**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços
de Atenção Primária à Saúde**

Nathan Aratani

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de Concentração: Política, gestão e
saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi
Tanaka.**

**São Paulo
2020**

**Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção
Primária à Saúde**

Nathan Aratani

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

**Área de Concentração: Política, gestão e
saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi
Tanaka.**

**Versão original
São Paulo
2020**

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.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo autor
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Aratani, Nathan

Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde / Nathan Aratani; orientador Oswaldo Yoshimi Tanaka. – São Paulo, 2020.
154 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

1. Avaliação em Saúde. 2. Pré-natal. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Tanaka, Oswaldo Yoshimi, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo e todos a Deus, que por tantas vezes por meio da minha fé, pude ter forças para seguir essa longa e árdua jornada.

Aos meus pais Leandra Aratani dos Santos e Plínio Carvalho dos Santos, que serviram de base desde sempre na minha vida e formação, estendo ainda os agradecimentos a minha avó (Lucieni Pedracini), avô (Nelson Aratani) e meu tio (Marcio Aratani), que dedicaram parte de suas vidas a mim. Obrigado por serem a razão de tudo, se hoje cheguei até esse momento, se deu pelos esforços que vocês também fizeram nos meus dias.

Gratidão ao meu orientador Professor Doutor Oswaldo Yoshimi Tanaka, no qual tenho enorme admiração pela sua pessoa e sua experiência. Fico honrado por poder ter compartilhado diversos momentos de aprendizado ao seu lado e que eu possa estar à altura das suas expectativas.

Obrigado aos membros da banca, que aceitaram somar esforços e contribuir com suas experiências no meu processo de formação, tenham a certeza que o convite foi direcionado a aqueles por quem tenho carinho pessoal e admiração profissional.

Não teria como nomear aqui as dezenas de pessoas que foram de tamanha importância no decorrer desse processo; sem os amigos eu seria mais fraco, talvez ficasse pelo caminho e não teria com quem compartilhar essa vitória. Aos meus amigos, Obrigado pelas energias e palavras de força!

Aratani N. Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020.

RESUMO

Introdução – As políticas públicas e programas do Ministério da Saúde brasileiro tiveram como princípio ampliar o acesso aos serviços primários de saúde, tais como ao acompanhamento pré-natal, o qual deveria ser prioritariamente orientado por equipes de estratégia de saúde da família, atuando segundo modelos alternativos de atenção à saúde, entretanto, de acordo com os indicadores de saúde, sugere-se não ter ocorrido incorporação de tais modelos alternativos de atenção ao seu processo de trabalho. É necessário ancorar a prática de serviços longitudinais de cuidado em saúde, como estímulo à superação efetiva do tão indesejado modelo hospitalocêntrico. **Objetivo** – Avaliar o acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária em Saúde. **Metodologia** – Estudo avaliativo, composto por três recortes orientado pelas premissas da Rede Cegonha. A primeira avaliação deu-se por meio do estudo ecológico de séries temporais, o qual objetivou identificar o comportamento de indicadores relacionados à atenção pré-natal no decorrer de uma década (2007 a 2017). Um rol de indicadores foi listado (matriz diagnóstica da Rede Cegonha) e os dados foram coletados nos sistemas de informação de saúde do Ministério da Saúde para todas as capitais brasileiras e no distrito federal. A análise dos dados permitiu analisar a magnitude e tendência temporais. O segundo recorte avaliativo foi substanciado pela coleta e análise de dados primários de gestantes em atendimento nos serviços de atenção especializada com o objetivo de compreender melhor como diferentes modelos de atenção primária podem influenciar na longitudinalidade do cuidado prestado. Testes de regressão logística foram executados para analisar as variáveis individuais e de serviços de atenção primária, associadas à longitudinalidade do acompanhamento pré-natal em diversos modelos de unidade básica de saúde, a saber: modelo tradicional, estratégia de saúde da família e modelos mistos. O terceiro recorte teve como meta identificar experiências exitosas que contribuíram para a qualificação da assistência pré-natal por meio de uma revisão integrativa de literatura. A revisão literária foi realizada nas bases de dados PubMed e LILACS, e buscou publicações indexadas a partir de 2006. **Resultados** – A ampliação do acesso a consultas pré-natais em 15 capitais brasileiras foi identificada durante o período de uma década; contudo, tal expansão não resultou na esperada melhoria de indicadores de morbidade por sífilis congênita e HIV (em menores de cinco anos) e de mortalidade materna e neonatal. Os aspectos que favoreceram a longitudinalidade do cuidado prestado a gestantes em diferentes tipos de unidades básicas de saúde foram: ser gestante negra ou parda em unidades de saúde da família e a escolaridade (menos de sete anos) nas unidades tradicionais. Os serviços que têm entre seu rol de práticas a visita domiciliar e a composição das equipes com agentes comunitários de saúde apresentaram maiores chances de atingir a manutenção da longitudinalidade do cuidado. Grupos de educação em saúde durante a gestação e a reestruturação dos aspectos organizacionais dos serviços prestados através da incorporação do uso de tecnologias de informação e da definição de fluxos assistenciais locais foram definidos como boas práticas e estratégias a serem adotadas pelas equipes e serviços de saúde. **Conclusões** – Equipes de estratégia de saúde da família, serviços de atenção primária e a Rede Cegonha possibilitaram avanços no acompanhamento pré-natal, com destaque para a ampliação do acesso a ele. A incorporação de práticas e modelos alternativos de atenção à saúde nos distintos serviços prestados ainda é incipiente.

Descritores: Avaliação em Saúde; Cuidado Pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde.

Aratani N. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care services [thesis].
São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020.

ABSTRACT

Introduction –The Public policies and programs developed by the Brazilian Ministry of health, such as prenatal care, should be mostly guided by teams trained in family health strategies, guided by alternative healthcare models, however, according to health indicators, it is suggested primary care services may not have added the alternative healthcare models to their work procedures. It is necessary mooring the practices in longitudinality healthcare services, for encouragement to effectively overcome the unpleasant hospital-centered.

Objective – evaluate prenatal care in Primary care services. **Methodology** – Evaluation study divided into three cuts, based by the premises by Rede Cegonha. The first evaluation was carried out by ecologically assessing temporal series, whose main aim was to identify the behavior of prenatal care-related indicators within a 10-year timeline (2007 to 2017). A group of indicators was listed (diagnosis matrix of Rede Cegonha); data collection was carried out in Ministry of Health databases, for all Brazilian state capitals and in the Federal District. Data analysis allowed analyze temporal magnitude and trend. The second evaluation cut was substantiated by the collection and analysis of primary data provided by pregnant women assisted in specialized attention services; it was done in order to better understand how different primary care models can longitudinality influence the provided. Logistic regression tests were run to analyze the individual and primary care service variables associated with longitudinality prenatal care follow-up based on different models adopted in basic healthcare units, namely: traditional model, family health strategy and mixed models. The aim of the third cut was to qualify prenatal care through a literature review, which was carried out in PubMed and LILACS databases to find publications indexed from 2006. **Results** – The access to prenatal care consultation in 15 Brazilian capitals within a 10-year timeline was broadened; however, such an expansion did not result in the expected improvement in mortality indices linked to congenital syphilis and HIV (in children younger than 5 years) and to maternal and newborn mortality. Aspects favoring the horizontality and quality of the care provided to pregnant women in different basic health unit types were: being a black or brown pregnant woman in family care units and schooling lower than seven years, in traditional units. Services that have among their list of practices home visits and community health agents in the team composition have presented greater chances to maintain horizontal care. Teams of health education during pregnancy and the restructuring of organizational aspects linked to care provided through the addition of information technologies and the definition of local assistant flows were defined as good practices and strategies to be adopted by health teams and services. **Conclusions** – Family health strategy teams, primary care services and Rede Cegonha have allowed advancements in prenatal care follow-up, with emphasis on the broader access to it. The addition of alternative healthcare practices and models in different provided services remains incipient.

Descriptors: Health Evaluation; Prenatal Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Quality of Health Care

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 INTRODUÇÃO	12
3 OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4 METODOLOGIA	32
4.1 Desenho do estudo	32
4.2 Etapas das Avaliações	34
4.2.1 Estudo de dados secundários – análise de magnitude e tendência.	34
4.2.2 Estudo de dados primários – inquérito em saúde	38
4.2.3 Estudo de revisão – revisão integrativa de literatura.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1– Avaliação da Atenção ao Pré-Natal nas Capitais Brasileiras: Tendência de Uma Década	45
5.2 - Avaliação do Atributo Longitudinalidade na Atenção Pré-Natal, em Diferentes Serviços de Atenção Primária à Saúde.	63
5.3 - Estratégias Para Qualificar o Cuidado Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde, Revisão Integrativa.	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.....	108
APÊNDICES.....	122
CURRÍCULO LATTES.....	152

SIGLAS UTILIZADAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária À Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAR	Gestação de Alto Risco
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OR	Razão de Chances
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PN	Pré-natal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

APRESENTAÇÃO

---

1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é a consolidação de um caminho que moldou minha área de atuação profissional, a partir de oportunidades que foram surgindo ao longo do caminho. Lembro-me de meu primeiro contato com a temática da saúde pública, durante o período de graduação, quando participei de uma oficina e de uma palestra durante a semana acadêmica que falava sobre reforma sanitária e SUS. Até então, não tinha nenhum contato ou conhecimento sobre o tema; posso dizer que foi amor à primeira vista, talvez pela empolgação transmitida pelo ministrante. Seu primeiro nome era Felipe, como ainda me recordo. Ele falou de forma apaixonada e estimulante sobre a saúde pública brasileira, resultante de intensas participações sociais e sobre o potencial do sistema para melhorar as condições de vida de tantas pessoas. Após esse encontro, posso dizer que me encontrei e que gostaria de construir experiências e contribuir, de alguma forma, com a direção dada à saúde pública. Preciso deixar registrada minha gratidão para com o Felipe, que, foi, com certeza, determinante para minha construção pessoal e profissional. Tal processo culminou nessa tese; então, meu muito obrigado! Que eu possa seguir seu exemplo, empolgar e estimular pessoas por onde eu passar, acreditar e lutar por um SUS 100% público e universal.

Minha primeira experiência no movimento estudantil foi como tesoureiro; em seguida, como presidente do centro acadêmico do curso de enfermagem. Elas me proporcionaram a oportunidade de ser delegado de uma conferência municipal de saúde e, conseqüentemente, de tornar-me conselheiro titular do conselho municipal de saúde de Bandeirantes (PR), aos 19 anos. Mas dizia a mim mesmo, meu Deus, o que eu, com tão pouca experiência, estava fazendo ali? Como poderia contribuir de forma efetiva para o fortalecimento do SUS? Houve momentos em que fui mais controlado pela pauta dos gestores (direção do conselho) para apenas ratificar as decisões tomadas, do que ser capaz de fomentar mudanças, contudo, também foi uma experiência muito rica. Tal experiência exigiu que eu estudasse temas sobre financiamento, planejamento e gestão de sistemas de saúde, na tentativa de compreender melhor o complexo funcionamento deles, assim como meu papel nesse espaço. Como resultado, pude constatar a fragilidade, ou incipiência, dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. Toda essa caminhada me aproximou mais da temática em questão.

Ao final do meu ciclo de graduação desenvolvi o Trabalho de Conclusão de Curso sobre saúde da mulher, intitulado: “Preferência pelo tipo de parto entre gestantes primíparas”. Dados primários coletados entre gestantes em acompanhamento pré-natal apontaram que 61% delas esperavam ter parto pela via vaginal, mas a principal barreira para tanto, encontrava-se no medo da dor durante o parto.

Já nessa etapa estudantil, eu tinha a certeza de que gostaria de lecionar em alguma instituição de ensino superior, pois precisava multiplicar minha paixão pelo SUS e ajudar na formação de profissionais que acreditassem no papel da atenção primária como espaço produtor de saúde. Infelizmente, no decorrer do curso de enfermagem, pude ver diversos colegas de turma, e até profissionais de serviços de saúde, desacreditados com os serviços primários do SUS. Eles diziam que gostariam de trabalhar em serviços de atenção primária, pois “não precisava fazer plantões ou trabalhar aos finais de semana”. Que lástima!

Imbuído desse desejo, em março de 2014, dei continuidade à minha formação acadêmica ao ingressar no Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, quando tive a oportunidade de debruçar-me sobre o tema avaliação em saúde como subsídio à tomada de decisões. O interesse pelo tema resultou na pesquisa “Avaliação do SAMU na atenção às urgências e emergências em Campo Grande, MS”. Essa pesquisa possibilitou a compreensão da complexidade de pesquisas avaliativas e sua importância para a implementação de ações e políticas públicas.

Durante o curso de mestrado, fui estimulado por meu orientador a inscrever-me como docente voluntário no curso de enfermagem da UFMS. Por dois anos, pude vivenciar e aprender o que significava ser um professor, além de confirmar meu desejo em seguir carreira como tal.

Felizmente, em março de 2016, fui aprovado como professor contratado do curso de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, onde trabalhava as segundas, quartas e quintas-feiras, em período integral. Em maio do mesmo ano, apresentei minha dissertação e, quinze dias depois, fui convidado para trabalhar como apoiador na Coordenadoria Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. Eu teria como competência, acompanhar os indicadores de pactuação do COAP e a produção de relatórios de gestão quadrimestral e anual da secretaria. Aceitei o desafio de combinar minhas duas paixões: docência e gestão em saúde.

