UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TAUANI ZAMPIERI CARDOSO

Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto
do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Ribeirão Preto

2018

TAUANI ZAMPIERI CARDOSO

**Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no
contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica**

Versão Corrigida

(Versão original encontra-se na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Doutora em
Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa
Pereira

Ribeirão Preto

2018

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

Cardoso, Tauani Zampieri

Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2018.

141 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Pereira, Maria José Bistafa.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3. Avaliação de programas de saúde. 4. Avaliação em saúde.

Nome: CARDOSO, Tauani Zampieri

Título: Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*Dedico essa obra aos trabalhadores da saúde do estado do Piauí
que desejam e atuam para minimizar as injustiças sociais através
do acesso universal às ações e serviços de saúde de qualidade.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, pois todas as coisas foram feitas por Ele, e sem Ele nada do que foi feito se fez.

Com todo amor, ao meu companheiro Osmar de Oliveira Cardoso por estar sempre ao meu lado, apoiar e ajudar a viabilizar minhas escolhas, pelas contribuições fundamentais na construção desse trabalho, por ser um pai e um marido formidável.

Ao meu filho Ivan pela felicidade e amor que acrescenta todos os dias na minha vida.

Aos meus pais Genésio e Denise por edificarem os pilares dos meus princípios e pelos imensos esforços que realizaram com amor que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Às minhas irmãs Tatiane e Taína por compartilharmos todos os momentos de nossas vidas, sejam eles de dor ou de alegria e por me ensinarem que é com as diferenças que experimentamos a verdadeira essência do amor.

À minha avó Carcília por seu exemplo de resiliência e fé e pela dedicação que sempre teve com a nossa família.

Aos meus amigos que de perto ou de longe participaram dessa jornada.

À Alyne Silva Araújo, Érika Thalyta Veras Pereira, Lilian Wichert Feitosa, Lúcia de Fátima da Silva Santos, Roberto Gabriel Henríquez Orellana e Taína Zampieri Fermino pelas importantes contribuições para a finalização desse trabalho.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira por nossos encontros sempre se traduzirem em muitos aprendizados para o trabalho e para a vida, pela amizade e pelo amor ao Ivan.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP e ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública pela excelência no ensino e por fazerem parte da história da minha formação profissional.

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT-UNL e à Profa. Dra. Zulmira Hartz pela rica oportunidade de desenvolver atividades acadêmicas no âmbito do doutorado no exterior.

Ao Dr. Luís Pisco e à Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Ana Lúcia Torgal pela oportunidade de aprendizagem ao realizar as visitas técnicas no Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras.

À Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI em nome de Adriana Araújo Costa, Isabel Nunes, Luciana Sena dos Santos e Vanessa Elenia de Brito Masullo e à Enfermeira MSC. Ivanilda Sepulveda Gomes pelas informações e esclarecimentos.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí – NESP-UFPI em nome do Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa pela oportunidade de participar da avaliação externa do PMAQ-AB no estado do Piauí e à Fundação Cultural e de Fomento à Pesquisa, Ensino, Extensão e Inovação – FADEX pela concessão do *software* estatístico.

Ao coordenador Osmar de Oliveira Cardoso, à gerente Gilmara Péres Rodrigues, aos supervisores Idneydis Perez Garcia, Kelly Nayara Cunha dos Santos, Lúcia de Fátima da Silva Santos, Polyanna Gomes Lacerda Cavalcante e Matildes Marques Barbosa e aos entrevistadores da avaliação externa do PMAQ-AB no Piauí por compartilharem suas experiências e contribuírem com informações.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES do Ministério da Educação pelo financiamento desse estudo através do Programa de Demanda Social, do Programa de Excelência Acadêmica e do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (número do processo 88881.133981/2016-01).

Gente humilde

“Tem certos dias em que eu penso em minha gente
E sinto assim todo o meu peito se apertar
Porque parece que acontece de repente
Feito um desejo de eu viver sem me notar
Igual a como quando eu passo no subúrbio
Eu muito bem vindo de trem de algum lugar
E aí me dá como uma inveja dessa gente
Que vai em frente sem nem ter com quem contar
São casas simples com cadeiras na calçada
E na fachada escrito em cima que é um lar
Pela varanda flores tristes e baldias
Como a alegria que não tem onde encostar
E aí me dá uma tristeza no meu peito
Feito um despeito de eu não ter como lutar
E eu que não creio peço a Deus por minha gente
É gente humilde que vontade de chorar”

Chico Buarque de Hollanda (1970)

RESUMO

CARDOSO, Tauani Zampieri. **Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2018. 141 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Os serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde são responsáveis pela maioria dos atendimentos pré-natais no Brasil. O pré-natal alcançou elevada cobertura no país, contudo, atingir um número mínimo de consultas não garante a qualidade da atenção. Ademais, permanecem iniquidades no acesso ao cuidado pré-natal, sendo que, as regiões mais pobres possuem mais difícil acesso, persistindo desfechos maternos e perinatais negativos. O objetivo geral desse estudo foi avaliar o cuidado pré-natal nos serviços de ABS que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no estado do Piauí. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação, subtipos 1-a, 1-b e 3, de corte transversal. Elaborou-se os modelos lógico teórico e operacional do cuidado pré-natal nos serviços de ABS. A população desse estudo consistiu em 865 equipes de ABS que participaram da avaliação externa no segundo ciclo do programa, 788 unidades de saúde e 235 mulheres grávidas ou com filhos até dois anos de idade que responderam um questionário na ocasião da avaliação externa. Utilizou-se dados secundários provenientes do banco de dados da avaliação externa do Ministério da Saúde, coletados de janeiro a setembro de 2014. Descreveu-se a estrutura das unidades de saúde, o processo de trabalho das equipes e o cuidado recebido durante o pré-natal pelas mulheres entrevistadas. Analisou-se a prevalência da adequação da estrutura e do processo de trabalho para o cuidado pré-natal segundo as macrorregiões administrativas do estado, Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHm), porte populacional e atendimento à população rural. Somente 3,7% das unidades de saúde possuíam estrutura adequada para o cuidado pré-natal, sendo as menores frequências as dos testes rápidos de gravidez (10,3%), HIV (8,6%) e sífilis (7,4%). O processo de trabalho foi adequado para 20,8% das equipes e a menor frequência foi da administração de penicilina G benzatina nas unidades de saúde (55,0%). Das mulheres entrevistadas, 10,6% receberam todos os cuidados pré-natais selecionados. A macrorregião dos Cerrados se destacou quanto à adequação da estrutura para o cuidado pré-natal. Em relação à adequação dos equipamentos e materiais para a realização de procedimentos clínicos-obstétricos e suprimento de vacinas, as unidades de saúde dos

municípios com maior IDHm são mais prevalentes. Considerando a adequação do processo de trabalho, as equipes da macrorregião do Semiárido são mais prevalentes e quando analisada a solicitação de exames, as equipes com maior IDHm e que não atendem população rural são mais prevalentes. Os resultados apontam que o maior desafio é ofertar todos os cuidados preconizados para o pré-natal, o que distancia a prática desses serviços de saúde da integralidade. Observa-se que, quando a prestação de um cuidado depende de maior infraestrutura, os serviços dos municípios de maior IDHm são mais prevalentes. São necessários esforços para incrementar a estrutura das unidades de saúde e estimular as equipes a explorarem mais as tecnologias leves no cuidado. Ressalta-se a premência em suprir as unidades com os testes rápidos e realizar a administração da penicilina G benzatina nas unidades de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidado pré-natal. Avaliação de programas de saúde. Avaliação em saúde.

RESUMEN

CARDOSO, Tauani Zampieri. **Evaluación del cuidado prenatal en los servicios de Atención Primaria de Salud de Piauí en el contexto del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria**. 2018. 141 f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Os servicios de Atención Primaria de Salud (APS) del Sistema Único de Salud son responsables por la mayor parte de lo atendimientos prenatales en Brasil. El prenatal alcanzó elevada cobertura en el país; sin embargo, alcanzar un número de consultas no garantiza la calidad de la atención. Además, aun existen desigualdades en el acceso al cuidado prenatal siendo que, a las regiones más pobres el acceso les es mucho más difícil, y persisten problemas de gestación y tipo de parto, y perinatales negativos. El Objetivo general de este estudio ha sido evaluar el cuidado prenatal en los servicios de APS que participaron del segundo ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria [Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB] en el estado de Piauí. Se trata de una investigación evaluativa del tipo: análisis de la implantación, subtipos 1-a, 1-b y 3, de corte transversal. Se elaboraron los modelos lógico teórico y operacional del cuidado prenatal en los servicios de APS. La población de este estudio consistió en 865 equipos de APS que participaron de la evaluación externa en el segundo ciclo del programa, 788 unidades de salud, y 235 mujeres en estado de gravidez o con hijos de hasta dos años, los cuales respondieron a un cuestionario por ocasión de la evaluación externa. Se utilizaron datos secundarios provenientes del banco de datos de la evaluación externa del Ministerio de Salud, recolectados de enero a septiembre de 2014. Se describió la estructura de las unidades de salud, el proceso de trabajo de los equipos y el cuidado recibido durante el prenatal por las mujeres entrevistadas. Se analizó la prevalencia de la adecuación de la estructura y del proceso de trabajo para el cuidado prenatal según las macrorregiones administrativas del estado, Índice de Desarrollo Humano municipal (IDHm), tamaño de población, y atendimento a la población rural. Solamente 3,7% de las unidades de salud poseían estructura adecuada para el cuidado prenatal, siendo las menores frecuencias las de los análisis rápidos de embarazo (10,3%), HIV (8,6%), y sífilis (7,4%). El proceso de trabajo fue adecuado para 20,8% de los equipos, y la menor frecuencia fue la administración de penicilina G benzatina en las unidades de salud (55,0%). De las mujeres entrevistadas, 10,6% recibieron todos los cuidados prenatales seleccionados. La macrorregión de Cerrados

se destacó en lo referente a la adecuación de la estructura para el cuidado prenatal. Con relación a la adecuación de los equipamientos y materiales para la realización de los procedimientos clínicos-obstétricos y suministro de vacunas, prevalecen las unidades de salud de los municipios con mayor IDHm. Considerando la adecuación del proceso de trabajo, prevalecen los equipos de la macrorregión del Semiárido, y cuando se analiza la solicitud de exámenes, prevalecen los equipos con mayor IDHm y que no atienden a la población rural. Los resultados apuntan a que el mayor desafío es ofrecer todos los cuidados preconizados para el prenatal, lo que distancia la práctica de estos servicios de salud de la integralidad. Se observa que, cuando la prestación de un cuidado depende de mayor infraestructura, prevalecen los servicios de los municipios de mayor IDHm. Son necesarios esfuerzos para incrementar la estructura de las unidades de salud y estimular a los equipos a explorar más la interacción relacional en el cuidado. Se resalta la preminencia en suplir las unidades con análisis rápidos y realizar la administración de la penicilina G benzatina en las unidades de salud.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud. Atención prenatal. Evaluación de programas de salud. Evaluación en salud.

ABSTRACT

CARDOSO, Tauani Zampieri. **Evaluation of prenatal care in the services of Primary Health Care in Piauí in the context of the National Program to Improve the Access and the Quality of Primary Care.** 2018. 141 f. Thesis (Doctoral) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The services of Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System [Sistema Único de Saúde] are responsible for the majority of the prenatal care in Brazil. Prenatal care has reached high levels of coverage in the country; however, reaching a minimum of doctor's visits does not guarantee the quality of care. Moreover, inequalities in access to prenatal care remain, given that the poorest regions have the most difficult access to care, and adverse maternal and perinatal outcomes persist. The general aim of this study was to evaluate the prenatal care in the services of PHC providers that participated of the second cycle of the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care [Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB] in the state of Piauí. This consists of an evaluative research of the analysis of implementation type, subtypes 1-a, 1-b and 3, cross sectional study. The study elaborated the logical, theoretical, and operational models of prenatal care in the services of PHC. The population of this study consisted of 865 teams of PHC providers that participated of the external evaluation in the second cycle of the program, 788 healthcare facilities, and 235 pregnant women or women with children up to two years of age who answered a questionnaire when the external evaluation took place. The study used secondary data from the Ministry of Health's external evaluation, which was collected from January to September 2014. The study described the structure of the healthcare facilities, the teams' work processes, and the care the interviewed women received during their prenatal care. The study analyzes the prevalence of the structure and the work process adjustment for prenatal care according to the macro administrative regions of the state, the, the municipal Index of Human Development (IHDm), population size, and services to the rural population. Only 3.7% of the healthcare facilities had the appropriate structure for prenatal care, the lowest frequencies were for rapid pregnancy tests (10.3%), HIV (8.6%), and syphilis testing (7.4%). The work process was appropriate in 20.8% of the teams and the lowest frequency was that of the administration of Penicillin G Benzathine in the healthcare facilities (55.0%). 10.6% of the women interviewed received all the selected prenatal care. The Cerrados macro-region stood out in terms of the structure for prenatal care. Concerning

the suitability of the equipment and materials for the implementation of clinical-obstetrical procedures and vaccine supplies, the healthcare facilities of the municipalities with the highest IHDm prevail. Considering the suitability of the work process, the teams of the Semiárido macro-region prevail, and when the requests for tests is analyzed, the teams with the highest IHDm, and who do not serve rural populations, prevail. The results point out that the greatest challenge is to offer all recommended prenatal care, which distances the practice of these healthcare services from completeness. It can be observed that, when the care provision depends on greater infrastructure, the services of the municipalities with the highest IHDm prevail. There is a need for efforts to increase the structure of the healthcare facilities and to stimulate the teams to explore more soft technologies in care. The study emphasizes the urgency in supplying facilities with rapid tests, and carrying out the administration of Penicillin G Benzathine in the healthcare facilities.

Keywords: Primary Health Care. Prenatal Care. Program Evaluation. Health Evaluation.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 -	Leis, programas e políticas implementados no Brasil para melhoria da saúde materno-infantil de 2000 a 2011.....	30
Figura 1 -	Modelo lógico teórico do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde.....	55
Figura 2 -	Modelo lógico operacional do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde.....	56
Figura 3 -	Mapa político do estado do Piauí com divisões por macrorregiões administrativas.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Taxa de mortalidade infantil no Brasil, Nordeste e Piauí, 2000 a 2015.....	31
Gráfico 2 -	Razão de mortalidade materna no Brasil, Nordeste e Piauí, 2000 a 2016.....	34
Gráfico 3 -	Distribuição da adequação do pré-natal segundo período gestacional de início e número de consultas realizadas no Brasil, Nordeste e Piauí, 2015.....	39
Gráfico 4 -	Distribuição das unidades de saúde segundo turnos e dias da semana de funcionamento, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	69
Gráfico 5 -	Distribuição das unidades de saúde segundo a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos para realização do pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	70
Gráfico 6 -	Distribuição das unidades de saúde que ofertam vacinação segundo a disponibilidade das vacinas recomendadas para gestantes, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	71
Gráfico 7 -	Distribuição das unidades de saúde que dispensam medicamentos segundo a disponibilidade de suplementos e medicamentos de uso no pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	72
Gráfico 8 -	Distribuição das equipes de saúde segundo as atividades realizadas no cuidado pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	73
Gráfico 9 -	Distribuição das equipes de saúde segundo a solicitação de exames no pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	74
Gráfico 10 -	Distribuição das usuárias dos serviços de saúde segundo os cuidados pré-natais recebidos, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das unidades e equipes de saúde segundo participação no segundo ciclo do PMAQ-AB, macrorregiões administrativas, IDHm e porte populacional dos municípios, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	77
Tabela 2 - Distribuição e prevalência da estrutura adequada para o cuidado pré-natal por macrorregiões administrativas, IDHm e porte populacional, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	78
Tabela 3 - Distribuição e prevalência do suprimento de imunobiológicos recomendados para gestantes por macrorregiões administrativas, IDHm e porte populacional, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	79
Tabela 4 - Distribuição e prevalência das unidades de saúde com estrutura adequada para realização do exame citopatológico do colo do útero e para o acompanhamento clínico-obstétrico no pré-natal por macrorregiões administrativas, IDHm, porte populacional e atendimento à população rural, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	80
Tabela 5 - Distribuição e prevalência do processo de trabalho adequado no cuidado pré-natal por macrorregiões administrativas, IDHm, porte populacional e atendimento à população rural, PMAQ-AB, Piauí, 2014.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIU	Dispositivo intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
dT	Vacina difteria e tétano adulto
DTPa	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> acelular
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHm	Índice de Desenvolvimento Humano municipal
IEP	Instituições de ensino e pesquisa
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RP	Razão de Prevalência
RSB	Reforma Sanitária Brasileira

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SIPNI	Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VDRL	Teste não treponêmico para rastreio da sífilis (<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Básica à Saúde.....	23
1.2 Histórico das políticas de atenção à saúde da mulher.....	26
1.3 Estatísticas vitais e de saúde materna e infantil no Brasil, Nordeste e estado do Piauí.....	31
1.4 O cuidado pré-natal no Brasil.....	39
1.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.	44
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	47
2.1 Atenção Básica à Saúde.....	47
2.2 Avaliação na saúde.....	52
3 OBJETIVO GERAL.....	58
3.1 Objetivos específicos.....	58
4 MÉTODO.....	60
4.1 Características geográficas e sociodemográficas do estado do Piauí.....	64
4.1.1 Equipamentos de saúde para a ABS no estado do Piauí.....	65
5 RESULTADOS.....	68
5.1 Características das unidades de saúde e dos profissionais de saúde entrevistados na avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB no estado do Piauí.....	68
5.2 Estrutura das unidades de saúde para o cuidado pré-natal.....	69
5.3 Processo de trabalho no cuidado pré-natal.....	72
5.4 Características das usuárias entrevistadas e cuidados recebidos por elas durante o pré-natal nas unidades de saúde participantes da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB	74
5.5 Fatores socioeconômicos e demográficos associados à adequação da estrutura das unidades de saúde e do processo de trabalho das equipes para o cuidado pré-natal.....	76
6 DISCUSSÃO.....	84
7 CONCLUSÃO.....	112
REFERÊNCIAS.....	118
ANEXO.....	140

APRESENTAÇÃO

Trabalhar no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde (MS), inicialmente, como supervisora do trabalho de campo da avaliação externa no estado do Piauí mediante convite do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e, em seguida, em âmbito nacional, na Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, no primeiro ciclo do programa, fez com que eu me aproximasse da avaliação de programas e serviços de saúde.

Com os resultados do primeiro ciclo do PMAQ-AB foi possível conhecer parte da realidade da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Piauí e, posteriormente, ao trabalhar como docente no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e no Programa de Residência em Área Profissional de Saúde - Enfermagem Obstétrica da UFPI foi possível imergir nos serviços de assistência à saúde da mulher na gestação, no parto e no puerpério, no município de Teresina-PI.

Essas experiências me trouxeram inquietações acerca do modelo de atenção predominante nos serviços de saúde caracterizado por uma atenção fragmentada, médico centrada, com limitações para garantir a humanização do cuidado, com grande parte das mulheres sem conhecer seus direitos, principalmente quanto às condições de atendimento da sua saúde e de seus bebês, tornando-se passivas diante das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde e com uma atenção pré-natal burocrática na ABS, que limita o tempo e o espaço para acolher dúvidas, angústias e os desejos das mulheres que, muitas vezes, são responsabilizadas pelas falhas na continuidade do cuidado.

Ao mesmo tempo, a minha participação como suplente na representação da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Piauí no Fórum Estadual da Rede Cegonha, palco de negociações e deliberações sobre a assistência materna e infantil realizada no estado e nos seus municípios, possibilitou identificar que o Piauí se encontra no início do processo de constituição da rede de assistência materna e infantil, me levando à conjecturar que pesquisas avaliativas trariam contribuições para a implantação das políticas e programas de saúde materna-infantil, motivando a realização desse estudo.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Apesar de sua importância, o Sistema Único de Saúde (SUS) é alvo constante de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade, o que suscita a necessidade de conhecer a qualidade dos serviços prestados, a pertinência das tecnologias utilizadas, os efeitos dos modelos assistenciais implementados, dentre outros, sendo que, a avaliação pode ser um instrumento para buscar essas respostas (FURTADO, 2012).

A avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores (DRUMMOND et al., 2015), inclusive, para a alocação de recursos, além de possibilitar mudanças nas políticas e programas para alcançar seus potenciais máximo e reconhecer necessidades emergentes frente a dinamicidade da vida.

Assim, no contexto da crise política e financeira que impôs a redução dos gastos com políticas públicas no Brasil, a avaliação na saúde pode ser fundamental na tomada de decisões para enfrentar o desafio de promover acesso equitativo à saúde com serviços de qualidade.

1.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Básica à Saúde

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz a saúde como direito de todos e dever do Estado e cria o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988), um dos frutos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Essa Reforma teve origem nos movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde em um contexto de crise no qual a saúde era caracterizada por baixa eficácia da assistência médica, altos custos do modelo médico-hospitalar e baixa cobertura dos serviços de saúde diante das necessidades da população (AROUCA, 1975; PAIM, 2008).

Assim, a RSB, almejando uma sociedade mais justa, participativa e equânime, traz como princípios para o SUS a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No entanto, ainda hoje, diversos interesses econômicos, políticos e culturais estão em jogo na arena sociopolítica brasileira e colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, o que impede, muitas vezes, o avanço do SUS através da redução do papel do Estado nas políticas sociais e da influência de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016; LUZ, 2001; MATTA, 2007; SANTOS, 2018).

Com isso, desde sua criação, o SUS enfrenta desafios, que ainda persistem, como o subfinanciamento, a definição dos papéis e a articulação público-privada, formas obsoletas de gestão, desigualdades no acesso à saúde, integração entre os serviços de diferentes níveis de atenção, promoção intersetorial da saúde, infraestrutura e suprimentos de insumos deficientes, entre outros (PAIM, 1990, 2009; PAIM et al., 2011; RIBEIRO et al., 2018; VIACAVA et al., 2018).

Porém, apesar dos obstáculos, o SUS teve avanços representativos nos últimos anos como a ampliação do acesso à Atenção Básica à Saúde¹ (ABS) e aos serviços de emergência, cobertura quase universal de vacinação e da assistência pré-natal, investimentos na expansão de recursos humanos e tecnologias, incluindo a fabricação de produtos farmacêuticos mais essenciais ao país, entre outros, sendo substancial seu impacto sobre a população (MENICUCCI, 2009; PAIM et al., 2011; VIACAVA et al., 2018).

A ampliação do acesso à ABS perpassa pela descentralização e extensão da cobertura das ações e serviços de saúde na implantação do SUS. As políticas adotadas para isso se alinhavam aos preceitos da Declaração de Alma-Ata² sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), o que era considerado válido por organismos internacionais (PAIM, 1998).

Assim, esforços e investimentos públicos foram concentrados na ABS, tomada como estratégia para reorganização do modelo de atenção, inclusive, com incentivos financeiros específicos e a criação de mecanismos de repasse de recursos federais diretamente para os municípios, calculados com base no número de habitantes desses (BRASIL, 1998).

Contudo, o marco da incorporação da Atenção Primária na política de saúde brasileira foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) cujos princípios traduziam o novo modelo de proteção social instituído com o SUS (ESCOREL et al., 2007). O primeiro documento do programa, publicado em 1994, o concebe como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização e prioriza sua implantação em áreas de risco (BRASIL, 1994).

Apesar de denominado PSF, desde a primeira publicação oficial que estabelece suas diretrizes, esse programa foi caracterizado como estratégia³ (BRASIL, 1997) e a adoção de

---

¹ O termo ABS no Brasil é resultado da necessidade de se construir uma identidade institucional própria para

² A Declaração de Alma-Ata foi elaborada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata - Kazaquistão, em 1978. Ela afirma a saúde como direito e traz a APS como estratégia para se atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000”. Disponível na íntegra em Brasil (2002).

³ Programas têm uma sequência determinada de ações visando um objetivo (MORIN, 2003, p. 62) e, no Brasil, são marcados pela verticalidade e desarticulação com outras ações dos serviços de saúde (BRASIL, 1997, p. 8). A estratégia também tem objetivo mas, para alcançá-lo, ela pode articular, integrar e promover ações conforme o ambiente em que se desenvolve.

remuneração diferenciada para os municípios que implementassem a ABS no modelo Saúde da Família impulsionou sua expansão (VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 2008, a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) correspondia a 47,7% de domicílios cadastrados, representando 50,9% da população, segundo a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD). Com um aumento de 10,3% na cobertura, em 2013, haviam 53,4% de domicílios cadastrados, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), dados semelhantes aos do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) para o mesmo ano, que estimou uma cobertura pela ESF de 109 milhões de pessoas ou 56% da população (MALTA et al., 2016).

Em fevereiro de 2018, de acordo com dados administrativos do DAB, o Brasil possuía 43.731 equipes de Saúde da Família, com a estimativa de cobertura de 135 milhões de brasileiros, correspondendo a 64,92% da população, sendo que, considerando outros modelos de ABS, esse número sobe para 75,79% da população (BRASIL, 2018a).

A expansão da cobertura da ESF no Brasil é associada à redução da mortalidade pós-neonatal (GUANAIS, 2013; VENANCIO et al., 2016), mortalidade infantil (BASTOS et al., 2017), morte em crianças menores de 5 anos por infecções respiratórias e diarreia (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010), morte de adultos por doenças cardíacas e cerebrovasculares (RASELLA et al., 2014), hospitalizações potencialmente evitáveis por doenças crônicas comuns (MACINKO et al., 2010) e hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária (MACINKO et al., 2011; PINTO; GIOVANELLA, 2018), inclusive em crianças menores de 1 ano (PINTO JÚNIOR et al., 2018).

Além disso, a expansão da cobertura da ESF está associada com maior equidade, ao aumentar o acesso aos cuidados de saúde (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012) e, recentemente, se associou também a uma diminuição diferenciada entre a redução da mortalidade entre negros/pardos e brancos por condições sensíveis à Atenção Primária, com maior redução de mortes por doenças infecciosas, cardiovasculares, diabetes, deficiências nutricionais e anemias na população negra/parda, evidenciando seu potencial para diminuir iniquidades (HONE et al., 2017).

Esse aumento no acesso aos cuidados de saúde, juntamente com desenvolvimento socioeconômico, mudanças demográficas, programas condicionais de transferência de renda, melhorias no sistema de água e saneamento e implementação de programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde das crianças e mulheres possibilitaram progressos na saúde materna e infantil. Entre esses progressos estão a redução dos *deficits* de altura em menores de 5 anos, a redução das desigualdades regionais no acesso às intervenções de saúde voltadas

para mães e crianças e o aumento da duração mediana da amamentação, influenciando na redução da mortalidade infantil (LEAL et al., 2018; VICTORA et al., 2011).

Dentre os avanços decorrentes da expansão da cobertura da ESF encontrados na literatura, é tênue a saúde da mulher como foco ou resultado. Além disso, os progressos observados na saúde materna e infantil também são atribuídos a outros fatores, dentre eles, a implementação de políticas e programas específicos, o que requer melhor compreensão do contexto e das configurações que tiveram as estratégias voltadas para a saúde das mulheres no Brasil ao longo do tempo.

