Saúde mais perto de você. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Acompanhamento da Avaliação Externa.** Relatório de Equipes. Disponível <<https://pmaq3.lais.ufrn.br/relatorios/equipe/>>. Brasília, 2019. Acesso em: 16 de dez. 2019;

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2ª ed. Brasília; 2013;

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília, 2010;

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos));

BROUSELLE, A. et al. **Avaliação. Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 61-74. 2011;

CAMPOS, C. E. A. et al. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1351-1364, 2016;

CARVALHO, M. L. O; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. **Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 1-2, jan./dez. 2000;

CESAR, J. A; MENDONZA-SACI, R. A; ULMI, E. F; DALL'AGNOL, M. M; NEUMANN, N. A. **Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11):2614-2622, nov, 2008;

COELHO, E. A. C; SILVA, C. T. O; OLIVEIRA, J. F; ALMEIDA, M. S. **Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: Limites da Prática Profissional**. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160;

COSTA, G. D.; COTTA, R. .M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8;

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** *Journal of the American Medical Association*, 1988; ed. 260, p. 1743-1748;

FAUSTO, M. C. R. et al. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**. *Saúde debate* 38 (spe) Out 2014;

FELICIANO, N. B.; PRADEBON, V. M.; LIMA, S. S. **Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família**. Aquichan, 2013. Vol. 13, No. 2, 261-269;

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate.** Ciênc Saúde Coletiva 2006;

FERNANDES, A. C. U. R.; COSTA, D. D. O.; PEREIRA, M.; GARCIA, P. T (Org.). **A Saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro.** Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – UNASUS - São Luís, 2014;

FERRAZ, D. A. S.; Nemes, M. I. B. **Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil.** Cad Saude Publica. 2009;

FERREIRA, T. L. S.; MELO, F. L. A. C. G.; ARAÚJO, D. V.; MELO, K. D. F.; ANDRAE, F. B. **Avaliação da Assistência com Foco na Consulta de Atendimento Pré-Natal.** Revista Ciência Plural. 2017; 3(2):4-15;

FIGUEIRA, T. R. et al. **Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica.** Rev Saúde Pública 2009;43(6):937-43;

FREITAS G. L.; VASCONCELOS C. T. M.; MOURA E. R. F.; PINHEIRO A. K. B.; **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009;

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise.** In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198;

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGUI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande. São Paulo.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, 61(3):349-53, 2008;

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

IBAÑEZ, N; ROCHA, J. S. Y; CATRO, P. C; RIBEIRO, M. C. S. A; FORSTER, A. C; NOVAES, M. H. D; VIANA, A. L. D. A. **Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11 (3): 683-703.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015;

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. **Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB**. *Saúde debate* 40 (111) Oct-Dec 2016;

JORGE, M. S. B; GUIMARÃES, J. M. X; VIEIRA, L. B; PAIVA, F. D. S; SILVA, D. R; PINTO, A. G. A. **Avaliação da qualidade do Programa de Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários**. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2007; 31 (2): 256- 68;

LUNARDI-MAIA, T.; SCHUELTER-TREVISIO, F.; GALATO, D. **Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.36 no.12. Rio de Janeiro Dec. 2014;

LUZ, L. A et al. **Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil**. *Revista Saúde Debate*. V. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, P. 111-126, OUTUBRO 2018;

MACIEL, M. E. D. **Educação em saúde: conceitos e propósitos**. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009 ;14(4):773- 6. Available from: <https://pt.slideshare.net/GabrielaMontargil/16399-568893pb> 26/11/18;

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. **Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):682-692, abr, 2010;

MARQUES, A. S; FREITAS, D. A; LEÃO, C. D. A; OLIVEIRA, S. K.M; PEREIRA, M. M; CALDEIRA, A. B. **Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola**. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):365-71;

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** Rev. Estud. Fem. vol.17 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2009;

MENDES, C. R. A. **Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites.** Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.20, n.2, p. 65-72, 2016;

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996;

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

MISHIMA, S. M; PEREIRA, F. H; MATUMOTO, S; FORTUNA, C. M; FORTUNA, C. M; PEREIRA, M. J. B; CAMPOS, A. C; PAULA, V. G; DOMINGOS, M. M. L. N. **A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 2010; 18 (3): 148-55;

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018;

MOTTA, A. L. B. **Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na atenção básica em saúde no estado do Rio de Janeiro.** 2017. 257 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017;

NUNES A. D. S et al. **Acesso à assistência pré-natal no brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2017;