Durante meu período na secretaria de saúde, pude conhecer o funcionamento do sistema, a partir da visão do gestor, e estabelecer bons contatos. Contudo, preciso confessar, essa não foi uma experiência muito prazerosa; primeiro, pela burocracia envolvida em todos

os processos. Por mais que quiséssemos tomar ações que julgávamos boas para a saúde da população em geral, o sistema impõe entraves aos bons projetos e às boas ações. Segundo, o fato de ocupar um cargo técnico limitavaminha margem de manobra quanto a que medidas tomar com os dados coletados, indicadores e informações sobresaúde que tinha em mãos. Sentia-me muito angustiado ao ver que o setor de planejamento em saúde se restringia a mim e a mais uma pessoa; não éramos procurados para colaborar com o desenvolvimento de ações a serem tomadas pela secretaria. Essa experiência ajudou-me a refletir sobre o quanto a gestão do SUS carece de um maior quadro técnico e sobre o quanto a avaliação em saúde ainda não é, de fato, um instrumento de poder, ao menos nas cidades do Estado de Mato Grosso do Sul. Os técnicos ainda não sabem aproveitar as oportunidades para contribuir com processos decisórios políticos; é essencial entrelaçar essas duas perspectivas.

Candidatei-me ao doutorado em Ciências da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) como forma de utilizar as experiências vivenciadas anteriormente e ampliar minha competência em métodos de pesquisa para avaliação em saúde. Após a aprovação no processo seletivo do doutorado, veio a dúvida: como conciliar tudo? Do que abrir mão? O que priorizar? Recordo-me que, nesse período, trabalhava como docente três vezes por semana, além de desempenhar minhas atividades na secretaria de saúde e atuar como enfermeiro assistencial em um pronto socorro no período noturno. Já vivia exausto! Mas, e agora, como conciliariatudo isso com o doutorado?

Com certeza, não há nada tão perfeito quanto os planos de Deus. Em 19 de novembro de 2016 fui convocado para ser docente efetivo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Assim, seria mais fácil conciliar o trabalho e o doutoramento. O campus para o qual havia me candidatado e para o qual fui lotado (Coxim-MS), fica a 260 km de Campo Grande. No primeiro ano do doutorado, eu tinha que frequentar as aulas presenciais às segundas e terças-feiras, em São Paulo e, no final do dia, pegava um voo para Campo Grande. Na quarta-feira pela manhã, passava por três horas de estrada até Coxim para ministrar aulas de quarta à sexta-feira. No final do dia, retornava para Campo Grande e iniciava todo o ciclo novamente.

Infelizmente, dada a correria da vida profissional, o estudo das disciplinas da pós-graduação e a preparação e atuação nas minhas aulas, não pude me dedicar, como deveria e queria, ao doutorado. Contudo, a vinculação ao grupo de pesquisa e às suas discussões permitiram que eu acumulasse conhecimento para desenvolver, e defender a tese de que o

modelo de atenção vigente nos serviços de APS, pela lógica da ESF, ainda são orientados pelos modelos hegemônicos médicos e que o atributo “longitudinalidade” é a melhor forma de enfrentar e melhorar a qualidade do acompanhamento pré-natal.

O presente trabalho atende ao eixo temático “Programas e políticas em saúde” da agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, da linha de pesquisa do CNPq Ciências da Saúde – Saúde Coletiva e inserido na linha de pesquisa “política, gestão e saúde” do programa de pós-graduação. Os resultados da pesquisa serão divididos e apresentados no decorrer de três capítulos, que serão escritos no formato artigo.

No primeiro artigo, analiso o comportamento de indicadores relacionados à atenção pré-natal, a partir de dados secundários. Esses dados foram colhidos em um período em que programas e políticas estimularam a incorporação de novos modelos de atenção aos serviços de atenção primária, assim como a todo o sistema de saúde.

O segundo artigo¹: “Avaliação do Atributo Longitudinalidade na Atenção Pré-Natal, em Diferentes Serviços de Atenção Primária à Saúde” identifica as variáveis individuais e os distintos tipos de serviços em nível primário relacionados à manutenção do acompanhamento (longitudinalidade) pré-natal. Mulheres que estavam sob atendimento em serviços de atenção especializada e que mantiveram acompanhamento nos serviços de atenção primária foram entrevistadas para que fosse identificado se os serviços orientados pelas equipes de saúde da família apresentaram maior longitudinalidade se comparados a serviços, teoricamente, orientados por outros modelos de atenção.

O terceiro² e último artigo: “Estratégias Para Qualificar o Cuidado Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde, Revisão Integrativa” consolida, a partir da literatura existente, as estratégias a serem incorporadas, pelas equipes de atenção primária à saúde, para estimular o atributo longitudinalidade na atenção pré-natal. Embora cada serviço, e suas respectivas equipes, tenham autonomia e devam adaptar o processo de trabalho à realidade do seu território, seus resultados podem colaborar com atores em saúde, como planejamento de ações e com a sistematização do processo de trabalho de forma a alcançar melhores resultados na atenção pré-natal.

Ao completar mais essa etapa de minha formação acadêmica, tenho a plena convicção de que alcancei os objetivos propostos inicialmente. Aprofundei-me em métodos e técnicas, os quais me permitirão apoiar trabalhadores, gestores e estudantes da saúde quanto ao melhor uso de dados coletados e a concretizar processos avaliativos em prol do avanço do SUS. Tenho plena ciência da necessidade de continuar debruçado sobre os referenciais

¹Artigo submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva (Anexo I)

²Artigo submetido na Revista Brasileira de Enfermagem (Anexo II)

teóricos que me aproximaram do conhecimento produzido. Assim, de forma colaborativa e contínua, poderia contribuir, efetivamente, para o fortalecimento do SUS.

INTRODUÇÃO

---

2 INTRODUÇÃO

Ao analisar a dinâmica do setor de saúde, observamos que há diversos movimentos que demandam a readequação de práticas e sistemas de saúde. Tal readequação foi desencadeada, principalmente, pela transição do cenário epidemiológico iniciado na década de 40, a qual refere-se à mudança nas causas de morbidades ocorridas nos países da América do Norte e, posteriormente, na América Central e do Sul. Elas mudaram a prevalência do adoecimento por doenças infecciosas e parasitárias, para aquela de condições crônicas e degenerativas (MACMAHON e PUGH, 1970).

Para Dever (1976), a mudança nas formas de adoecimento na população dos Estados Unidos da América, intensificou-se na década de 1970 e passou a exigir novos arranjos nos serviços e práticas de saúde, para obter maior resolutividade.

Para enfrentarmos condições de saúde e adoecimento, Kleczkowskiet al. (1984) apontaram que modelos assistenciais, formas de organização dos recursos, infraestrutura (a qual engloba distintos recursos), financiamentos e formas de gestão, são os cinco componentes fundamentais da estruturação dos sistemas de saúde.

Os sistemas centralizados em serviços hospitalares e na atuação médica prevaleciam como forma de organização dos sistemas de saúde pelo mundo. Esse modelo foi capaz de atender as necessidades em saúde, até o início do século XX; porém, a partir dos anos 1940, demonstrou-se limitado para responder ao dinamismo do processo saúde-doença (CEBES, 1985).

O protagonismo da atuação médica resultou do desenvolvimento das ciências básicas, as quais viram, no advento do cientificismo médico, ancorado no biologicismo, a valorização da explicação unicausal para doença. O então modelo assistencial biomédico foi, mais tarde, classificado como reducionista, pois apenas o aspecto biológico era considerado nas intervenções (CLAVREUL, 1983).

Historicamente, a organização do sistema de saúde no Brasil seguiu duas direções distintas, a pública e previdenciária. Costa (1985) descreve que ações de saúde foram orientadas, prioritariamente, para atender a interesses econômicos, controlar condições de insalubridade nos portos, e atrair e reter a força de trabalho.

Como organização do sistema, o que se viu, a partir de 1923, foi a centralidade do cuidado na intervenção médica, impulsionado pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), as quais focavam nos aspectos previdenciários e na oferta de cuidados

médicos, a trabalhadores com carteira assinada, em consultórios e hospitais (BRAGA e GOES DE PAULA, 1981).

As intervenções de saúde pública eram orientadas pelo atendimento médico a questões epidemiológicas, tais como: controle de doenças específicas, a exemplo da malária e varíola; e por ações de educação sanitária e higiene voltadas à população e desenvolvidas pelos Centros de Saúde, implementados no início do século XX (BRAGA e GOES DE PAULA, 1981).

A cidade de São Paulo abrigou o primeiro Centro de Saúde Primário, nos anos 1920, o qual objetivava ações de educação sanitária e promoção da saúde. Sua organização foi definida, predominantemente, com base na perspectiva da atenção individual, em detrimento ao coletivo, e focado na prática médica (CANDEIAS, 1984)

Outras intervenções de saúde pública desenvolvidas no período foram as campanhas sanitárias de limpeza de ambientes e controle de vetores, o modelo sanitarista de campanha, evidenciou a segregação entre indivíduos com e sem direito ao acesso a cuidados em saúde. Uma elevada proporção da população brasileira marginalizada da assistência em saúde mostrou uma limitação a ser superada pelo modelo de sistema de saúde que vinha sendo praticado (COSTA, 1985).

O desenho organizacional dos sistemas de saúde instituídos até os anos 1950, o qual era orientado pelo modelo assistencial biomédico, era limitado para responder a fatores determinantes do adoecimento. Com a transição epidemiológica, o sistema saiu do campo das necessidades, com ênfase em ações curativas - resultantes do adoecimento biológico - e adentrava o campo do conceito ampliado de saúde (ALMEIDA FILHO, 1986).

Os pressupostos da Medicina Preventiva, inspirados pelas teorias da medicina social do século XIX, ganharam espaço e estimularam rearranjos organizacionais nos sistemas de saúde, os quais tiveram o apoio de modelos assistenciais alternativos (ROSEN, 1980).

No Brasil o debate sobre a Medicina Preventiva iniciou nos anos 60 e teve sua gênese dentro das Escolas de Medicina, vislumbrando uma nova possibilidade de formação de recursos humanos tanto em nível de graduação, quanto de pós-graduação, de modo a estimular a incorporação de práticas - de prevenção e promoção da saúde - e fazeres no sistema público de saúde, capazes de ampliar a integralidade do cuidado oferecido (AROUCA, 1975).

Como indicadores da assistência que vinha sendo ofertada, a mortalidade infantil atingia 67 crianças para cada mil nascidos vivos nas capitais brasileiras, em 1980 (COSTA et al., 2003), e a taxa de mortalidade materna era de 68,9 óbitos em cada 100 mil nascidos vivos

(CASSIANO et al., 2014). Tal cenário sugere uma limitação da assistência que vinha sendo empregada, apontando um problema a ser enfrentado e incluído na agenda da saúde.

Dada a limitação do sistema de saúde para o enfrentamento da morbimortalidade relacionada à atenção materno-infantil, a formulação do Programa de Atenção Materna Infantil (PAISM) é resultado das etapas de formulação de política e tomada de decisões do ciclo de desenvolvimento de políticas proposto por Howlett e Ramesh (1995), sendo um dos primeiros programas organizado com base na proposta de modelo assistencial alternativo, orientado pela técnica de programação em saúde fomentada pela Organização Pan Americana de Saúde.

O PAISM foi a primeira política de saúde (1983) apoiada no modelo de programação da saúde. Ele rompeu com a ideia de atenção à mulher, direcionada às condições reprodutivas (pré-natal), e passou a reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos. O programa caracterizou a mulher como sujeito, para além do corpo fértil (CORRÊA, 1993).

Embora a proposta de programação tenha avançado em direção à integralidade, ao propor um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento, manteve o caráter vertical das políticas de saúde orientadas por ações normativas do que por necessidades locais. Essas políticas também focalizaram a organização de ações de controle da tuberculose e, principalmente, o acompanhamento proposto por grupos de gestante e de puericultura, o que limitou o acesso universal. (TEIXEIRA e PAIM, 1990).

Na fase de implementação do ciclo de políticas, buscando o atendimento a debates ocorridos na sétima conferência nacional de saúde do Brasil, o PAISM teve por objetivo organizar os serviços de saúde de forma a atender à oferta espontânea; contudo, deveria incorporar ações programadas para determinados grupos e agravos - resultantes da análise epidemiológica - à sua agenda (TANAKA, 1982; SCHRAIBER, 1990; MATTOS, 1993).

Embora historicamente a garantia a consultas de pré-natal fosse objeto de atenção dos serviços de saúde, o PAISM reforçou as necessidades de integração entre serviços de saúde, de forma a incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, em todos os níveis de atenção além da ampliação de investimentos para melhorar as ações tomadas e padronização do cuidado, a partir da implantação de normas técnicas e materiais instrucionais (OSIS, 1998).

Costa e colaboradores (2003) ao estudarem a tendência de mortalidade infantil entre 1980 e 1998 nas capitais brasileiras, identificaram redução de 67,1 para 27,3 mortes a cada mil nascidos vivos, respectivamente. Entre as medidas que hipoteticamente influenciaram na

redução da taxa de mortalidade infantil os autores apontaram o PAISM, a Terapia de Reidratação Oral (TRO), o Programa Nacional de Imunização (PNI) e intervenções sociais.