1.2 Histórico das políticas de atenção à saúde da mulher

Até a década de 1970, a assistência à saúde das mulheres se limitava ao ciclo gravídico-puerperal, reforçando seu papel social de reprodutora, e o foco era a saúde e o bem-estar do conceito (COSTA, 1986), o que pode ser observado no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais do MS, criado no início dos anos 70 (BRASIL, 1975).

Nesse sentido, esses programas materno-infantis eram verticais, não integrados a outros programas e ações do governo federal e tinham metas definidas pelo nível central sem avaliações prévias das necessidades da população e, portanto, sem considerar a singularidade e os diferentes contextos das mulheres, decorrendo em fragmentação da assistência e baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004a, p.15).

Porém, desde os anos 60, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e o aumento de seus anseios por cidadania, esse papel social que lhes era atribuído vai se rompendo. Com isso, em meio a tensões e debates provocados por propostas e medidas de controle de natalidade, o movimento da reforma sanitária e o, ainda incipiente, movimento feminista, inspiraram mudanças nas políticas de saúde da mulher que resultaram no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (COSTA, 1996, 2009).

Assim, o PAISM, lançado em 1983 (BRASIL, 1984), embora tenha sido elaborado dando ênfase aos aspectos reprodutivos da saúde da mulher, não se restringia a isso. Ele representou um avanço na direção do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres e do direito à saúde ao inscrever a autonomia das mulheres quanto à escolha do padrão de reprodução, além de incorporar os princípios de universalidade e integralidade (OSIS, 1998).

Nos anos 80, em um contexto de transição à democracia, os movimentos sociais, inclusive o de mulheres, se intensificam diante da insatisfação com as condições de vida e

trabalho e com a condução política do governo. A forte atuação das mulheres, inclusive na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, implicou a realização da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986, na qual se reafirmou e detalhou as diretrizes norteadoras das políticas de saúde da mulher, em sintonia com o PAISM, transformando-as em resoluções programáticas, dando continuidade à busca por uma atenção integral à saúde das mulheres (COSTA, 2009).

Porém, o processo de globalização fortalecido nos anos 1990, no qual organismos financeiros internacionais passaram a monitorar a economia brasileira com foco no setor externo e, portanto, sem compromisso com a produção interna, promoveu a concentração de renda, elevou a taxa de desemprego e agravou problemas crônicos relacionados aos contrastes econômicos, sociais e culturais, constituindo um cenário desfavorável à implantação e implementação de políticas sociais, particularmente, aquelas em que o Estado é eleito como o responsável (LUZ, 2001).

Nesse contexto de recessão com restrições fiscais e subordinação dos problemas sociais à lógica economicista, o avanço do PAISM é prejudicado devido à falta de interlocução entre o movimento de mulheres e o governo (COSTA, 2009) e às dificuldades e descontinuidades nas assessorias e apoios para a implementação do programa colocadas pela administração federal (CORREA; PIOLA, 2002).

Esse descompromisso político revelado por meio da lentidão e do descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas na implementação do programa fizeram com que esse não fosse implementado efetivamente em todo o território nacional. Vale ressaltar que a inoperância do PAISM também é reflexo e reflete a deterioração geral dos serviços públicos de saúde (OSIS, 1998), mediante restrições à implementação do SUS por um Estado comprometido com a remessa da saúde ao livre mercado (COSTA, 1996).

Apesar desse contexto desfavorável, houve conquistas e, dentre essas, destacam-se a aprovação da Lei 9.263 de 1996 que regulamenta o planejamento familiar (BRASIL, 1996), a ampliação da cobertura com a universalização do acesso e oferta de serviços de base municipal e as mudanças no modelo de atenção ao parto com a inserção da enfermagem obstétrica, o pagamento de anestesia para partos realizados em serviços do SUS e o estímulo à humanização do parto com a incorporação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

---

⁴ Realizada em Brasília-Brasil, em 1986, com a participação de diferentes atores sociais, foi um dos momentos mais importantes para a universalização da saúde no país e seu relatório final serviu de base para a elaboração do capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 que resultou na criação do SUS.

Um balanço institucional sobre as ações em saúde para as mulheres no período de 1998 a 2002 apontou que as ações foram, prioritariamente, focadas na saúde reprodutiva, particularmente, para a redução da mortalidade materna, em uma perspectiva de resolução de problemas (CORREA; PIOLA, 2002), o que mostra uma contração das potencialidades da atenção integral proposta pelo PAISM.

Em 2004, o MS a partir da avaliação dos problemas da saúde da mulher e absorvendo as demandas pela efetivação do PAISM, lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004a) que retoma as proposições do PAISM e se adequa às necessidades que se tornaram visíveis nos 20 anos que passaram (COSTA, 2009).

Essa política busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no controle à violência doméstica e sexual. Ademais, agrega a prevenção e o tratamento das IST/HIV/Aids, de doenças crônico-degenerativas e do câncer ginecológico e aborda aspectos da saúde de mulheres negras, indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural, lésbicas e em situação de prisão (BRASIL, 2004a).

Contudo, mantendo a lógica da fragmentação, o MS divide essa abrangente política em programas e políticas voltados para atender necessidades específicas como o de planejamento familiar, pré-natal e redução da mortalidade materna, o que acarreta preocupações quanto à essa fragmentação limitar a retomada do conceito e das práticas integrais a serem ofertadas às mulheres e atrapalhar a mudança nos modelos assistenciais (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

Há uma década, Souto (2008) afirmou que, decorridos 25 anos da implantação do PAISM, a PNAISM ainda estava em processo de implementação e que esse seria um processo continuado de ir e vir, o que se confirma, atualmente, diante da persistência de desafios como as altas taxas de cesarianas, elevado número de óbitos maternos por causas consideradas evitáveis, grande número de mulheres mortas por causas violentas, elevadas taxas de sífilis entre mulheres negras, entre outros (BRASIL, 2017a).

Diante disso, convém citar dois importantes instrumentos que trouxeram contribuições para o avanço na construção de um SUS mais resolutivo por meio do estabelecimento de metas e que trazem a saúde da mulher entre suas prioridades, o Plano Nacional de Saúde, aprovado pela Portaria nº 2.607/GM em 10 de dezembro de 2004 e o Pacto pela Saúde, aprovado pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

O Pacto pela Saúde é um compromisso assumido pelos gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), que visa priorizar ações que tenham impacto sobre a

situação de saúde da população, expressar a defesa dos princípios do SUS e definir as responsabilidades sanitárias entre os entes em espaços de co-gestão. Uma de suas dimensões, o Pacto pela Vida, apresenta como prioridades, diretamente voltadas à saúde da mulher, metas relacionadas ao controle do câncer de mama e colo do útero e à redução da mortalidade materna e infantil, sendo que, podem ser agregadas outras prioridades a essas, conforme pactuação nos estados, municípios e regiões (BRASIL; 2006a).

O Plano Nacional de Saúde, renovado a cada gestão federal, para o período de 2012 a 2015, mantém o mesmo sentido de 10 anos atrás e contempla como uma de suas diretrizes a “promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade” (BRASIL, 2011a, p.77), no entanto, o que se observa é a predominância de metas relacionadas à saúde materna, sobretudo, à assistência ao parto, distinguindo-se dessas, apenas as de atenção ao câncer de mama e ginecológico.

Além das iniciativas expostas, diante da permanência de altas taxas de morbimortalidade materna e infantil, outras específicas foram implementadas visando modificar esse cenário. O Quadro 1 apresenta uma breve síntese de algumas dessas iniciativas.

A instituição dessas iniciativas repercutiu em melhorias, principalmente, nos indicadores de saúde infantil, no entanto, apesar do enfoque observado na saúde sexual e reprodutiva, a persistência de elevados índices de mortalidade materna leva à questionamentos sobre o êxito das políticas de gênero, o que requer uma análise da implementação das políticas públicas para mulheres (SANTOS NETO et al., 2008).

Além disso, persistem outros desafios como as elevadas taxas de cesariana, alta frequência de nascimentos pré-termo, ocorrência de sífilis congênita, elevadas taxas de situação de quase morte entre grávidas ou puérperas (*near miss*) e desigualdades socioeconômicas e regionais em saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (LEAL et al., 2018; VICTORA et al., 2011), as mais pobres e de mais difícil acesso à saúde (CHRESTANI et al., 2008).

Quadro 1 – Leis, programas e políticas implementados no Brasil para melhoria da saúde materno-infantil de 2000 a 2011

Leis/Políticas/Programas	Ano	Breve descrição
Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)	2000	Tem o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promover a ampliação do acesso a estas ações, incrementar a qualidade e a capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como a sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).
Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal	2004	Discute indicadores de mortalidade materna e neonatal e propõe estratégias para a reversão desse quadro até 2015 (BRASIL, 2004b). Reis, Pepe e Caetano (2011) consideram essa iniciativa a mais incisiva para o enfrentamento da mortalidade materna.
Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil	2005	Tem a finalidade de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança (BRASIL, 2005a).
Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal	2005	Tem o propósito de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos, promover a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal e sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b).
Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005	2005	Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005c).
Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007	2007	Regulamenta o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto (BRASIL, 2007).
Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal	2010	Surge dentro do Compromisso pela Aceleração da Redução das Desigualdades Regionais com a proposta de reduzir a mortalidade em menores de um ano nos anos de 2009 e 2010. Reconhece que o declínio da mortalidade infantil no Brasil resulta também de cobertura e adequada atenção pré-natal e do acesso aos serviços de saúde, entre as metas do pacto constava a ampliação do número de equipes de Saúde da Família, bem como a qualificação de seus profissionais. Entre os municípios prioritários, constavam 24 do estado do Piauí (BRASIL, 2010).
Rede Cegonha (RC)	2011	Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e traz entre seus objetivos a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil de modo que se garanta acesso, acolhimento e resolutividade e também a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A seguir, para materializar esses desafios, serão apresentadas algumas estatísticas relacionadas à saúde materna e infantil no Brasil, em uma de suas macrorregiões, o Nordeste, e o Piauí, estado dessa região, local desse estudo.

1.3 Estatísticas vitais e de saúde materna e infantil no Brasil, Nordeste e estado do Piauí

A taxa de mortalidade na infância, que corresponde ao número de óbitos de crianças menores de 5 anos para cada mil nascidos vivos (NV), e a taxa de mortalidade infantil (TMI), que corresponde ao número de óbitos de crianças antes de completar 1 ano de vida para cada mil NV, são usadas como indicadores de desenvolvimento humano e revelam muito sobre as condições de vida e a assistência à saúde em um país (UNICEF, 2005).

Diante das iniciativas já mencionadas, como se pode observar no Gráfico 1, o Brasil tem reduzido as TMI ao longo dos anos e apresentou TMI de 15,1 em 2015 (BRASIL, 2018b), alcançando a quarta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir a TMI para 15,7 até 2015 (BRASIL, 2018c).

Não obstante, ainda persistem importantes desigualdades regionais e em subgrupos, como pode ser observado pelas TMI do Nordeste e do Piauí que foram de 19,0 e 20,2, respectivamente (BRASIL, 2018b), e pela vulnerabilidade das crianças indígenas, que eram duas vezes mais propensas a morrer antes de seu primeiro aniversário que outras crianças no Brasil em 2015 (UNICEF et al., 2015).

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade infantil no Brasil, Nordeste e Piauí, 2000 a 2015⁵

Fonte: Dados trabalhados, pela área técnica, a partir do banco: Sinasc / SIM / e projeto Busca Ativa - 22/09/2017
Ministério da Saúde, SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica

⁵ Para a construção dos Gráficos 1 e 2 foram utilizados dados diretos dos sistemas de informação, conforme a fonte citada. Esses dados não correspondem aos dados citados no corpo do texto que são originários de uma publicação que aplicou correções para reduzir os efeitos do sub-registro.

Para a UNICEF et al. (2015), países como o Brasil, que atingiram a quarta meta dos ODM, devem intensificar seus esforços para reduzir, ainda mais, a mortalidade infantil, especialmente nas áreas de maior mortalidade e nos contextos de desigualdades persistentes.

Essa mesma publicação apresentou uma estimativa das TMI globais para o ano de 2015, mostrando o Brasil com taxa de 15, mais elevada que a de países como o Chile com 7, Uruguai 9, Argentina 11, Venezuela 13, México 11, Rússia 8 e China 9.

No Brasil, no Nordeste e no Piauí, em 2015, a maior parte dos óbitos infantis ocorreram no componente neonatal, ou seja, em crianças com até 27 dias de vida, com taxas de 9,4, 11,4 e 12,3, respectivamente. É importante ressaltar que os óbitos infantis se concentraram no neonatal precoce, em crianças de 0 a 6 dias de vida, com taxas de 7,0 no Brasil, 8,5 no Nordeste e 9,4 no Piauí (BRASIL, 2018b).

Esses dados apontam para a necessidade de melhorias na atenção dos serviços de saúde onde ocorrem os nascimentos, pois a concentração das mortes no neonatal precoce tem estreita relação com a assistência à saúde das gestantes e dos recém-nascidos durante o período de pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Em 2014, entre as principais causas de morte em crianças menores de 1 ano, se destacaram os fatores maternos e perinatais, correspondendo a 52% das mortes no Brasil e 53% no Nordeste, sendo que, dentro desses, a prematuridade, os fatores maternos, as infecções perinatais e a asfixia/hipóxia são as principais causas (BRASIL, 2017a), revelando a inevitabilidade dos óbitos (FRANÇA, et al., 2017; LANSKY et al., 2014).

No Piauí, dentre as causas de óbitos infantis, os fatores maternos e perinatais também tiveram a maior proporção, 59%, entretanto, desses os mais prevalentes foram os fatores maternos com 32%, asfixia/hipóxia com 29% e prematuridade com 25%. Assim, no Piauí, as causas de morte infantil mais prevalentes, em 2014, foram fatores maternos, malformações congênitas, asfixia/hipóxia e prematuridade (BRASIL, 2018d), o que mostra a premência de ações para reduzir as mortes evitáveis, sobretudo, no cuidado pré-natal, na assistência ao parto e nascimento e ao recém-nascido.

A prematuridade foi a principal causa de morte em menores de um ano no Brasil e em suas regiões, exceto no Sul, em 2014 (BRASIL, 2017a), e entre os fatores de risco associados à prematuridade espontânea no país estão a gravidez na adolescência, baixo total de anos de estudo da mãe, inadequação do pré-natal e infecções (LEAL et al., 2016).

A gravidez e maternidade adolescentes expressam desigualdade reprodutiva e social (BINSTOCK, 2016). No Brasil, a maternidade adolescente tem maior proporção entre mulheres indígenas (VIGNOLI, 2014, p.65) e negras (pretas ou pardas) (IBGE, 2015) e a taxa de fecundidade adolescente é mais alta nas áreas rurais em todo o país e diminui conforme aumenta a renda domiciliar (CAVENAGHI, 2013).

O número de mães adolescentes, ou seja, com idade de 10 a 19 anos, é elevado no Brasil. No ano de 2014, foram 562.608 NV com mães adolescentes, sendo que, a região Nordeste apresentou a segunda maior proporção com 21,8% dos NV com mães adolescentes (BRASIL, 2017a). No Piauí, foram 10.555 NV com mães adolescentes que representaram 22% do total e, dessas, 524 tinham de 10 a 14 anos (BRASIL, 2018e), faixa etária que aumenta o risco de morte materna (CONDE-AGUDELO; BELIZAN; LAMMERS, 2005). Ainda, cabe citar que a morte materna foi a terceira causa de morte entre as adolescentes no Brasil em 2013 (BRASIL, 2015a, p.102).

Nesse sentido, o elevado número de nascimentos por cesáreas que ocorre no Brasil pode contribuir para as taxas de morbimortalidade materna e neonatal (BARROS et al., 2010a; LEAL et al., 2016; MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017; SOUZA et al., 2010; VILLAR, et al., 2007).

A taxa de cesárea para os NV no Brasil foi de 55,5%, no Nordeste 49,6% e no Piauí 53,2%, em 2015, com elevadas proporções em grupos de baixo risco para o procedimento e em mulheres com cesáreas anteriores (BRASIL, 2018b), porém, não há evidências que taxas maiores que 10% reduzam a mortalidade materna e neonatal (WHO; HRP, 2015), indicando a realização de cirurgias desnecessárias e a ausência de critérios para a realização das mesmas.

Os dados até aqui apresentados salientam que a mortalidade na infância não está relacionada apenas com as causas médicas que lhes são oficialmente atribuídas. Em todo o mundo, crianças morrem por serem de famílias pobres, de grupos historicamente marginalizados, viverem em áreas rurais ou sofrerem outras formas de exclusão. Portanto, acabar com as mortes evitáveis dessas crianças exige combater as desigualdades (UNICEF, 2015).

Essas desigualdades também se reproduzem na morbimortalidade materna, pois mães e filhos compartilham seus históricos e apresentam desfechos na saúde coincidentes (GRAAF; STEEGERS; BONSEL, 2013).

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto, independente da duração ou localização da gravidez, cuja causa

atribuída está relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (RIPSA, 2008).

O nível de mortalidade materna reflete a cobertura e a qualidade dos cuidados que as mulheres recebem desde a pré-concepção até o pós-natal, sendo um dos melhores critérios para avaliar o desempenho relativo dos sistemas de saúde (FILIPPI et al., 2016).

No Brasil, os dados sobre a mortalidade materna devem ser utilizados e interpretados com cautela, pois as estimativas são afetadas por sub-registro de óbitos em geral, subnotificação de causas maternas entre óbitos registrados e melhorias na detecção de óbitos maternos pelas investigações compulsórias de óbitos de mulheres em idade reprodutiva (BARROS et al., 2010a).

Os resultados produzidos variam conforme o método utilizado, mas, independentemente disso, os valores das Razões de Mortalidade Materna (RMM), que correspondem ao número de óbitos de mulheres por causas e condições consideradas de morte materna por 100.000 NV, são inaceitavelmente elevados e explicitam as disparidades regionais, mostrando as diferenças socioeconômicas e as desigualdades no acesso à atenção de saúde entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais ricas do Sul e Sudeste (BARROS et al., 2010a; VICTORA et al., 2011).

As análises de tendências são imprecisas e eventuais tendências de declínio podem ser obscurecidas por melhorias nos registros e pelas investigações dos óbitos (BARROS et al., 2010a; VICTORA et al., 2011), no entanto, no Gráfico 2 é possível observar as diferenças entre as RMM do Brasil, do Nordeste e do Piauí, ilustrando, em partes, essas disparidades.

Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna no Brasil, Nordeste e Piauí, 2000 a 2016⁵

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Em 2015, a RMM no Brasil foi estimada em 62,0 (BRASIL, 2018b) e, dessa forma, o país não atingiu a quinta meta do ODM de reduzir a RMM para 35,0 ou menos até 2015 (BRASIL, 2018c). Ademais, segundo estimativas da OMS, no ano de 2015 o Brasil apresentou RMM de 44, mais elevada que a do Chile 22, Uruguai 15, México 38, China 27 e Rússia 25 (WHO et al., 2015).

No Nordeste e no Piauí, em 2015, as RMM foram estimadas em 75,3 e 103,6, respectivamente, sendo que, o Piauí teve a segunda maior RMM do Nordeste (BRASIL, 2018b). Essa elevada RMM, bem como as altas TMI e neonatal no Piauí são reflexo de uma rede de atenção materna e infantil fragmentada e pouco resolutive, com um modelo de atenção que pouco prioriza as evidências científicas, o princípio da humanização e os direitos dos usuários (PIAÚÍ, 2011).

As mortes maternas são classificadas por causas obstétricas diretas e indiretas. A morte materna obstétrica direta é a que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento inadequado ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas. Já a morte materna obstétrica indireta é a que resulta de doenças que existiam antes ou se desenvolveram durante a gestação, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2012a).

Em 2014, os óbitos maternos ocorridos no Brasil se concentraram entre as causas obstétricas diretas, sendo os mais prevalentes a hipertensão 18,5%, a hemorragia 12,2%, a infecção puerperal 6,0% e o aborto 3,2% (BRASIL, 2018d), entretanto, há evidências de subnotificação das mortes por aborto, uma vez que, abortos induzidos são ilegais na maioria dos casos (ANJOS et al., 2013; BARROS et al., 2010a; MENEZES; AQUINO, 2009; SANTOS et al., 2013; VICTORA et al., 2011).

No Nordeste e no Piauí, as causas de óbitos maternos seguiram o mesmo padrão com, respectivamente, 21,7% e 27,3% dos óbitos por hipertensão, 10,9% e 18,2% por hemorragia, 6,9% e 6,1% por infecção puerperal e 2,0% e 3,0% por abortos (BRASIL, 2018d).

A prevalência dos óbitos por hipertensão traz questionamentos acerca da disponibilidade e da adequação do tratamento necessário; por hemorragia indicam falhas no reconhecimento dos casos potencialmente graves e na implementação das ações para prevenção e tratamento; por infecção falhas na prevenção e no tratamento e os óbitos por aborto podem indicar dificuldade de acesso ao planejamento reprodutivo e à atenção pós-aborto e são reflexo da situação legal do aborto no país (FILIPPI et al., 2016; HUSSEIN et al., 2011; SAY et al., 2014; SOUZA et al., 2013).

Esses dados mostram hiatos na disponibilidade de cuidados obstétricos de alta qualidade, bem como no cuidado no pós-parto imediato, sendo que, parte desses desfechos podem estar relacionados às cesarianas sem indicação médica, que podem aumentar o risco de hemorragias, infecções e mortes maternas (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017; SOUZA et al., 2010; VILLAR, et al., 2007). Modificar esse quadro exige mudanças organizacionais e comportamentais e maior compromisso político e financeiro com a saúde materna e reprodutiva (BARROS et al., 2010a; HUSSEIN et al., 2011).

De modo geral, é preciso melhorar os dados disponíveis sobre a mortalidade materna e suas causas para que medidas mais precisas possam ser adotadas, por exemplo, saber se a hemorragia ocorreu no anteparto, intraparto ou pós-parto e conhecer sua causa subjacente pode contribuir para prevenir, controlar ou intervir de forma mais efetiva (SAY et al., 2014; SOUZA et al., 2013).

Dentre as causas indiretas, em 2014, no Brasil, as mais prevalentes foram doenças do aparelho circulatório (27,93%), outras doenças e afecções especificadas (16,05%) e doenças do aparelho respiratório (14,05%) complicando a gravidez, o parto e o puerpério. No Nordeste, doenças do aparelho circulatório (32,96%), outras doenças e afecções especificadas (17,32%), doenças do aparelho digestivo (8,94%) e doenças do aparelho respiratório (8,38%). Já, no Piauí, foram as doenças do aparelho digestivo (37,5%) e doenças do aparelho circulatório (25%) (BRASIL, 2018d).

Vale lembrar que as doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério foram responsáveis por 9,6% das mortes maternas no Brasil e 9,93% no Nordeste, em 2015, ultrapassando as mortes por infecção (BRASIL, 2018d).

O número de mortes maternas por causas indiretas é substancial, correspondendo a 34,39% das mortes maternas no Brasil, 30,13% no Nordeste e 24,24% no Piauí, em 2014. Com isso, para reduzir a mortalidade materna, será preciso atender as necessidades das mulheres com comorbidades pré-existentes, como doenças cardiovasculares e problemas respiratórios, bem como estabelecer o apoio entre a obstetrícia e as outras especialidades médicas, o que exigirá o fortalecimento das redes de atenção e da coordenação do cuidado (SAY, et al., 2014) e, nesse sentido, a APS pode ter um papel importante na melhoria dos resultados das gestantes e puérperas (FILIPPI et al., 2016).

Os fatores de risco relacionados à mortalidade materna, assim como a infantil, não são apenas de origem biológica, entre eles estão idade materna menor que 20 e maior que 35 anos, estar na primeira gestação ou ter mais de 3 a 5 gestações, gravidez indesejada, estar solteira, ter baixo nível educacional, baixo nível educacional do companheiro, ser negra, pobreza,

obesidade e anemia, história obstétrica anterior com desfechos negativos, residir onde leis de aborto são restritivas, viver em locais distantes dos serviços de saúde, dificuldade de chegar aos serviços de saúde, indisponibilidade e má qualidade da água e falta de saneamento, número, qualidade e distribuição dos profissionais contratados para prestar assistência à saúde materna, qualidade do atendimento nos serviços de saúde onde ocorrem os nascimentos e indisponibilidade de sangue para transfusão (FILIPPI et al., 2016).

Diante disso, as complicações obstétricas e eventos em que as mulheres estiveram gravemente enfermas, mas sobreviveram, *near miss*, são elevados e seus diagnósticos coincidem com os das principais causas de óbitos maternos, evidenciando a necessidade de mudanças na atenção à saúde materna e no sistema de saúde, inclusive, no atendimento às emergências obstétricas a fim de prevenir e tratar as complicações e evitar sequelas e morte materna (GIORDANO et al., 2014; ROCHA FILHO et al., 2014; SOUSA et al., 2008; ZANETTE et al, 2014).

Mortes e morbidades maternas têm impacto na sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos e crianças (UNICEF, 2008), portanto, intervenções e estratégias para melhorar a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil estão intimamente relacionadas e devem ser fornecidas através de cuidados contínuos (PMNCH, 2011).

Para se reduzir a mortalidade materna e neonatal e, conseqüentemente, a fetal e infantil, é essencial que o trabalho de parto, parto e nascimento sejam assistidos por profissionais qualificados, capazes de agir caso ocorram complicações (BHUTTA et al., 2014; UNICEF, 2015; VICTORA, 2001), que utilizem práticas baseadas em evidências e, também, a disponibilidade de uma rede de atenção que assegure à mulher e ao bebê acesso aos recursos e serviços necessários, em tempo oportuno (LANSKY et al., 2014).

Embora as intervenções durante o trabalho de parto e no parto tenham maior efeito sobre os óbitos maternos e neonatais, o aumento da cobertura e da qualidade das intervenções pré-concepcionais, pré-natais e pós-natais também podem evitar mortes neonatais, natimortos e mortes maternas, sendo que, apenas abordagens comunitárias e de atenção primária poderiam salvar milhares de vidas (BHUTTA et al., 2014; UNICEF, 2015; VICTORA, 2001).

Uma assistência pré-natal adequada pode prevenir a morbimortalidade materna e infantil através de diagnóstico, tratamento, monitoramento, controle e prevenção de doenças e problemas de saúde na gravidez como a sífilis, o HIV, as infecções do trato urinário e as desordens hipertensivas e, também, por meio de promoção da saúde com o incentivo ao abandono do tabagismo, o estímulo ao parto normal, ao aleitamento materno, entre outros

(BARROS et al., 2010b; CARROLI; ROONEY; VILLAR, 2001; DOMINGUES; LEAL, 2016; KHAN, et al., 2006; VICTORA, 2001; WEHBY, et al., 2009).

Ainda, são necessárias ações que reduzam as desigualdades como promover a educação das mulheres, ampliar o acesso aos serviços de saúde, acesso à renda e empoderar os pais, famílias e comunidades, sendo que, para alcançar as populações mais vulneráveis, que apresentam maior morbimortalidade materna e infantil, incluindo as adolescentes, são necessárias estratégias diferenciadas (BUTTHA, et al., 2014; LEAL et al., 2016; RUIZ, et al., 2015; UNICEF, 2015).