NUNES, C. A; AQUINO, R; MEDINA, M. G. et al. **Visitas Domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde.** Revista Saúde Debate. V. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, P. 127-144, OUTUBRO 2018;

OLIVEIRA, R. L; SANTOS, M. E. A. **Educação em saúde na estratégia de saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro**. Revista Enfermagem Integrada [Internet]. 2011;4(2):833-44. Available from:

[https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO\(OLIVEIRA%3bSANTOS\).pdf](https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO(OLIVEIRA%3bSANTOS).pdf). 26/11/18

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011;

_____. _____. **Declaração de Alma-Ata**. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata. 1978;

PASQUAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C.M.L. **Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família**. Rev Gaúcha Enferm. 2015 jun;36(2):21-7;

PENCHANSKY, D.B.A; THOMAS, J.W. **The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction**. Medical Care, v.19, p.127-140. 1981;

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos R A (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2003. p. 7-34;

PINHEIRO, R; SILVA Jr, A. G. **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2008. p. 17-41;

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Ciênc. saúde coletiva vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2018;

PITILIN, E. B; LENTSCK, M. H. **Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural**. Rev. esc. enferm. USP vol.49 no.5 São Paulo Oct. 2015;

POLGLIANI, R. B; SANTOS NETO, E. T; ZANDONADE, E. **Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(6):269-75;

PROTASIO, A. P. L. et al. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB**. Saúde debate vol.38 no.spe Rio de Janeiro Oct. 2014;

RAMALHO, K. S.; SILVA, S. T.; LIMA, S. M.; SANTOS, M. A. **Política de Saúde da Mulher à Integralidade: Efetividade ou Possibilidade?** Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fics | Maceió | v. 1 | n.1 | p. 11-22 | nov. 2012;

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Defesa Civil. **Anexo Técnico I: Informações Sobre Todas as Áreas de Planejamento. Coordenação Operacional de Atendimento em Emergências (emergência presente)**. s/d-a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>> Acesso em 06/12/2019;

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária. Vigilância e Promoção da Saúde. **Relatórios PMAQ 1º e 2º Ciclos**. Rio de Janeiro: SMS, DC. s/d-b. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175294/17Relatorio_historico_PMAQ1_e_2_Ciclos.pdf> Acesso em 03/04/2019;

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMS. 2018;

RIO DE JANEIRO (Município). S/SUBPAV. Disponível em <https://subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar_2016.php>. Acesso em 03/04/2020;

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):477-486, 2007;

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** *Physis* vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007;

SOBRINHO, D. F. et al. **Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental.** *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.83-93;

SORANZ, D., PINTO, L. F., PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1327-1338, 2016;

SOUZA, S. C. O.; PAIVA, P. A.; COSTA, S. M. et al. **Aleitamento materno de crianças cadastradas na atenção primária à saúde.** *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 9):3583-9, set., 2017;

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.**

TEIXEIRA, M. B; CASANOVA, A.; OLIVEIRA, C. C. M.; ENGSTROM, E. M.; BODSTEIN, R. C. A. **Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** *Saúde e Debate* (Rio de Janeiro). 2014 ;38(Número Especial): 52-68.

TOMASI, E. et al. **Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2015, vol.15, n.2, pp.171-180;

TOMASI, E; FACCHINI, L. A. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública 33 (3) 03 Abr 2017;

TOSTES, N. A; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol. vol.24 no.2 Ribeirão Preto jun. 2016;

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S; SANTANA, E. M; NUNES, M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência e Saúde Coletiva. 2002; 7(3): 581- 9.

ANEXO A - Ações transversais: Promoção e Educação em Saúde e Visita Domiciliar e Busca Ativa relacionados ao pré-natal, segundo as dimensões de disponibilidade e adequação e as variáveis selecionadas do CICLO 2 do PMAQ.

AÇÕES TRANSVERSAIS	DIMENSÃO	VARIÁVEL
Promoção e Educação em Saúde	Disponibilidade	-
	Adequação	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno)?
		Para quais grupos a equipe oferta ações (Gestantes; Mulheres)?
Visita Domiciliar e Busca Ativa	Disponibilidade	-
	Adequação	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Pré-natal?

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO B - Ações transversais: Promoção e Educação em Saúde e Visita Domiciliar e Busca Ativa relacionados ao pré-natal, segundo as dimensões de disponibilidade e adequação e as variáveis selecionadas do CICLO 3 do PMAQ.