No trabalho de Cassiano et al., (2014) que buscou descrever a evolução da atenção à saúde materna e infantil ocorrida no Brasil, a taxa de mortalidade materna relatada, reduziu de 68,9 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos no ano de 1980 para 45 óbitos em 1996. O PAISM foi referido como uma política bem estruturada, mas que não foi efetivamente implantada em todo o território brasileiro, resultando em limitados avanços nas condições de saúde das mulheres.

Outros modelos assistenciais alternativos buscaram reforçar o arsenal de possibilidades disponíveis para os sistemas de saúde, entre eles: a proposta Cidades Saudáveis, que estimulou a promoção da cidadania e o fortalecimento da intersetorialidade (WESTPHAL, 1997). O modelo de Promoção da Saúde, por sua vez, fundamentou-se na proposição de atividades de educação e comunicação em saúde, as quais deveriam estimular a melhoria das condições e do estilo de vida (FERRAZ, 1998).

A proposta do modelo de vigilância da saúde propunha a articulação de ações populacionais (promoção), de risco (prevenção) e clínicas (assistência) que resultassem no equacionamento entre oferta de serviços e demanda dos indivíduos. O foco seria o avanço para um modelo que fomentasse a interdisciplinaridade e a participação social, na assistência à saúde. O novo modelo propunha a extrapolação do conhecimento e de tecnologias do saber médico (MENDES, 1993).

A sua organização dá-se a partir do conhecimento da epidemiologia e da lógica da territorialização, a qual é direcionada a uma localidade geográfica e tem definição clara da população a ser cuidada (TEIXEIRA, 1994).

Todo esse arranjo permitiria a integralidade, a intersetorialidade e a equidade, os quais são princípios que apareceriam mais à frente entre aqueles do novo sistema de saúde brasileiro. Por compreender que esse modelo assistencial permitiria atingir os anseios relativos a um completo estado de bem-estar, ele deveria ser amplamente adotado pelos serviços do sistema de saúde do Brasil.

O conjunto de modelos assistenciais alternativos abriu espaço para a qualificação das práticas em saúde, para novos arranjos organizacionais de serviços de saúde, os quais eram necessários para viabilizar a incorporação de novas tecnologias assistenciais.

Novas possibilidades de arranjos organizacionais surgiram e fortaleceram-se; elas resultaram do compromisso “Saúde para Todos no Ano 2000”, assumido pelos governos das nações, na 30ª reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde. Essa assembleia teve como

objetivo melhorar as condições de saúde e garantir, aos cidadãos, uma vida social e economicamente ativa (OMS, 1978).

As nações reafirmaram, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, que o compromisso firmado na Assembléia Mundial só seria possível, mediante a oferta de cuidados primários a todos, o que seria garantido por meio da formulação de políticas, estratégias e ações de (OMS, 1978)

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. [...] (OMS, 1978, p.1).

Os cuidados primários foram definidos como:

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1).

O debate sobre serviços primários de saúde tornou-se mais enfático no Brasil durante a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, ocasião em que reconhece-se a *“inexistência, insuficiência ou inadequação de serviços de saúde, com a marginalização de grandes contingentes populacionais de qualquer assistência”*. Esse discurso evidenciou a capacidade limitada do sistema de saúde nacional nos últimos anos (BRASIL, 1980, p. 19).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que tinha por objetivo expandir o acesso aos serviços primários de saúde ao garantir cobertura universal, foi instituído em 1980. Entre as propostas do programa, havia o estímulo a formação de recursos humanos de modo a atender os fundamentos dos serviços primários, com destaque para a formação médica em áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia (BRASIL, 1980).

Os serviços primários, estruturalmente organizados entre postos e centros de saúde, deveriam ser responsáveis por ações de controle de doenças transmissíveis, atenção materno-

infantil, visitação domiciliar, coleta de exames básicos, vigilância epidemiológica e atendimento médico e odontológico (BRASIL, 1980).

Equipes compostas por médico clínico, com prática voltada para doenças transmissíveis; pediatra, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; ginecologista, para acompanhamento pré-natal, formavam a organização básica dos recursos humanos de serviços primários. Essas equipes também contavam com profissionais da enfermagem, e eram descritas como equipes tradicionais dos serviços primários (BRASIL, 1976).

A VII CNS foi um marco na busca por romper com a centralidade do cuidado médico nas instituições hospitalares ao afirmar os anseios de organizar o sistema de saúde através da lógica de serviços primários orientados pelo princípio da universalidade. Embora o PREV-SAÚDE tenha fomentado a ampliação do acesso e a cobertura de serviços primários, há que se criticar o modelo assistencial que orientou a atuação das equipes, o qual era focado na prática médica e na programação de grupos específicos.

Os anos 1970 e 1980 concentraram importantes movimentos populares de luta pelos direitos sociais, pela defesa da universalização da cobertura em saúde e pelo reconhecimento de um conceito de saúde que considerasse as condições de alimentação, renda, meio ambiente, trabalho e acesso a serviços de saúde. Esses movimentos consolidaram-se na reforma sanitária brasileira, que culminaria em profundas mudanças, sendo a maior delas, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CEBES, 1985).

Como desdobramento desses movimentos, houve a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual reconheceu a assistência à saúde como um direito universal e atribuiu ao Estado a responsabilidade de promover as condições indispensáveis para seu pleno exercício (BRASIL, 1988).

Os fatores determinantes e condicionantes de saúde passaram a ser formalmente reconhecidos depois da instituição do SUS. Entre seus princípios e diretrizes, assumiu-se a equidade e a universalidade do acesso à saúde, além da integralidade da atenção e assistência, por intermédio de ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Houve grande influência dos movimentos no setor saúde, impactando fortemente na formulação dos princípios do SUS: a universalidade resultante dos anseios da conferência de Alma-Ata, a equidade e integralidade aprofundadas pela medicina social.

Os serviços de saúde existentes e o sistema de saúde a ser implementado foram norteados pelos princípios organizacionais da descentralização, regionalização e

hierarquização, controle social e complementaridade. Assim, tornou-se necessário repensar a organização da oferta dos serviços de saúde, de modo a permitir o contínuo/permanente cuidado da saúde (BRASIL, 1990).

Enquanto defensores do SUS lutavam para torná-lo realidade, novas experiências de serviços primários, tais como a atenção primária à saúde (APS), estavam sendo implementadas pelo Brasil. O objetivo era romper com o modelo assistencial hegemônico e com a estrutura dos postos e centros de saúde.

O primeiro modelo de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) a ser padronizado e expandido uniformemente para todo o território brasileiro, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Programa foi instituído no Ceará, em 1986, e surgiu como uma proposta promissora que marcou uma nova forma de organização do sistema, com foco na melhoria da atenção prestada pelos serviços de APS (MINAYO et al., 1990).

Os bons resultados alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no estado do Ceará, entre eles, redução das taxas de mortalidade infantil e materna por causas preveníveis - atribuída em grande parte à atuação dos profissionais visitantes (Agentes Comunitários de Saúde – ACS) -, foram essenciais para estimular a expansão do programa, a partir de 1991, para as regiões Norte e Nordeste do Brasil, com destaque para áreas de maior pobreza e vulnerabilidade (BRASIL, 2001; VIANA e POZ, 2005).

Na integração entre membros da comunidade e trabalhadores de saúde, os ACS deveriam priorizar sua atuação na abordagem de um território pré-definido, buscar desenvolver ações de promoção de saúde e prevenir doenças, por meio de visitas domiciliares (VD), sob supervisão de um enfermeiro (ROSA e LABATE, 2005).

Entre suas atribuições, destacavam-se a identificação de situações de risco, o acompanhamento e monitoramento do estado de saúde das crianças, a identificação das gestantes e seu encaminhamento ao pré-natal, além de atividades educativas. Questões relacionadas à redução da mortalidade infantil e materna eram prioritárias (ROSA e LABATE, 2005).

A organização da APS, inicialmente orientado pelo PACS, permitiu o vislumbre de uma nova forma de atenção à saúde, na qual os profissionais saem do seu espaço e produzem saúde no *locus* dos indivíduos. O ACS e a VD passaram a ser encarados como ferramentas para a integração entre comunidade e serviços de saúde, eles deram suporte para a tradução das dinâmicas social e profissional (GUEDES, 2009).

Ainda que o PACS tenha possibilitado importantes avanços no controle e redução de morbimortalidade, em especial nas populações mais vulneráveis e nos grupos maternos e

infantis, ele carecia de intervenções que permitissem o cuidado mais integral, que deslocasse o cuidado das intervenções de educação em saúde e incorporasse a assistência de profissionais de saúde, de nível superior.

A proposta de aperfeiçoamento da APS ancorou-se nos princípios do SUS. Em 1994, o Ministério da Saúde, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), propôs a constituição do Programa Saúde da Família (PSF), como nova possibilidade organizacional para os serviços de APS. Essa nova organização permitiria o alcance de atributos propostos pelo Institute of Medicine em 1978 e mais à frente aprofundados por Barbara Starfield (CAMPOS et al., 2005; VIANA e POZ, 2005).

As equipes de PSF eram compostas por um médico (clínico geral ou com especialização em saúde da família) e uma equipe de enfermagem. Elas também incorporavam de quatro a seis ACS. O profissional de odontologia foi agregado, posteriormente, às equipes, como uma nova possibilidade organizacional - essas equipes foram classificadas como ampliadas (CAMPOS et al., 2005).

A instituição do SUS, e a organização dos serviços orientados pelas equipes de PSF, permitiram, pela primeira vez, vislumbrar os atributos, aprofundados por Starfield (2002), como desejáveis para cuidados médicos de qualidade e resolutivos, em nível primário.

O alcance de melhores resultados em saúde só seria viável através da garantia dos quatro atributos da APS, considerados essenciais: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Assim como de outros três atributos derivados: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O acesso ao primeiro contato é fundamental para o rompimento com o modelo anterior de atenção à saúde, que focava a doença e a busca por serviços de atenção especializados, e permite reconhecer os serviços de APS como portas de entrada para todo o sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Compreende-se ainda que a efetivação do acesso por parte dos usuários expressa a quantidade de serviços e seus recursos existentes e a organização dessa disponibilidade (TRAVASSOS et al. 2000), há importantes desafios a serem considerados, não apenas em relação aos aspectos geográficos, mas, também, sócio-organizacionais.

Os aspectos geográficos, como distância entre a residência do usuário e o serviço de APS, tempo de deslocamento, forma de locomoção e custos com o trajeto, são alguns exemplos que podem influenciar na escolha do serviço a ser procurado (TRAVASSO e MARTINS, 2004).

Ainda no cenário de potencial uso dos serviços de APS e, consequentemente, da qualidade da atenção prestada, há que se inferir os aspectos sócio-organizacionais dos serviços, tais como: a quantidade de serviços disponíveis (oferta), a disponibilidade de recursos humanos, a infraestrutura e logística dos serviços e o horário de funcionamento. Todas essas dimensões foram descritas por Donabedian, em 1973.

O atributo da Integralidade significa a efetivação do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), como forma de garantir ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação entre e dentro dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Mattos (2009), autor de destaque no estudo sobre Integralidade, descreve dois tipos dela: o primeiro, representa o modo de organização e inter-relação entre serviços de saúde, conhecido como integralidade vertical. De acordo com ele, todos os serviços devem ser organizados com o objetivo de realizar uma apreensão ampliada das necessidades. Eles também devem estar sempre atentos, de modo a assimilar uma necessidade não contemplada pelos serviços que haviam sido procurados, anteriormente.

Seguindo essa mesma lógica, o conceito de integração vertical, proposto por Mendes (2011), procura conceituar a necessidade de estabelecer relações de complementaridade entre os diversos pontos das redes de atenção à saúde. Isso deveria se dar, a fim de valorizar e potencializar as especificidades de cada desses pontos, e de fortalecer o princípio de economia de escala. Os serviços APS deveriam assumir o papel de coordenação do cuidado, com foco no alcance efetivo do atributo “integralidade”.

O segundo tipo de integralidade proposta por Mattos (2009), denominada integralidade horizontal, refere-se aos esforços necessários, por parte dos serviços de saúde (intra-equipes), para atenderem a demanda dos indivíduos por resolutividade; assim, o alcance da integralidade horizontal retrataria os processos de trabalho das equipes.

Para atender o aspecto mais amplo do conceito de saúde, é preciso a promoção de atenção integral e integrada. Pode-se considerar, que os atributos “integralidade” e “coordenação do cuidado” podem ser bons indicadores da qualidade organizacional dos serviços de APS (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). No entanto, para que os princípios e objetivos do SUS fossem efetivados, a longitudinalidade do cuidado nos serviços de APS tinham que tornar-se mais evidente como atributo essencial e serem citados como central no processo de transição do modelo de atenção à saúde.

A longitudinalidade refere-se à fonte contínua de atenção, a qual pressupõe o estabelecimento de boas relações (vínculo), como seu princípio norteador (CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

Esse princípio está relacionado à forma como ocorrem as relações entre serviços de saúde e usuários. Segundo Feuerwerker (2014, p.41), a valorização das relações sociais, e o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais de saúde, *“possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário”*. Esses pressupostos são desejados pelo SUS, pois permitem valorizar as singularidades dos indivíduos e a ampliação do significado de adoecer.