Ressalta-se que há um crescente reconhecimento de que sistemas de saúde fortes e de alta cobertura podem ser decisivos para a redução da mortalidade materna e infantil, proporcionando mais intervenções de alto impacto e de maior qualidade e alcançando grupos antes não alcançados (BUTTHA, et al., 2014; UNICEF, 2015).

Embora apenas o consumo de procedimentos possa não impactar as condições de saúde da população, em 2015, 70,2% das mães dos NV no Brasil, 63,8% no Nordeste e 65,9% no Piauí tiveram um pré-natal mais que adequado ou adequado quanto ao período da gestação em que iniciaram os cuidados pré-natais e números de consultas realizadas, como apresenta o Gráfico 3, e 0,6%, 0,5% e 0,3%, respectivamente, não realizaram pré-natal (BRASIL, 2018b).

A pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012, mostrou uma cobertura elevada em que 98,7% das mulheres que participaram do estudo realizaram pré-natal, 75,8% iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% tiveram no mínimo seis consultas de pré-natal. Ainda, 89,6% realizaram o pré-natal em unidades básicas de saúde (UBS), sendo 74,6% em serviços públicos de saúde (VIELLAS et al., 2014).

Corroborando com esses dados, em 2013, a PNS apontou cobertura da assistência pré-natal de 97,4% (IBGE, 2015), que 84,0% das mulheres fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, 92,6% iniciaram o pré-natal antes da 20ª semana de gravidez e 72,5% realizaram o pré-natal no SUS (MARIO et al., 2017).

Gráfico 3 – Distribuição da adequação do pré-natal segundo período gestacional de início e número de consultas realizadas no Brasil, Nordeste e Piauí, 2015

Fonte: Brasil, 2018b, p. 28-30.

- Nota:
- 1 - Mulheres que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram sete consultas ou mais;
  - 2 - Mulheres que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram seis consultas;
  - 3 - Mulheres que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram de três a cinco consultas;
  - 4 - Mulheres que iniciaram o pré-natal após o terceiro mês de gestação ou que iniciaram o pré-natal até o terceiro mês de gestação mas, fizeram menos de três consultas;
  - 5- Mulheres que não realizaram consultas de pré-natal durante a gestação.

Esses dados revelam a magnitude da oferta do cuidado pré-natal nos serviços públicos de saúde, no SUS, sobretudo, na ABS. Todavia, para além da oferta de consultas, o cuidado pré-natal deve ser adequado para alcançar seu potencial.

1.4 O cuidado pré-natal no Brasil

O cuidado pré-natal integra a saúde reprodutiva e agrega importantes atribuições dos serviços de saúde como a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção de doenças, sendo que, sua implementação oportuna e adequada, com práticas baseadas em evidências, pode salvar vidas. Além disso, o cuidado pré-natal ocasiona oportunidades para a comunicação e apoio as mulheres, as famílias e as comunidades, em uma fase crítica da vida das mulheres (WHO, 2016).

No Brasil, estudos nacionais e locais têm identificado elevada cobertura da assistência pré-natal, no entanto, o acesso ao pré-natal tem ocorrido de forma desigual em todo o país

(BERNARDES et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; DOMINGUES et al., 2013; FONSECA et al., 2014; GOUDARD et al., 2016; MARIO et al., 2017; MARTINELLI et al., 2014; RIBEIRO et al., 2009; TOMASI et al., 2017), sendo que, as mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste são as que possuem menos acesso (VIELLAS et al., 2014).

Vale ressaltar que, além de menor acesso ao cuidado pré-natal, a cor da pele também se mostra determinante para menor acesso ao uso de anestésico no parto vaginal, menor realização de exame citopatológico do câncer do colo do útero e maior risco de cirurgia de esterilização entre mulheres pardas e pretas quando comparadas às brancas, tanto no setor público quanto no privado (MARIO, et al., 2017).

Essa situação confirma a lei dos cuidados inversos (HART, 1971) em que pessoas com maior necessidade de cuidados de saúde são as que menos os recebem e, quando os recebem, são de baixa qualidade, o que requer o desenvolvimento de estratégias que diminuam as barreiras de acesso considerando a persistência dessas desigualdades sociais e individuais e o fortalecimento de políticas públicas inclusivas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2013a).

Entre as falhas identificadas, por meio da literatura, para a adequação do cuidado pré-natal estão o início precoce e o número de consultas adequado para a idade gestacional (DOMINGUES et al., 2013; GOUDARD et al., 2016; POLGLIANE et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). Essas falhas também representam barreiras de acesso, exigindo reconfigurações na organização dos serviços e do processo de trabalho na saúde, sendo que, mulheres tiveram dificuldades, inclusive, para conseguirem a primeira consulta de pré-natal (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Porém, o mais alarmante é que, apesar dos cuidados mínimos terem sido definidos há quase 20 anos (BRASIL, 2000), diversos estudos nacionais e locais, quando analisam diferentes ações que deveriam ser ofertadas no cuidado pré-natal, encontram baixas proporções para o conjunto das ações (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016; MARTINELLI et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014; SILVA et al., 2013; TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014), evidenciando que o maior desafio é realizar um cuidado integral às gestantes.

Observa-se que procedimentos clínico-obstétricos como a verificação do peso e da pressão arterial das gestantes, bem como, a medida da altura uterina e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais têm sido incorporados na rotina do cuidado pré-natal (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016; MARIO et al., 2017;

POLGLIANE et al., 2014; TOMASI et al., 2017), no entanto, o exame clínico das mamas parece ser esquecido (ANVERSA et al., 2012; GOUDARD et al., 2016; TOMASI et al., 2017).

Quanto aos exames laboratoriais preconizados, estudos locais e nacionais demonstram elevadas proporções de realizações, sobretudo, dos exames que devem ser solicitados na primeira rotina (GOUDARD et al., 2016; MARIO et al., 2017; TOMASI et al., 2017), no entanto, quando analisados os exames de repetição, esses números tendem a reduzir (BRASIL, 2008; DOMINGUES et al., 2013; MARTINELLI et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). Também, as dificuldades para a realização dos exames pré-natais preconizados estiveram, prioritariamente, relacionadas à problemas nos serviços de saúde (ALMEIDA; TANAKA, 2009; DOMINGUES et al., 2013; MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Ainda, é necessário ampliar a oferta de ações educativas durante o pré-natal, incluindo orientações sobre o aleitamento materno e o parto e a realização de atividades em grupo, já que essas ações dependem, predominantemente, da atitude dos trabalhadores da saúde (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014; NIQUINI, et al., 2010; POLGLIANE et al., 2014; SILVA et al., 2013; TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014).

Apesar da ampla cobertura do pré-natal, mulheres continuaram peregrinando no momento do parto, o que demonstra falta de planejamento e organização do sistema de saúde (VIELLAS et al., 2014), ademais, a proporção de mulheres que receberam informação sobre qual maternidade procurar no momento do parto é baixa (DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

Uma avaliação do PHPN identificou que, ainda que as gestantes buscassem os hospitais de referência, o atendimento não ocorria, mesmo com o encaminhamento formal pelas unidades básicas de saúde. Além disso, há também desvios no fluxo de referência e contrarreferência previamente estabelecidos provocados pelas mulheres que buscam por locais de atendimento que lhes transmitem maior segurança (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Essa falta de integração efetiva entre o pré-natal e o parto afeta o direito das gestantes ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberão assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2007; 2008) e, vale lembrar, que o local de referência para o parto e para as intercorrências durante a gestação devem constar explicitamente no cartão da gestante (BRASIL, 2013b), todavia, esse aspecto não foi investigado nos estudos selecionados.

O cartão da gestante é um importante instrumento de registro para acompanhamento da gestação, referência e contrarreferência da mulher (BRASIL, 2013b), contudo, há baixa adequação dos registros de informações importantes como os resultados dos exames laboratoriais e dados das avaliações clínicas, o que prejudica sua utilização como instrumento efetivo de referência e contrarreferência. (COSTA et al., 2009; COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; MIRANDA; FERNANDES, 2010).

A contrarreferência dos serviços de saúde para os quais as gestantes foram encaminhadas ou nos quais foram atendidas também se demonstrou insuficiente (COSTA et al., 2009) e essa falta de articulação resultou em escassa realização da consulta de puerpério (ALMEIDA; TANAKA, 2009; BRASIL, 2008).

Convém citar que, considerando as características dos serviços de saúde, de modo geral, a ESF parece ser mais favorável aos cuidados pré-natais (ANVERSA et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014; MIRANDA; FERNANDES, 2010) e que o desprovimento de médicos e enfermeiros nos serviços de saúde pode representar uma importante restrição aos cuidados pré-natais (NIQUINI et al., 2010).

Diante do exposto, observa-se que o Brasil avançou na ampliação do acesso com cobertura quase universal do cuidado pré-natal e ampla realização dos exames e procedimentos clínico-obstétricos recomendados, porém, persistem desafios quanto à qualidade da atenção prestada pois houve predomínio de uma assistência incompleta e desarticulada, evidenciando a necessidade de reorganizar os serviços de saúde e reorientar os processos de trabalho, assim como, de organizar a comunicação e o atendimento entre os diferentes pontos de atenção da rede.

Foram encontrados quatro estudos locais referentes ao cuidado pré-natal no Piauí, dois realizados na capital, Teresina, e os outros dois em municípios de pequeno porte do semiárido.

Em uma maternidade de referência em Teresina, um estudo que objetivou analisar a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, constatou que, tanto entre as mães dos casos, quanto entre as mães dos controles, pouco mais da metade tiveram início do pré-natal precoce e número adequado de consultas para a idade gestacional, assim como, a realização dos procedimentos clínicos-obstétricos esperados para a idade gestacional. Ainda, menos da metade das gestantes realizaram os exames laboratoriais preconizados para a idade gestacional e baixa proporção tiveram o cuidado pré-natal adequado, considerando todos os cuidados analisados, sendo que, as mães

que apresentaram inadequação da atenção pré-natal tiveram chance aumentada para a ocorrência do desfecho (GONZAGA et al., 2016).

Ainda na capital, foi realizado um estudo com gestantes adolescentes de um serviço de saúde e inferiu-se que mais da metade das gestantes tiveram início precoce ao pré-natal, no entanto, com baixa adequação do número de consultas, sobretudo, de acordo com a idade gestacional; todas as gestantes realizaram pelo menos um ultrassom e os exames laboratoriais de rotina, porém, houve menores proporções para os exames de HIV e sífilis (VDRL); quanto aos procedimentos clínico-obstétricos, quando considerado o conjunto dos procedimentos preconizados, a adequação foi baixa; no geral, as gestantes receberam orientações sobre aleitamento materno, mas o mesmo não ocorreu quanto aos tipos de parto; a atenção puerperal foi deficiente (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Em Caracol e Anísio de Abreu, também constatou-se elevada cobertura, porém, com menores proporções de adequação quando considerados o início precoce e o número de consultas, sendo que, em Caracol, os fatores associados à inadequação do acesso ao pré-natal foram idade materna de 30 anos ou mais, ter quatro filhos ou mais e não possuir abastecimento de água em casa e, em Anísio de Abreu, menor escolaridade (DIAS-DACOSTA et al., 2013).

Em Simplício Mendes, identificou-se elevada frequência de início precoce do pré-natal; houve menor cobertura dos exames laboratoriais de rotina e do ultrassom quando comparado ao estudo de Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012); encontrou-se bom nível de satisfação das usuárias com as consultas médicas e de enfermagem; mais da metade das mulheres não participaram de atividades educativas, porém, vale salientar, que nos serviços existiram palestras sobre os cuidados para evitar o Zika vírus e combater o *Aedes Aegypti*, temáticas importantes para o período devido à associação da infecção pelo Zika Vírus e a ocorrência de microcefalia (CARVALHO, 2016).

Embora não se encontrou estudos de âmbito estadual, esses resultados permitem conjecturar que, assim como no Brasil, o cuidado pré-natal no Piauí, enfrenta obstáculos no acesso, se distancia da integralidade e também comporta iniquidades, sendo que, estudos que permitam conhecer melhor como esse cuidado se processa nos serviços de saúde podem contribuir para modificar esse quadro e, quiçá, para o alcance dos objetivos relacionados ao cuidado pré-natal contidos nas políticas e para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

No Peru, Seclen-Palacín et al. (2004) identificaram que os principais motivos de insatisfação das usuárias com a atenção pré-natal foram o tempo de espera prolongado e o

tratamento inadequado, envolvendo cordialidade, respeito, maior comunicação e informação, sendo que essas situações foram menos frequentes nos serviços com programa de melhoria da qualidade.

Nesse sentido, em 2011, o MS instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2015b) que será apresentado a seguir.

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

O PMAQ-AB foi instituído através da Portaria GM/MS nº 1.645, de 19 de julho de 2011, buscando induzir a instituição de processos para ampliar a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais e das equipes de Atenção Básica em ofertar serviços que garantam maior acesso e qualidade, em consonância com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2015b).

Seu principal objetivo é “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS” (BRASIL, 2015c) e, para tal, são propostas estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes e o aumento do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que apresentem melhorias no padrão de qualidade do atendimento.

Desenvolvido em ciclos, o PMAQ-AB teve seu primeiro ciclo em 2012, o segundo ciclo entre 2013 e 2015 e o terceiro ciclo, iniciado em 2015, está em andamento. No primeiro e segundo ciclos, o programa estava organizado em quatro fases, sendo essas a adesão do município e contratualização de compromissos, o desenvolvimento das ações, a avaliação externa e a recontratualização.

Anteriormente a recontratualização, as equipes receberam uma certificação com o intuito de reconhecer os esforços das equipes e gestores municipais, resultante de um processo de avaliação que inclui a implementação de processos autoavaliativos pelas equipes, o desempenho alcançado em um conjunto de indicadores contratualizados pelas equipes e gestões municipais e a verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade através da avaliação externa (BRASIL, 2013c).

A partir do terceiro ciclo o programa passou a ser executado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do

acesso e da qualidade da ABS, sendo as fases consituídas pela adesão e contratualização, certificação e recontratualização (BRASIL, 2017b).

A avaliação externa consiste na coleta de informações nos serviços de ABS para análise das condições de acesso e da qualidade das equipes participantes do programa (BRASIL, 2015c). Financiada pelo MS e coordenada de maneira tripartite ela é realizada em cada ciclo do PMAQ-AB em todo o território nacional e, para isso, o MS conta com o apoio de Instituições de Ensino ou Pesquisa (IEP) em todo o país.

As IEP organizam e desenvolvem o trabalho de campo, incluindo a seleção e capacitação dos entrevistadores que aplicam o instrumento avaliativo nos locais (BRASIL, 2013d), sendo que, o instrumento avaliativo também foi desenvolvido em parceria com as IEP e contém padrões de qualidade estabelecidos de acordo com normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, bem como, conhecimentos técnicos e científicos atuais e consideram a competência dos atores envolvidos.

As equipes de saúde participantes do programa têm acesso prévio às questões que são abordadas no momento da avaliação externa e as visitas aos municípios e unidades de saúde são organizadas de modo que a gestão municipal é informada, antecipadamente, sobre a chegada da equipe de entrevistadores para a coleta dos dados.

Para registro das informações coletadas são utilizados *tablets* com um aplicativo próprio do PMAQ-AB contendo o instrumento avaliativo e as informações registradas são automaticamente enviadas para um banco de dados do MS. A análise da consistência do banco de dados também é realizada pelas IEP, sob a coordenação do DAB do MS.

O instrumento avaliativo do PMAQ-AB contém questões específicas sobre a saúde da mulher, o pré-natal e a saúde da criança, áreas estratégicas da ABS (BRASIL, 2015c), além disso, essas áreas também estão contempladas nos indicadores contratualizados pelas equipes de saúde e pelas gestões municipais na adesão ao programa.

Desse modo, considerando que o PHPN e a Rede Cegonha preveem o desenvolvimento de ações que avaliem suas implantações (BRASIL, 2000; 2011b), o PMAQ-AB pode se constituir em uma ferramenta para a concretização desses processos avaliativos, contribuindo com a melhoria da atenção à saúde das mulheres e das crianças e fortalecendo as estratégias já existentes na busca de um cuidado materno-infantil justo e com resultados que impactem na sociedade.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Considerando o objeto desse estudo, o cuidado pré-natal na ABS do Piauí, e a natureza dos dados utilizados, definiu-se como referenciais teórico-metodológicos a ABS e seus atributos e a avaliação na saúde.

2.1 Atenção Básica à Saúde

Em 1977, a OMS convocou a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, na qual se estabeleceu a meta ‘Saúde para todos no ano 2000’, que visava um nível de saúde que permitisse vida social e econômica produtiva para todos os cidadãos do mundo (OMS, 1978).

Como marco inicial dessa agenda, em 1978, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que culminou na elaboração da Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002) a qual foi fundamental para que os princípios da APS fossem apresentados como meio de alcançar essa meta (CORBO; MOROSINI, 2005).

Assim, a APS foi conceituada como:

A atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p13).

Os países signatários da OMS realizaram diferentes arranjos, conforme seus sistemas de saúde, para a incorporação das recomendações da Declaração de Alma-Ata e, a partir de suas experiências na implantação da APS, a OMS concebeu quatro correntes interpretativas que serão apresentadas a seguir com as contribuições realizadas por Mendes (2002):

a) APS seletiva:

- número limitado de serviços de alto impacto, baixo custo e escassa qualificação do pessoal para resolver problemas muito prevalentes em populações pobres como, por exemplo, vacinação, aleitamento materno e reidratação oral. Mendes (2002) acrescenta a não existência de serviços articulados, sem o comprometimento com a implantação de serviços de referência para serviços de maior densidade

tecnológica, tratando-se de um arranjo destinado a regiões e populações pobres, conhecido como cesta básica;

b) APS como nível primário do sistema:

- concebida como porta de entrada ao sistema de saúde e local para atenção continuada da maioria da população com ênfase na função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde. Mendes (2002) alerta que a função resolutiva é restrita e tem finalidade de minimizar os custos econômicos;

c) APS ampla (princípio de Alma-Ata):

- estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover saúde. Nessa interpretação, do ponto de vista operacional, toma-se a APS como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2001, p.10);

d) Enfoque de saúde e direitos humanos:

- concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade.

No Brasil, as experiências na implantação da ABS carregaram marcas estruturais e ideológicas com características dessas quatro interpretações da APS, no entanto, em 28 de março de 2006, é aprovada a Portaria GM/MS 648, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e apresenta normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caracterizando a Atenção Básica por:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações em territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para

sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b, p. 10).

Posteriormente, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, realizou mudanças na PNAB que incluem, entre outras, alterações no financiamento federal para a ABS, atualizações de conceitos na política, introdução de elementos ligados ao papel desejado da ABS na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), reconhecimento de outros formatos de equipes de ABS para as diferentes populações e realidades no Brasil e ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, conceituando a ABS como:

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

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012b, p.19-20).

Atualmente, encontra-se em vigência no Brasil a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que reafirma a ABS como “principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”. Além disso, determina que a integralidade e a gratuidade da ABS devem atingir todas as pessoas do território, de acordo com suas demandas que são atravessadas pelos determinantes e condicionantes de saúde. Estabelece, ainda, a proibição de exclusão nos serviços de saúde fundamentada em “idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras” (BRASIL, 2017c).

Além disso, a nova portaria prevê o reconhecimento de outras estratégias de ABS além da ESF, apesar de afirmar que essas devem ser provisórias para, por fim, serem convertidas em ESF. Contudo, essa resolução pode ter como consequência uma diminuição da expansão desse formato. Ademais, a PNAB 2017 trouxe alterações como a integração da ABS

com a Vigilância em Saúde e a flexibilização da carga horária por profissional da equipe, além de recomendações acerca do funcionamento das unidades (BRASIL, 2017c).

Ao observar a definição da ABS brasileira, nota-se que a mesma é conformada a partir dos princípios do SUS e incorpora os atributos da APS preconizados por Starfield (2002), sendo esses elementos fundamentais para se avaliar a ABS (PEREIRA, 2008).

Os atributos essenciais da APS são primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e os atributos derivados, orientação familiar e comunitária e competência cultural, sendo que os dois últimos pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural e são contemplados ao se tomar a família como objeto de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema, sendo a acessibilidade distinta do acesso que se refere ao uso efetivo do serviço pelo usuário, enquanto a acessibilidade se constitui no elemento estrutural necessário ao primeiro contato, representando as condições gerais circunscritas à assistência, podendo ser de natureza geográfica, organizacional, cultural entre outras (STARFIELD, 2002).

A PNAB apresenta como fundamento e diretriz da ABS o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, supondo uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, sendo a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade fundamentais para a efetivação desse atributo (BRASIL, 2012b).

A longitudinalidade se refere ao seguimento regular dos usuários pelos serviços, ao longo do tempo, pressupondo o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração entre trabalhadores da saúde e usuários (STARFIELD, 2002).

Ao apresentar entre seus princípios, a responsabilização, a humanização e o vínculo, compreendido como a construção de relações afetivas entre usuários e trabalhadores da saúde que permita a corresponsabilização pela saúde e que carregue em si potencial terapêutico, bem como, entre seus fundamentos e diretrizes a adscrição dos usuários como um processo de vinculação de pessoas ou famílias e grupos a profissionais ou equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado, e ao considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, a PNAB inscreve os elementos necessários para a consolidação do atributo longitudinalidade (BRASIL, 2012b).

Humanizar, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), caracteriza-se pela inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho a fim de promover mudanças a partir do debate de ideias entre esses três atores do SUS. E, assim, produzir novos modos de cuidar e de organizar o trabalho, além de ampliar a corresponsabilização do cuidado de si de uma forma coletiva e compartilhada. Para isso se prevê a utilização de ferramentas como rodas de conversas, incentivo às redes e movimentos sociais e gestão dos conflitos que possam surgir a partir da introdução dessas diferenças (BRASIL, 2013e).

Para Starfield (2002), a integralidade é conceituada como um conjunto de recursos e arranjos que os profissionais dispõem ou acessam para possibilitar atender ao máximo as necessidades apresentadas pelos usuários. Esses recursos não necessariamente precisam estar disponíveis na própria unidade, podem ser mobilizados fora do setor saúde. A autora destaca que os profissionais precisam desenvolver práticas de atenção procurando ofertar e reconhecer “adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais” (STARFIELD, 2002. p. 63).

Nos fundamentos e diretrizes da PNAB, coordenar a integralidade em seus vários aspectos, implica em integrar ações programáticas e demanda espontânea, articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação, manejar as diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, trabalhar de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizar a gestão do cuidado integral do usuário e o coordenar no conjunto da rede de atenção. Pressupõe, ainda, uma organização do processo de trabalho centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. Consta, também, o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais que impactem nos condicionantes e determinantes da saúde (BRASIL, 2017c), sendo essa uma dimensão da integralidade que potencializa formas mais amplas de intervir em saúde e implica na formulação de políticas sociais e econômicas por parte do Estado que atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A integralidade da atenção implica no entendimento, por meio de sistemas integrados, de que as necessidades dos usuários são atravessadas por determinantes e condicionantes de saúde que abrangem questões de ordem biológica, social, psicológica e ambiental e, portanto, os trabalhadores da saúde precisam acionar, articular e incorporar diferentes e diversas tecnologias de cuidado com o objetivo de contribuir na resolução ou pelo menos na

minimização do sofrimento das pessoas que estão sob seus cuidados, além de promover a autonomia do usuário e educação em saúde (BRASIL, 2017c).

A coordenação do cuidado é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum e sua essência é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas informações, na medida em que são necessárias para o presente atendimento. O elemento estrutural essencial para a coordenação é a continuidade da atenção que, geralmente, é alcançada quando o usuário é atendido sempre pelo mesmo profissional, mas existem outros mecanismos para alcançá-la como canais de comunicação que permitam a transmissão de informações importantes a respeito dos usuários entre os membros da equipe, como por exemplo, através de prontuário, computador ou registros feitos pelos próprios usuários (STARFIELD, 2002).

Para Oliveira e Pereira (2013), entre os atributos essenciais da APS, a coordenação tem maior importância relativa, pois sem ela, o primeiro contato se tornaria uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia seu potencial e a integralidade ficaria comprometida.

Para a PNAB a ABS deve cumprir a função de coordenar o cuidado elaborando, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários e articulando, também, as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Vale ressaltar que a relação entre os pontos de atenção da rede deve ser horizontal, contínua e integrada para se alcançar uma gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2017c).

2.2 Avaliação na saúde

Avaliar consiste em atribuir um juízo de valor sobre uma intervenção, por dispositivos que forneçam informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou seus componentes, para que os diferentes atores envolvidos possam se posicionar sobre a intervenção construindo individual ou coletivamente um julgamento capaz de se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011a, p.44).

Uma avaliação pode ser normativa, que aprecia os componentes de uma intervenção em relação à critérios e normas, ou uma pesquisa avaliativa, que utiliza-se de métodos científicos válidos e reconhecidos para analisar os vínculos entre os componentes de uma intervenção e as relações entre a intervenção e seu contexto.

Esse estudo é uma pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação (CHAMPAGNE; DENIS, 1992). A análise da implantação estuda as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação e tem como objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos. Ela visa compreender os fatores que influenciam a implantação de uma intervenção e conhecer as características da intervenção efetivamente implantada (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Existem quatro tipos distintos de análise da implantação:

a) Tipo 1-a:

- consiste na análise da transformação da intervenção no decorrer do tempo buscando compreender como o contexto a molda (CHAMPAGNE et al., 2011b, p. 224);

b) Tipo 1-b:

- analisa a influência do contexto da implantação sobre o grau de implementação da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011a, p.60) e visa explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada (CHAMPAGNE et al., 2011b, p. 226);

c) Tipo 2:

- analisa como a variação na implementação de uma intervenção influencia os feitos observados, bem como a contribuição dos componentes da intervenção na produção dos efeitos (CHAMPAGNE et al., 2011a, p.60);

d) Tipo 3:

- analisa como a interação entre o contexto de implantação e a intervenção influenciam nos efeitos observados permitindo identificar os fatores contextuais que bloqueiam ou contribuem com a obtenção do pleno potencial da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011b, p. 228).

Esse estudo corresponde às análises de implantação dos tipos 1-a, 1-b e 3 que trazem informações sobre os meios mais suscetíveis de se beneficiar de uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011b, p. 230).

Uma intervenção, por sua vez, pode ser uma política ou um programa implementado para corrigir situações problemáticas, atuando sobre suas causas ou determinantes. Ela corresponde à um conjunto de cadeias de ações (dos processos) de agentes (atores) que mobilizam recursos e regras (estrutura) em um determinado ambiente para realizar atividades e produzir serviços visando alcançar resultados conforme um objetivo (CHAMPAGNE et al., 2011c, p.61 e 64).

Nesse estudo, a intervenção a ser avaliada é o cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do estado do Piauí, fazendo-se necessário estabelecer-lhe um modelo lógico para que se faça as perguntas certas e seus efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos possibilitando à avaliação auxiliar na tomada de decisões (CHAMPAGNE et al., 2011c, p.61).