AÇÕES TRANSVERSAIS	DIMENSÃO	VARIÁVEL
Promoção e Educação em Saúde	Disponibilidade	-
	Adequação	Para qual público alvo a equipe realiza ações de planejamento familiar: Mulheres durante o pré-natal
Visita Domiciliar e Busca Ativa	Disponibilidade	-
	Adequação	-

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO C - Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão disponibilidade selecionadas do CICLO 2 do PMAQ-AB.

DIMENSÃO	VARIÁVEL
Disponibilidade	Sonar
	Pinard
	Caderneta da gestante
	Teste rápido de sífilis
	Teste rápido gravidez
	Teste rápido HIV
	Fita métrica
	Sulfato ferroso
	Ácido fólico

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO D - Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão disponibilidade selecionadas do CICLO 3 do PMAQ-AB.

DIMENSÃO	VARIÁVEL
Disponibilidade	Sonares/detector fetal em condições de uso
	Pinards em condições de uso
	Caderneta da Gestante sempre disponível
	dTpa sempre disponível
	Teste rápido de sífilis sempre disponível
	Teste rápido de gravidez sempre disponível
	Teste rápido de HIV sempre disponível
	Teste rápido de hepatite B sempre disponível
	Teste rápido de hepatite C sempre disponível
	Fita métrica sempre disponível
	Sulfato ferroso em quantidade suficiente?
	Ácido fólico em quantidade suficiente?

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO E – Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão adequação selecionadas do CICLO 2 do PMAQ-AB e classificação.

CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEL
Organização das Ações	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações (Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação)?
	Para quais grupos a equipe oferta ações (Gestantes; Mulheres)?
	A equipe possui o registro do seu território (de todas as gestantes)?
	A equipe programa oferta de consultas para quais situações (Pré-natal)?
	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações (Pré-natal)?
	A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações (Gestantes)?
	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Pré-natal?
	A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?
	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?
Práticas Assistenciais	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal (Glicemia de jejum; Sorologia para sífilis (VDRL); Sorologia para HIV; Sorologia para hepatite B; Exame sorológico para toxoplasmose; Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito; Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Urocultura ou sumário de urina - urina tipo I; Nenhuma das anteriores)?
	Exames de ultrassonografia no pré-natal.
	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante; Consulta odontológica da gestante; Vacinação em dia da gestante; Coleta de exame citopatológico realizada na gestante; Nenhuma das anteriores?
	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?
	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto? Recebe a contra referência da maternidade; Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto; Recebe informação da secretaria municipal de saúde; Outros; Não possui sistema de monitoramento.
	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: Das gestantes?

Continua

Conclusão

CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEL
Articulação em rede	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção (Gestantes)?
	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?
	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe (Médico Ginecologista/Obstetra)?
	Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe: Atenção materno-infantil?

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO F – Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco: Variáveis da dimensão adequação selecionadas do CICLO 3 do PMAQ-AB e classificação.

CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEL
Organização das Ações	A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?
	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?
	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?
	A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?
	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?
	Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?
	No acompanhamento da gestante há registro de: Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
	No acompanhamento da gestante há registro de: Consulta odontológica da gestante
	No acompanhamento da gestante há registro de: Vacinação em dia da gestante
	No acompanhamento da gestante há registro de: Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
	No acompanhamento da gestante há registro de: Nenhuma das anteriores
	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?
Práticas Assistenciais	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? ABO RH
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? ABO RH
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? Coombs indireto
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? Coombs indireto

Continua

CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEL
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? Dosagem de hemoglobina e hematócrito
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? Dosagem de hemoglobina e hematócrito
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? Glicemia de jejum
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? Glicemia de jejum
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? Tolerância à glicose (teste oral)
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? Tolerância à glicose (teste oral)
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? Sorologia para HIV
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? Sorologia para HIV
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? Sorologia para sífilis (VDRL)
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? Sorologia para sífilis (VDRL)
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Sorologia para hepatite B

Continua

Conclusão

CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEL
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Sorológico para toxoplasmose
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Exame de ultrassonografia obstétrica
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Sumário de urina (urina tipo I)
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Urocultura
	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
	O acesso ao exame é satisfatório?
	Nenhuma das anteriores
	A equipe realiza consulta de pré-natal?
	A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?
	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?
Articulação em rede	Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos: parto

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO G – Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HESFA/EEAN/UFRJ.



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Básica em Saúde no Município do Rio de Janeiro.