Acolhimento é uma tecnologia de cuidado a ser adotada pela APS que permite valorizar a longitudinalidade, ele significa a atitude que permite às equipes de saúde desenvolver escuta qualificada para com as demandas trazidas de forma a ampliar o acesso a um conjunto de tecnologias e cuidados que permitam maior resolutividade (MERHY, 1997).

O acolhimento descrito e esperado é aquele que vai além dos procedimentos técnicos e burocráticos, que possa ocorrer na recepção ou triagem de usuários que buscam por um serviço; contudo, tal escuta deve ser permeada por empatia, solidariedade e responsabilização.

O alcance do atributo “longitudinalidade” nos serviços de APS e a incorporação da tecnologia “acolhimento” só são plenamente possíveis por meio de um trabalho orientado pela lógica de atuação multiprofissional. Nessa perspectiva, o Programa de Saúde da Família foi implementado em 1994 como o novo arranjo organizacional para a APS.

O PSF destacou-se como modelo de equipes orientador da APS brasileira, e obteve lugar de destaque entre as modalidades de serviços primários que foram implementadas pelo mundo, justamente, pela composição de equipes multiprofissionais que rompiam com a supervalorização do atendimento médico (CAMPOS, CHERCHIGLIA, AGUIAR, 2002).

A atuação multiprofissional viabiliza o desenvolvimento compartilhado e complementar, ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Tal característica permite que equipes de PSF alcancem os atributos derivados: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O alcance dos atributos derivados tornou-se mais factível a partir da lógica da organização das equipes de PSF, uma vez que devem considerar as dinâmicas do território de abrangência, no processo de trabalho previamente definido. Tal processo era resultado do conhecimento sobre fatores de densidade populacional (adscrição da clientela) e sobre os

componentes do território, o que viabiliza a ampliação da resolutividade nestes serviços (BRASIL, 1990).

É importante destacar, que toda a organização, e as expectativas, direcionadas às equipes de PSF vão ao encontro dos pressupostos descritos no arranjo do modelo assistencial de vigilância em saúde, sendo o modelo de equipe que permite maior integralidade da atenção e valorização dos territórios, ao considerar sua singularidade.

Macinko, Guanais e Souza (2006) em estudo avaliativo do impacto do PSF nas taxas de mortalidade infantil nos estados brasileiros entre 1990 e 2002, encontraram que a cada 10% de expansão da cobertura do programa, a mortalidade infantil reduziu 4,5%, principalmente pelo controle das doenças diarreicas.

Os resultados evidentes de melhoria nos indicadores de saúde em locais que implantaram o PSF favoreceram sua incorporação como estratégia, em nível nacional, e a efetivação dos atributos derivados. A partir de 1996, o programa passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2003).

A expansão do PSF havia ocorrido de forma mais predominante em municípios de pequeno porte. Foi lançado, em 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) com base na reorientação por meio da ESF e no desafio de tornar o projeto realidade em municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2003).

Entre os componentes do PROESF está a previsão de apoio financeiro para estruturação física dos serviços e para a incorporação de equipes de ESF, assim como para a capacitação de profissionais e para o monitoramento de resultados, por meio de pesquisas (PEREIRA et al., 2006; FACCHINI et al., 2008).

O incentivo à implantação de serviços organizados a partir desse modelo expandiu-se gradualmente, até atingir cobertura de 64,47%, no país (em 2019). Não é possível negar os ganhos em acesso resultantes da reorganização da atenção à saúde proposto pela estruturação dos serviços de APS (LAVRAS, 2011; OLIVEIRA, 2016).

Com a descentralização e expansão da APS, a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2002, reforçou na área da assistência pré-natal, as responsabilidades mínimas a ser ofertada pela APS, como o diagnóstico precoce de gravidez, cadastramento das gestantes, classificação de risco gestacional, suplementação alimentar, acompanhamento de pré-natal de baixo risco, entre outras ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2004).

Embalada pela expansão da APS e na possibilidade de avançar na qualificação da assistência pré-natal, em 2004 é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve por objetivos gerais:

“Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie” (Brasil, 2004, p. 67).

Os objetivos da PNAISM sugerem limitados avanços na melhoria dos resultados de mortalidade materna por causas evitáveis que ocorreram com o modelo de atenção pré-natal que vinha se desenvolvendo no País, e reforçam a necessidade de mudar para uma prática de atenção mais integral.

Por objetivos específicos, a PNAISM propunha o fortalecimento da atenção básica no cuidado com a mulher; qualificar a assistência obstétrica e neonatal; melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna; prevenir as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a infecção pelo HIV; e oferecer teste anti-HIV e de sífilis (Brasil, 2004);

Após a implementação de diversas políticas e programas de estímulo a expansão e consolidação da APS no Brasil, avanços puderam ser constatados. Sanine e colaboradores (2018) em estudo avaliativo de 81 serviços de APS em cidades do Estado de São Paulo encontraram que entre 2007 e 2014 ocorreu aumento na realização de testes de gravidez nas unidades de saúde e encaminhamento para tratamento de sífilis.

A mortalidade infantil manteve em declínio, reduzindo de 49,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos (1990) para 28,9 no ano de 2002 (MACINKO, GUANAIS e SOUZA, 2006). Já a mortalidade materna mostrou-se um desafio maior do que o esperado, apresentando variações na taxa de mortes que variou entre 77 por 100 mil nascidos vivos (2009) a 65 (2012), valores não muito distintos daqueles já alcançados no decorrer dos anos 80, sugerindo estagnação e insuficiência das políticas e práticas de saúde em curso (SILVA et al., 2016).

É importante olhar para quanto a expansão dos serviços de APS, no modelo da saúde da família (PSF e ESF), majoritariamente, seguiu a lógica do incentivo financeiro federal;

gestores buscaram por recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) (SOUSA e HAMANN, 2009; MENDES e MARQUES, 2014).

Os autores Sousa e Hamann (2009) descreveram que a implementação do financiamento por meio dos PAB e os incentivos do PROESF estimularam a expansão e consolidação das equipes de ESF, porém foram insuficientes para converter o modelo de atenção praticado.

Castanheira e colaboradores (2015) ao refletirem sobre a necessidade de estudos avaliativos sobre a APS apontaram entre os desafios a serem explorados e superados os relacionados às questões processuais das equipes, a exemplo do fomento ao trabalho em equipe e busca pela qualidade técnica em conjunto à humanização e orientação comunitária, vislumbrando a redefinição dos modelos de atenção ainda hegemônicos nos serviços de saúde. A partir de tais reflexões, abre-se espaço para refletir que a expansão da APS pode ter ocorrido mais pela lógica e interesse financeiro dos municípios, e não pela compreensão de que o modelo de PSF e ESF permitiria mudar os modelos assistenciais em prática, naquele momento.

A expansão e fortalecimento da APS ocorreu mediante disputas entre os modelos de serviços de APS, historicamente existentes e com outras proposições políticas que disputaram por orçamentos para a expansão e fortalecimento da APS, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)(KONDER e O'DWEY I, 2015).

Embora o governo federal, nesse movimento, tenha empenhado esforços para direcionar a reorganização e a expansão do sistema em torno de uma APS vigilante, as constantes disputas entre formas alternativas de implementação do modelo de atenção, tais como: as unidades de atendimento médico ambulatorial (AMA) na cidade de São Paulo (PUCCINI, 2008; SANINE et al., 2018), perpetuaram.

Avanços substanciais puderam ser percebidos após o histórico de implantação e expansão das equipes de ESF; no entanto, relatos sugeriram incremento, ainda tímido, nas ações de vigilância da saúde no cotidiano dos serviços e substituição dos processos de trabalho das equipes, as quais passaram a direcionar suas atividades para o estabelecimento de vínculo e responsabilização com os indivíduos (SILVA e POWELL-JACKSON, 2017).

Todos os esforços empenhados na intenção de organizar e fortalecer o SUS, assim como ocorreu em outros sistemas de saúde pela América Latina, mostraram-se limitados para romper a fragmentação/desarticulação histórica nos serviços e sistemas, como descrito em documento da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS):

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de susservicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades em El acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos com los servicios recibidos (OPAS, 2009, pag. 7).

No campo da saúde materna a fragmentação dos serviços e sistemas locais de saúde, ainda persistente, refletiu na dificuldade em atingir algumas das metas pactuadas durante a cúpula do milênio das Nações Unidas, a exemplo do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio número cinco (melhorar a saúde materna) que tinha por meta reduzir até 2015 a mortalidade materna em 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. O Brasil manteve sua taxa em 64 por 100 mil nascidos vivos no ano se 2011 (ROMA, 2019).

O Ministério da Saúde preconizou a criação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008. Esses núcleos eram compostos por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, com o objetivo de apoiar as equipes de ESF em caráter interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2008). Essa foi a forma encontrada para incorporar os princípios e diretrizes do SUS, enfrentando o modelo assistencial hegemônico, a incorporação de práticas de autocuidado - com abordagem multiprofissional - e fomentando a continuidade assistencial provida pelas equipes de APS.

A proposição da organização com base nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para superar a fragmentação, foi outra estratégia para fortalecer o SUS. O marco regulatório das RAS, no Brasil, foi instituído por meio da Portaria número 4.279 de 2010(BRASIL, 2010), que fomentou a organização dos serviços de saúde, a partir de relações - sem sobreposição - entre esses serviços, em distintos níveis de complexidade. Mendes (2011) definiu as RAS como

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde” (MENDES, 2011, p.82),

Os serviços de APS, nesse modelo, mais uma vez, foram reforçados como centrais e determinantes para a efetivação dos princípios, e diretrizes, do sistema de saúde. Seu papel de

ordenador e coordenador do cuidado deve ser ressaltado, pois ele seria responsável pela garantia da atenção contínua e integral (BRASIL, 2010).

O papel de coordenação que os serviços de APS deveriam exercer, tinham como objetivo ampliar a capacidade resolutiva dos serviços que compõem as RAS e ordenar os fluxos e contra-fluxos de pessoas e informações. Tal processo deveria reforçar a atuação sincronizada, e voltada a um objetivo comum (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Considerando a heterogeneidade das múltiplas necessidades em saúde e para facilitar a constituição da RAS, foi priorizada a organização de cinco redes temáticas, conforme as demandas de determinado grupo, ou condição de saúde (MENDES, 2011; MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Dentre elas, priorizou-se nesse trabalho, a Rede Cegonha, a qual foi instituída no SUS e teve entre seus objetivos:

*“I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
II – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
III – Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal”* (BRASIL, 2011a, p.1).

A rede a ser implantada até 2014, nas regiões norte e nordeste, no Vale do Jequitinhonha e Mucuri, e nas regiões metropolitanas do país, tinha os serviços de APS como seu eixo estruturante. Embora suas diretrizes propusessem a padronização da organização dos serviços, em nível nacional, as especificidades de cada local deveriam ser consideradas em sua organização (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Segundo a proposta da RC, uma organização qualificada deveria estar dividida em quatro componentes estratégicos: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistemas logísticos (BRASIL, 2011).

No pré-natal, as ações previstas para serviços de APS deveriam ser direcionadas a um conjunto de ações e procedimentos, tais como: mínimo de seis consultas de pré-natal e um conjunto de exames diagnósticos (BRASIL, 2011).

Quanto ao componente parto e nascimento, havia orientação para ampliação no número de leitos obstétricos e neonatais, e para a integração entre serviços de distintas complexidades, em razão da integralidade (BRASIL, 2011).

Indicadores de morbimortalidade (Incidência de sífilis congênita; Taxa de óbito infantil - neonatal e pós-neonatal -, Número de óbitos maternos); de atenção (Nascidos vivos de

gestante com mais de sete consultas de pré-natal, de capacidade hospitalar instalada - número de leitos obstétricos e cobertura de equipes de ESF -, e de gestão (percentual de investimento no setor saúde) foram propostos para o monitoramento, e avaliação, do alcance das ações propostas pela RC (BRASIL, 2011).

Mesmo após a implementação da RC, algumas localidades permanecem com baixos indicadores relacionados à assistência materna. Barsells et al., (2018) ao avaliarem a qualidade do cuidado pré-natal a partir da análise de prontuário de 560 gestantes de Fortaleza – CE, entre 2015 e 2016, encontraram que apenas 42,3% realizaram sete consultas e 26,3% iniciaram precocemente o pré-natal.

As evidências sugerem haver um hiato entre a qualidade desejada/esperada e a organização das práticas operacionalizadas nos serviços de APS na atenção pré-natal. Tal observação, levantou a indagação sobre quais seriam os possíveis fatores influenciando a atenção ao pré-natal e os avanços possíveis trazidos pela incorporação do novo modelo de atenção no decorrer desse acompanhamento?

Dentre a produção científica que explora sobre o cuidado pré-natal, identificam-se aquelas que apoiadas nos resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica (AB) analisaram o pré-natal e sua qualidade prioritariamente sob a perspectiva do número de consultas e acesso a exames recomendados, para um contexto geral de Brasil, a exemplo dos trabalhos de Guimarães et al., (2018), Luz, Aquino e Medina (2018), Mario e colaboradores (2019), Cunha et al., (2019). Tais trabalhos não permitiram avançar na análise do conjunto de indicadores de monitoramento e avaliação propostos pela RC, nem desagregação dos achados que permita pormenorizar as fragilidades e potencialidades locais.