Para elaborar o modelo lógico estabeleceu-se como referência os programas e políticas que orientam o cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde no estado do Piauí, sendo eles a Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000 que estabelece o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000), a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), o Caderno de Atenção Básica nº 32 que orienta o atendimento ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013b) e os Protocolos da Atenção Básica para a saúde das mulheres (BRASIL, 2016a).

Foram elaborados o modelo lógico teórico (Figura 1) e o modelo lógico operacional (Figura 2). O modelo lógico teórico demonstra o caminho lógico entre as causas imediatas e as causas distantes focadas pelo programa. Já o modelo lógico operacional indica o vínculo entre as estruturas e os processos, até a primeira mudança processada, o primeiro resultado, descrevendo o funcionamento real da intervenção que foi implementada (CHAMPAGNE et al., 2011b, p.61).

Considera-se que a qualidade de vida mencionada nos modelos lógico teórico e operacional

diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 16).

Figura 1 - Modelo lógico teórico do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde

Fonte: elaborada pela autora (2017).

A partir dos modelos lógicos apresentados, elaborou-se questões avaliativas, sendo que, as questões a seguir apresentadas, são as que estão relacionadas com os objetivos desse estudo:

- a) a estrutura necessária para a implementação das ações no cuidado pré-natal está disponível?
- b) qual o grau de implementação das ações para o cuidado pré-natal?
- c) existem fatores socioeconômicos e geográficos que influenciam no processo de implementação dessas ações?

Figura 2 - Modelo lógico operacional do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Nota: os elementos do modelo lógico operacional abordados nesse estudo estão sinalizados com letras coloridas, sendo que, as palavras escritas com letras vermelhas indicam as informações obtidas a partir do módulo I, as com letras azuis foram obtidas a partir do módulo II e as com a letras verdes, do módulo III.

OBJETIVOS

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar o cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde no estado do Piauí.

3.1 Objetivos específicos

- a) definir os modelos lógicos teórico e operacional para o cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde;
- b) caracterizar os serviços de saúde e os profissionais de saúde entrevistados;
- c) descrever a estrutura das unidades de saúde para o cuidado pré-natal;
- d) descrever o processo de trabalho das equipes de saúde no cuidado pré-natal;
- e) descrever características individuais e socioeconômicas das usuárias dos serviços que receberam cuidado pré-natal;
- f) descrever o cuidado pré-natal recebido referido pelas usuárias dos serviços de saúde;
- g) analisar possíveis associações de fatores socioeconômicos e demográficos à adequação da estrutura das unidades de saúde e do processo de trabalho das equipes;
- h) analisar o instrumento da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica enquanto instrumento avaliativo do cuidado pré-natal.

MÉTODO

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação, subtipos 1-a, 1-b e 3, com corte transversal. A análise da implantação se distingue das abordagens descritivas por contribuir para a reflexão sobre os principais desafios a se considerar para reduzir os riscos de fracasso de uma intervenção que visa mudanças (CHAMPAGNE et al., 2011b, p.230).

A população desse estudo consistiu em 865 equipes de serviços de ABS que participaram da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB no estado do Piauí, 788 unidades de saúde onde essas equipes estavam alocadas e 235 mulheres grávidas ou com filhos até dois anos de idade que foram entrevistadas na ocasião da avaliação externa.

Essas equipes e unidades de saúde corresponderam, respectivamente, à 71,5% (n=1210) e 55,9% (n=1411) das equipes e unidades de saúde do estado do Piauí cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS em janeiro de 2014 (BRASIL, 2015d).

Os dados utilizados nesse estudo são provenientes do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, coletados no período de janeiro a setembro de 2014. Esse banco foi acessado para a coleta dos dados desse estudo no dia 22 de março de 2018 e encontra-se disponível para acesso público na página do DAB/SAS/MS (BRASIL, 2018f), dispensando, portanto, registro e avaliação em comitês de ética em pesquisa, segundo a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b).

Para a coleta dos dados na avaliação externa aplicou-se um instrumento composto por seis módulos dos quais três foram utilizados nesse estudo (BRASIL, 2015c):

- a) módulo I formado por questões sobre a estrutura física e a disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, medicamentos e vacinas que deveriam ser observados nas unidades de saúde;
- b) módulo II formado por questões referentes ao processo de trabalho das equipes que deveriam ser respondidas através de entrevista com um trabalhador da saúde de nível superior que fizesse parte da equipe;
- c) módulo III formado por questões sobre a satisfação e utilização dos serviços de saúde que deveriam ser respondidas através de entrevistas com usuários dos serviços de saúde que estivessem nas unidades de saúde no momento da avaliação externa.

As variáveis desse estudo foram selecionadas considerando as questões do instrumento que geravam informações contempladas nos componentes do modelo lógico operacional

elaborado nesse estudo. Para análise dos dados foi utilizado o *software* Stata versão 14 com licença 10027.

Foram consideradas adequadas para o cuidado pré-natal as unidades de saúde que dispunham de:

- a) aparelho de pressão adulto (esfigmomanômetro);
- b) estetoscópio adulto;
- c) balança antropométrica de 150 ou 200 kg;
- d) foco de luz para exame ginecológico;
- e) mesa com perneira para exame ginecológico;
- f) espéculo descartável;
- g) escova cervical;
- h) espátula de Ayre;
- i) fixador de lâminas;
- j) lâmina de vidro;
- k) fita métrica;
- l) sonar ou estetoscópio de Pinard;
- m) caderneta da gestante;
- n) teste rápido de sífilis;
- o) teste rápido de HIV;
- p) teste rápido de gravidez;
- q) preservativo masculino;
- r) preservativo feminino.

Quanto as equipes, foram consideradas com processo de trabalho adequado no cuidado pré-natal as que responderam positivamente as seguintes questões:

- a) utiliza protocolos para estratificação de risco no pré-natal;
- b) realiza busca ativa no pré-natal;
- c) alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal;
- d) utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes;
- e) aplica penicilina G benzatina na unidade de saúde;
- f) realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto;
- g) mede, sistematicamente, peso e altura das gestantes;
- h) realiza exame citopatológico do colo do útero;
- i) oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno);

j) realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Descreveu-se a:

- a) frequência das unidades de saúde segundo a disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, medicamentos e vacinas;
- b) frequência das equipes de saúde segundo as ações realizadas no cuidado pré-natal;
- c) frequência das unidades e equipes de saúde segundo as variáveis independentes:
  - Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHm);
  - porte populacional por número de habitantes residentes nos municípios;
  - macrorregiões administrativas do Piauí;
  - realizar atendimento ou não de população rural.
- d) prevalência da adequação da estrutura das unidades de saúde e do processo de trabalho das equipes segundo as variáveis independentes analisadas;
- e) distribuição das usuárias dos serviços de saúde segundo características individuais e socioeconômicas;
- f) frequência das características do cuidado pré-natal recebido pelas usuárias.

Ainda, foram criados dois subgrupos para a análise de prevalência da adequação da estrutura afim de melhor visualizar a distribuição das unidades de saúde dentro das variáveis independentes, pois, poucas unidades de saúde dispunham de todos os itens selecionados.

Assim, foram consideradas unidades de saúde adequadas para realizar os procedimentos clínico-obstétricos no pré-natal as que dispunham de:

- a) aparelho de pressão adulto;
- b) estetoscópio adulto;
- c) balança antropométrica de 150 ou 200 kg;
- d) fita métrica;
- e) sonar ou estetoscópio de Pinard;
- f) caderneta da gestante.

E foram consideradas adequadas para a realização do exame citopatológico do colo do útero as unidades de saúde que dispunham de:

- a) foco de luz para exame ginecológico;
- b) mesa com perneira para exame ginecológico;
- c) espéculo descartável;
- d) escova cervical;
- e) espátula de Ayre;
- f) fixador de lâminas;

g) lâmina de vidro.

A análise dos fatores socioeconômicos e demográficos associados à adequação da estrutura e do processo de trabalho foi realizada pelo cálculo da Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para a composição da variável independente IDHm, dividiu-se os municípios por quartis, sendo:

- a) primeiro quartil correspondendo a faixa do IDHm de 0,485 a 0,546;
- b) segundo quartil correspondendo a faixa de 0,546 a 0,567;
- c) terceiro quartil correspondendo a faixa de 0,567 a 0,594;
- d) quarto quartil correspondendo a faixa de 0,594 a 0,751.

Quanto às macrorregiões administrativas, o estado do Piauí é dividido em quatro, Cerrados, Litoral, Meio norte e Semiárido, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Mapa político do estado do Piauí dividido por macrorregiões administrativas

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (2016).

A seguir, serão descritas as características do estado do Piauí, local desse estudo.

4.1 Características geográficas e sociodemográficas do estado do Piauí

O estado do Piauí está situado na Região Nordeste do Brasil, apresenta como relevos, terrenos baixos e arenosos no litoral, planaltos na maior parte e depressão a sudeste. Tem como rios principais, os rios Parnaíba, Poti, Canindé, Piauí, São Nicolau e Gurguêia. Como vegetação, apresenta o mangue no litoral, mata dos cocais a oeste e caatinga na maior parte. O clima é tropical e semiárido no interior. Com uma área de 251.611,932 Km², está dividido em 224 municípios e possui uma população de 3.118.360 habitantes. A capital do estado, Teresina, concentra 26,11% e os 15 municípios mais populosos do estado, depois de Teresina, concentram 24,1% dessa população total. Ainda, 41,5% dos municípios possuem entre 3.000 e 6.000 habitantes e 34,2% da população vivem em área rural, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 (IBGE, 2010), caracterizando um estado com regiões que ainda sofrem com a seca, predominantemente composto por municípios pequenos e pouco povoados e com uma concentração importante de habitantes em áreas rurais.

Nesse mesmo ano, do total de habitantes do estado, 775.217, ou seja, aproximadamente 25%, eram mulheres em idade fértil (IBGE, 2010), assinalando ainda mais a necessidade de se priorizar a efetivação das políticas voltadas para essa população. A taxa de fecundidade total foi de 2,0 filhos por mulher, seguindo a tendência de queda de todo o país, apesar de ainda maior que a do Brasil de 1,81 (IBGE, 2013). A esperança de vida ao nascer foi de 71,6 anos, com um crescimento de 6,1 anos na última década, no entanto, ainda inferior à do país de 73,9 anos (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

O estado apresentou IDH de 0,646, compreendido na faixa de desenvolvimento humano médio, sendo o componente com aumento mais expressivo nos últimos 10 anos, o da educação, componente fundamental para a saúde materna e infantil. Entre seus municípios, dois apresentaram IDHm de 0,700 e 0,751, compreendidos na faixa de desenvolvimento alto, 40 entre 0,600 e 0,698, considerado médio, 176 entre 0,501 e 0,599, considerado baixo e seis entre 0,485 e 0,499, considerado muito baixo, evidenciando desigualdades marcantes entre o desenvolvimento de seus municípios e a necessidade de políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da maior parte da população. No ranking entre todos os estados do país, o Piauí encontra-se empatado com o Pará e inferior ao seu índice estão somente os estados do Maranhão e Alagoas (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

O rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente no Piauí em 2014 foi de R\$ 659,00 (IBGE, 2014), sendo que, em 2010, o estado apresentou Índice de Gini de 0,61, renda per capita de R\$ 416,93 com aumento de 63,64% nos últimos 10 anos, porcentagem de pobres de 34,11% e de extremamente pobres de 18,77% com redução de 40,5% e 42,3%, respectivamente, nos últimos 10 anos (PNUD; IPEA; FJP, 2010), indicando que, apesar da expressiva melhoria, o acesso ao consumo de bens ainda é limitado para uma boa parcela da população e que existe uma importante concentração de renda.

Ainda, na população com 18 anos ou mais, a taxa de atividade foi de 59,43%, a de desocupação que era de 9,86% em 2000, passou para 7,81% em 2010 e o grau de formalização dos ocupados foi de 36,52%, sendo que, os setores que mais empregaram foram o de serviços (39,43%), agropecuário (28,04%), comércio (14,8%), construção (8,49%) e indústria de transformação (5,84%), evidenciando que, apesar da redução na taxa de desocupação, é necessário ampliar as ações que possibilitem o ingresso no mercado formal de trabalho (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

4.1.1 Equipamentos de saúde para a ABS no estado do Piauí

Em 2015, o Piauí possuía 1.350 unidades básicas de saúde em funcionamento, 429 em construção e 95,13% de sua população estava coberta pela ABS (SAGE, 2015).

Nesse mesmo ano, existiam 3.476 médicos registrados no CNES, perfazendo aproximadamente 1,1 médico para cada 1.000 habitantes no estado, sendo que, desse total, 809 constavam como atuantes na ESF e apenas três como especialistas em Medicina de Família e Comunidade. É relevante apontar também que estavam cadastrados 24 enfermeiros obstétricos no Piauí, sendo que, desses, 18 estavam lotados na capital e os outros seis distribuídos em municípios no interior do estado (BRASIL, 2015d).

De acordo com dados do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), no Piauí os médicos estão distribuídos de forma que, na capital, Teresina, há 4 médicos/habitante e no interior, 0,00006 médico/habitante, ou seja, na capital, há 250 habitantes/médico e no interior, 17.000 habitantes/médico (DEMOGRAFIA, 2015).

O Piauí participa do Programa Mais Médicos (PMM) que provê médicos para regiões com escassez ou ausência desses profissionais, o que aumentou em 20,3% o número de médicos no estado, no ano de 2015 (BRASIL, 2015e).

Ainda, como parte desse programa, no Piauí houve a abertura de cursos de medicina nas cidades de Parnaíba e Picos, na Universidade Federal do Piauí (BRASIL, 2015f), pois, no

PMM também estão previstas a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Características dos profissionais de saúde entrevistados e das unidades de saúde no segundo ciclo do PMAQ-AB

No Piauí, durante a avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB foram entrevistados 865 profissionais de saúde das equipes de ABS. Desses profissionais, 96,3% eram enfermeiros(as), 2,4% médicos(as) e 1,3% outros(as) trabalhadores da saúde de nível superior.

Em relação ao tempo de trabalho na equipe, 39,7% desses profissionais trabalhavam há menos de 1 ano, 27,6% trabalhavam entre 2 a 5 anos, 27,4% entre 6 e 10 anos e 5,3% relataram trabalhar há mais de 10 anos na equipe.

A maior parte dos entrevistados eram servidores público estatutário (64,0%), profissionais contratados por CLT eram 12,4% e outros tipos de vínculos perfizeram 23,6%, sendo que, 71,0% desses profissionais entraram na carreira por concurso público, 5,3% por seleção pública, 19,4% por indicação e 4,3% relataram ingresso no serviço por outras formas.

Quanto ao plano de carreira, 16,2% relataram que tinham plano, enquanto 81,7% relataram não ter plano de carreira e 2,1% não sabiam responder sobre isso. Dos que tinham plano de carreira, 80,7% relataram progressão por antiguidade, 55,0% progressão por mérito, 83,6% por titulação e formação e apenas 39,2% relataram receber algum incentivo, gratificação ou prêmio por desempenho.

Dos entrevistados, 66,2% relataram que não recebem estudantes, professores ou pesquisadores de ensino, pesquisa ou extensão nas suas equipes.

Além disso, 93,9% relataram que a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente, 88,2% que a equipe realizou algum processo de autoavaliação nos 6 meses que antecederam a entrevista e 89,1% que suas equipes recebem apoio institucional ou pessoal das Secretarias Municipais de Saúde para auxiliar na resolução de problemas de processos de trabalho.

Essas equipes estavam alocadas em 788 unidades de saúde que também foram avaliadas durante a avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB, dessas unidades de saúde, 98,5% ficavam abertas no turno da manhã, 86,7% no turno da tarde e apenas 2,3% ficavam abertas no turno da noite. Além disso, 94,4%, 95,9%, 96,1%, 94,2% e 84,6% das unidades de saúde ficavam abertas na segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feiras, respectivamente, além de 4,8% e 3,3% ficarem abertas aos sábados e domingos,

respectivamente. Avaliando o conjunto de turnos e horários de funcionamento das unidades de saúde, indentifica-se que apenas 73,9% delas perfazem carga horária de 40 horas semanais (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição das unidades de saúde segundo turnos e dias da semana de funcionamento, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

Ainda, 93,9% das unidades possuíam sala de espera, 63,2% sala de vacina, 91,9% consultório, ou seja, 8,1% das unidades não possuem consultórios. Apenas 82,0% das unidades possuem consultório que propiciam privacidade aos usuários e 68,7% das unidades possuem ambientes com boa ventilação ou climatização.

Das unidades visitadas, 92,1% dispunham de veículo de transporte para a realização de atividades e 95,7% indicaram que a disponibilidade do veículo atende as necessidades das equipes.

5.2 Estrutura das unidades de saúde para o cuidado pré-natal

No momento da avaliação externa, somente 3,7% das unidades de saúde possuíam estrutura adequada para o cuidado pré-natal. Dessas, 72,6% possuíam estrutura adequada para acompanhamento clínico-obstétrico, sendo que, 95,7% dispunham de aparelho de pressão adulto, 95,7% estetoscópio adulto, 92,6% caderneta da gestante, 92,0% Sonar ou estetoscópio de Pinard, 89,2% fita métrica e 86,8% balança antropométrica de 150 ou 200 Kg (Gráfico 5).

Quanto à estrutura para realização do exame citopatológico do colo do útero, 66,1% possuíam a estrutura adequada, uma vez que, 86,9% dispunham de fixador de lâmina, 86,7% foco de luz para exame ginecológico, 86,5% escova cervical, 86,0% espátula de Ayre, 86,0% lâmina de vidro, 84,9% espéculo descartável e 80,2% mesa para exame ginecológico (Gráfico 5).

Dos insumos, 88,6% possuíam preservativo masculino, 58,6% preservativo feminino, 10,3% teste rápido de gravidez, 8,6% teste rápido de HIV e 7,4% teste rápido de sífilis (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição das unidades de saúde segundo a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos para realização do pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

Das unidades avaliadas, 75,9% ofertam vacinação. Dessas, 95,7% apresentaram vacina contra influenza sazonal, 71,2% vacina dupla adulto (dT), 70,2% hepatite B e 66,4% apresentaram todas as vacinas recomendadas para gestantes (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição das unidades de saúde que ofertam vacinação segundo a disponibilidade das vacinas recomendadas para gestantes, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

Entre as unidades avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB 17,5% não distribuem medicamentos para os usuários por essa ação ser centralizada em outro ponto de atenção da rede. Do restante, ou seja, 82,5% armazenam e fornecem medicamentos essenciais ao pré-natal⁶, sendo que, 92,6% tinham em estoque o sulfato ferroso, 91,4% o ácido fólico, 90,8% a dipirona e 90,3% o paracetamol.

O antibiótico mais prevalente foi a amoxicilina com 87,4%, seguido pelos associados sulfametoxazol e trimetoprima com 81,4%, azitromicina com 71,2%, benzilpenicilina benzatina com 54,3%, eritromicina com 44,2%, gentamicina com 24,0%, sulfadiazina com 13,9% e nitrofurantoína com 5,1%.

O anti-hipertensivo propranolol foi o primeiro da classe com 87,1%, seguido pelo metildopa com 80,6%. Apenas 40,6% das unidades de saúde tem insulina NPH e 31,5% tem insulina regular. Do total das 650 unidades de saúde com armazenamento e fornecimento de medicamentos apenas 8 possuíam todos os medicamentos essenciais ao pré-natal, o que representa apenas 1,2% dessas (Gráfico 7).

⁶ Os medicamentos aqui apresentados foram selecionados a partir da relação de medicamentos essenciais na atenção pré-natal do Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres (BRASIL, 2016aa, p.117) desde que constassem no módulo I do instrumento da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB e não fossem itens de sorteio para observação ou não nas unidades de saúde.

Gráfico 7 - Distribuição das unidades de saúde que dispensam medicamentos segundo a disponibilidade de suplementos e medicamentos de uso no pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

Ainda, vale lembrar que 60,4% das unidades de saúde dispunham de contraceptivos compatíveis com a amamentação, 21,4% contraceptivos de emergência e 6,7% dispositivos intrauterino (DIU) (dados não apresentados em gráfico).

5.3 Processo de trabalho no cuidado pré-natal

Quanto às atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde no cuidado pré-natal, 20,8% das equipes participantes do PMAQ-AB referiram realizar um cuidado pré-natal adequado. Dessas, 98,8% utilizam a caderneta ou cartão da gestante, 98,0% medem sistematicamente o peso e a altura das gestantes, 97,9% alimentam mensalmente o sistema de informação do pré-natal, 88,2% realizam consulta de puerpério até 10 dias após o parto, 88,2% realizam exame citopatológico do colo do útero (essa questão não era específica para o pré-natal), 80,1% ofertam ações educativas e de promoção da saúde para gestantes e puérperas (aleitamento materno), 67,6% realizam busca ativa no pré-natal, 67,1% utilizam protocolo para estratificação de risco no pré-natal, 64,0% realizam estratégias educativas

relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva (essa questão não era específica para o pré-natal) e 55,0% aplicam penicilina G benzatina na unidade de saúde (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição das equipes de saúde segundo as atividades realizadas no cuidado pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

Nota: AM = aleitamento materno.

Quanto aos profissionais das equipes que realizam o exame citopatológico do colo do útero, 9,9% são médicos, 96,6% são enfermeiros e 1,2% são técnicos em enfermagem (dados não apresentados em gráfico).

Das equipes entrevistadas, 29,5% coletam exames de sangue na unidade de saúde, 24,7% de urina e 24,4% de fezes (dados não apresentados em gráficos).

Em relação à solicitação de exames no pré-natal, 98,7% referiram solicitar exames de glicemia de jejum, 98,5% sorologia para sífilis (VDRL), 97,9% dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), 97,9% urocultura ou sumário de urina (urina tipo I), 96,5% sorologia para HIV, 96,1% sorologia para hepatite B, 92,0% sorologia para toxoplasmose, e 88,9% solicitam todos os exames preconizados para o pré-natal (Gráfico 9). Sendo que somente 64,9% das equipes relataram receber os exames das gestantes em tempo oportuno para as intervenções necessárias.

Gráfico 9 – Distribuição das equipes de saúde segundo a solicitação de exames no pré-natal, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

Ainda, 63,7% das equipes ofertam ações educativas e de promoção da saúde em planejamento familiar, 4,5% inserem DIU, 96,1% administram medicamentos injetáveis, 37,3% possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação, 93,1% possuem o registro de todas as gestantes do seu território, 49,5% mantêm registro das gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.

As equipes referiram que apenas 2,7% delas recebem a contra-referência da maternidade das gestantes que tiveram o parto, 5,1% possuem sistema informatizado de alerta da data provável do parto, 4,7% recebem informação da secretaria municipal de saúde e, para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto, 83,4% visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher, 82,7% visita domiciliar de outros membros da equipe, 42,3% consulta em horário especial em qualquer dia da semana.

5.4 Características das usuárias entrevistadas e cuidados recebidos por elas durante o pré-natal nas unidades de saúde avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB

As mulheres entrevistadas nas unidades de saúde na ocasião da avaliação externa e que estavam grávidas ou tinham filhos com até 2 anos de idade, responderam perguntas específicas sobre o cuidado pré-natal que receberam durante a gestação nas unidades de saúde. No Piauí, foram 235 mulheres que responderam à essas perguntas, elas apresentaram uma média de idade de 25,6 anos, com o máximo de 42 e mínimo de 16 anos. A raça/cor mais referida foi a parda/mestiça com 71,5%, seguida pelo grupo das brancas com 12,3%, das

pretas com 11,1%, amarelas com 3% e indígena com 1,3%. Houve 0,9% que não souberam ou não quiseram responder (dados não constam em gráficos).

Sobre as condições de estudo, 1,3% dessas mulheres não eram alfabetizadas, 2,6% apenas sabiam ler e escrever, 25,1% não tinham completado o ensino fundamental, 9,4% tinham o ensino fundamental completo, 20,9% tinham o ensino médio incompleto e 31,9% tinham completado o ensino médio. Ainda, 4,7% das mulheres possuíam ensino superior incompleto e 3,8% completo e 0,4% pós-graduação. Apenas 15,7% delas relataram trabalhar e, dessas, 51,6% recebem menos de 1 salário mínimo e 48,4% relataram ter recebido entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que, 62,6% delas relataram receber o Bolsa Família (dados não constam em gráficos).

Quanto ao pré-natal, 74,9% das usuárias incluídas nesse estudo, referiram ter realizado 6 consultas ou mais, sendo que, 99,1% relataram que durante as consultas de pré-natal nas unidades de saúde os profissionais de saúde mediram sua pressão arterial, 95,7% que mediram sua barriga (altura do útero), 56,2% que examinaram suas mamas, 48,5% que examinaram sua boca, 54,0% que realizaram exame citopatológico do colo do útero e 37,9% que realizaram exame ginecológico. Ainda, 98,3% e 97,4% referiram que o profissional receitou sulfato ferroso e ácido fólico, respectivamente.

Durante o pré-natal, 97,4% referiram ter feito ultrassom, 97,0% exame de urina, 88,4% exame de HIV/Aids, 83,7% exame para medir o açúcar no sangue (exame de glicose) e 79,3% exame de sífilis (VDRL) e 90,8% receberam vacina contra tétano.

Dessas mulheres, 91,9% foram orientadas nas consultas de pré-natal sobre aleitamento exclusivo, 90,2% sobre alimentação e ganho de peso, 86% sobre os cuidados com a criança no pré-natal, 69,8% sobre a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo, 55,3% sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) e 42,1% participaram de algum grupo ou atividade educativa.

Por fim, 50,2% relataram que receberam informação prévia sobre a maternidade onde ocorreria o parto e 55,6% que fizeram a consulta de revisão do parto.

Das mulheres entrevistadas, apenas 10,6% receberam todos os cuidados pré-natais selecionados (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Distribuição das usuárias dos serviços de saúde segundo os cuidados pré-natais recebidos, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Fonte: MS/DAB/microdados da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2018f).

5.5 Fatores socioeconômicos e demográficos associados à adequação da estrutura das unidades de saúde e do processo de trabalho das equipes

Ao se distribuir as unidades de saúde e as equipes que foram avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB com as macrorregiões do estado (Cerrados, Litoral, Meio norte e Semiárido), se identificou que essas estão divididas em aproximadamente 25% para cada macrorregião (Tabela 1).

A distribuição das equipes por quartis de IDHm equivaliu a 19,2% no primeiro, 16,2% no segundo, 20,5% no terceiro e 44,2% no quarto. E das unidades de saúde, 19,4% delas estão nos municípios do primeiro quartil, 16,6% no segundo, 21,2% no terceiro e 42,8% no quarto (Tabela 1).