Pesquisador: Clara Gouveia de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15664319.9.0000.5238

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.566.425

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, transversal e abordagem quantitativa;

A técnica de investigação apoiou-se na análise de dados secundários de acesso aberto, pertencentes ao componente da 'Avaliação Externa' do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e outros dados secundários disponíveis no DATASUS, tais como os do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Será realizada análise descritiva das variáveis do ciclo 2, identificando-se a disponibilidade e a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas do questionário. Serão analisados com base na matriz dos temas estratégicos e ações transversais; Serão analisados os dados por Área programática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações voltadas à Saúde da Mulher na Atenção Básica em Saúde no município do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

Avaliar a disponibilidade de equipamentos, insumos, medicamentos das ações e atividades relacionadas à saúde da mulher em unidades de AB no município do Rio de Janeiro; Avaliar a

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeannesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 3.566.425

adequação dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de AB voltados à saúde da mulher em unidades de saúde no município do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Mínimos. A pesquisa utilizará dados de domínio público, sem identificação dos participantes da pesquisa.

Benefícios:

Subsidiar o aperfeiçoamento do PMAQ- AB; Contribuir para a cultura avaliativa da atenção básica no município do Rio de Janeiro; Identificar focos de atuação da gestão para a efetivação da disponibilidade, adequação da AB e melhoria da qualidade dos processos assistenciais desenvolvidos pelas equipes de AB no que tange a Saúde da Mulher".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em APS do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Solicitou dispensa - dados de banco de informações aberto
- 5) Cronograma: adequado nas IBPPB (atualizado).
- 6) Termo de confidencialidade: Adequado

Recomendações:

Finalizar projeto na Plataforma Brasil, após sua conclusão (enviar relatório final)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto exequível, dentro das recomendações éticas;

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 3.566.425

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do atendimento às pendências, o Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU O ATENDIMENTO À PENDÊNCIA do referido projeto ad referendum em 10 de SETEMBRO de 2019. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1360573.pdf	06/09/2019 16:01:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_MPAPS_UFRJ_CLARA_GOUVEIA.pdf	23/07/2019 01:09:53	Clara Gouveia de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE_CLARA_GOUVEIA.pdf	23/07/2019 01:08:06	Clara Gouveia de Souza	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_CEP_MPAPS_UFRJ.pdf	23/07/2019 01:07:52	Clara Gouveia de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	05/06/2019 22:52:24	Clara Gouveia de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 3.566.425

RIO DE JANEIRO, 10 de Setembro de 2019

Assinado por:
Maria Angélica Peres
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeannesfa@eean.ufrj.br

ANEXO H - Análise descritiva das perguntas do CICLO 2 do PMAQ referentes à disponibilidade (módulo 1) de equipamentos e insumos da ESF para Pré-Natal, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro.

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
Unidades que responderam			12	12	8	27	17	22	10	14	26	24	172	
I.12.17	Sonar	Sim	12	12	8	27	17	22	10	14	26	24	172	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
I.12.17 /1	Quantidade em condições de uso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		1 ou +	12	12	8	27	17	22	10	14	26	24	172	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
I.12.22	Pinard	Sim	9	8	4	9	3	6	2	4	10	8	63	
		%	75%	67%	50%	33%	18%	27%	20%	29%	38%	33%	37%	
		Não	3	4	4	18	14	16	8	10	16	16	109	
		%	25%	33%	50%	67%	82%	73%	80%	71%	62%	67%	63%	
I.12.22 /1	Quantidade em condições de uso	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
		%	0%	8%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	1%	
		1 ou +	12	7	8	27	3	5	2	4	10	8	86	
		%	100%	58%	100%	100%	18%	23%	20%	29%	38%	33%	50%	
		NA	0	4	0	0	14	16	8	10	16	16	84	
		%	0%	33%	0%	0%	82%	73%	80%	71%	62%	67%	49%	

Continua

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
I.13.2	Caderneta da gestante	Sempre Disponíveis	12	12	8	25	17	22	9	14	24	24	167	
		%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	90%	100%	92%	100%	97%	
		Às vezes disponível	0	0	0	2	0	0	1	0	2	0	0	5
		%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	10%	0%	8%	0%	0%	3%
		Nunca disponíveis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
I.15.1	Teste rápido de sífilis	Sempre Disponíveis	11	12	8	23	17	22	10	14	25	22	164	
		%	92%	100%	100%	85%	100%	100%	100%	100%	96%	92%	95%	
		Às vezes disponível	1	0	0	3	0	0	0	0	1	2	7	
		%	8%	0%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	4%	8%	4%	
		Nunca disponíveis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
I.15.2	Teste rápido gravidez	Sempre Disponíveis	12	12	8	27	17	22	10	14	25	24	171	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	99%	
		Às vezes disponível	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	1%	
		Nunca disponíveis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		