Outros trabalhos mais desagregados sobre o cuidado pré-natal permitiram analisar o cuidado pré-natal também a partir dos indicadores de número de consultas, captação e acesso a exames, prioritariamente, nas cidades de Sergipe (Mendes et al., 2020), Fortaleza (Barsells et al., 2018), Aracajú (Carvalho et al., 2016) e Rio Grande (Saavedra, Cesar e Linhares, 2019). Há uma lacuna de trabalhos que permitam avaliar o cuidado pré-natal nas e entre as capitais, localidades que concentram os serviços de distintos níveis de complexidades, a alocação de recursos e força de trabalho, a partir de um conjunto de resultados (indicadores) extraídos no mesmo período, com a mesma técnica e que sejam comparáveis.

Quais seriam as tecnológicas que as equipes atuantes nos serviços de APS poderiam e deveriam seguir para incorporar os pressupostos do modelo de atenção à saúde, orientado pelos princípios preconizados pelo SUS, na assistência pré-natal?

Lacunas apontam para a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas de avaliação de políticas que permitam identificar-se a evolução das políticas de APS, e suas práticas de cuidado pré-natal permitiram alcançar melhores resultados, conforme proposto por Champagne et al., (2011)

Como possíveis métodos a serem empregados os estudos de avaliação de efetividade permitem identificar por meio dos indicadores (quantidade) os impactos e efeitos da organização e reorganização dos serviços de APS na saúde materna, que podem ser estruturados segundo o modelo donabedian (1990) ou por avaliações de processo (CHAMPAGNE et al., 2011).

O modelo de avaliação de Donabedian (1990) é estruturado para permitir estabelecer uma relação causal entre a estrutura, os processos e por fim os resultados, respectivamente, sendo este último o indicador central da qualidade do objeto em avaliação.

As avaliações de processos, também partem do uso do tripé estrutura, processo e resultado, porém enfatizam os processos como determinantes para o alcance desejado ou indesejado dos resultados e que permitem melhor uso das estruturas existentes (CRUZ, 2015)

Ancorada na avaliação de políticas de saúde faz-se necessário a avaliação crítica, sobre quais foram os reais efeitos da expansão do acesso e o quanto a mudança no modelo de atenção vigente nos serviços de APS pela lógica da ESF foram capazes de produzir reflexos na qualidade da atenção à gestação.

OBJETIVOS

---

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Analisar o comportamento dos indicadores de atenção ao pré-natal no Brasil;
- 1.2 Identificar variáveis individuais e dos serviços que podem exercer influência na longitudinalidade do componente pré-natal, em distintos serviços de APS;
- 1.3 Identificar boas práticas para melhorar a qualidade do atendimento pré-natal.

METODOLOGIA

---

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Pesquisa do tipo avaliativa, composta por três recortes: dois estudos transversais, apoiados pelo uso de dados primários e secundários, e revisão de literatura - todos orientados segundo os pressupostos da Rede Cegonha.

As pesquisas avaliativas em saúde, quando subsidiadas por um bom diagnóstico, têm por finalidade a tomada de decisões, com base no conhecimento de determinada situação e dos recursos disponíveis, e/ou necessários, para se fazer os ajustes nos processos e para alcançar, com maior efetividade, os resultados esperados ou desejados (TANAKA, 2017). Desse modo, deve dar aos gestores a oportunidade de ter acesso à informação e, em tempo hábil para melhorar qualitativamente as decisões tomadas (CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA, 2017).

Ainda que pese a necessidade de estudos de avaliação terem desenhos complexos, com critérios e teorias consistentes, eles também devem ter como objetivo final ser instrumentos de uso político para a formulação de políticas públicas (TANAKA, 2017). Sua utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade devem ser consideradas durante a elaboração de seu desenho, com atenção ao *timing* de utilização para tomada de decisões (TANAKA e TAMAKI, 2012).

A Rede Cegonha, aplicada ao modelo de avaliação de serviços (figura 1) - adaptado por Hartz (2005) (HARTZ e VIEIRA-DA-SILVA 2005) - foi o objeto de estudo do componente pré-natal nos serviços de APS e serviu como suporte do desenho metodológico do estudo e para a elaboração do modelo explicativo das análises.

A construção de um modelo explicativo colaborou para exemplificar e sintetizar os aspectos de uma política pública e de seu funcionamento, o que ajuda a melhor vislumbrar a comparação entre elementos desejáveis e resultados efetivos resultantes da intervenção (AMARAL e BOSI, 2017). O modelo explicativo pode resultar, ainda, de um recorte em uma política de saúde que busque analisar os objetivos específicos da avaliação proposta.

O modelo teórico avaliativo de Donabedian (1974), organizado entre as dimensões avaliativas de estrutura, processo e resultados, deu espaço a uma reorganização das dimensões no sentido de processo, resultado e estrutura. Estudos de avaliação de serviços de saúde lida

com processos que são componentes essenciais à interação com os usuários. A tomada de decisão pode e deve ser realizada no decorrer do processo, de forma dinâmica e oportuna, sem precisar aguardar pelos bons, ou maus, resultados ao final de um determinado ciclo (TANAKA, 2011).

Figura 1. Modelo explicativo da avaliação do componente pré-natal, com base nas premissas da Rede Cegonha, 2012.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados refletem o alcance de processos que permitirão a emissão de juízo de valor. O julgamento, na dimensão “estrutura”, reflete a suficiência e adequação das condições necessárias para a execução dos processos. Considera-se que as condições da estrutura, quando otimizadas, permitem o melhor alcance dos processos e, consequentemente, o alcance dos resultados esperados.

4.2 Etapas das Avaliações

4.2.1 Estudo de dados secundários – análise de magnitude e tendência.

Dados extraídos dos sistemas de informação em saúde gerenciados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foram usados na análise do comportamento dos indicadores de atenção ao pré-natal no Brasil. Eles são uma rica fonte de produção de dados, de fácil e rápido acesso, cuja coleta e análise permitem definir uma linha de base referencial, capaz de sinalizar os desempenhos (DRUMOND JUNIOR, 2017; FURTADO et al., 2017).

O modelo explicativo da Rede Cegonha (figura 2) serviu para orientar a elaboração da matriz avaliativa (quadro 1) e posterior análise do comportamento dos indicadores do componente atenção pré-natal, objeto de estudo deste trabalho. A matriz objetiva articular a lógica do estudo e ser capaz de demonstrar os componentes e etapas a serem percorridas. Além disso, ela apresenta os indicadores, a fonte de extração dos dados e a memória de cálculo, o que confere coerência técnica aos estudos.

As bases de dados para extração das informações foram: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-gestor) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os indicadores elaborados e eleitos para o processo avaliativo, assim como o modelo explicativo adotado, trazem consigo o esforço para representar o funcionamento, a condição ou o desempenho do fragmento (componente pré-natal) da realidade, ampla e complexa, da Rede Cegonha.

Os indicadores, elencados na matriz avaliativa, foram calculados para todas as 26 capitais brasileiras e o distrito federal. Tal cálculo possibilitou analisar o contexto da oferta do cuidado pré-natal entre localidades que apresentam características similares, elevada concentração de recursos tecnológicos e um conjunto de serviços de distintas complexidades.

Figura 2. Modelo explicativo da Rede Cegonha para análise do comportamento dos indicadores da atenção ao pré-natal.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1. Matriz avaliativa para análise do comportamento da atenção ao pré-natal, elaborado a partir das premissas da Rede Cegonha.

Dimensão	Indicador	Parâmetro	Cálculo	Fonte de dados
Processo	Proporção de adequação da quantidade de consultas de pré-natal	--	$\frac{N^{\circ} \text{ de mulheres sem nenhuma CPN} \times 100}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SINASC
			$\frac{N^{\circ} \text{ de mulheres com 1 a 3 CPN} \times 100}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	
			$\frac{N^{\circ} \text{ de mulheres com 4 a 6 CPN} \times 100}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	
			$\frac{N^{\circ} \text{ de mulheres com 7 ou + CPN} \times 100}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	
Resultado	Incidência de Sífilis Congênita	3,3 para cada 1.00	$\frac{N^{\circ} \text{ de casos confirmados de sífilis congênita} \times 1.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SINAN SINASC
	Incidência de HIV em menores de 5 anos	6,8 para cada 100.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de casos confirmados de HIV em menores de 5 anos} \times 100.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SINAN SINASC
	Taxa de mortalidade materna	70 para cada 100.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos maternos} \times 100.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SIM SINASC
	Taxa de mortalidade neonatal	12 para cada 1.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos neonatais} \times 1.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SIM SINASC
	Taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis	4 para cada 1.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos por causas evitáveis reduzíveis atenção à mulher na gestação} \times 1.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SIM SINASC
	Proporção de nascidos vivos de mães <19 anos	--	$\frac{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos de mães} < 19 \text{ anos} \times 1.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SINASC
	Proporção de nascidos vivos entre 15 e 19 anos	45 para cada 1.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos de mães entre 15 a 19 anos} \times 1.000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SINASC IBGE
	Proporção de parto normal (eletivo) em gestação de risco habitual	85%	$\frac{N^{\circ} \text{ de partos vaginais, por local de residência} \times 1000}{N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$	SIH SINASC
Estrutura	Capacidade de cobertura de equipes de AB	--	$\frac{(N^{\circ} \text{ de equipes de AB} \times 3.000) \times 100}{\text{Estimativa populacional}}$	E-gestor AB
	Capacidade de cobertura de equipes de ESF	--	$\frac{(N^{\circ} \text{ de equipes de ESF} \times 3.450) \times 100}{\text{Estimativa populacional}}$	E-gestor AB
	Índice de Enfermeiro Obstetra	30 para cada 10.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de profissionais enfermeiro obstétricos} \times 10.000}{\text{população geral}}$	CNES IBGE
	Índice de Médico Obstetra	25 para cada 100.000	$\frac{N^{\circ} \text{ de profissionais médicos obstetras} \times 100.000}{\text{população geral}}$	CNES IBGE
	Índice de equipamentos de Ultrassonografia	--	$\frac{N^{\circ} \text{ de equipamentos de ultrassonografia} \times 1.000}{\text{população geral}}$	CNES IBGE

Embora a publicação da portaria da RC date de 24 de junho de 2011, ela foi usada como referência nas análises aplicadas ao ano de 2012, tendo sido esse o primeiro ano de exercício integral da rede. Desse modo, a análise de tendência temporal foi aplicada, a dados relativos ao intervalo temporal de 2007 a 2017, período de cinco anos antes e após, a referida Portaria, para permitir a investigação acerca da existência de aspectos contraditórios ao padrão esperado. Tal recurso, permite analisar a magnitude de determinada variável e os padrões de indicadores através do tempo, assim como seu comportamento (tendência) entre situações de ascensão, decréscimo ou estabilidade (DRUMOND JUNIOR, 2017).

Para permitir uma análise pormenorizada da possível influência da APS na assistência pré-natal, foi elaborado um modelo analítico mais sintético (figura 3)

Figura 3. Modelo explicativo da análise do comportamento dos indicadores da atenção ao pré-natal, elaborado a partir das premissas da Rede Cegonha

Os estudos baseados em dados secundários oportunizam a compreensão de uma dada situação, em sua totalidade, mas não possibilitam desagregação e inferências causais (MALTA et al., 2008). Estudos do tipo inquérito, resultantes da coleta de dados primários, são fundamentais para a qualificação de processos avaliativos, uma vez que permitem conhecer o perfil de saúde, os fatores de risco das populações de interesse, o acesso aos serviços de saúde e a percepção do usuário sobre os serviços (CESAR e TANAKA, 1996; SZWARCOWALD e DAMACENA, 2008).

4.2.2 Estudo de dados primários – inquérito em saúde

O segundo objetivo: identificação das variáveis individuais e dos serviços que podem exercer influência sobre a longitudinalidade no componente pré-natal na APS, foi alcançado por meio dos resultados apresentados no segundo capítulo. Ele é um recorte do estudo multicêntrico intitulado “inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à Saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras – AcesSUS”, conduzido no município de São Paulo (AcesSUS, 2016).

A condição traçadora foi escolhida pois possibilita avaliar a integralidade da rede de atenção e, conseqüentemente, analisar os distintos serviços, conforme o grau de evolução do processo saúde-doença (KESSNER, 1973; TANAKA 2011). Dessa forma, a condição de gestação de alto risco (GAR) foi escolhida, pois é recomendado que o cuidado seja desenvolvido de forma compartilhada entre APS e Atenção Especializada (AE), e permite detalhar a atenção prestada, por distintos serviços.

Para dimensionar a população de GAR, foi utilizado o número de consultas médicas mensais realizadas pelas gestantes encaminhadas pela APS, em 15 serviços de saúde de atenção especializada para gravidez de risco no Município de São Paulo (tabela 1).

No cálculo da estimativa amostral foi considerado como valor de erro de amostragem geral de 0,04 e para cada domínio de 0,07, considerando $p=0,50$ e $z=1,96$, resultando na estimativa da amostra final para o estudo em 600 gestantes. Para permitir analisar as possíveis diferenças entre os tipos de serviços de APS foram definidos três domínios segundo o tipo de serviço de APS que encaminhou a usuária (Unidade Básica de Saúde tradicional, Estratégia Saúde da Família e Unidade mista), prevendo frequências iguais para cada domínio, de 200 usuárias.

Tabela 1. Número estimado de consultas médicas mensais a gestantes em serviços de saúde de atenção especializada para gravidez de risco em São Paulo, encaminhadas pelas APS.