Em outra análise, dividiu-se os municípios em portes populacionais, sendo que, 15,3% das equipes estudadas se encontravam em municípios de até 5000 habitantes, 23,2% em municípios de 5.000 a 10.000 habitantes, 21,4% em municípios de 10.000 a 20.000 habitantes, 25,6% em municípios com 20.000 a 50.000 habitantes, 8,9% em municípios de 50.000 a 100.000 habitantes, 3,9% em municípios com 100.000 a 500.000 habitantes e, por fim, 1,7% em município com mais que 500.000 habitantes. Já a distribuição das unidades de

saúde segundo o porte populacional correspondeu a 15,7% das UBS estão nos municípios até 5.000 habitantes, 23,7% em municípios de 5.000 a 10.000 habitantes, 20,8% em municípios de 10.000 a 20.000 habitantes, 25,9% em municípios de 20.000 a 50.000 habitantes, 9,1% em municípios de 50.000 a 100.000 habitantes, 3,6% em municípios de 100.000 a 500.000 habitantes e 1,1% em município com mais de 500.000 habitantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das unidades e equipes de saúde segundo participação no segundo ciclo do PMAQ-AB, macrorregiões administrativas, IDHm e porte populacional dos municípios, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Variáveis	Unidades de Saúde		Equipes de Saúde	
	n	%	n	%
Participação no 2º ciclo do PMAQ				
Sim	788	55,9	865	71,5
Não	623	44,1	345	28,5
Total	1411	100,0	1210	100,0
Macrorregião				
Cerrados	198	25,1	221	25,6
Litoral	195	24,7	209	24,2
Meio norte	195	24,7	220	25,4
Semiárido	200	25,4	215	24,9
IDHm (quartis)				
0,485 a 0,546	153	19,4	166	19,2
0,546 a 0,567	131	16,6	140	16,2
0,567 a 0,594	167	21,2	177	20,5
0,594 a 0,751	337	42,8	382	44,2
Porte populacional (habitantes)				
Até 5.000	124	15,7	132	15,3
5.000 a 10.000	187	23,7	201	23,2
10.000 a 20.000	164	20,8	185	21,4
20.000 a 50.000	204	25,9	221	25,6
50.000 a 100.000	72	9,1	77	8,9
100.000 a 500.000	28	3,6	34	3,9
Mais que 500.000	9	1,1	15	1,7
Atende população rural				
Sim	571	72,5	533	61,6
Não	215	27,3	332	38,4
Não sabe/não respondeu	2	0,3		
Total	788	100,0	865	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Entre as UBS dos municípios, aquelas que as EAB relataram atender população rural totalizam 72,5% e 61,6% das EAB do programa referiram atender esse grupo populacional importante do Piauí.

A análise dos fatores associados à adequação da estrutura e processo de trabalho foi realizada pelo cálculo da Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Nas unidades de saúde das macrorregiões dos Cerrados (RP=4,50; IC95% = 1,21-24,91) e do Semiárido (RP=3,37; IC95% = 0,85-19,29) se observou, respectivamente, 5,5 e 4,37 vezes estrutura adequada para o cuidado pré-natal que as macrorregiões do Litoral e Meio norte. Quanto as prevalências nos quartis de IDHm, o terceiro quartil apresentou mais de 2 vezes unidades de saúde com estrutura adequada para o cuidado pré-natal em relação ao quarto quartil (RP=2,08; IC95% = 0,71-6,02). Vale destacar que municípios de 5000 a 10000 habitantes apresentaram uma prevalência de 6,31 vezes superior a municípios de 50.000 a 100.000 habitantes (RP=5,31; IC95% = 0,77-228,52) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição e prevalência da estrutura adequada para o cuidado pré-natal por macrorregiões administrativas, IDHm e porte populacional, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Variáveis	Estrutura adequada (%)	RP (IC95%)
Macrorregião		
Cerrados	6,6	4,50 (1,21-24,91)
Litoral	1,5	1,00 (0,13-7,56)
Meio norte	1,5	1,00
Semiárido	5,0	3,37 (0,85-19,29)
IDHm (quartis)		
0,485 a 0,546	3,3	1,23 (0,32-4,17)
0,546 a 0,567	4,6	1,75 (0,50-5,63)
0,567 a 0,594	5,4	2,08 (0,71-6,02)
0,594 a 0,751	2,7	1,00
Porte populacional (habitantes)		
Até 5.000	3,2	2,37 (0,23-118,15)
5.000 a 10.000	7,0	5,31 (0,77-228,52)
10.000 a 20.000	2,4	1,78 (0,17-88,61)
20.000 a 50.000	2,9	2,15 (0,25-100,32)
50.000 a 100.000	1,4	1,00
100.000 a 500.000	0	-
Mais que 500.000	11,1	8,88 (0,10-705,91)

Fonte: elaborada pela autora (2018).

A prevalência das unidades que ofertavam vacinas e possuíam todos os imunobiológicos recomendados para as gestantes foi de 3,63 vezes para a macrorregião dos Cerrados em relação ao Meio norte (RP=2,63; IC95% = 1,72-4,04). Essa prevalência maior ocorreu nos municípios com IDHm mais alto (quarto quartil) em relação ao terceiro quartil (RP=1,29; IC95% = 0,88-1,91) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição e prevalência do suprimento de imunobiológicos recomendados para gestantes por macrorregiões administrativas, IDHm e porte populacional, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Variáveis	Suprimento de imunobiológicos (%)	RP (IC95%)
Macrorregião		
Cerrados	65,2	2,63 (1,72-4,04)
Litoral	46,7	1,23 (0,81-1,88)
Meio norte	41,5	1,00
Semiárido	48,0	1,19 (0,79-1,79)
IDHm (Quartis)		
0,485 a 0,546	49,0	1,10 (0,69-1,74)
0,546 a 0,567	49,6	1,12 (0,69-1,82)
0,567 a 0,594	46,7	1,00
0,594 a 0,751	53,1	1,29 (0,88-1,91)
Porte populacional (habitantes)		
Até 5.000	63,7	6,14 (1,09-62,22)
5.000 a 10.000	50,8	3,62 (0,66-36,33)
10.000 a 20.000	42,1	2,54 (0,46-25,69)
20.000 a 50.000	42,2	2,55 (0,47-25,65)
50.000 a 100.000	65,3	6,58 (1,11-67,90)
100.000 a 500.000	67,9	7,38 (1,05-81,92)
Mais que 500.000	22,2	1,00

Fonte: elaborada pela autora (2018).

As unidades de saúde da macrorregião dos Cerrados também apresentaram uma prevalência maior quanto a possuir a estrutura adequada para realização do exame citopatológico do colo do útero em relação a macrorregião do Litoral (RP=3,76; IC95% = 2,36-6,02). Situação similar ocorreu quando verificado as unidades de saúde com estrutura adequada para o acompanhamento clínico-obstétrico no pré-natal (RP=2,14; IC95% = 1,33-3,47). As unidades dos municípios do terceiro quartil de IDHm também apresentaram mais estrutura adequada para a realização do exame citopatológico do colo do útero em relação aos

municípios do segundo quartil (RP=2,15; IC95% = 1,29-3,61), ocorrendo uma mudança quando observado as unidades de saúde com estrutura adequada para o acompanhamento clínico-obstétrico das gestantes, com uma prevalência maior em municípios do quarto quartil em relação ao primeiro quartil (RP=2,07; IC95% = 1,32-3,21) (Tabela 4).

Para as equipes que relataram atender ou não população rural, há uma prevalência maior entre as equipes que não atendem população rural, tanto para estrutura adequada para realização do exame citopatológico do colo do útero, quanto para estrutura adequada para acompanhamento clínico-obstétrico no pré-natal (RP=1,22; IC95% = 0,89-1,69 e RP=1,32; IC95% = 0,93-1,87, respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição e prevalência das unidades de saúde com estrutura adequada para realização do exame citopatológico do colo do útero e para o acompanhamento clínico-obstétrico no pré-natal por macrorregiões administrativas, IDHm, porte populacional e atendimento à população rural, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Variáveis	Estrutura adequada para citopatológico (%)	RP (IC95%)	Estrutura adequada para acompanhamento clínico-obstétrico (%)	RP (IC95%)
Macrorregião				
Cerrados	65,2	1,81 (1,19-2,78)	78,3	1,93 (1,21-3,11)
Litoral	50,8	1,00	65,1	1,00
Meio norte	68,7	2,13 (1,38-3,29)	66,7	1,07 (0,70-1,66)
Semiárido	79,5	3,76 (2,36-6,02)	80,0	2,14 (1,33-3,47)
IDHm (quartis)				
0,485 a 0,546	64,1	1,37 (0,83-2,28)	64,1	1,00
0,546 a 0,567	56,5	1,00	71,8	1,43 (0,84-2,44)
0,567 a 0,594	73,7	2,15 (1,29-3,61)	68,9	1,24 (0,76-2,03)
0,594 a 0,751	67,1	1,57 (1,01-2,42)	78,6	2,07 (1,32-3,21)
Porte populacional (habitantes)				
Até 5.000	66,9	1,37 (0,71-2,60)	78,2	1,80 (0,27-9,05)
5.000 a 10.000	66,3	1,33 (0,73-2,41)	72,2	1,30 (0,20-6,34)
10.000 a 20.000	65,9	1,30 (0,70-2,39)	67,1	1,02 (0,16-4,99)
20.000 a 50.000	64,2	1,21 (0,67-2,17)	69,6	1,15 (0,18-5,57)
50.000 a 100.000	59,7	1,00	84,7	2,77 (0,39-15,31)
100.000 a 500.000	82,1	3,10 (0,99-11,54)	75,0	1,50 (0,19-9,56)
Mais que 500.000	100,0	-	66,7	1,00
Atende população rural				
Sim	62,9	1,00	61,3	1,00
Não	64,3	1,22 (0,89-1,69)	68,8	1,32 (0,93-1,87)

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Dentre as equipes que referiram realizar o processo de trabalho adequado no cuidado pré-natal, as da macrorregião do Semiárido apresentaram uma prevalência de 4,74 vezes superior as equipes do Litoral (RP=3,74; IC95% = 2,17-6,59), resultado que se repete quando avaliada a quantidade de equipes que referiram realizar o exame citopatológico do colo do útero com RP=3,29 (IC95% = 1,68-6,78). Sobre os municípios divididos pelos quartis de IDHm, as equipes de municípios do segundo quartil apresentaram maior prevalência que os do terceiro quartil (RP= 1,76; IC95% = 0,99-3,15) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição e prevalência do processo de trabalho adequado no cuidado pré-natal por macrorregiões administrativas, IDHm, porte populacional e atendimento à população rural, PMAQ-AB, Piauí, 2014

Variáveis	Processo de trabalho adequado (%)	RP (IC95%)	Solicitação de todos os exames (%)	RP (IC95%)	Realização de exame citopatológico (%)	RP (IC95%)
Macrorregião						
Cerrados	24,4	2,62 (1,50-4,66)	41,6	1,74 (1,15-2,63)	90,5	2,19 (1,20-4,06)
Litoral	11,0	1,00	29,7	1,03 (0,66-1,59)	81,3	1,00
Meio norte	15,9	1,53 (0,84-2,82)	29,1	1,00	87,3	1,57 (0,90-2,78)
Semiárido	31,6	3,74 (2,17-6,59)	41,9	1,76 (1,16-2,67)	93,5	3,29 (1,68-6,78)
IDHm (quartis)						
0,485 a 0,546	25,3	1,66 (0,95-2,92)	33,1	1,49 (0,88-2,54)		
0,546 a 0,567	26,4	1,76 (0,99-3,15)	25,0	1,00		
0,567 a 0,594	16,9	1,00	29,9	1,28 (0,77-2,19)		
0,594 a 0,751	18,6	1,12 (0,69-1,86)	43,2	2,28 (1,45-3,63)		
Atende população rural						
Sim	71,7	1,59 (1,10-2,32)	63,3	1,00	63,6	1,00 (0,75-1,35)
Não	61,5	1,00	63,7	1,02 (0,75-1,37)	63,6	1,00

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Quanto aos exames que as equipes referiram solicitar no pré-natal, observou-se prevalência 76% maior para as equipes do Semiárido que as do Meio norte (RP= 1,76; IC95% = 1,16-2,67) e, ao se observar pelos quartis de IDHm, as equipes de municípios do quarto quartil referiram solicitar mais exames que as dos municípios do segundo quartil (RP= 2,28; IC95% = 1,45-3,63) (Tabela 5).

Para as equipes que relataram atender ou não população rural, há uma prevalência maior entre as equipes que atendem população rural em relação ao processo de trabalho adequado (RP=1,59; IC95% = 1,10-2,32), prevalências muito próximas entre as equipes que atendem ou não população rural na variável solicitação de todos os exames, com as equipes

que não atendem população rural com prevalência maior (RP=1,02; IC95% = 0,75-1,37) e equipes que atendem população rural com prevalência maior na realização de exame citopatológico (RP=1,00; IC95% = 0,75-1,35) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Esse estudo é o primeiro que avalia o cuidado pré-natal em âmbito estadual no Piauí, relacionando as características dos serviços com os aspectos regionais, sociais e econômicos do estado. Ainda, é possível comparar os dados aqui apresentados com outros estados e, a partir dos próximos ciclos, analisar possíveis mudanças na adequação do cuidado pré-natal prestado pelas equipes.

As características dos profissionais de saúde, membros das equipes de ABS participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB, mostram que os enfermeiros(as) tem papel central na organização dos serviços de ABS saúde no Piauí, na medida em que foram responsáveis por conduzir o processo da avaliação externa de 96,3% das equipes.

Diante dessa constatação, a valorização desses profissionais pelas gestões municipais e estadual com, por exemplo, pagamento por desempenho ou formação complementar, pode contribuir não somente com a melhoria da qualidade do cuidado pré-natal, mas com a melhoria do acesso e da qualidade da ABS.

Mais de 50% dos profissionais entrevistados referiram ter vínculos trabalhistas estáveis, no entanto, quase 40% deles trabalhavam na equipe há menos de um ano e 27,6% entre 2 a 5 anos, o que pode indicar uma tentativa dos gestores de fixação desses profissionais diante da alta rotatividade. Contudo, a elevada proporção dos entrevistados que disseram não possuir plano de carreira pode pesar contra a fixação e desempenho desses profissionais.

Uma ampliação de parcerias entre as instituições de ensino e pesquisa e os serviços de ABS também pode contribuir com a melhoria da atenção prestada, considerando que, no Piauí, 66,2% das equipes não recebem estudantes, professores e pesquisadores dessas instituições.

Um ponto bastante favorável para a melhoria do acesso e da qualidade na ABS identificado nos relatos dos entrevistados foi a elevada proporção de equipes que realizam atividades de planejamento (93,9%), autoavaliação (88,2%) e que recebem apoio institucional ou pessoal das secretarias municipais de saúde para a resolução de problemas nos processos de trabalho (89,1%), sendo que, esses espaços também podem ser utilizados para o planejamento, avaliação e resolução de problemas relacionados ao cuidado pré-natal.

Quanto as unidades de saúde, a estimativa da carga horária de funcionamento dos serviços de ABS participantes do segundo ciclo PMAQ-AB, sugere que 26,1% deles não cumprem a carga horária estabelecida de 40 horas que, inclusive, era um dos critérios para a adesão ao programa. O não cumprimento da carga horária pode afetar o primeiro contato e o

acesso aos serviços de saúde, sendo que, essa situação precisa ser revista pelos gestores que devem buscar alternativas para atender essa exigência.

Ainda, são necessários investimentos para a adequação das instalações físicas, sobretudo, para proporcionar privacidade e melhorar a ambiência das unidades de saúde, perante a constatação de que 18,0% delas não possuem consultório que proporcione privacidade aos usuários e de que 31,3% das unidades de saúde não possuem ambientes com boa ventilação ou climatização, sobretudo, ao se considerar as características climáticas do estado.

As características das usuárias entrevistadas sugerem a existência de situações de vulnerabilidade social que constituem, inclusive, fatores de risco para a mortalidade materna, como baixo nível educacional, pobreza e baixo poder de decisão financeira (FILIPPI et al., 2016), o que reforça a necessidade da oferta de cuidados pré-natais de qualidade para que os efeitos das desigualdades sociais nos resultados de saúde materno-infantis sejam minimizados.

Os resultados mostraram que somente 3,7% das unidades de saúde foram consideradas adequadas quanto à estrutura para realização do cuidado pré-natal, 20,8% das equipes foram consideradas adequadas quanto ao processo de trabalho no cuidado pré-natal e 10,6% das mulheres incluídas nesse estudo referiram ter recebido um cuidado pré-natal adequado. Isso demonstra um distanciamento do princípio da integralidade no cuidado pré-natal e, portanto, um grande desafio na realização de uma atenção completa à saúde da gestante. Esse desafio também foi observado em estudos locais e nacionais que, quando somavam os diferentes parâmetros avaliados no cuidado pré-natal, identificavam baixas proporções de completude (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; DOMINGUES et al., 2015; GOUDARD et al., 2016; MARTINELLI et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014; SILVA et al., 2013; TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014).

O MS e a OMS recomendam o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação (BRASIL, 2011b; WHO, 2016), o que favorece a identificação precoce de alterações e a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e do bebê (BRASIL, 2013b; 2016a). Em relação ao número de consultas, o MS recomenda o mínimo de seis (BRASIL, 2013b; 2016a), mas a OMS, visando melhorar a qualidade do cuidado pré-natal, a saúde materna e fetal e os resultados neonatais, em 2016, passou a recomendar o mínimo de oito encontros (WHO, 2016).

No Piauí, 75,1% das mulheres iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês de gestação e 65,9% realizaram seis consultas ou mais em 2015 (BRASIL, 2018b), todavia,

considerando que esses são indicadores de qualidade da ABS (BRASIL, 2012c), é necessário melhorá-los ampliando o acesso ao pré-natal. Entre as mulheres entrevistadas, incluídas nesse estudo, 74,9% referiram ter realizado 6 consultas ou mais durante o pré-natal, proporção inferior à encontrada para o Brasil e para o Nordeste no primeiro ciclo do PMAQ (TOMASI et al, 2017). Ademais, a pesquisa Nascer no Brasil, identificou que barreira de acesso foi o principal motivo para a não realização do pré-natal no Nordeste (VIELLAS et al., 2014).

Cabe citar que Santos Neto et al. (2012) ao verificar a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre a assistência pré-natal, identificaram que as puérperas tendem a superestimar a quantidade de consultas pré-natais realizadas.

A busca ativa é uma estratégia para ampliar a acessibilidade e o acesso ao pré-natal e pode ser realizada para captação precoce das gestantes, ações educativas que promovam a busca das mulheres por cuidados durante a gestação, identificar os motivos e oferecer novo agendamento para as gestantes que faltaram às consultas de pré-natal, inclusive, realizando-se a consulta no domicílio, acompanhar as gestantes que foram encaminhadas para outros pontos de atenção na rede, bem como, identificar o retorno das mulheres e recém-nascidos à suas casas após o parto (BRASIL, 2013b; 2016a). Além disso, essa estratégia pode fortalecer o vínculo entre a equipe e as gestantes, favorecendo a longitudinalidade.

Entre as equipes entrevistadas, somente 67,6% referiram realizar busca ativa no pré-natal, demonstrando que o potencial dessa estratégia deve ser mais explorado, sobretudo, ao se considerar que as gestantes com menor cobertura, menor início do pré-natal precoce e com menor número adequado de consultas são as mais vulneráveis (VIELLAS et al., 2014).

O fato de 92,1% das unidades de saúde disporem de transporte para a realização de atividades pertinentes à equipe de saúde e a disponibilidade desse veículo em atender às necessidades das equipes pode ser um facilitador no incremento da realização da busca ativa.

Para identificação precoce da gestação, a Rede Cegonha introduziu o teste rápido de gravidez no cuidado pré-natal (BRASIL, 2011b). No Piauí, somente 10,3% das unidades de saúde dispunham desse teste, o que pode prejudicar o início antecipado do cuidado pré-natal ao criar uma barreira no primeiro contato, o que fragiliza o vínculo entre os profissionais de saúde e a gestante.

Martinelli et al. (2014) também encontram baixa adequação para o teste rápido de gravidez em uma microrregião do estado do Espírito Santo (ES) e a pesquisa Nascer no Brasil identificou que a dificuldade para diagnosticar a gravidez foi a principal razão referida pelas gestantes para o início tardio do pré-natal (VIELLAS et al., 2014).

Ao se identificar a gravidez e iniciar o pré-natal, todas as informações geradas devem ser registradas na caderneta da gestante (BRASIL, 2013b; 2016a). As informações da caderneta da gestante, quando adequadamente registradas, podem melhorar a qualidade da atenção e favorecer a coordenação e a continuidade do cuidado (WHO, 2016), bem como, otimizar o uso de recursos e serviços de saúde. A disponibilidade de cadernetas da gestante nas unidades de saúde foi elevada (92,6%), assim como o número de equipes que referiram utilizá-la (98,8%), demonstrando potencial de alta adesão à essa recomendação.

Outros estudos identificaram elevada proporção de mulheres que receberam o cartão da gestante durante o pré-natal (DOMINGUES et al., 2013; VIELLAS et al., 2014), no entanto, de modo geral, encontrou-se lacunas em seu preenchimento (COSTA et al., 2009; MIRANDA; FERNANDES, 2010) que podem refletir a não realização dos exames e procedimentos ou sub-registro.

Desse modo, estudos que investiguem o registro das informações nas cadernetas das gestantes no Piauí podem contribuir para avaliar a efetiva realização dos procedimentos e exames pelas gestantes e falhas na coordenação do cuidado.

Outra atividade fundamental é o registro dos dados nos sistemas de informação, nesse caso, o SisPreNatal, cuja alimentação permite monitorar e avaliar a atenção no pré-natal e no puerpério, contribui para a avaliação do risco gestacional e auxilia na identificação de complicações associadas às causas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2018g). As equipes que referiram alimentar mensalmente o sistema de informação do pré-natal foram 97,9% das entrevistadas, o que sugere potencial para um bom provimento dos dados.

Assim como o teste rápido de gravidez, os testes rápidos de HIV e sífilis, também instituídos pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), foram escassos, com disponibilidade em 8,6% e 7,4% das unidades de saúde, respectivamente, dados que vão ao encontro dos obtidos por Martinelli et al. (2014) em uma microrregião do ES. A ausência desses testes, que deveriam ser realizados assim que constatada a gravidez e no terceiro trimestre (BRASIL, 2016a), representa oportunidades perdidas para rastreamento, diagnóstico, tratamento e prevenção da transmissão vertical desses agravos, sobretudo, ao se considerar que somente 64,9% das equipes de saúde referiram receber os exames das gestantes do território em tempo oportuno para as intervenções necessárias, o que evidencia lacunas na rede de atenção e pode se traduzir em barreiras de acesso e afetar a coordenação do cuidado.

Os testes rápidos introduzidos pela Rede Cegonha, conforme previsto em portaria, devem ser custeados pela União, por intermédio do MS, através de repasse fundo a fundo

(BRASIL, 2011b). Assim sendo, faz-se necessário compreender o porquê da baixa disponibilidade desses insumos. Uma possível explicação seria a necessidade dos profissionais da saúde precisarem de uma capacitação prévia, que pode ser feita por ensino à distância, para a realização dos testes rápidos de sífilis e HIV (BRASIL, 2013f) e, na ausência de pessoal capacitado, a realização desses testes seria inviável, culminando na baixa oferta desses insumos, no entanto, não foi possível conhecer se a equipe realiza os testes rápidos na unidade de saúde.

Apesar da menção do não recebimento dos resultados em tempo oportuno, grande parte das equipes referiram solicitar no pré-natal e ser realizado pela rede de saúde os exames de glicemia de jejum (98,7%), dosagem de Hb e Ht (97,9%), urocultura ou sumário de urina (97,9%) e sorologias para sífilis (98,5%), HIV (96,5%), hepatite B (96,1%) e toxoplasmose (92,0%), sendo que, 88,9% das equipes referiram solicitar todos esses exames, o que demonstra alta adesão às recomendações dos exames a serem realizados nesse período (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016).

Esses dados são confluentes aos encontrados em estudos locais e nacionais que identificaram elevadas proporções de solicitação ou realização dos exames preconizados para o pré-natal (DOMINGUES et al., 2013; GOUDARD et al., 2016; MARIO et al., 2017; MARTINELLI et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014; TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014).

Cabe lembrar que no presente estudo não foi possível conhecer se são solicitados os exames de repetição e, ainda, é necessário conhecer o motivo da não solicitação de todos ou parte desses exames por algumas equipes.

Os exames que as mulheres relataram terem realizado durante o pré-natal, de certo modo, corroboram com as solicitações referidas pelas equipes. Das entrevistadas, 97,0% disseram ter feito exame de urina durante o pré-natal, 88,4% exame de HIV/Aids, 79,3% exame de sífilis (VDRL), 83,7% exame de glicose no sangue e 97,4% exame de ultrassonografia. A diferença entre a proporção de mulheres que disseram ter feito exame de urina e ultrassonografia e as mulheres que referiram ter feito exame de HIV/Aids, sífilis e glicemia, pode ser por menor realização de exames de sangue nas unidades de saúde e rede ou, reflexo de informações insuficientes sobre o que são os exames solicitados e realizados por elas.

Em âmbito nacional, no primeiro ciclo do PMAQ, a proporção de mulheres que referiram ter realizado exame de urina (97,7%) foi semelhante à encontrada nesse estudo, glicemia (82,9%) e ultrassonografia (94,4%) foram inferiores, no entanto, para os exames de

HIV (94,9%) e sífilis (84,3%) as proporções nacionais no primeiro ciclo foram superiores às do Piauí no segundo ciclo (TOMASI et al., 2017).

Salienta-se que menos de 30% das equipes referem coletar exames de sangue, urina ou fezes nas unidades de saúde, fato que parece não afetar a solicitação de exames e sua realização pelas usuárias.

A Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) preconiza a realização de ultrassom obstétrico no pré-natal, em concordância, uma elevada proporção de mulheres disseram ter feito esse exame. Outros estudos nacionais e locais também encontraram elevada adequação quanto ao ultrassom obstétrico, o que reforça a percepção de que esse exame já foi incorporado à rotina do pré-natal (ANVERSA et al., 2012; COUTINHO et al., 2010; MARIO et al., 2017; MARTINELLI et al., 2014. VIELLAS et al., 2014).

Embora não existam evidências quanto a melhorias no prognóstico perinatal quando realizada a ultrassonografia de rotina no pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2016a), ela tem sido encorajada por ter se demonstrado eficaz em países de baixa e média renda, resultando em mudanças no manejo clínico (GROEN et al., 2011).

A anemia é uma causa comum de morbidade materna (BLACK et al., 2016). Uma vez diagnosticada na gravidez ou no pós-parto, pode contribuir com a morte materna ou ocasioná-la diretamente (FILIPPI et al., 2016). A OMS recomenda a realização de hemograma como método para o diagnóstico da anemia na gestação (WHO, 2016), mas o MS admite a realização de dosagem de Hb e Ht (BRASIL, 2013b; 2016a).

O MS também recomenda solicitar, para todas as gestantes, os exames de tipo sanguíneo e fator Rh, coombs indireto e eletroforese de hemoglobina para rastreamento de doença falciforme devido ao alto grau de miscigenação da população brasileira, (BRASIL, 2011c; 2016a), no entanto, o instrumento de coleta de dados não trazia informações sobre a requisição desses exames e sua realização pelas mulheres.