Continua

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
I.15.3	Teste rápido HIV	Sempre Disponíveis	12	12	8	25	17	22	10	14	25	23	168	
		%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	96%	96%	98%	
		Às vezes disponível	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3
		%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	4%	2%
		Nunca disponíveis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
I.16.7	Fita métrica	Sempre Disponíveis	10	12	8	26	17	22	10	14	24	24	167	
		%	83%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	92%	100%	97%	
		Às vezes disponível	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	5
		%	17%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%	3%
		Nunca disponíveis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
I.18.13	Sulfato ferroso	Sim	11	12	8	27	14	22	10	14	26	24	168	
		%	92%	100%	100%	100%	82%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4
%	8%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%		
I.18.13/1	Quantidade suficiente	Sim	11	12	8	27	14	22	10	14	26	24	168	
		%	92%	100%	100%	100%	82%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4
%	8%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%		

Continua

Conclusão

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
I.18.14	Ácido fólico	Sim	11	12	8	27	14	22	10	14	26	24	168	
		%	92%	100%	100%	100%	82%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4
		%	8%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
I.18.14/1	Quantidade suficiente	Sim	11	12	8	27	14	22	10	14	26	24	168	
		%	92%	100%	100%	100%	82%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		NA	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4
		%	8%	0%	0%	0%	18%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO I - Análise descritiva das perguntas do CICLO 3 do PMAQ referentes à disponibilidade (módulo 1) de equipamentos e insumos da ESF para Pré-Natal, segundo as áreas de planejamento e o município do Rio de Janeiro.

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
Unidades que responderam			14	12	8	28	19	23	11	22	29	24	190	
I.8.17	Quantos sonares/de tector fetal em condições de uso?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		1 ou +	14	12	8	28	19	23	11	22	29	24	190	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
I.8.18	Quantos pinards em condições de uso?	0	6	5	6	8	14	14	8	9	20	16	106	
		%	43%	42%	75%	29%	74%	61%	73%	41%	69%	67%	56%	
		1 ou +	8	7	2	20	5	9	3	13	9	8	84	
		%	57%	58%	25%	71%	26%	39%	27%	59%	31%	33%	44%	
I.9.2	Caderneta da Gestante sempre disponível	Sim	14	12	8	28	19	23	11	22	27	24	188	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	99%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	1%
I.10.4	dTpa sempre disponível	Sim	13	12	8	28	19	22	11	22	29	24	188	
		%	93%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	99%	
		Não	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
		%	7%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Continua

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
I.11.1	Teste rápido de sífilis sempre disponível	Sim	14	12	8	28	19	23	10	22	29	23	188	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	100%	100%	96%	99%	
		Não	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	4%	1%
I.11.2	Teste rápido de gravidez sempre disponível	Sim	14	12	8	28	19	23	11	22	29	24	190	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
I.11.3	Teste rápido de HIV sempre disponível	Sim	14	12	8	28	19	23	11	22	29	24	190	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
I.11.4	Teste rápido de hepatite B sempre disponível	Sim	14	12	7	28	19	23	11	22	29	24	189	
		%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
		Não	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
I.11.5	Teste rápido de hepatite C sempre disponível	Sim	14	12	7	28	19	23	11	22	28	23	187	
		%	100%	100%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	96%	98%
		Não	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
		%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	4%	2%
I.12.14	Fita métrica sempre disponível	Sim	14	12	8	28	19	22	11	22	29	24	189	
		%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	99%	
		Não	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

Continua

Conclusão

Módulo I		Resposta	AP 10	AP 21	AP 22	AP 31	AP 32	AP 33	AP 40	AP 51	AP 52	AP 53	MRJ	
I.15.4.1	Sulfato ferroso em quantidade suficiente?	Sim	14	12	8	28	18	23	11	22	29	24	189	
		%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
		Não	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
I.15.4.2	Ácido fólico em quantidade suficiente?	Sim	14	12	8	28	18	23	11	22	29	23	188	
		%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	96%	99%	
		Não	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
		%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	1%
		NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Elaboração própria