Serviço de Saúde	n	%
Ama/Ubs Integrada Jardim Tiete I	86,7	14,1
Hora Certa Penha	80,4	13,1
Hosp Mun Cachoeirinha Mario De Moraes Altenfelder Silva	73,8	12,0
Hosp Mun Campo Limpo-Fernando Mauro P Da Rocha	52,9	8,6
Ae Jose BonifacioIv - Ceo Itaquera	47,0	7,7
Ae Sapopemba - Centro Esp. OdontologicoVpSapopemba	46,6	7,6
Hospital Dia Da Rede Hora Certa Itaim Paulista	46,3	7,6
Ama/Ubs Integrada Vila Carmosina	39,2	6,4
Hospital Dia Da Rede Hora Certa Sao Miguel – Tito Lopes	31,0	5,1
Amb EspecDr Cesar Antunes Da Rocha	29,8	4,9
Hosp Sao Luiz Gonzaga	25,4	4,1
Ubs Jardim Sao Carlos - Ceo Guaianases	22,2	3,6
Unidade Avancada Cidade Tiradentes	13,8	2,3
Hosp MunVer Jose Storopoli	12,3	2,0
Hosp Mun Jabaquara-Arthur Ribeiro De Saboya	5,8	0,9
Total Geral	613,2	100,0

Fonte: AcesSUS (2016).

O tamanho da amostra (tabela 2) estimada foi dividido pelo número de pacientes atendidas semanalmente nos serviços de AE, para determinar o tempo necessário (cronograma) de coleta de dados, que foi inicialmente estimado em 27 dias. Maiores detalhes, sobre o processo de amostragem, podem ser acessados através do portal AcesSUS (<https://www.fcm.unicamp.br/acesus/metodologia/inquerito-amostragem/plano-de-amostragem/gestacao-de-risco>).

A população contou com gestantes apresentando algum grau de risco, que foram entrevistadas enquanto aguardavam, por atendimento médico especializado, em unidades de saúde de referência para gestação de alto risco do Município de São Paulo. Somente gestantes que tivessem sido encaminhadas pela APS foram incluídas na amostra.

As entrevistas foram aplicadas entre março e setembro de 2016, por entrevistadores previamente capacitados, em 14 serviços de AE. Elas foram orientadas por formulário padronizado (anexo IV), composto por 49 questões fechadas, que versavam sobre as características sociodemográficas das gestantes e sobre a organização, e dinâmica, dos serviços de saúde.

O formulário foi elaborado por um conjunto de pesquisadores da área de saúde materna que, a partir da identificação de questões elencadas como essenciais à Rede Cegonha, elaboraram as questões. Após a consolidação do formulário, foi realizado seu pré-teste, em duas regiões metropolitanas, de diferentes estados brasileiros, para acompanhar a capacidade

de extração de informações de interesse e os dados do pré-teste não foram incluídos na pesquisa final.

Tabela 2. Entrevistas previstas no plano de amostragem, entrevistas realizadas, e peso amostral atribuídos aos sujeitos nos serviços de atendimento especializado, São Paulo, 2016.

Serviço de Saúde	Entrevistas previstas	Entrevistas realizadas	Peso amostral
Ama/Ubs Integrada Jardim Tiete I	85	25	5,50000
Hora Certa Penha	78	71	3,66667
Hosp Mun Cachoeirinha Mario De Moraes Altenfelder Silva	72	122	3,14286
Hosp Mun Campo Limpo-Fernando Mauro P Da Rocha	52	14	4,40000
Ae Jose Bonifacio Iv - Ceo Itaquera	46	67	4,40000
Ae Sapopemba - Centro Esp. Odontologico Vp Sapopemba	46	80	4,40000
Hospital Dia Da Rede Hora Certa Itaim Paulista	45	56	4,40000
Ama/Ubs Integrada Vila Carmosina	38	-	-
Hospital Dia Da Rede Hora Certa Sao Miguel – Tito Lopes	30	36	4,40000
Amb Espec Dr Cesar Antunes Da Rocha	29	17	4,40000
Hosp Sao Luiz Gonzaga	24	37	5,50000
Ubs Jardim Sao Carlos - Ceo Guaianases	22	35	4,40000
Unidade Avancada Cidade Tiradentes	14	28	4,40000
Hosp Mun Ver Jose Storopoli	12	18	4,40000
Hosp Mun Jabaquara-Arthur Ribeiro De Saboya	6	-	-
Hosp Mun Jardim Sarah-Mario Degni	-	83	3,14286
Total Geral	600	689	

Fonte: AcesSUS (2016).

Na análise dos resultados foi atribuído peso amostral aos indivíduos, conforme o serviço onde foram entrevistados com o objetivo de corrigir o tempo de duração da coleta de dados, pois, não foi viável manter a mesma quantidade de dias, em todos os serviços, conforme planejamento inicial.

A análise descritiva foi mantida a fim de conhecer-se a distribuição da amostra. As análises qui-quadrado de Person e regressão logística múltipla foram utilizadas para determinar as variáveis associadas à longitudinalidade em relação aos serviços de APS. Tais análises foram aplicadas para responder à pergunta avaliativa: quais são as características das gestantes e dos serviços que influenciam longitudinalidade na atenção em distintos serviços de APS?

A resposta “Continuo fazendo pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde” foi usada como variável dependente na análise de serviços para representar a “longitudinalidade dos serviços de APS”. As variáveis independentes foram: periodicidade das consultas (0 a 15 dias, de 16 a 30 dias e maior que 30 dias); tempo decorrido entre o encaminhamento e a realização

da consulta - no atendimento especializado (0 a 30 dias, 31 a 60 dias, mais que 60 dias), período escolhido dada a periodicidade de abertura do sistema de marcação de consultas do município pelo SIGA; e período gestacional quando foi iniciado o pré-natal (primeiro, segundo ou terceiro trimestre).

Segundo as especificidades dos tipos de serviços de APS, outras variáveis foram incluídas como independentes, tais como: conhecer o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ter recebido visita domiciliar (VD) durante a análise da ESF e quais profissionais, das equipes tradicionais (médico ginecologista, médico clínico geral ou enfermeiro), realizaram o pré-natal.

Com o apoio do programa estatístico Stata versão 14, inicialmente as variáveis foram submetidas ao teste qui-quadrado para identificar possíveis associações. As variáveis com valor de significância menor, ou igual, a 0,20 (p), foram incluídas no modelo para o teste de regressão logística.

Além das variáveis estatisticamente significativas, outras variáveis que permitissem representar as características pessoais e dos serviços, foram incluídas no modelo de regressão. Elas podem, direta ou indiretamente, influenciar na longitudinalidade do cuidado, e foram elencadas a partir do conhecimento das dinâmicas dos modelos de APS.

As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,05, como resultado da regressão, foram aceito como tendo associação significativa.

O estudo multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Campinas, sob parecer nº 2225109 (AnexoIII).

4.2.3 Estudo de revisão – revisão integrativa de literatura

Os estudos de revisão de literatura permitem sistematizar o vasto mundo das pesquisas sobre determinados temas, assim como, direcionar a prática assistencial, segundo evidências científicas (SOUZA et al., 2010). O método de revisão integrativa utiliza um escopo amplo e permite a inclusão de pesquisas de diversos delineamentos, de experimentais e quase-experimentais, a observacionais, o que amplia a combinação de dados teóricos a empíricos (MENDES et al., 2008).

O terceiro recorte buscou identificar as práticas de assistência pré-natal descritas na literatura como exitosas e que fomentam melhores resultados na qualidade do pré-natal na

APS. A intenção é apoiar os serviços de APS, e suas respectivas equipes com estratégias que possam melhorar a qualidade das ações ofertadas, romper com práticas permeadas pelos modelos tradicionais de atenção à saúde e incorporar a longitudinalidade do cuidado durante o acompanhamento pré-natal.

As etapas metodológicas seguidas deram-se pela Identificação do problema (etapa um) a partir da estratégia PVO (População: gestantes em acompanhamento pré-natal na atenção primária em saúde; Variável de Interesse: práticas que favoreçam a qualidade do cuidado pré-natal; Desfecho: a melhoria do cuidado à gestante no pré-natal); Busca na Literatura; Avaliação dos dados; Coleta e análise dos dados; e Apresentação dos resultados.

Buscas foram realizadas nas bases de dados da PubMed e LILACS, entre os meses de novembro e dezembro de 2019. Tais bases foram selecionadas por concentrarem maior número de estudos conduzidos em países da América Latina, que por sua vez, são similares na forma de atuação dos serviços de APS, suas práticas se aproximam daquelas desejadas pelo SUS.

A PubMed é mantida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, a qual disponibiliza artigos em fase de indexação, informações sobre publicadores das revistas. Ela contém mais de 5.400 periódicos da área biomédica da Medline (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2019).

A segunda base de dados investigada, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), é especializada em saúde e reúne a produção científica, e técnica, de 26 países da América Latina e do Caribe. Ela inclui os textos da base Scielo (LILACS, 2019).

A chave de busca, para ambas as situações, foi baseada em descritores indexados do Medical Subject Headings (MeSH). Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados, e o cruzando de *“PrenatalCare” AND “Primary Health Care” AND (Quality Assurance, Health Care” OR “Qualityof Health Care”)* foi adotado como estratégia de busca.

O critério de inclusão previa que os trabalhos deveriam ser artigos científicos, disponíveis na íntegra e publicados a partir de 2006. Esse foi o período quando houve estímulo à expansão da atenção primária em saúde, por meio das equipes de saúde da família (ESF). Essa estratégia ampliou o acesso na APS e incorporou, de forma mais marcante, as características dos modelos alternativos de atenção à saúde, no Brasil.

O processo de seleção dos artigos ocorreu após a leitura (dupla) efetuada por dois pesquisadores independentes. As inclusões deram-se por consenso.

Na coleta e análise dos dados a organização da amostra final dos trabalhos e extração dos dados deu-se pela aplicação da lista de verificação STROBE - adaptada (incluídas como variáveis de interesse título, ano de publicação, país aonde foi realizado o estudo, objetivo do estudo, descrição das intervenções realizadas na metodologia e desfechos de interesse. Os dados analisados foram agrupados por similaridade de conteúdo, após leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1– Avaliação da Atenção ao Pré-Natal nas Capitais Brasileiras: Tendência de Uma Década

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NAS CAPITALS BRASILEIRAS: TENDÊNCIA DE UMA DÉCADA¹

RESUMO

Objetivo: Analisar o comportamento de indicadores de atenção pré-natal nas capitais do Brasil, no decorrer de uma década. **Método:** Estudo ecológico avaliativo baseado em dados secundários de nascidos vivos, mortalidade, agravos de notificação e gestão da atenção coletados nos sistemas de informação. Um modelo lógico e uma matriz de indicadores que pudessem expressar a magnitude e a evolução da atenção pré-natal foram elaborados a partir da Rede Cegonha considerando cinco anos antes e após a implementação dessa política. Os indicadores de todas as capitais brasileiras e do Distrito Federal foram calculados. Os dados foram analisados pelo teste de regressão linear. **Resultados:** Foi possível identificar a ampliação do acesso a consultas pré-natal nas capitais durante o período analisado; as magnitudes foram superiores à média brasileira para gestantes que fizeram mais de seis consultas em onze capitais. Houve tendência crescente em 15 capitais; porém, com iniquidades regionais, melhores indicadores foram registrados para gestantes residentes nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. A expansão de consultas não resultou na melhoria de indicadores de morbidade para sífilis congênita e HIV (em menores de cinco anos) e de mortalidade materna e neonatal. A análise estatística mostrou não haver correlação entre a ampliação da capacidade de cobertura de equipes de atenção primária e melhoria na assistência pré-natal. **Conclusões:** Houve ampliação do acesso ao serviço, mas ela ainda permanece insuficiente para o enfrentamento de morbimortalidades relacionadas ao atendimento pré-natal

Descritores: Cuidado pré-natal; Qualidade da assistência à saúde; Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Saúde Pública

ABSTRACT

Objective: Assessing the behavior of prenatal care indicators in Brazil state capitals within a 10-year timeline. **Method:** Ecological evaluation study based on secondary data of newborns, mortality, grievances of notification and caregiving management collected in different databases. A logical model and an indicator matrix capable of expressing the magnitude and evolution of prenatal care were elaborated based on Rede Cegonha information collected five years before and after its implementation. Indicators of all state capitals and of the Federal District were calculated. Data were analyzed through linear regression test. **Results:** It was possible identifying amplification in the access to prenatal care consultations in the state capitals throughout the assessed timeline; magnitudes were higher than the Brazilian average recorded for pregnant women who attended more than six consultations in six of the assessed state capitals; the best indicators were recorded for women living in Southeastern and Southern Brazil. The expansion in the number of consultations did not lead to improvements in morbidities linked to congenital syphilis and HIV (in children younger than 5 years) and to maternal and newborn mortality. Based on the statistical analysis, there is no correlation between broadening the coverage capacity of primary care teams and improvements in prenatal care. **Conclusions:** There was amplification in the access to the service, but it was not enough to cope morbidity and mortality factors related to prenatal care.

Descriptors: Prenatal Care; Quality of Health Care; Health Services; Health Evaluation. Primary Health Care; Public Health.

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal no Brasil é uma prática já consolidada nas diretrizes dos serviços de saúde, principalmente, naqueles de Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,2}. Anterior à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) o modelo de atenção à saúde que orientavam os serviços e suas práticas no cuidado da gravidez, era direcionado à aplicação de técnicas e procedimentos³.