É recomendada a suplementação com ferro e ácido fólico na gestação (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016), visto que, embora seus efeitos em outros resultados maternos e infantis sejam menos claros, a suplementação com ferro reduz sua deficiência na mãe e o risco de anemia (PEÑA-ROSAS et al., 2015) e a suplementação com ácido fólico, antes e durante a gestação, diminui a incidência de alterações no fechamento do tubo neural (BHUTTA et al., 2013).

Entre as unidades de saúde avaliadas, 82,5% distribuem medicamentos aos usuários, dessas, 92,6% dispunham de sulfato ferroso e 91,4% de ácido fólico, o que sugere potencial para o uso desses medicamentos pelas gestantes.

Entre as mulheres entrevistadas, 98,3% e 97,4% mencionaram que, no pré-natal, o profissional receitou sulfato de ferro e ácido fólico, respectivamente, sendo que a proporção quanto ao sulfato ferroso foi semelhante à encontrada por Tomasi et al. (2017) no primeiro ciclo do PMAQ.

Polgliane et al. (2014) também encontraram elevada prescrição de ferro e ácido fólico para gestantes em Vitória-ES e Domingues et al. (2012) e Anversa et al. (2012) também identificaram elevada suplementação com ferro entre gestantes nos municípios do Rio de Janeiro-RJ e Santa Maria - Rio Grande do Sul (RS), respectivamente.

Além da prescrição, é necessário conhecer o acesso a esses suplementos pelas gestantes, principalmente, para as usuárias que frequentam as unidades de saúde que não dispensam medicamentos, uma vez que um estudo em unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro identificou que 30% das gestantes não tiveram acesso a esses suplementos, embora as unidades de saúde os dispensassem, sugerindo que o abastecimento das unidades era irregular (NIQUINI et al., 2010). Ademais, é importante conhecer acerca do seu uso pelas gestantes, sobretudo do sulfato ferroso, pois a ausência de sintomas e a presença de efeitos colaterais indesejáveis podem levar ao abandono do seu uso (OLIVEIRA; BARROS; FERREIRA, 2015).

A prevenção, o rastreamento e o manejo de infecções maternas como o HIV, a sífilis e a toxoplasmose podem melhorar os resultados da gravidez e do nascimento para mães e bebês, inclusive quando são realizados na pré-concepção (BHUTTA et al., 2014).

Embora as evidências sobre prevenção, transmissão e complicações por toxoplasmose na gravidez sejam inconclusivas (BHUTTA et al., 2014), o MS recomenda seu rastreamento no pré-natal para prevenir a toxoplasmose congênita e suas sequelas (BRASIL, 2013b; 2016a), principalmente onde a prevalência dessa doença é elevada, caso do Piauí (RATZLAFF, 2016). No entanto, esse exame teve a menor proporção de solicitação pelas equipes, o que faz necessário compreender os motivos da não solicitação.

Há evidências que a detecção da sífilis no pré-natal combinada ao tratamento com penicilina pode reduzir significativamente, natimortos, partos prematuros, sífilis congênita e morte neonatal (BLENCOWE et al, 2011). No entanto, somente 54,3% das unidades de saúde possuíam a penicilina G benzatina e apenas 55,0% das equipes de saúde referiram aplicá-la na unidade de saúde.

Ainda que seja preconizado o rastreamento e tratamento da sífilis no pré-natal (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016), no Piauí, a taxa de incidência de sífilis congênita, sem considerar as subnotificações, foi de 8,49 para mil NV em 2015 (BRASIL, 2018e; 2018h),

uma taxa 17 vezes maior que a de 0,5 ou menos adotada pelo MS (2014c), OPAS (2014) e OMS (2014) para eliminação desse agravo, o que indica falhas na assistência com oportunidades perdidas de intervenção (DOMINGUES; LEAL, 2016).

A pesquisa Nacer no Brasil revelou que mais de 96,5% das gestantes com desfecho de sífilis congênita tiveram assistência pré-natal, no entanto, essas apresentaram início mais tardio da assistência pré-natal, menor proporção de número adequado de consultas, menor realização de uma ou duas sorologias para sífilis e menor registro de sorologia reagente no cartão de pré-natal, o que evidencia a baixa qualidade do cuidado pré-natal para identificação e tratamento das gestantes com sífilis (DOMINGUES; LEAL, 2016).

É necessário conhecer o motivo da baixa disponibilidade de penicilina nas unidades de saúde e da sua baixa aplicação pelas equipes, já que, 96,1% das equipes referiram administrar medicamentos injetáveis nas unidades de saúde.

Uma possível explicação é que, muitas vezes, as equipes não administram a penicilina nas unidades básicas de saúde por receio de reações alérgicas, porém a alergia à penicilina é um evento muito raro e, portanto, esse receio não justifica deixar de administrá-la na ABS (BRASIL, 2015g). A portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 dispõe sobre a administração da penicilina na ABS (BRASIL, 2011d) e sua administração nesse nível de atenção deve ser encorajada ampliando o acesso das gestantes e suas parcerias ao tratamento.

Diante de elevadas proporções de solicitação pelas equipes da sorologia para sífilis (VDRL) no pré-natal, muitos relatos de realização desse exame pelas usuárias entrevistadas, baixa disponibilidade de penicilina G benzatina nas unidades de saúde, baixa proporção de equipes que realizam sua administração nas unidades de saúde e dificuldades relatadas pelas equipes de receber os exames em tempo oportuno, é possível inferir que as falhas na eliminação da sífilis congênita, no Piauí, estão relacionadas ao não recebimento dos resultados das sorologias em tempo oportuno, implicando ausência de detecção e, portanto, de tratamento das gestantes e parcerias, bem como a dificuldade de acesso ao tratamento.

Assim, uma alternativa para fortalecer a eliminação da sífilis congênita no estado é suprir as unidades com os testes rápidos, capacitar os profissionais da saúde para a realização dos mesmos, abastecer as unidades com a penicilina G benzatina e encorajar os profissionais a administrá-las nas unidades de saúde adotando protocolos para encaminhamento em caso de alergia conhecida a esse fármaco e para ações em caso de reação após a administração. Dessa forma, é necessário fortalecer a coordenação do cuidado, tornando a comunicação entre os diferentes pontos de atenção efetiva, de modo que os resultados dos exames cheguem nas

unidades de saúde em tempo oportuno, já que o teste rápido de sífilis é para rastreamento e deve ser confirmado e realizada a titulação por exames laboratoriais (BRASIL, 2016a).

Também é recomendada a investigação do HIV no pré-natal (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016), pois a investigação e o tratamento da infecção por HIV na gestação tem potencial para reduzir mortes na infância (BLACK et al, 2016) através da eliminação da transmissão vertical com o uso de antiretrovirais (BHUTTA et al., 2014; WHO, 2016).

No Piauí, no ano de 2014, a taxa de detecção de casos de Aids em menores de 5 anos foi de 1,9 por 100.000 habitantes, taxa inferior à de 2,8 do Brasil e do Nordeste e a taxa de detecção em gestantes infectadas pelo HIV foi de 1,6 por 1.000 NV, também inferior à do Brasil de 2,6 e do Nordeste de 1,9 (BRASIL, 2017d).

Apesar das taxas no Piauí serem inferiores às do Brasil e do Nordeste, Carvalho (2015) ao estudar, no estado, as crianças expostas ao HIV por transmissão vertical, identificou risco 2,38 vezes superior da criança ser infectada pelo HIV quando a mãe não faz o pré-natal, o que determina que as ações de busca ativa sejam incrementadas e que a prevenção da transmissão vertical no pré-natal permaneça rigorosa.

Além disso, estima-se que, globalmente, mais de 70% das mortes maternas por causas indiretas sejam por condições de saúde pré-existent exacerbadas pela gravidez, incluindo HIV/Aids, no entanto, os dados sobre as mortes maternas indiretas por HIV/Aids são imprecisos devido a subnotificações e classificações incorretas, carecendo de mais informações para melhor se compreender as implicações do HIV nas mortes maternas (FILIPPI et al, 2016).

Em decorrência da heterogeneidade da cobertura vacinal no Brasil o rastreamento da hepatite B deve ser oferecido para todas as gestantes (BRASIL, 2016a), pois a vacinação e a administração de imunoglobulina humana específica em recém-nascidos de mães sabidamente positivas para hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, reduzem os riscos da transmissão de mães para filhos. Além disso, considerando os riscos de contrair a doença durante a gestação, as grávidas que não receberam dose imunizante devem receber a vacina após o primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2013b; 2016a).

A vacinação contra hepatite B é considerada uma intervenção essencial para a saúde reprodutiva e deve ser um cuidado de rotina nos serviços de ABS (BLACK et al., 2016). No entanto, dentre as unidades de saúde avaliadas, 75,9% ofertam vacinação e, dessas, 70,2% dispunham de vacina contra hepatite B, o que significa que 53,3% das unidades de saúde avaliadas no PMAQ-AB não ofertam vacinação contra hepatite B.

De acordo com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, no ano de 2014, a cobertura vacinal para hepatite B, no Piauí, foi de 82,92% (BRASIL, 2018i), no entanto, não é possível conhecer essa cobertura especificamente para gestantes. Ao mesmo tempo, no mesmo ano, houve a confirmação de 7 casos de transmissão vertical de hepatite B no estado (BRASIL, 2018h), sinalizando que não se deve abrandar a vacinação, nem tampouco o rastreamento da hepatite B na gestação.

Cabe apontar que no instrumento da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB não havia questões que abordassem o aconselhamento para IST/HIV no pré-natal e o diagnóstico e tratamento das parcerias das gestantes.

Do mesmo modo, a vacinação com toxóide tetânico é recomendada para todas as mulheres no pré-natal para evitar mortalidade por tétano neonatal (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016) e sua importância na gravidez está bem estabelecida (BHUTTA et al., 2014; GÜLMEZOGLU et al., 2016).

Entre as unidades de saúde que realizam vacinação, 71,2% dispunham da vacina dupla adulto (dT), demonstrando que 45,9% das unidades de saúde avaliadas no PMAQ-AB não ofertam vacinação contra difteria e tétano. Segundo dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), no ano de 2014, no Piauí, a cobertura vacinal de dupla adulto (dT) e tríplice acelular em gestantes (dTpa) foi de 34,02% (BRASIL, 2018i).

A vacina adsorvida de difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa) foi introduzida no calendário vacinal da gestante, em novembro de 2014, como reforço ou complementação do esquema vacinal da dupla adulto (dT) com o objetivo de diminuir a incidência e mortalidade por coqueluche em recém-nascidos e deve ser administrada em cada gestação a partir da 20ª semana de gestação (BRASIL, 2014a). No momento da avaliação externa ela ainda não fazia parte do calendário, portanto, não constava no instrumento avaliativo.

Apesar da baixa cobertura identificada no SIPNI, a última notificação de caso de tétano neonatal no Piauí foi registrada em 2008 (BRASIL, 2018h), no entanto, para manter a eliminação dessa doença é necessário que as gestantes estejam com a vacina em dia para manutenção de uma imunidade protetora (BRASIL, 2014b, p.113).

Na contramão do SIPNI, os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) indicam 96,5% das gestantes com situação vacinal atualizada no Piauí (BRASIL, 2018j). Ainda, 90,8% das mulheres entrevistadas incluídas neste estudo referiram ter recebido a vacina contra o tétano durante o pré-natal, valor inferior ao encontrado em âmbito nacional no primeiro ciclo do PMAQ-AB (97,0%) (TOMASI et al., 2017).

Estudos locais também indicaram elevada cobertura de vacinação antitetânica em gestantes (GOUDARD et al., 2016; POLGLIANE et al., 2014), porém a cobertura tende a ser baixa quando se considera as gestantes que receberam o número de doses imunizantes (POLGLIANE et al., 2014; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Já a disponibilidade da vacina contra influenza sazonal foi elevada (95,7%), o que reduz a ocorrência de doenças respiratórias nas mães e nos bebês (BHUTTA et al., 2014) e é recomendada pelo MS (BRASIL, 2013b; 2016a) devido à gestação estar associada a maior risco de morbimortalidade por influenza (BRASIL, 2013b). No ano de 2015, no Piauí, a cobertura vacinal contra influenza sazonal em gestantes foi de 80,17% e em puérperas 84,35% (BRASIL, 2018i).

O fato de 75,9% das unidades de saúde ofertarem vacinação e somente 63,2% das unidades de saúde possuírem sala de vacina sugere que a baixa disponibilização pelos serviços de ABS das vacinas contra hepatite B e dupla adulto (dT), que são vacinas de rotina, pode estar relacionada à falta de infraestrutura necessária para manutenção e conservação dos imunobiológicos, bem como profissionais disponíveis e capacitados para a assistência em salas de vacina. É possível que práticas como a “sala de vacina virtual”, em que as vacinas são levadas em caixas térmicas de uma sala de vacina para outros locais ou unidades de saúde para serem administradas, favoreçam a aplicação de vacinas de campanha como a influenza sazonal.

São necessários estudos para conhecer a cobertura vacinal contra hepatite B e tríplice acelular nas gestantes e o acesso das gestantes à vacinação, identificando se as estratégias utilizadas pelas equipes são efetivas para alcançar cobertura vacinal adequada, sobretudo, nas unidades de saúde que não ofertam vacinação para a população e que não possuem sala de vacina.

A abordagem de doenças crônicas e desordens induzidas pela gravidez, na pré-concepção, no pré-natal e no intervalo entre gestações melhora os resultados maternos e perinatais (BHUTTA et al., 2014) e para realizar essa abordagem, a ABS deve dispor de alguns equipamentos, materiais e insumos específicos.

Considerando que a principal causa de morte materna no Piauí é a hipertensão, o elevado aporte nas unidades de saúde avaliadas de aparelho de pressão adulto e estetoscópio adulto (95,7%) é promissor, visto que favorece o monitoramento da pressão arterial das gestantes e a detecção de outras doenças ou problemas de saúde através da ausculta com o estetoscópio.

Recomenda-se aferir a pressão arterial das gestantes e verificar os demais sinais vitais em todas as consultas (BRASIL, 2013b; 2016a), no entanto, no instrumento não havia perguntas referentes a esses procedimentos.

Das mulheres entrevistadas, 99,1% referiram ter sua pressão arterial medida pelos profissionais de saúde da equipe durante o pré-natal, proporção superior à encontrada em âmbito nacional no primeiro ciclo do PMAQ (98,7%) (TOMASI et al., 2017). Outros estudos nacionais e locais também encontraram elevados níveis de adequação para esse procedimento (DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016; MARIO et al., 2017; POLGLIANE et al., 2014).

O rastreamento de doenças hipertensivas, como a pré-eclâmpsia, é vital para a realização de intervenções em tempo oportuno e prevenção da progressão para doença grave. No pré-natal, o monitoramento da pressão arterial e a realização de exames de urina em conjunto com a investigação de sintomas que possam sugerir pré-eclâmpsia e o acompanhamento do crescimento fetal são os pilares para o rastreamento da pré-eclâmpsia (GÜLMEZOGLU et al., 2016) e sua detecção exige encaminhamento da gestante para um serviço de emergência obstétrica (BRASIL, 2016a).

Na hipertensão arterial na gestação o tratamento medicamentoso, quando indicado, diminui o risco de hipertensão arterial grave e, entre os medicamentos orais usualmente empregados (SBC, 2016), constavam no instrumento o propranolol e a metildopa, encontrando-se disponíveis em, respectivamente, 87,1% e 80,6% das unidades de saúde que dispensam medicamentos. Todavia, a disponibilidade desses medicamentos poderia ser maior considerando o amplo uso e baixo custo de ambos.

A fim de acompanhar o crescimento fetal e a detecção precoce de alterações, como a restrição do crescimento fetal na pré-eclâmpsia, deve-se realizar a medida da altura uterina em todas as consultas a partir da 12^a semana de gestação (BRASIL, 2013b; 2016a), utilizando-se a fita métrica. Esse material estava presente em 89,2% das unidades de saúde favorecendo a realização desse procedimento.

Embora no instrumento não houvesse questões referentes à realização desse procedimento pela equipe, 95,7% das mulheres entrevistadas referiram que sua “barriga foi medida” pelos profissionais de saúde da equipe durante o pré-natal, proporção semelhante à encontrada em âmbito nacional no primeiro ciclo do PMAQ (97,4%) (TOMASI et al., 2017).

Estudos locais encontraram elevada adequação para esse procedimento (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016), porém em alguns deles foi o procedimento menos realizado (ANVERSA et al., 2012; POLGLIANE et al., 2014).

Contudo, Costa et al. (2009) encontrou menor frequência, o que pode sugerir que é necessário reforçar a importância desse procedimento, seu objetivo e sua técnica.

A detecção e o manejo adequado da restrição do crescimento fetal utilizando, além da altura uterina, o índice de massa corporal materno e ultrassom obstétrico direcionado tem potencial para reduzir natimortos (GÜLMEZOGLU et al., 2016; IMDAD et al., 2011).

O índice de massa corporal, por sua vez, é calculado com os valores do peso e altura das gestantes, para isso, é necessário que as unidades de saúde disponham de balanças antropométricas. A disponibilidade de balança antropométrica em 86,8% das unidades de saúde, embora pareça satisfatório, demonstra que 104 unidades não têm o equipamento necessário para avaliação do estado nutricional das gestantes e acompanhamento do ganho de peso durante a gestação. Cabe lembrar que esse equipamento precisa de manutenções preventivas para garantir a qualidade das medidas do peso, sendo que, um estudo local identificou falta de registro dessa manutenção em unidades de saúde da família (NIQUINI et al., 2010).

Além disso, 98,0% das equipes referiram medir sistematicamente o peso e a altura das gestantes, sendo assim, apenas 17 equipes não realizariam esse procedimento, o que demanda compreender como essas medidas ocorrem nas unidades de saúde que não possuem a balança antropométrica ou há incongruências entre o que foi respondido pela equipe e o que, de fato, acontece no cuidado pré-natal.

A provisão de balanças antropométricas para as unidades de saúde que não têm é inadiável, pois, avaliar o estado nutricional das gestantes e acompanhar o ganho de peso durante a gestação, além de auxiliar na detecção da restrição do crescimento fetal, também pode prevenir complicações relacionadas ao baixo peso ou sobrepeso materno e ao ganho de peso excessivo no início da gravidez e, ainda, possibilita identificar fator de risco para diabetes *mellitus* gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia (BRASIL, 2013b; FILIPPI et al., 2016; OPAS et al., 2016).

Estudos nacionais e locais encontraram elevada adequação para a verificação do peso das gestantes (ANVERSA et al., 2012; COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016; MARIO et al., 2017; POLGLIANE et al. 2014), indicando que esse procedimento está bem estabelecido enquanto ação de rotina no pré-natal.

Ações como aferir a pressão arterial das gestantes, realizar testes de proteinúria, medir o peso e auscultar os batimentos cardíacos (BCF), são consideradas parte de uma boa prática clínica (WHO, 2016), devendo fazer parte da rotina dos cuidados pré-natais na ABS.

Para auscultar os BCF utiliza-se o sonar ou estetoscópio de Pinard, sendo que, 92,0% das unidades de saúde possuíam um deles ou ambos, favorecendo a realização desse procedimento. A ausculta deve ser realizada em todas as consultas a partir do momento em que os BCF se tornam audíveis pelo sonar ou estetoscópio de Pinard (BRASIL, 2013b; 2016a), mas, não havia questões no instrumento referentes à esse procedimento para as equipes, nem para as mulheres entrevistadas.

Estudos locais também encontraram elevada adequação para esse procedimento, demonstrando sua incorporação aos cuidados de rotina no pré-natal (ANVERSA et al., 2012; COUTINHO et al., 2010; POLGLIANE et al. 2014), porém, Domingues et al. (2012) assinalam que as proporções para a ausculta dos BCF foram mais baixas que para a verificação do peso e da pressão arterial.

O MS recomenda a realização do exame das mamas e do exame bucal na primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2016a), no entanto, esses procedimentos foram os menos relatados pelas mulheres entrevistadas correspondendo à 56,2% e 48,5%, respectivamente.

Tomasi et al. (2017) encontraram proporções semelhantes para a realização do exame das mamas (56,3%) no Brasil, no primeiro ciclo do PMAQ-AB, e estudos locais também identificaram menor adequação para esse procedimento (ANVERSA et al., 2012; GOUDARD et al., 2016), o que sugere que sua realização não foi incorporada na rotina do pré-natal como os demais procedimentos. Assim, é necessário conhecer o motivo da sua não realização e implementar medidas para a sensibilizar e capacitar os profissionais para realizá-lo.

Quanto ao exame bucal, a frequência encontrada por Tomasi et al. (2017) em âmbito nacional, no primeiro ciclo do PMAQ-AB (45,0%), foi inferior à encontrada nesse estudo. Para eles, a não realização desse exame pode ser reflexo de ideias equivocadas de que médicos e enfermeiros não teriam essa atribuição, bem como a de que não adiantaria identificar problemas de saúde bucal por não ser possível encaminhar ou resolver.

Como citado anteriormente, as gestantes devem realizar exames de urina afim de detectar proteinúria para o rastreamento da pré-eclâmpsia. Esses exames também podem detectar outras alterações sistêmicas ou do trato urinário importantes na gestação (BRASIL, 2013b; 2016a).

No instrumento utilizado para a coleta dos dados foi questionado se a equipe solicita e é realizado pela rede de saúde os exames de sumário de urina (urina tipo I) ou urocultura o que não permitiu analisar esses dados de maneira isolada, sendo que, 97,9% das equipes referiram solicitar para gestantes e ser realizado pela rede de saúde o exame de urocultura ou sumário de urina (urina tipo I), revelando potencial para ampla realização desse exame.

A urocultura deve ser realizada independentemente da realização da urina tipo I (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016), pois, o rastreamento e o manejo de infecções do trato urinário na gestação também podem contribuir para melhores resultados maternos e perinatais (BHUTTA et al., 2014), sendo que, é recomendado o tratamento da bacteriúria assintomática na gravidez com antibiótico (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016), pois, o tratamento é efetivo na eliminação da bacteriúria assintomática, na redução da incidência de pielonefrite e do baixo peso ao nascer (SMAILL; VAZQUEZ, 2007).

Também é recomendado o uso do teste rápido de proteinúria para mulheres com hipertensão na gravidez (BRASIL, 2013b; 2016a). Esse teste também foi incluído pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), mas, por não haver perguntas no instrumento sobre ele, não foi possível conhecer a situação das unidades e equipes de saúde quanto à sua disponibilidade e utilização.

Na ABS, o manejo do diabetes *mellitus*, enquanto condição crônica, denota cuidados contínuos e é uma intervenção essencial para a saúde materna e neonatal (BLACK et al., 2016), pois, até as recomendações e aconselhamentos dietéticos no período pré-concepcional podem reduzir malformações congênitas e mortalidade perinatal (LASSI; BHUTTA, 2013). Quando diagnosticado o diabetes *mellitus* gestacional, o aconselhamento dietético e o tratamento medicamentoso com controle ótimo da glicemia reduz macrosomia fetal, morbidade e mortalidade perinatal (ALWAN; TUFFNELL; WEST, 2009; LASSI; BHUTTA, 2013; SYED et al., 2011).

O diagnóstico do diabetes na gestação, para que 100% dos casos sejam detectados, é feito através do exame de glicemia de jejum e do teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g de glicose (TOTG) (OPAS et al., 2016). Embora a realização do TOTG, em todas as gestantes, seja preconizada pelo MS (BRASIL, 2013b; 2016a), no instrumento não constavam perguntas acerca da solicitação dele no pré-natal. Já a glicemia de jejum tem potencial para elevada realização pelas gestantes, pois, 98,7% das equipes responderam que o solicitam e é realizado pela rede de saúde.

Quando as medidas dietéticas e exercícios não conseguem manter as glicemias nos níveis desejados, a insulinoterapia é o tratamento padrão para o diabetes gestacional e as insulinas humanas, NPH e regular, são as mais recomendadas pela sua demonstrada eficácia e segurança (SBD, 2014-2015), porém, das unidades de saúde que dispensam medicamentos, somente 40,6% dispunham de insulina NPH e 31,5% de insulina regular o que pode representar dificuldades no acesso à esse tratamento pelas gestantes.

Além disso, por não conter perguntas no instrumento para a equipe, não foi possível identificar se a equipe realiza ações de promoção da alimentação saudável, segurança alimentar (BRASIL, 2013b; 2016a; WHO, 2016) ou se há oferta de aconselhamento dietético para gestantes, considerando que a gravidez demanda orientações específicas, sobretudo, quando detectadas alterações que necessitam de intervenções direcionadas, por exemplo, quando diagnosticado diabetes gestacional ou em casos de desnutrição (GÜLMEZOGLU et al., 2016).

Porém, vale ressaltar que 90,2% das mulheres entrevistadas referiram ter recebido no pré-natal orientação sobre alimentação e ganho de peso, proporção superior à encontrada por Tomasi et al. (2017) (88,9%) entre as mulheres entrevistadas sobre o cuidado pré-natal, em âmbito nacional, no primeiro ciclo do PMAQ.

O rastreamento de complicações da gravidez é essencial para a saúde materna e neonatal e deve ser realizado na ABS (BLACK et al, 2016). Durante o cuidado pré-natal, o MS recomenda a avaliação do risco gestacional em todas as consultas e em todos os serviços que atendam as gestantes (BRASIL, 2011b; 2013b; 2016a), no entanto, somente 67,1% das equipes entrevistadas referiram utilizar protocolo para estratificação de risco no pré-natal, evidenciando potencial para falhas na assistência.

Na ausência de protocolos elaborados especificamente para cada município, região de saúde ou estado, as equipes podem utilizar as diretrizes do MS (BRASIL, 2013b; 2016a), porém, para avaliação do risco gestacional na ABS, as equipes devem acolher as gestantes, realizar entrevistas, exame físico geral e específico, solicitar e analisar resultados de exames, o que torna essencial ter a estrutura e o processo de trabalho adequados para o cuidado pré-natal.

Cabe lembrar que somente 37,3% das equipes referiram ter protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação, mesmo a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) tendo desenvolvido a ficha de ‘Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco da Gestante – Atenção Básica’ (ANEXO A). Ter o protocolo não implica em utilizá-lo, no entanto, essa pode ser uma ferramenta determinante para a qualificação e gestão do cuidado, subsidiando a tomada de decisões (BRASIL, 2016a).

No Piauí, no ano de 2015, o câncer do colo do útero representou a segunda maior taxa de mortalidade por câncer entre as mulheres, com 7,75 óbitos por 100.000 mulheres (INCA, 2018) e estima-se que, em 2018, ocorrerão 430 casos novos da doença, sendo a segunda

neoplasia mais incidente nas mulheres (INCA, 2017), no entanto, esse tipo de câncer é um dos que apresentam maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Assim, o exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras deve ser realizado periodicamente em mulheres de 25 a 64 anos, que já tiveram ou têm atividade sexual, com intervalo de um ano nos dois primeiros exames e, se ambos os resultados forem negativos, a cada três anos, sendo oportuna sua realização no momento da consulta pré-natal (INCA, 2016).