Vislumbrando uma nova lógica no cuidar a organização dos serviços de APS e das Redes de Atenção, a exemplo da Rede Cegonha (RC) com o advento do SUS, foi pautada pela busca de romper com o modelo de atenção à saúde médico centrado e incorporar modelos assistenciais alternativos, que valorizassem a mulher e o processo de gestação em sua integralidade e que fosse capaz de resultar de forma mais enfática na melhora dos indicadores de saúde, tanto nos quantitativos como qualitativos⁴.

Espera-se que a gestante, ao ter acesso a um conjunto de cuidados preconizado pela RC - diagnóstico e início precoce do acompanhamento pré-natal, sete ou mais consultas de pré-natal e exames diagnósticos - tenha como possíveis resultados a diminuição de nascimentos prematuros e com baixo peso, além do declínio nas taxas de mortalidade materna e infantil, por causas evitáveis^{5,6}, que até o ano de 2015 deveria atingir valor máximo de 25 óbitos por 100 mil nascidos vivos, segundo o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio⁷

Ainda que as recomendações à atenção pré-natal sejam amplamente conhecidas pelos profissionais de saúde, fragilidades persistem ao longo do tempo, como a baixa disponibilidade de suporte especializado para a atenção pré-natal, quando necessário pelas equipes de ESF, e acesso limitado ao número de consultas recomendadas - sete ou mais consultas de pré-natal – sendo os componentes apontados como de maior inadequação⁸

Ao investigar os aspectos denominados como de qualidade da assistência pré-natal, destaca a manutenção da baixa qualidade para os indicadores de realização de exames laboratoriais, procedimentos clínicos, retirada de medicamentos na APS, vinculação com a unidade de parto e receber visita domiciliar⁹, reforçando de que à ainda tímida ampliação do acesso das consultas de pré-natal, não se estendeu para os aspectos qualitativos da assistência prestada⁸.

Ao longo do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, assim como da assistência pré-natal as desigualdades regionais foram condições definidores da qualidade assistencial ofertada, dividindo o Brasil e as brasileiras entre aquelas que têm acesso a sete ou mais

consultas de pré-natal em maior proporção (Região Sudeste)¹⁰ e as que têm menor qualidade na atenção pré-natal (captação tardia, mínimo de seis consultas de pré-natal, monitoramento da pressão arterial e peso e acesso a exames diagnósticos) mais concentradas nas regiões Norte e Nordeste^{9,11}.

Outra variável que se mostrou determinante na qualidade pré-natal é o porte dos municípios, embora aqueles com até 10.000 habitantes tenham a maior proporção de mulheres que realizam seis ou mais consultas (90,1%), os municípios com mais de 300.000 habitantes são os que têm maior proporção (17,7%) de pré-natal com qualidade¹.

Assim, múltiplos fatores acabam por impactar em maiores chances de diagnóstico tardio e transmissão vertical de HIV e sífilis congênita¹², baixo índice de APGAR e baixo peso ao nascer, malformação congênita¹³, maiores taxas de mortalidade perinatal e de prematuridade¹⁰.

Passados 14 anos do lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que reforçou a expansão da APS por meio de equipes de ESF, e a implementação da RC como proposta para reorganização da atenção materna, novas pesquisas avaliativas são essenciais, para identificar se as políticas permitiram a incorporação de novas práticas de cuidado pré-natal e o alcance de melhores resultados.

Diante do apresentado e buscando responder à pergunta “como o Brasil tem avançado nos indicadores relacionados à atenção pré-natal?”, este estudo teve por objetivo avaliar o comportamento dos indicadores de atenção ao pré-natal nas capitais do Brasil, no decorrer de uma década.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais que explorou dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informação do SUS (E-gestor Atenção Básica, Sistema de Informação de Nascidos Vivos, Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação de Mortalidade), por meio do TabNet, no mês de janeiro de 2020.

Considerando como premissa a Rede Cegonha (RC) que trouxe uma proposta para reorganização da atenção à saúde da mulher e da criança, pautado pelo apoio financeiro, estímulo à articulação entre os serviços e monitoramento de um conjunto de indicadores, a análise procurou explorar dados cinco anos antes e após o ano de 2012. Embora a publicação da portaria da RC seja datada de 24 de junho de 2011, optou-se por usar como referência para as análises o ano de 2012, por considerar que foi o primeiro ano de exercício integral da rede.

A partir da construção de um modelo lógico (figura 1), orientando pelas diretrizes e termos da RC, as dimensões avaliativas de Dobanedian¹⁴(estrutura, processo e resultado) foram reordenadas em processo, resultado e estrutura para a execução deste estudo, pois se compreende que em estudos de avaliação de serviços de saúde os processos são componentes essenciais que dizem sobre a interação do usuário, e a tomada de decisão podem e devem ser realizados no decorrer do processo, de forma dinâmica e oportuna, sem precisar aguardar pelos bons ou maus resultados ao final de um determinado ciclo¹⁵ (quadro 1).

Para a coleta de dados, em todos os indicadores foram utilizados como filtros os respectivos dados para as 26 capitais brasileiras e distrito federal, por ano de ocorrência e segundo o local de residência. A opção de investigar as capitais se deu pelo interesse de buscar analisar contextos de oferta entre localidades que apresentam características similares para a organização dos seus sistemas de saúde - elevada concentração de recursos tecnológicos e um conjunto de serviços de distintas complexidades

A tendência de 10 anos foi considerada como variável dependente (Y), a fim de evitar a colinearidade. O ano de 2012 serviu como ponto médio para centralização da variável.

Considerou-se os indicadores como variável independente (X) e, para suavização das séries, foi utilizado a média móvel centrada em três médias sucessivas.

Utilizando do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, a análise dos dados foi realizada pelo teste de regressão linear simples ($Y = \beta_0 + \beta_1 X$), aplicado à todos os indicadores, e a tendência foi considerada significativa quando o modelo estimado obteve valor de $p < 0,05$, e foi utilizado ainda como medida de precisão do modelo o coeficiente de determinação (r^2).

Figura 1 Modelo lógico dos indicadores da atenção pré-natal.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 1. Matriz de indicadores da atenção pré-natal

Dimensão	Indicador	Cálculo	Fonte de dados
Processo	Proporção de adequação da quantidade de Consulta de Pré-Natal	$\frac{\text{Nº de mulheres sem nenhuma CPN} \times 100}{\text{Nº nascidos vivos}}$	SINASC
		$\frac{\text{Nº de mulheres com 1 a 3 CPN} \times 100}{\text{Nº nascidos vivos}}$	
		$\frac{\text{Nº de mulheres com 4 a 6 CPN} \times 100}{\text{Nº nascidos vivos}}$	
		$\frac{\text{Nº de mulheres com 7 ou + CPN} \times 100}{\text{Nº nascidos vivos}}$	
Resultado	Incidência de Sífilis Congênita	$\frac{\text{Nº de casos confirmados de sífilis congênita} \times 1.000}{\text{Nº nascidos vivos}}$	SINAN SINASC
	Incidência de HIV em menores de 5 anos	$\frac{\text{Nº de casos confirmados de HIV em menores de 5 anos} \times 100.000}{\text{população} < 5 \text{ anos}}$	SINAN IBGE
	Taxa de óbitos maternos	$\frac{\text{Nº de óbitos maternos} \times 100.000}{\text{Nº nascidos vivos}}$	SIM SINASC
	Taxa de mortalidade neonatal	$\frac{\text{Nº de óbitos neonatais} \times 1.000}{\text{Nº nascidos vivos}}$	SIM SINASC
Estrutura	Capacidade de cobertura de equipes de AB	$\frac{(\text{Nº de equipes de AB} \times 3.000)}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$	E-gestor AB
	Capacidade de cobertura de equipes de ESF	$\frac{(\text{Nº de equipes de ESF} \times 3.450)}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$	E-gestor AB

Fonte: Elaboração própria

CPN= Consulta pré-natal / NV= Nascidos Vivos / SIM= Sistema de Informação de Mortalidade / SINASC= Sistema de Informação de Nascidos Vivos

RESULTADOS

Na análise de magnitudedo número de consultas de pré-natal (tabela 1), observa-se que em 13 capitais mais de 60% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, com concentração dessas capitais nas regiões Sudeste e Sul do Brasil.

Todas as capitais das regiões Norte e Nordeste apresentaram magnitude menor do que a média brasileira na proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto as capitais das demais regiões apresentaram valores superiores à média do Brasil.

A tendência entre os anos de 2007 e 2017 permitiu observar uma melhora do desempenho em algumas capitais do país, com tendência de acréscimo do número de gestantes que fizeram sete ou mais consultas, acompanhando a média geral nacional. Destaca-se Campo Grande e Goiânia por apresentarem redução significativa no período da proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas, lógica inversa da desejado.

Tabela 1. Análise de magnitude e tendência do número de consultas de pré-natal realizado no decorrer da gestação, capitais brasileiras, 2007 a 2017.

Capitais	Número de Consultas pré-natal ¹											
	0			1-3			4-6			7+		
	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência
Porto Velho	14,32	0,73	—	9,51	-0,95	↓*	30,02	-0,87	↓*	44,89	0,76	—
Rio Branco	2,46	-0,64	—	11,82	-0,98	↓*	37,16	-1,00	↓*	47,54	1,00	↑*
Manaus	4,64	-0,41	—	13,03	-0,93	↓*	38,77	-0,94	↓*	40,50	0,76	—
Boa Vista	2,93	-0,56	—	12,37	-0,07	—	34,74	-0,89	↓*	49,93	0,63	—
Belém	3,23	0,81	—	7,81	0,80	—	28,99	-0,85	↓*	59,90	0,78	—
Macapá	4,42	-0,85	↓*	21,63	0,75	—	37,72	-0,93	↓*	35,79	0,83	↑*
Palmas	0,89	-0,18	—	6,35	-0,66	—	28,06	-0,98	↓*	64,09	0,98	↑*
São Luís	2,93	0,03	—	12,08	-0,17	—	40,80	-0,98	↓*	43,58	0,94	↑*
Teresina	4,41	0,50	—	7,98	-0,19	—	29,60	-0,84	↓*	56,21	0,56	—
Fortaleza	5,59	0,45	—	7,97	-0,94	↓*	35,52	-0,99	↓*	48,81	0,90	↑*
Natal	2,31	-0,36	—	9,55	-0,94	↓*	30,57	-0,97	↓*	56,01	0,98	↑*
João Pessoa	1,78	-0,44	—	7,22	0,77	—	26,09	-0,95	↓*	61,88	0,98	↑*
Recife	1,05	-0,30	—	8,26	-0,82	—	30,67	-0,90	↓*	57,94	0,88	↑*
Maceió	2,83	-0,22	—	9,86	0,93	↑*	36,25	0,44	—	49,75	-0,49	—
Aracaju	1,32	-0,33	—	10,15	0,89	↑*	31,93	-0,38	—	56,50	-0,50	—
Salvador	4,78	-0,96	↓*	9,20	-0,84	↓*	34,12	-0,81	—	51,05	0,86	↑*
Belo Horizonte	0,75	-0,99	↓*	4,23	-0,97	↓*	18,63	-0,88	↓*	75,92	0,96	↑*
Vitória	1,07	-0,31	—	3,47	0,98	↑*	16,76	-0,97	↓*	77,46	0,94	↑*
Rio de Janeiro	1,96	-0,95	↓*	5,12	-0,93	↓*	19,78	-0,89	↓*	70,80	0,91	↑*
São Paulo	1,18	-0,94	↓*	4,34	-0,13	—	18,14	-0,80	—	76,10	0,75	—
Curitiba	0,47	0,11	—	2,10	0,47	—	8,81	-0,21	—	87,99	0,02	—
Florianópolis	1,24	-0,95	↓*	4,50	-0,91	↓*	20,88	-0,76	—	70,99	0,80	—
Porto Alegre	2,24	-0,97	↓*	6,32	-0,97	↓*	18,49	-0,95	↓*	72,85	0,98	↑*
Campo Grande	1,17	-0,34	—	6,76	0,95	↑*	22,73	0,96	↑*	69,10	-0,96	↓*
Cuiabá	0,62	-0,88	↓*	4,87	0,73	—	24,49	-0,95	↓*	69,40	0,97	↑*
Goiânia	5,83	0,98	↑*	3,41	0,99	↑*	18,15	0,38	—	71,57	-0,94	↓*
Brasília	3,22	0,48	—	5,85	-0,75	—	21,26	-0,99	↓*	68,46	-0,94	↑*
Brasil	2,62	0,22	—	6,73	-0,80	—	24,58	-0,99	↓*	64,96	0,91	↑*

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); ¹ As somatórias da porcentagem nas linhas podem ser inferior a 100, pois há a possibilidade do preenchimento do campo número de consultas de pré-natal como não informado; * significância estatística $p < 0,05$ / β_0 – coeficiente médio no período / β_1 – Taxa de incremento anual;

Na análise dos indicadores de resultado do acompanhamento pré-natal (tabela 2), a magnitude das taxas de sífilis congênita foi muito variável, sendo Goiânia a capital com menor taxa média no período (2,25/1000) e Porto Alegre (20,72/1000) com maior taxa. Em 20 capitais ocorreu tendência crescente significativa dos casos de sífilis congênita, além do aumento também na média geral do Brasil, com intensidade similar em todas as situações.