No ano de 2014, a razão ‘exames citopatológicos/população-alvo’ foi de 0,14 no Piauí, sendo que, o desejável, para que 100% das mulheres na faixa etária recomendada fossem rastreadas ao final desse período, era uma razão de 0,3 por ano,⁷.

Esse dado pode estar relacionado à disponibilidade dos equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização do exame citopatológico do colo do útero na ABS. Das unidades avaliadas 66,1% possuíam todos os itens, sendo que, a menor frequência foi da mesa para exame ginecológico (80,2%), achando-se 156 unidades de saúde sem esse equipamento.

Ressalta-se que 35 unidades de saúde não possuíam nem mesa para exame ginecológico, nem mesa para exame clínico, ficando a indagação sobre como procedem as equipes que nelas trabalham para examinar os usuários.

Entre as equipes, 88,2% referiram realizar coleta de exame citopatológico e é pertinente observar que, em 8,1% (n=42) das unidades de saúde que possuíam estrutura adequada para a coleta desse exame, as equipes nelas alocadas não o realizava.

Ainda, entre as mulheres entrevistadas, 54,0% responderam que realizaram o exame citopatológico do colo do útero durante a gravidez e 69,8% que foram orientadas pelos profissionais de saúde da equipe sobre a importância do exame preventivo do câncer do colo do útero e quando deveriam fazer o próximo. Tomasi et al. (2017) encontraram proporção inferior em âmbito nacional no primeiro ciclo do PMAQ com 65,8% das mulheres que receberam essa orientação e 44,7% que realizaram o exame durante o pré-natal.

É importante salientar que a não realização desse exame no pré-natal não implica necessariamente em falhas na assistência, uma vez que a gestante pode ter realizado o último exame ainda dentro do intervalo recomendado ou não possuir a idade recomendada para o início do rastreamento.

---

⁷ Razão calculada com base nos dados disponíveis no Sistema de Informação do câncer do colo do útero (SISCOLO) e projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2013 do IBGE. Disponíveis em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>> e <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

Nas unidades de saúde onde existe estrutura para a realização do exame citopatológico do colo do útero, mas, a equipe não o realiza, pode faltar profissionais de saúde capacitados para a coleta, sendo que, dos profissionais das equipes que realizam o exame citopatológico do colo do útero, 1,2% são técnicos em enfermagem, 9,9% são médicos e 96,6% são enfermeiros. Portanto, a capacitação de técnicos em enfermagem para a realização desse exame pode ampliar a cobertura no estado do Piauí.

Ainda, 26,6% das equipes que referem realizar a coleta desse exame estão alocadas em unidades de saúde com estrutura inadequada para a realização do exame citopatológico do colo do útero o que pode indicar uma oferta intermitente desse exame, prejudicando a continuidade do cuidado. Assim, observa-se, mais uma vez, fragilidades na integralidade do cuidado e, também, na humanização, especialmente, pela quantidade de unidades de saúde que não possuem os equipamentos para o exame ginecológico que poderiam proporcionar uma atenção de melhor qualidade, com maior conforto e satisfação das mulheres.

Tomasi et al. (2015) encontraram adequação da estrutura para a realização do exame citopatológico do colo do útero em 49% das unidades de saúde de todo o Brasil, no primeiro ciclo do PMAQ-AB, e sugerem que há limites no rastreamento do câncer cérvico-uterino, devido ao baixo seguimento dos critérios e à oferta irregular do exame.

A mesa para exame ginecológico, o foco de luz, o espéculo e a lâmina também podem ser utilizados na investigação de infecções sexualmente transmissíveis (IST), candidíase e vaginose bacteriana. A prevenção, detecção e tratamento de infecções do sistema reprodutor são intervenções essenciais para a saúde reprodutiva (BLACK et al., 2016) e merecem especial atenção no cuidado pré-natal, pois, além de sofrimento nas mulheres, podem resultar em desfechos perinatais negativos (BRASIL, 2015g).

Uma pequena quantidade de evidências sugerem que o rastreamento e programas de tratamento de infecções do sistema reprodutor no pré-natal podem reduzir prematuridade e baixo peso ao nascer (BHUTTA et al., 2014), mas, o MS recomenda avaliação conforme necessidade, orientada pela história e queixa da gestante (BRASIL, 2013b; 2016a), sendo que, no presente estudo, 37,9% das gestantes relataram que realizaram exame ginecológico durante o pré-natal.

Infecções por candidíase e vaginose bacteriana facilitam a transmissão de outras IST, inclusive HIV (KINUTHIA et al., 2015; RATHOD et al., 2012), e a vaginose bacteriana tem sido associada à abortos espontâneos, parto prematuro e infecção pós-parto (NELSON et al., 2015), portanto, são necessários esforços para diagnosticá-la e tratá-la adequadamente.

Para o diagnóstico diferencial das infecções do sistema reprodutor o MS recomenda a análise do conteúdo vaginal por microscopia, teste de pH ou KOH (BRASIL, 2016a), no entanto, no instrumento, a pergunta acerca da disponibilidade de microscópio era direcionada às regiões que são endêmicas para malária e não havia questões referentes à realização da microscopia para esses casos, disponibilidade de material para os testes de pH ou KOH e realização desses testes pela equipe.

É relevante apontar que o instrumento da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB não trouxe questões sobre a abordagem das parcerias das gestantes pelas equipes quanto ao rastreamento, diagnóstico e tratamento da sífilis, HIV e outras IST.

Para prevenção de IST ou reinfeção por IST já tratada durante a gestação é recomendado o uso de preservativos, que também são uma opção de método contraceptivo no planejamento reprodutivo após o parto (BRASIL, 2013b). O fornecimento de preservativos é considerado uma intervenção essencial para a saúde reprodutiva e deve ser um cuidado de rotina (BLACK et al., 2016).

Apesar disso, 41,4% (n=326) das unidades de saúde não dispunham de preservativos femininos, 90 unidades não dispunham de preservativos masculinos e 79 não dispunham de preservativos. Menor disponibilidade de preservativos femininos em relação aos masculinos também foi identificada em serviços de atenção primária do Estado de São Paulo onde 31,6% e 94,9% dispunham de preservativos femininos e masculinos, respectivamente (NASSER et al., 2017).

O fornecimento de preservativos masculinos em conjunto com os femininos pode aumentar o número de relações sexuais protegidas (KALCKMANN; FARIAS; CARVALHEIRO, 2009) e a obtenção gratuita de preservativos está associada ao seu uso regular (DOURADO et al., 2015). Ainda, o preservativo feminino amplia as opções de proteção das mulheres diante da epidemia de HIV/Aids e das IST, por ser um método iniciado por elas (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010).

No Brasil, o suprimento de preservativos femininos é feito pelo MS e os estados e municípios podem complementar seu abastecimento, entretanto, a ausência de logística específica para sua distribuição, a escassez de protocolos para sua oferta e acompanhamento do uso, as irregularidades nas remessas do MS e nas compras pelos estados e municípios e a estagnação da formação de profissionais da saúde para promover seu uso, podem contribuir para um uso pouco frequente desse método e, portanto, para uma menor disponibilidade desse insumo (NEPO; ABIA; UNFPA, 2011) sob o entendimento de que há baixa demanda (ANDRADE et al., 2015).

A disponibilização do preservativo feminino nos serviços de saúde geram uma demanda inicial indicando que as mulheres estão dispostas a conhecer métodos alternativos para a contracepção e prevenção de IST/Aids, o que mostra que haverá pessoas dispostas à utilizá-los se eles forem fornecidos pelos serviços de saúde (KALCKMANN; FARIAS; CARVALHEIRO, 2009). Porém, a aceitabilidade e continuidade do uso de um determinado método contraceptivo também depende da oferta contínua de atividades educativas que dialoguem sobre as dificuldades que surgem com o uso e que considerem os aspectos das relações de gênero (KALCKMANN, 2013).

O MS preconiza a realização de ações educativas no pré-natal, sejam elas individuais ou coletivas, afim de orientar e informar às gestantes sobre as mudanças fisiológicas da gestação, importância do pré-natal, cuidados de higiene, cuidados com a alimentação, saúde sexual e reprodutiva, prática de atividades físicas ou corporais, violência baseada no gênero, direitos das gestantes, puérperas e pais, exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, sinais de alerta, preparação para o parto e aleitamento materno (BRASIL, 2013b; 2016a).

As ações educativas são essenciais para a saúde reprodutiva, materna e infantil, através delas se espera estimular determinados comportamentos e seus efeitos estão relacionados no LiST⁸ (BLACK et al., 2016).

A OMS também recomenda a implementação da mobilização comunitária através de ciclos participativos de aprendizagem facilitada e de ação (PLA)⁹, nos quais mulheres possam receber apoio e tenham oportunidade de discutir suas necessidades durante a gravidez, inclusive quanto às barreiras para o acesso aos cuidados de saúde, principalmente em áreas rurais e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (WHO, 2016).

Por meio dos dados gerados pelos instrumentos, foi possível conhecer se as equipes ofertavam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno) (80,1%), para mulheres (câncer do colo do útero e de mama) (78,2%), para o planejamento familiar (63,7%) e, ainda, 64,0% referiram realizar estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Observa-se que a forma como foram escritas as questões referentes às ações educativas para mulheres e para gestantes e puérperas, transcritas aqui de forma literal ao que

---

⁸ A *Lives Saved Tool* (LiST) é um instrumento que estima o impacto da ampliação de intervenções em saúde e nutrição na saúde materna, neonatal e infantil e em natimortos. Disponível em: <<http://livessavedtool.org/how-list-works#WhatIsLiST>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

⁹ *Participatory Learning and Action* (PLA).

consta no instrumento, com câncer do colo do útero e de mama e aleitamento materno entre parênteses, não permitiu uma definição clara do que seria esperado que as equipes abordassem em cada uma dessas atividades.

A saúde sexual exige uma abordagem ampla, pois, não se trata de mera ausência de doenças, e é um tema importante a ser incorporado pela ABS para contribuir com melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas (BRASIL, 2013g). Ela requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto da possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência e, para alcançá-la e mantê-la, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1995).

Na ABS as ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva tendem a focar na mulher, mais especificamente, no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção do câncer do colo do útero e de mama, no entanto, é preciso avançar ampliando a abordagem para os homens e promovendo sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013g).

As menores frequências de oferta de ações educativas para a saúde sexual e reprodutiva em relação às ações para gestantes e puérperas (aleitamento materno), encontradas nesse estudo, podem confirmar essa tendência, demonstrando, também, resquícios das políticas para mulheres focadas no bem-estar da criança.

Isso sugere que são necessárias ações que incentivem e renovem o uso dessas tecnologias pelas equipes de saúde, pois, a saúde sexual e reprodutiva é um Direito Humano (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1995) e o acesso e disponibilidade de planejamento reprodutivo de boa qualidade é um dos determinantes na redução das mortes maternas (FILIPPI et al, 2016).

Para Viellas et al. (2014), a melhoria da assistência pré-natal depende de outras ações, como o planejamento reprodutivo, pois, mais da metade das mulheres entrevistadas na pesquisa Nascer no Brasil referiram que não desejavam engravidar naquele momento e essas mulheres, com gestações não desejadas, bem como as mulheres sem companheiro, apresentaram menor cobertura e início mais tardio do pré-natal, referindo como motivo para tal problemas pessoais, sendo que, o planejamento reprodutivo pode evitar gravidez não planejada, permitir um maior espaçamento entre as gestações e evitar gestações em mulheres de maior risco reprodutivo (DOMINGUES et al., 2013).

O planejamento familiar, no Brasil, é regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 em que estão previstas a assistência à concepção e contracepção, o

atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. Essa lei define que o planejamento familiar deve ser orientado por ações preventivas e educativas e pelo acesso igualitário à informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regular a fecundidade, subsidiados pelo SUS, e proíbe a utilização dessas ações para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Atualmente, se considera o termo planejamento reprodutivo mais adequado que planejamento familiar, pois, o planejamento reprodutivo pode ser realizado pelo homem e pela mulher, separadamente, independentemente de estar em uma união estável e mesmo quando esses não querem instituir uma família. A saúde reprodutiva se relaciona com o acesso ao planejamento reprodutivo, inclui a saúde sexual e deve ser promovida pela ABS (BRASIL, 2013g).

Nesse estudo se identificou que, das 82,5% unidades de saúde que dispensam medicamentos, 60,4% dispunham de contraceptivos compatíveis com a amamentação, 21,4% contraceptivos de emergência e somente 6,7% DIU em concordância com 4,5% de equipes que inserem DIU. Esses dados revelam a escassez de recursos para a concretização do planejamento reprodutivo, o que pode contribuir com a limitada oferta de ações de planejamento familiar relatada pelas equipes.

No contexto da maternidade, a oferta de ações para o planejamento reprodutivo deve ocorrer no puerpério. O MS recomenda que a equipe de Atenção Básica agende o primeiro atendimento no momento da alta da maternidade, realize uma visita domiciliar para a mãe e o bebê logo na primeira semana após a alta da maternidade e realize uma consulta de puerpério até 42 dias após o parto. O objetivo, além de orientar o planejamento reprodutivo, é avaliar a saúde da mulher e do bebê, orientar os cuidados com o recém-nascido, avaliar a interação da mãe com o recém-nascido, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las e orientar e apoiar a família para a amamentação (BRASIL, 2013b; 2016a).

Entre as equipes entrevistadas, 88,2% referiram realizar a consulta de puerpério até 10 dias após o parto, sendo que, é necessário conhecer os motivos da não realização dessa atividade, baseada predominantemente no uso de tecnologias leves, por parte de 102 equipes de saúde e sensibilizar as equipes para sua realização. Ainda, para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto, cerca de 80% das equipes referiram lançar mão da visita domiciliar, estratégia recomendada pelo MS (BRASIL, 2016a).

Além disso, 55,6% das mulheres entrevistadas referiram ter feito consulta de revisão do parto (consulta de puerpério), dessas, 29,5% disseram que essa consulta ocorreu em até 10 dias após o parto. Esses dados corroboram com a necessidade de ampliar essa ação.

A realização das consultas de puerpério pode ser afetada por falhas na comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção, uma vez que, quando perguntado sobre as estratégias para monitoramento das gestantes que tiveram o parto, somente 2,7% das equipes referiram receber a contra-referência da maternidade, sendo incipiente a quantidade de equipes que possuem estratégias para esse monitoramento.

A ausência de comunicação entre os diferentes pontos de atenção afeta a coordenação do cuidado, portanto, é necessário estabelecer um sistema de comunicação efetivo que permita o compartilhamento de informações importantes a respeito das usuárias, favorecendo seu acompanhamento ao longo do tempo.

Outro dado que revela possíveis fragilidades na coordenação do cuidado e na longitudinalidade foi o fato de 93,1% das equipes possuírem o registro de todas as gestantes do seu território, contudo, apenas 49,5% mantém o registro das gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.

Embora ter o registro e manter o registro não implique em efetivamente acompanhar as gestantes, essa informação sugere que, quando encaminhadas para outros pontos de atenção da rede, as equipes de ABS deixam de se responsabilizar pelas gestantes, o que pode acarretar quebras no vínculo, dificuldades em se restabelecer o acompanhamento e, mais uma vez, prejuízos para a integralidade do cuidado, uma vez que as gestantes podem possuir outras necessidades de saúde, para além das que motivaram o encaminhamento.

Nesse sentido, indentificou-se nesse estudo que 50,2% das mulheres entrevistadas receberam informação sobre a maternidade onde seria o parto, o que pode obstaculizar o acesso das gestantes aos serviços onde ocorrerá o parto e, com isso, colocar em risco a saúde da gestante e do bebê, levando à peregrinação em busca por vagas nas maternidades, o que está associado à desfechos maternos e perinatais negativos (DIAS et al., 2014; LANSKY et al., 2014; VIELLAS et al., 2014).

Viellas et al. (2014) identificaram que as mulheres residentes no Nordeste estavam entre as que menos relataram ter recebido essa orientação e estudos locais também identificaram baixa adequação dessa orientação (DOMIGUES et al., 2012; POLGLIANE et al., 2014) o que revela que o direito das gestantes assistidas pelo SUS à vinculação com a maternidade na qual será realizado o seu parto não tem se efetivado (BRASIL, 2007).

Quanto as ações educativas e de promoção da saúde para gestantes e puérperas (aleitamento materno), ainda que se pense ser essa uma prática rotineira nos serviços de ABS, 172 equipes referiram não realizá-la, lembrando que aqui estão retratadas apenas as equipes que participaram da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB e, portanto, tendem a possuir estrutura e processo de trabalho mais adequados.

Ainda, das mulheres entrevistadas, 42,1% referiram ter participado de algum grupo ou atividade educativa no pré-natal e 55,3% disseram que receberam orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas ou atividade educativa (palestra, oficina) voltada para a gestante. Esses dados sugerem ser necessário sensibilizar e incentivar as equipes para a realização de ações educativas voltadas para as gestantes e puérperas, o que pode ser feito através da promoção de formação complementar para os trabalhadores da saúde e utilização de protocolos que orientam essas ações.

Niquini et al. (2010) também identificaram baixa proporção de gestantes que sabiam da realização de atividades em grupo em unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro, embora houvesse estrutura para atividades em grupo e as equipes referissem realizá-las, sugerindo que as ações ofertadas podem ser esporádicas ou que sua divulgação é inadequada.

Nesse seguimento, a educação ou suporte ao aleitamento materno, ou a combinação de ambos, melhora as taxas de aleitamento materno exclusivo (HAROON et al., 2013), sendo que, a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e o aleitamento materno (AM) até dois anos ou mais (WHO, 2001).

Entre as mulheres entrevistadas, 91,9% responderam que foram orientadas durante o pré-natal sobre amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses, dado semelhante ao encontrado por Tomasi et al. (2017), em âmbito nacional, no primeiro ciclo do PMAQ-AB (91,0%). Já, Viellas et al, 2014, identificaram que 70,6% das puérperas entrevistadas no Nordeste referiram ter recebido orientações sobre aleitamento materno no pré-natal e consideraram insuficiente o papel do pré-natal no preparo das mulheres para o parto e amamentação no Brasil.

Apesar da proporção de mulheres que relataram ter recebido orientação sobre aleitamento materno exclusivo, é preciso conhecer a prevalência do aleitamento materno no Piauí e avaliar se as estratégias educativas alcançam seus objetivos.

Para conhecer a prevalência do AM, no Brasil, são necessários estudos amostrais e o último estudo encontrado sobre o Piauí foi realizado em 2006, no qual, as probabilidades encontradas para crianças menores de um ano foram de 16% para o AME, 18% para AM

predominante na idade de 180 dias e 58% para AM aos 361 dias, com duração mediana de 67 dias para o AME e 200 dias para AM, concluindo que essas prevalências estão distantes das recomendações e que é necessário priorizar ações voltadas para o aleitamento no estado. (RAMOS et al., 2008).

Ao se analisar as unidades de saúde que dispõem medicamentos para a população (n=650) quanto a disponibilidade de medicamentos da relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal (BRASIL, 2016a, p.117) contidos no instrumento da avaliação externa, encontrou-se que somente 8 unidades possuíam todos os medicamentos observados.

Diante disso, são necessários estudos para conhecer o acesso das mulheres aos medicamentos identificando possíveis barreiras e buscando estratégias para superá-las.

Para Gondim et al. (2011) os municípios incorrem em conduta ilícita, violando o direito à saúde, quando negligenciam a obrigação de fornecer medicamentos essenciais a quem deles necessitar, pondo em perigo, por vezes, a vida das cidadãs. Esses pesquisadores atribuem à disponibilidade insuficiente dos medicamentos essenciais na atenção pré-natal as falhas no abastecimento ocasionadas por falta de planejamento e programação dos medicamentos, controle de estoque deficiente em algumas farmácias e migração de usuários entre as farmácias, ocasionando um descontrole da programação anteriormente feita.

Para a discussão dos resultados da Razão de Prevalência (RP), é importante levar em conta algumas características do estado do Piauí. A capital Teresina, com mais de 800.000 habitantes incluiu apenas 15 das 225 equipes de ABS da cidade (6,7%) no PMAQ-AB, o que implica que o município com o maior IDHm do estado (0,751) e, portanto, com maiores probabilidades de oferecer estrutura e serviços de saúde mais adequados, teve baixa participação no programa, causando um viés de análise geral das equipes estado, diluindo as prevalências para os outros municípios.

Além disso, o segundo município mais populoso do estado que é Parnaíba, é o único município na faixa populacional de 100.000 a 500.000 habitantes o que também compromete estatisticamente a avaliação da prevalência das variáveis nessa faixa e também dilui as prevalências pelas faixas mais baixas (PNUD; IPEA; FJP, 2013).

Com relação à estrutura adequada para o cuidado pré-natal, entre as unidades de saúde avaliadas no Piauí, a região que menos apresentou prevalência foi o Meio norte, região na qual Teresina está situada, e a região dos Cerrados apresentou uma prevalência 5,5 vezes maior, fato que pode demonstrar os reflexos do crescimento econômico da nova região agrícola do estado, que possui municípios com alto Produto Interno Bruto (PIB) em

decorrência do agronegócio, com maiores investimentos na estrutura das unidades de saúde locais (PEREIRA, 2016).

Com relação às estruturas adequadas e os quartis de IDHm, fica claro que a ausência das unidades de saúde da capital refletiu no aumento da prevalência do 3º quartil em mais de 3 vezes a prevalência do 4º quartil e quando se examina as faixas populacionais, os municípios da faixa de 5.000 a 10.000 habitantes se sobressaem, evidenciando uma organização melhor dessas unidades de saúde para o cuidado pré-natal.

Com relação ao suprimento de imunobiológicos nas unidades, quando divididos por região, a prevalência maior também se mantém nas unidades de saúde dos Cerrados, contrário da prevalência no Meio norte, mais uma afetada pela ausência das unidades de saúde da capital no programa.

Deve-se considerar que nas macrorregiões Meio norte e Litoral, há um fluxo intenso de pacientes para os municípios de referência Teresina e Parnaíba, respectivamente. Isso pode explicar o baixo investimento na ABS nos municípios dessas macrorregiões, uma vez que, na ocorrência de algum agravo, os pacientes são encaminhados para Teresina ou Parnaíba.

Ainda, sinaliza-se uma possível falta de investimento na ABS por parte desses municípios de referência relacionada à um modelo de atenção à saúde médico-centrado e hospitalocêntrico incitado pela disponibilidade de equipamentos na saúde altamente especializados tanto públicos quanto privados (BRASIL, 2015d; PETERSEN, 2017).

Na distribuição das unidades de saúde adequadas quanto à disponibilidade das vacinas, nas prevalências por faixas populacionais, percebe-se um aumento nos municípios menores e outro nos municípios maiores de 50.000 a 500.000 habitantes. Isso pode evidenciar uma concepção de ABS das gestões nos municípios de menor porte que prioriza as ações preventivas como a vacinação, caracterizando uma atenção que objetiva oferecer a cesta básica de cuidados (BANDEIRA, 2016), mas, também, evidencia o sucesso da implantação do Programa Nacional de Imunizações ao demonstrar sua capilaridade. Já nos municípios de maior porte populacional, a maior prevalência pode indicar melhor estrutura para conservação adequada desses insumos.

Ao analisar os dados de prevalência de unidades de saúde com estrutura adequada para realização do exame citopatológico do colo do útero e acompanhamento clínico-obstétrico, verificou-se uma maior Razão de Prevalência para a macrorregião do Semiárido, o que pode evidenciar que foram realizados investimentos para atender localmente essa necessidade de saúde da população por essa ser uma região distante dos municípios referência já citados, evitando, desse modo, depender de marcação de coleta e transporte das usuárias (PASSOS,

2018). Como era esperado, as equipes de municípios de quartis 3 e 4 do IDHm apresentaram maior prevalência de adequação para o citopatológico, uma vez que possuem melhores condições para equiparem as suas unidades de saúde. Ainda, essa prevalência foi maior nas equipes que não atendem população rural, o que pode indicar menor acesso da população rural à esse procedimento.

Com relação ao processo de trabalho adequado, solicitação de exames e à realização do exame citopatológico as regiões com melhores estruturas, Semiárido e Cerrados apresentaram maiores índices de prevalência, evidenciando que o processo de trabalho ocorre quando há a estrutura necessária para tal disponível.

Esse estudo teve como limite a utilização de dados secundários, uma vez que os desfechos analisados foram construídos com base nas informações geradas a partir da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB e, também, o fato das mulheres entrevistadas não constituírem uma amostra representativa e, portanto, as informações coletadas não podem ser generalizadas.

Deve-se considerar possíveis vieses por incongruências nas respostas das equipes que, focadas na certificação que receberiam no programa, podem ter superestimado suas respostas, viés de memória por parte das usuárias que responderam ao módulo III por serem incluídas gestantes ou mulheres com filhos de 2 anos ou menos e, também, viés por superestimação dos cuidados recebidos referidos pelas usuárias por essas serem instigadas pelas equipes para proceder dessa forma.

Observa-se que, da forma como a avaliação externa ocorreu nos três primeiros ciclos do PMAQ-AB, não foi possível conhecer o cuidado pré-natal recebido pelas usuárias que não utilizam os serviços de ABS.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O cuidado pré-natal na ABS tem potencial para prevenir, monitorar, diagnosticar, controlar e tratar doenças e problemas de saúde durante a gestação e promover saúde, levando à redução da morbimortalidade materna e promovendo qualidade de vida.

A partir dos dados apresentados nesse estudo, é possível inferir que o cuidado pré-natal na ABS do Piauí encontra-se parcialmente implantado, na medida em que alcançou ampla cobertura, mas a oferta das ações ocorre de maneira bastante heterogênea e, ainda, há desafios quanto à oferta do conjunto das ações preconizadas, afetando, desse modo, o acesso e a integralidade do cuidado. Soma-se à isso a possibilidade das equipes e unidades de saúde aqui avaliadas possuírem melhor estrutura e processo de trabalho do que as equipes e unidades de saúde que não participam do PMAQ-AB.

De modo geral, a disponibilidade de equipamentos e materiais para o acompanhamento clínico-obstétrico e para a realização do exame citopatológico do colo do útero foi elevada, porém, chama a atenção a quantidade de unidades de saúde que ainda não possuem balança antropométrica e mesa para exame ginecológico, equipamentos essenciais para a realização de procedimentos mínimos na ABS.

Já a disponibilidade dos insumos foi insuficiente, o que pode implicar em oferta intermitente de alguns cuidados e, portanto, em barreiras de acesso ao cuidado pré-natal, sobretudo, quanto à baixa disponibilidade dos testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV.

A macrorregião dos Cerrados se destacou quanto à adequação da estrutura para o cuidado pré-natal, o que pode ser reflexo de seu desenvolvimento econômico nos últimos anos. Em relação à adequação dos equipamentos e materiais para a realização de procedimentos clínicos-obstétricos e suprimento de vacinas, as unidades de saúde dos municípios com maior IDHm são mais prevalentes denotando possíveis desigualdades no acesso aos serviços de saúde no estado.

Instalações precárias, ausência de consultórios que propiciem privacidade, falta de equipamentos, materiais e insumos propiciam desumanização da atenção, repercutem negativamente no processo de trabalho e comprometem a qualidade da assistência e o alcance de seus objetivos (OLIVEIRA et al., 2013; TRAD; ROCHA, 2011).

Assim, a aquisição desses equipamentos para as unidades de saúde que ainda não os possuem, bem como, o suprimento dos serviços com os testes rápidos são inproteláveis para que se possa ofertar um cuidado pré-natal que alcance os efeitos desejados. Sugere-se a oferta de apoio institucional para que as equipes possam planejar a reposição adequada dos insumos,

de acordo com a demanda dos serviços de saúde, porém, serão necessários esforços das gestões para abastecer os serviços conforme o planejado.

Da mesma forma, no processo de trabalho das equipes, as ações de rotina preconizadas para o pré-natal parecem bem estabelecidas, no entanto, quando analisado o conjunto das ações, observa-se baixa adequação. As ações que dependem predominantemente da iniciativa dos profissionais, como ações educativas e busca ativa, e que detêm potencial para fortalecer o vínculo entre os trabalhadores da saúde e as gestantes, tiveram menores proporções que as ações relacionadas ao uso de recursos técnico-científicos, porém, ressalta-se que pouco mais da metade das equipes relataram utilizar protocolos para estratificação de risco no pré-natal.

Com isso, sugere-se que as equipes sejam estimuladas e preparadas para ampliar a oferta de ações que utilizem as tecnologias leves do cuidado de maneira inovadora, incluindo a visita domiciliar, e o estabelecimento de protocolos ou adesão à protocolos já definidos para avaliação de risco gestacional como a ficha de ‘Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco da Gestante – Atenção Básica’ da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (ANEXO A) ou o protocolo do MS (BRASIL, 2016a).

Considerando a adequação do processo de trabalho são mais prevalentes as equipes das macrorregiões com maior prevalência de estruturas adequadas e quando analisada a solicitação de exames, as equipes com maior IDHm e que não atendem população rural são mais prevalentes, possivelmente, pela dependência desse procedimento da disponibilidade de serviços em outros pontos da rede de atenção, mostrando, mais uma vez, possíveis desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Os cuidados recebidos no pré-natal referidos pelas mulheres entrevistadas corroboram com o estabelecimento das ações de rotina preconizadas para o pré-natal, todavia, observa-se menores proporções para o exame das mamas e da boca, que necessitam ser incorporados no acompanhamento clínico-obstétrico. Também corroboram com a necessidade de se ampliar as ações educativas, pois, pouco mais da metade das mulheres entrevistadas disseram ter sido informadas sobre ou ter participado de grupos ou atividades educativas voltadas para gestantes.

Ainda, através dos relatos das mulheres se evidenciam falhas no estabelecimento e na comunicação na rede de atenção, pois, pouco mais da metade receberam orientação sobre qual maternidade procurar para o parto e realizaram consulta de puerpério, o que afeta a coordenação do cuidado e a longitudinalidade.

Nesse sentido, também é preocupante o relato das equipes que, de modo geral, não recebem contra-referência das maternidades sobre as gestantes que pariram e do baixo retorno

dos resultados dos exames realizados pelas gestantes no pré-natal, impossibilitando as intervenções necessárias.

Assim, são necessários estudos que avaliem a rede de atenção envolvida no cuidado pré-natal para conhecer a capacidade instalada da rede, incluindo o apoio laboratorial, e reconhecer os nós da assistência nos diferentes pontos de atenção. Desse modo, será possível propor estratégias que viabilizem a comunicação entre os serviços de saúde, incluindo o retorno para a ABS dos resultados dos exames realizados pelas gestantes, em tempo oportuno, a realização de exames complementares quando necessário, a organização do fluxo das gestantes na rede de maneira a ampliar o acesso e otimizar o uso dos recursos e identificar onde é necessário expandir a oferta de serviços.

Sugere-se, também, o estabelecimento de fluxogramas locais, regionais e estadual que incluam todos os pontos da rede de atenção envolvidos no cuidado pré-natal (exames bioquímicos, exames de imagem, atendimentos especializados) e não somente os serviços para encaminhamento de gestantes para o pré-natal de alto risco ou para o parto. Estabelecido esse fluxograma, será necessário empenho das gestões para fazê-lo se concretizar.

Vale lembrar que a dificuldade relatada pelas equipes de receber os exames em tempo oportuno somada à baixa disponibilidade de penicilina G benzatina nas unidades de saúde e à baixa proporção de equipes que realizam a administração desse medicamento nas unidades de saúde favorece a ocorrência de falhas na eliminação da sífilis congênita, no Piauí. Com isso, o suprimento das unidades de saúde com testes rápidos de sífilis, a capacitação dos profissionais da saúde para a realização dos mesmos, o abastecimento das unidades com a penicilina G benzatina e encorajamento dos profissionais em administrá-la nas unidades de saúde através da adoção de protocolos para encaminhamento dos casos de alergia conhecida à este fármaco e para ações em caso de reação após a administração podem contribuir com a eliminação da sífilis congênita no estado. Essas ações podem ser operacionalizadas através da articulação entre as áreas técnicas da Saúde da Mulher e da ABS do estado e dos municípios.

Embora o exame citopatológico do colo do útero não esteja diretamente relacionado aos efeitos na saúde materna e infantil é preconizada sua realização no pré-natal, respeitando a faixa etária e os intervalos para repetição do exame recomendados. Aproveitar a oportunidade da consulta pré-natal para sua realização favorece a integralidade do cuidado, porém, para tal, é necessário que as unidades de saúde estejam sempre supridas dos insumos necessários. Cabe lembrar que a ausência da mesa para exame ginecológico pode afetar a humanização do cuidado e ser um obstáculo para a excelência na atenção prestada. Sugere-se a oferta de

treinamento para a realização do exame citopatológico do colo do útero pelos profissionais de nível médio de enfermagem da ABS afim de ampliar a cobertura.

Por fim, perante a dificuldade em se ofertar o conjunto dos cuidados pré-natais preconizados, das lacunas no suprimento de equipamentos, materiais e insumos, da problemática quanto a disponibilidade dos medicamentos essenciais para o pré-natal e das vacinas e dos obstáculos à coordenação do cuidado identificados, observa-se a predominância de uma ABS seletiva, o que requer a indução de mudanças na concepção de gestores, trabalhadores da saúde e usuários sobre o papel da ABS.

Seria oportuno realizar um levantamento acerca da participação dos enfermeiros nos cuidados pré-natais na ABS do PI, já que essa informação não pode ser obtida através da avaliação externa do PMAQ-AB. A realização do pré-natal de baixo risco por enfermeiros está legalmente prevista (BRASIL, 1987) e o direcionamento de formações complementares sobre o cuidado pré-natal para esse profissionais poderia contribuir com melhorias na qualidade da atenção.

Uma intervenção que poderia ser implementada, acompanhada e avaliada é a inserção do enfermeiro obstetra nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A partir da observação de uma experiência exitosa no Centro de Cuidados Primários de Saúde de Oeiras (Lisboa, Portugal), sugere-se a participação do enfermeiro obstetra no pré-natal a partir de, aproximadamente, 28 semanas de gestação, a fim de conferir os cuidados pré-natais até então recebidos pelas gestantes, tomar providências necessárias quando identificadas lacunas nos procedimentos ou exames preconizados, realizar atividades de preparação para o parto e recuperação do parto, dar suporte e aconselhamento em aleitamento materno, entre outras atividades que se julgar necessário e pertinente, que podem ser ofertadas individualmente ou em grupos.

Nesse sentido, a implementação de consultas compartilhadas, interconsultas, e matriciamento com profissionais especialistas, incluindo obstetras, pode beneficiar o manejo dos riscos gestacionais na ABS evitando encaminhamentos, exames e procedimentos desnecessários e aumentando a segurança nas intervenções.

Ainda, a criação de estratégias de comunicação em massa para o desenvolvimento de atividades educativas e escuta das gestantes e puérperas, como, por exemplo, o desenvolvimento de plataformas virtuais ou aplicativos, através dos quais elas possam relatar suas experiências quanto aos cuidados recebidos na gestação, no parto e no puerpério, tirar dúvidas e receber informações e aconselhamentos podem favorecer a co-responsabilização

pelos cuidados e o empoderamento das mulheres na busca pela efetivação dos seus direitos, sobretudo, em relação aos cuidados de saúde que elas e seus bebês devem receber.

Com os dados disponíveis não foi possível conhecer o processo de trabalho das equipes de ABS no que se refere à avaliação pré-concepcional (DEAN et al, 2011), à atenção às gestantes em situação de violência (BLACK et al, 2016) e ações educativas sobre o parto e os direitos das mulheres no âmbito da gestação, que são elementos importantes para a saúde sexual e reprodutiva e materna e infantil. No entanto, vale ressaltar que os dados obtidos por meio do instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB tem potencial para a avaliação do cuidado pré-natal na ABS e pode se constituir em importante ferramenta na ausência de processos avaliativos específicos para o pré-natal pelas gestões de saúde federal, estaduais e municipais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹⁰

- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ALWAN, N.; TUFFNELL, D. J.; WEST, J. Treatments for Gestational Diabetes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, CD003395.
- ANDRADE, S.S. C. et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 364-372, 2015.
- ANJOS, K. F. et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul./set. 2013.
- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.
- AROUCA, A. S. Introdução à crítica do setor saúde. **Nêmesis**, n. 1, p. 17-24, 1975.
- BANDEIRA, L. SUS 'só para mais pobres' teria menos qualidade, diz especialista. **BBC**, 02 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36379869>>. Acesso em 26 julho 2018.
- BARBOSA, R. M.; PERPÉTUO, I. H. O. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20**. Brasília: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. p. 137-155.
- BARROS, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 10, p. 1877-1889, 2010a.
- BARROS, F. C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, S3, 2010b. Supplement 1.
- BASTOS, M. L. et al. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 12, n. 8, 2017.

---

¹⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) NBR 6023 2002.

BERNARDES, A. C. et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 266, 2014.

BHUTTA, Z. A. et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **The Lancet**, v. 384, issue 9940, p. 347–370, 2014.

BHUTTA, Z. A. et al. Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost? **The Lancet**, v. 382, n. 9890, p. 452–477, 2013.

BINSTOCK, G. **Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul**: anotações para a construção de uma agenda comum. Escritório Regional da América Latina e do Caribe do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA/LACRO, 2016.

BLACK, R. E. et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages of this volume. In: BLACK, R. E. et al. (Ed.). **Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities**. 3. ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, v.2, p.1-24, 2016.

BLENCOWE, H. et al. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v. 11, S9, 2011. Supplement 3.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mai 2016b. Seção 1. p. 44.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 33. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 04 de mai de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2015d. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jul. 2005b. Seção 1, p. 25.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011b. Seção 1, p. 109.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 2015b. Seção 1, p. 668.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017c. Seção 1, p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2011d. Seção 1, p. 54.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 nov. 1998. Seção 1, p. 8.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. p.63-150.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>

>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_revisado_em_22_de_out.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Relatórios Públicos dos Sistemas da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 03 mai 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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). 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 24 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo**. Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 38 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Microdados da avaliação externa**. Brasília, 2018f. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 62 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed., 2013g. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados. **Nota técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS**. Inserção da eletroforese de hemoglobina nos exames de pré-natal – Rede Cegonha. Brasília, DF, 28 jun. 2011c. 4 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 383-7, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. p. 71. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2013a. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico HIV Aids 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a, p. 345-48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015g. 120 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. p.113.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. p. 102.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. p. 19-66.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da saúde, 2018b. p. 19-79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa**. Brasília: Ministério da Saúde, set. 2014a. 22 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. p. 77.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. p. 49-134. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de acompanhamento da gestante - SisPreNatal. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2018g. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2018h. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informação de Atenção Básica – SIAB. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Rio de Janeiro, 2018j. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações – SIPNI. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2018i. Disponível em: <<http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/coberturaVacinalCampanhaInfluenza.jsf>>. Acesso em: 09 de jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade – SIM. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2018d. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre nascidos vivos – SINASC. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2018e. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 20 p.

_____. **O Brasil e os ODM**. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 07 jun. 2018c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da

enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Seção 1, p. 8853.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Assembléia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II, artigos 196 e 198. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção 1, p. 145.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 abr 2005c. Seção 1, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Seção 1, p. 2.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 1.

_____. **Programa Mais Médicos**. 2015f. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade>>. Acesso em: 01 mar 2016.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 15, p. 1-42, 2001. Supplement 1.

CARVALHO, M. A. L. **Análise da assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do semiárido piauiense**. 2016. 90 f., 91 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016.

CARVALHO, P. M. G. **Vulnerabilidade de crianças expostas ao HIV/Aids por transmissão vertical, Piauí, Brasil**. 2015. 119 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2015.

CAVENAGHI, S. Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de las jóvenes en el Brasil: desigualdades territoriales. In: Naciones Unidas; CEPAL; CELADE. **Notas de población**. Año XL, n. 96, Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas, 2013. p. 7-52.

CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. **Service Social**, v. 41, n. 1, p. 143-163, 1992.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. p.217-238.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011c. p. 61-74.

CHRESTANI, M.A.D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, 2008.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 192, n. 2, p. 342–349, 2005.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Pequim. **Plataforma de ação**. Pequim: ONU, 1995.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 157-181.

CORREA, S. O; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

COSTA, A. M. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para um debate. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 5., 1986, Belo Horizonte. **Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), v. 2, 1986. p. 1133-43. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/402/388>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, ago. 2009.

_____. Planejamento familiar no Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 1996. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379>. Acesso em: 18 maio 2018.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1347-57, 2009. Suplemento 1.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 11, p. 563-9, 2010.

DEAN, S. V. et al. **Systematic review of preconception risks and interventions**. Karachi, Pakistan: Aga Khan University, 2011. Disponível em: <http://globalresearchnurses.tghn.org/site_media/media/articles/Preconception_Report.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DEMOGRAFIA médica no Brasil 2015. Coordenação de Mário Scheffer. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2015. 284 p.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 2, p. 101-109, 2013.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, S169–181, 2014. Suplemento 1.

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

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 140–7, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-37, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00082415, 2016.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **The Lancet**, v. 388, p. 867-8, 27, 2016.

DOURADO, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 63-88, set. 2015. Suplemento 1.

DRUMMOND, M. F. et al. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. Oxford: Oxford University Press, 4. ed. 2015. p. 464.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamamericana de Salud Publica/ PAHO Pan American Journal of Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FILIPPI, V. et al. Levels and Causes of Maternal Mortality and Morbidity. In: BLACK, R. E. et al., editors. **Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities**. 3th ed. v. 2. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2016.

FONSECA, S. C. et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, 2014.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde (Org.). **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017. Suplemento 1.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**, 2012. p. 765-93.

GIORDANO, J. C. et al. The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. **PLoS ONE**, v. 9, n. 5, e97401, 2014.

GONDIM, A. P. S. et al. Análise estrutural da atenção pré-natal e do serviço de farmácia em uma região do município de Fortaleza – CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 296-305, 2011.

GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016.

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

GRAAF, J. P.; STEEGERS, E. A. P.; BONSEL, G. J. Inequalities in perinatal and maternal health. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, n. 25, v. 2, p. 98-108, 2013.

GROEN, R. S. et al. Review: indications for ultrasound use in low and middle-income countries. **Tropical Medicine and International Health**, v. 16, n. 12, p. 1525–35, 2011.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. **American Public Health Association**, v. 103, n. 11, p. 2000-6, 2013.

GÜLMEZOĞLU, A. M. et al. Interventions to reduce maternal and newborn morbidity and mortality. In: BLACK, R. E. et al. (Ed.). **Reproductive, maternal, newborn, and child health: Disease Control Priorities**. 3 ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2016. v. 2. p.115-136.

HAROON, S. et al. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 3, p. 1-18, 2013.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.

HOLLANDA, C. B. **Gente humilde**. Rio de Janeiro: Phonogram, nº 4, 1970.

HONE T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Med**, v. 14, n. 5, e1002306, 2017.

HUSSEIN, J. et al. A review of health system infection control measures in developing countries: what can be learned to reduce maternal mortality. **Globalization and Health**, v. 7, n. 14, 2011.

IMDAD, A. et al. Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. **BMC Public Health**, v. 11, S1, 2011. Supplement 3.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2016.

_____. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 92.

_____. **Projeção da População do Brasil - 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>. Acesso em: 25 fev 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Atlas on-line de mortalidade**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2. ed., rev. atual., 2016.

_____. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017, p.80. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

KALCKMANN, S.; FARIAS, N.; CARVALHEIRO, J. R. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 132-43, 2009.

KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1145-1157, 2013.

KHAN, K.S. et al. Analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v. 367, n. 9516, p. 1066-74, 2006.

KINUTHIA, J. et al. HIV acquisition during pregnancy and postpartum is associated with genital infections and partnership characteristics. **AIDS**, v. 29, n. 15, p. 2025-33, 2015.

LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-207, 2014. Supplement 1.

LASSI, Z. S.; BHUTTA, Z. A. Risk factors and interventions related to maternal and pre-pregnancy obesity, pre-diabetes and diabetes for maternal, fetal and neonatal outcomes: a systematic review. **Expert Rev Obstet Gynecol**, v. 8, p. 639-60, 2013.

LEAL, M. C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, p. 163-174, 2016. Supplement 3.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS, 2001. p. 17 – 37.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, Millwood, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 2010.

MACINKO, J. et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Public Health Association**, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 33, 2012.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, set. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/qualidade-do-prenatal-no-brasil-pesquisa-nacional-de-saude-2013/16353?id=16353>>. Acesso em: 03 de mai de 2018.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 105, 2017.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.61-80.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Toma II, 2001.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, S193-S204, 2009. Suplemento 2.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, F. J. S; FERNANDES, R. A. Q. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 179-84, 2010.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. p. 62.

NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 77, 2017.

NELSON, D. B. et al. First trimester levels of BV-associated bacteria and risk of miscarriage among women early in pregnancy. **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, n. 12, p. 2682–87, 2015.

NIQUINI, R. P. et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. S61-S68, 2010. Suplemento 1.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO – NEPO; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. **Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira**. Brasília: UNFPA, 2011.

OLIVEIRA, A. C. M.; BARROS, A. M. R.; FERREIRA, R. C. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 11, p. 505-11, 2015.

OLIVEIRA, D. C. et al. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 446 – 454, jul/set. 2013.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) et al. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília: OPAS, 2016. p. 32.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Atención Primaria de Salud – Informe de lá Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**. Ginebra: OMS, 1978. p. 91.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

_____. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. p. 27. (Série estudos em saúde coletiva, 175).

_____. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA. **Saúde em Debate**, n. 28, p. 16-21, 1990.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1778–97, 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas**. Washington DC: PAHO, 2014.

PARTNERSHIP FOR MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH - PMNCH. **A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health**. Geneva, Switzerland: PMNCH, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21666en/s21666en.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PASSOS, L. **Luciano Nunes critica atraso nos repasses para transporte de doentes renais no Piauí**. Oitomeia, Teresina, 28 fev. 2018. Disponível em: <<https://www.oitomeia.com.br/noticias/2018/02/28/luciano-nunes-critica-atraso-nos-repasses-para-transporte-de-doentes-renais-no-piaui/>> Acesso em: 26 julho 2018.

PEÑA-ROSAS, J. P. et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2015.

PEREIRA, C. N. Matopiba: a última fronteira agrícola do mundo. **Brasil Debate**, 15 set. 2016. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/matopiba-a-ultima-fronteira-agricola-do-mundo/>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 p. Tese (concurso para obtenção do título de Professor Livre Docente) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PETERSEN, S. Especial Teresina: Polo de Saúde é referência Norte/Nordeste. **Cidade Verde**, Teresina, 16 ago. 2017. Disponível em: <<https://cidadeverde.com/vida/86137/especial-teresina-polo-de-saude-e-referencia-norte-nordeste>>. Acesso em 26 julho 2018.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí– SESAPI. **Diagnóstico Situacional da Saúde da Criança e da Mulher no Estado do Piauí** - ênfase na gestante e no recém-nascido. 2011. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/127/DIAGIN_STICO__ESTADUAL_-_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2013.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, e00133816, 2018.

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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

POLGLIANE, R. B. S., et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1753-1762, 2008.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, e534–e540, 2010.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **British Medical Journal**, v. 349, 2014.

RATHOD, S. D. et al. Epidemiologic features of vulvovaginal candidiasis among reproductive-age women in India. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, 2012.

RATZLAFF, F. R. **Detection of anti-Leishmania infantum antibody, Neospora caninum and Toxoplasma gondii in autopsied dogs in veterinary hospital UFSM**. 2016. 60 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE – RIPS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 120-121.

REIS, L. G. C; PEPE, V. L. E; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-59, 2011.

RIBEIRO, E. R. O. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 31, 2009.

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018.

ROCHA FILHO, E. A. et al. Contribution of antepartum and intrapartum hemorrhage to the burden of maternal near miss and death in a national surveillance study. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 94, n. 1, p. 50-8, 2014.

RUIZ, J. I. et al. Inequality as a Powerful Predictor of Infant and Maternal Mortality around the World. **PLoS ONE**, v.10, n. 10, 2015.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 20 fev 2016.

SANTOS NETO, E. T. et al. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 256-266, fev. 2012.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018.

SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética.**, v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, e323-33, 2014.

SECLÉN-PALACÍN, J. A. et al. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 16, n. 3, p. 149–57, 2004.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37, jan./mar. 2013.

SMALL, F.; VAZQUEZ, J. C. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, CD000490, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 50, set. 2016. Suplemento 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. **Diretrizes SBD**, São Paulo, p. 192-197, 2014-2015.

SOUSA, M. H. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. **Reproductive Health**, vol 5, n. 6, 2008.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUZA, J. P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v. 8, n. 71, 2010.

SOUZA, M. L. et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, maio/jun. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

SYED, M. et al. Effect of screening and management of diabetes during pregnancy on stillbirths. **BMC Public Health**, v. 11, S2, 2011. Supplement 3.

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.**, Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, jun. 2015.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969-80, 2011.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed**. Progress Report 2015. New York: UNICEF, sept. 2015.

_____. **The state of the world's children 2009. Maternal and newborn health**. New York: UNICEF, december 2008. p. 75. Disponível em: <<https://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Mortalidade de crianças. Infância ainda vulnerável. In: _____. **Situação da infância brasileira 2006**. Crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília: Cross Content Comunicação Integrada, 2005, p. 8-19. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_008_019_Mortalidade.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF et al. **Levels & trends in child mortality**: report 2015 estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

VENANCIO, S. I. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 3, p. 271-281, 2016.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014. Suplemento 1.

VIGNOLI, J. R. **La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Junio de 2014. Disponível em: <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/36853-la-reproduccion-la-adolescencia-sus-desigualdades-america-latina-introduccion-al>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

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

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **British Medical Journal**, v. 335, 2007.

WEHBY, G. L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 24, p. 175-188, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO et al. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis**. Geneva: World Health Organization, 2014.

_____. **Human Reproduction Programme (HRP)**. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: WHO, abril 2015. 8 p. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/>. Acesso em: 24 jun. 2018.

_____. **The optimal duration of exclusive breastfeeding a systematic review**. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.08/en/>. Acesso em: 17 jul. 2018.

_____. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016.

ZANETTE, E. et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. **Reproductive Health**, v. 11, n. 4, 2014.

Anexo

ANEXO A - Ficha de acolhimento e avaliação com classificação de risco da gestante na Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI).

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ

Ficha

01

ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE - ATENÇÃO BÁSICA

UNIDADE DE SAÚDE: _____
MUNICÍPIO: _____ Data do Atendimento: ____/____/____

I – IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE:

Nome: _____ Cor: Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( )

Família/Microárea: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Fone: _____ D. Nasc: ____/____/____ Idade: _____

Nome da mãe da Paciente: _____

II - ASSINALE COM CÍRCULO O NÚMERO CORRESPONDENTE A RESPOSTA "R"

1 -	IDADE EM ANOS	R
	Menor que 15	2
	De 15 a 19	1
	De 20 a 29	0
	De 30 a 34	1
	Maior que 34	2

2 -	GRAVIDEZ	R
	Aceita	0
	Não aceita	4

3 -	PARIDADE	R
	Nullípara	1
	De 1 a 4	0
	Mais de 4	1

4 -	RENDIA FAMILIAR	R
	Até 1 Salário mínimo	2
	De 1 a 3 Salários mínimos	1
	Mais de 3 Salários mínimos	0

5 -	ÚLTIMO PARTO	R
	Menor que 1 ano	1
	De 1 a 4 anos	0
	Mais de 4 anos	1

6 -	FATOR Rh	R
	Negativo	4
	Positivo	0

7 -	ANTEC. OBSTÉTRICOS	R
	Aborto Até 2	2
	Aborto Mais de 2	4
	Cesárea Até 2	2
	Cesárea Mais de 2	4
	Natimorto Até 2	4
	Natimorto Mais de 2	8
	Prematuro Até 2	4
	Prematuro Mais de 2	8
	Pré-eclâmpsia - Eclâmpsia	2
	Placenta prévia-DPP	2

8 -	HÁBITOS	R
	Cigarro Até 10/dia	1
	Cigarro De 10 a 19/dia	2
	Cigarro Mais de 19/dia	3
	Etilismo	4
	Drogas(cocaina, crack e outros)	8

9 -	ENFERMIDADES DE RISCO *	R
	Relação no verso	8

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		TOTAL DE PONTOS
Vermelho	Alto Risco (Tratamento especial obrigatório)	Maior que 7
Amarelo	Médio Risco (Tratamento especial recomendável)	De 4 a 7
Azul	Baixo Risco (Cuidados Gerais)	Menor que 4

TOTAL: _____

Situações Emergenciais: Eclâmpsia, Hemorragia, Vítimas de acidentes ou violência, alterações de pressão arterial ou qualquer doença que manifeste descompensação.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
(assinatura e carimbo)

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ

ENFERMIDADES DE RISCO GESTACIONAL

I - OBSTÉTRICAS E GINECOLÓGICAS

1. Ameaça de abortamento
2. Anomalias do trato genital diagnosticadas previamente, incompetência ístmocervical, malformação uterina
3. Câncer materno
4. Doença hipertensiva específica da gravidez
5. Esterilidade tratada
6. Isoimunização
7. Massa ovariana
8. Malformação congênita
9. Crescimento intra-uterino restrito
10. Polidramnia
11. Oligodramnia
12. Citologia cervical anormal
13. Complicações puerperais
14. Outras: Síndrome dos ovários policísticos, miomatose uterina, gemelidade, sangramento em qualquer fase da gravidez, idade gestacional de 41 semanas ou mais, etc...

II - MÉDICAS E CIRÚRGICAS

1. Ablação endócrina prévia
2. Diabetes mellitus
3. Doença cardíaca
4. Doença do colágeno
5. Doença renal
6. Epilepsia
7. Hemoglobinopatias
8. Hipertensão arterial crônica
9. Infecções graves (viróticas, bacterinas)
10. Patologia da tireóide
11. Problemas emocionais / transtornos mentais
12. Sorologia positiva para Sífilis e/ou HIV
13. Tuberculose
14. Hepatites, toxoplasmose, etc...
15. Varizes acentuadas
16. Outras: Obesidade, sobrepeso, etc.