Para a infecção por HIV em menores de cinco anos, a magnitude de todas as capitais é superior à média brasileira, destacando-se Goiânia com a menor taxa (1,44/100.000) e Boa Vista com a maior (24,78/100.000). Em 16 capitais a prevalência de HIV em menores de cinco anos apresentou tendência estável.

Quanto à magnitude da taxa de mortalidade materna, 17 capitais apresentaram taxa inferior à média nacional (54,64/100.000) e 10 capitais apresentaram magnitude superior, sendo quatro da região Norte, cinco da região Nordeste e uma da Sudeste. A tendência manteve-se estável em 23 capitais.

Na análise de mortalidade neonatal, todas as capitais da região Sudeste e Sul, além de Campo Grande e Brasília, tiveram a magnitude média para o período analisado inferior à média do Brasil (6,35/1000). Observou-se tendência de redução de casos, principalmente, nas capitais das regiões Norte e Nordeste.

Os indicadores de estrutura (tabela 3) evidenciaram que 16 das capitais brasileiras (59%) têm cobertura de equipes de atenção básica (eAB) inferior à média brasileira (70,45%), e em apenas três capitais (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre) ocorreu tendência de expansão na capacidade de cobertura por eAB. Contabiliza-se na cobertura de eAB a somatória de equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de Atenção Básica tradicionais e parametrizadas.

Na análise do modelo organizacional dos serviços de atenção primária constatou-se tendência crescente na cobertura por equipes do tipo ESF no Brasil de modo geral, com concentração nas capitais do Nordeste, Sudeste e Sul.

Tabela 2. Análise de magnitude e tendência de indicadores de resultado da atenção pré-natal nas capitais brasileiras, 2007 a 2017.

Capitais	Variáveis de resultado											
	Sífilis congênita			HIV <5 anos			Mortalidade materna			Mortalidade neonatal		
	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência
Porto Velho	4,78	0,99	↑*	5,66	-0,95	↓*	79,57	0,03	—	7,25	-0,75	—
Rio Branco	4,70	-0,15	—	2,27	-0,77	↓*	52,15	-0,08	—	6,89	-0,97	↓*
Manaus	5,66	0,75	—	10,25	-0,91	↓*	66,68	-0,61	—	6,51	-0,85	↓*
Boa Vista	3,41	-0,59	—	24,78	0,12	-	39,13	-0,48	—	6,65	-0,55	—
Belém	3,92	0,83	↑*	8,73	-0,62	-	71,19	0,80	—	8,18	-0,93	↓*
Macapá	6,54	-0,78	—	5,65	0,40	-	52,24	0,71	—	10,21	-0,88	↓*
Palmas	7,00	0,91	↑*	1,81	0,21	-	60,35	0,23	—	5,19	0,18	—
São Luís	6,12	0,91	↑*	7,00	-0,70	-	80,24	-0,86	↓*	9,28	0,61	—
Teresina	7,55	0,95	↑*	2,74	-0,80	↓*	53,10	-0,49	—	8,28	-0,83	↓*
Fortaleza	15,95	0,97	↑*	3,78	0,05	-	50,37	0,27	—	6,78	-0,87	↓*
Natal	12,00	0,90	↑*	4,70	0,14	-	48,78	0,77	—	6,97	-0,19	—
João Pessoa	6,20	0,95	↑*	2,13	-0,70	↓*	57,45	0,90	↑*	6,60	-0,26	—
Recife	17,83	0,97	↑*	8,75	-0,79	↓*	59,63	0,78	—	6,40	-0,98	↓*
Maceió	11,84	0,81	—	6,65	-0,76	↓*	49,40	0,44	—	8,33	-0,88	↓*
Aracaju	8,44	0,75	—	6,23	0,54	-	60,38	-0,86	↓*	9,21	-0,78	—
Salvador	9,66	0,99	↑*	5,86	0,03	-	69,57	-0,70	—	9,26	-0,90	↓*
Belo Horizonte	6,26	0,98	↑*	2,08	-0,32	-	38,25	-0,72	—	5,29	-0,58	—
Vitória	9,44	0,97	↑*	3,73	0,20	-	53,44	-0,71	—	4,45	-0,24	—
Rio de Janeiro	15,52	0,83	—	6,29	-0,83	↓*	73,06	0,23	—	5,92	-0,93	↓*
São Paulo	5,31	0,94	↑*	2,64	-0,71	↓*	48,56	-0,72	—	5,33	-0,90	↓*
Curitiba	4,63	0,99	↑*	2,41	-0,97	↓*	32,73	-0,80	—	4,96	-0,44	—
Florianópolis	6,24	0,96	↑*	8,76	-0,59	-	28,65	0,74	—	4,44	-0,31	—
Porto Alegre	20,72	0,99	↑*	19,01	-0,92	↓*	33,68	-0,70	—	4,19	-0,59	—
Campo Grande	6,33	0,98	↑*	6,48	0,25	-	45,36	0,00	—	4,94	-0,82	—
Cuiabá	4,92	0,86	↑*	4,17	-0,12	-	53,41	-0,03	—	6,56	-0,69	—
Goiânia	2,25	0,95	↑*	1,44	0,17	-	42,98	-0,86	↓*	6,55	-0,83	—
Brasília	3,78	0,97	↑*	1,70	-0,64	-	46,46	-0,73	—	6,29	0,35	—
Brasil	8,39	0,99	↑*	1,08	-0,89	↓*	54,64	-0,87	↓*	6,35	-0,94	↓*

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); * significância estatística $p < 0,05$ / β_0 – coeficiente médio no período / β_1 – Taxa de incremento anual; Prevalência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos; Prevalência de HIV em menores de 5 anos, na população de até 5 anos a cada 100.000 crianças na faixa etária; Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos; Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos;

Tabela 3. Análise de magnitude e tendência dos indicadores de estrutura da atenção pré-natal nas capitais brasileiras, 2007 a 2017.

Capitais	Capacidade de cobertura de equipes de AB			Capacidade de cobertura de equipes de ESF		
	β_0	β_1	Tendência	β_0	β_1	Tendência
Porto Velho	71,76	-0,69	—	56,92	0,19	—
Rio Branco	74,15	0,81	—	48,19	0,82	—
Manaus	52,04	-0,97	↓*	31,23	-0,51	—
Boa Vista	71,69	-0,88	↓*	58,89	-0,78	—
Belém	45,17	0,68	—	21,94	0,49	—
Macapá	83,95	0,02	—	55,36	0,31	—
Palmas	88,79	0,75	—	83,82	0,62	—
São Luís	44,13	0,82	—	32,65	0,88	↑
Teresina	100,00	0,00	—	98,68	0,73	—
Fortaleza	54,97	0,46	—	40,93	0,90	↑
Natal	58,25	0,03	—	39,04	0,54	—
João Pessoa	92,98	-0,43	—	83,30	-0,63	—
Recife	61,14	0,78	—	53,53	0,95	↑
Maceió	44,11	0,83	—	29,31	0,69	—
Aracaju	86,52	-1,00	↓*	77,97	-0,96	↓
Salvador	33,68	0,94	↑*	21,71	0,99	↑
Belo Horizonte	99,22	0,79	—	76,43	0,96	↑
Vitória	97,61	-0,79	—	77,23	-0,42	—
Rio de Janeiro	50,10	0,98	↑*	38,04	0,99	↑
São Paulo	57,85	0,63	—	31,59	0,99	↑
Curitiba	58,32	0,11	—	38,90	0,91	↑
Florianópolis	99,95	0,55	—	91,51	0,97	↑
Porto Alegre	61,74	0,98	↑*	34,88	0,97	↑
Campo Grande	39,74	0,71	—	33,94	0,90	↑
Cuiabá	48,63	0,35	—	37,51	0,75	—
Goiânia	68,94	-0,96	↓*	43,28	0,69	—
Brasília	56,40	-,97	↓*	24,20	0,99	↑
Brasil	70,45	0,99	↑*	58,19	1,00	↑

DISCUSSÃO

Em 11 (40,74%) das capitais a proporção de mulheres que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal foram superiores à média brasileira. Em trabalho que investigou a cobertura de consultas em 4.059 municípios brasileiros, com vasta diversidade de porte populacional e estrutura de serviços de saúde disponíveis, em apenas 4,6% deles as mulheres fizeram mais que seis consultas⁸. Dessa forma os achados sugerem que nas capitais há maior acesso a consultas de pré-natal em relação ao conjunto de municípios brasileiros, ressaltando a elevada prevalência da inadequação de atenção pré-natal no Brasil¹⁶, marcada pela iniquidade do acesso.

As diferenças regionais encontradas neste estudo, com prevalência de gestantes que realizaram sete ou mais consultas nas capitais das regiões Sudeste e Sul perpetuou-se ao longo de mais uma década no Brasil e foram de encontro aos resultados de pesquisa com coleta de dados primários com 23.894 puérperas¹⁷, que teve por objetivo analisar a assistência pré-natal em todas as regiões do Brasil. Enquanto 57,3% das puérperas da região Norte realizaram mais de seis consultas, 79,7% das residentes na região Sudeste tiveram o mesmo acesso às consultas pré-natais.

Autores hipotetizaram que entre as características relacionadas ao acesso a consultas pré-natais, os aspectos socioeconômicos se destacaram, uma vez que quanto maior o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da capital, maior é a proporção de adequação dos cuidados pré-natais¹⁸. Florianópolis, Vitória, Brasília, Curitiba e Belo Horizonte foram as cinco capitais com melhor IDH em 2010 respectivamente, e Maceió, Rio Branco, Macapá, Porto Velho e Manaus estão entre as de menor IDH, dessa forma, as capitais das regiões Sudeste e Sul concentram as melhores condições socioeconômicas, corroborando com a hipótese de relação entre o valor de IDH e o acesso ao número de consultas de pré-natal.

Entre as dimensões que compõe o IDH está o índice de educação - desfecho considerado como significante no acesso a consulta pré-natal¹⁷ - segundo dados da pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua (PNAD Contínua)¹⁹ a taxa de analfabetismo na população com 15 anos ou mais foi de 13,87% para a população da região Nordeste, 7,98% no Norte, 5,40% no Centro-Oeste, 3,63% no Sul, e 3,47% para o Sudeste, no ano de 2018. Para o grupo de mulheres analfabetas, pouco mais de 30% fazem mais de seis consultas, enquanto nas com 12 ou mais anos de estudo, 80% fazem as consultas recomendadas²⁰.

Desse modo, a distribuição da taxa de analfabetismo pelas regiões do Brasil, reforçam a hipótese de relação com o acesso a sete ou mais consultas de pré-natal nas capitais das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste respectivamente.

A taxa de analfabetismo e o número de consultas de pré-natal divergem do esperado para as regiões Norte e Nordeste, a hipótese que pode explicar o pior desempenho nas capitais dessas regiões é a composição racial/cor da pele, apontado como outra característica determinante do número de consultas recomendadas. Apenas 19,3% dos indivíduos da região Norte se declaram como de cor da pele branca, enquanto na região Nordeste esta proporção foi de 24,6%¹⁹, as mulheres com maior acesso são as de cor branca, seguido das amarelas, pardas e pretas respectivamente^{17,20}.

Outro desfecho que pode estar associado aos resultados encontrados é quanto às barreiras de acesso¹⁸ (dificuldade para o agendamento da consulta, problemas com horário de atendimento e com os profissionais do serviço e dificuldade de transporte) que se mostrou como variável significativa para a não realização do pré-natal em maior proporção para as puérperas residentes nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul respectivamente. Assim, sugerem-se discrepâncias na organização do acesso à saúde nas capitais, segundo as regiões brasileiras.

Diante dos indicadores de morbimortalidade relacionados à assistência pré-natal, a qualidade desta deve-se ser questionada, das 15 capitais que apresentaram tendência crescente para sete ou mais consultas de pré-natal, em 12 delas também ocorreu ascensão na incidência de sífilis congênita, inverso da relação desejada entre a expansão do número de consultas e redução da transmissão vertical da sífilis.

Tomando o caso de Porto Alegre quanto ao indicador de sífilis congênita, embora seja a capital com uma das maiores proporções de mulheres que realizam a quantidade de consultas pré-natais recomendadas, por sua vez apresenta também a maior incidência de sífilis congênita (20,72/1000 NV), 2,5 vezes maior que a média brasileira (8,39 NV).

Em estudo de dados secundários que buscou analisar a ocorrência e associação de sífilis congênita e pré-natal em Porto Alegre, entre 2006 e 2015, identificou-se ausência ou inadequação do tratamento da gestante durante o acompanhamento pré-natal, em 80% dos casos confirmados de sífilis congênita²¹.

Em outro estudo também de dados secundários conduzido sobre adequação pré-natal, diagnóstico e tratamento de sífilis gestacional nas capitais brasileiras¹⁸, em apenas 27,3% das equipes de saúde havia disponibilidade de testes rápidos para sífilis e em 86,7% administravam o tratamento medicamentoso (penicilina benzatina).

Ao analisar um conjunto maior de municípios – com população a partir de 20.000 habitantes e com cobertura de atenção básica superior a 50% - foi identificado uma situação inversa das capitais²², 41,9% dos municípios administraram penicilina e 67,1% realizaram testagens rápidas.

A redução da transmissão vertical da sífilis esteve relacionada principalmente com a oferta de testes rápidos, que por sua vez, permitiu aumentar a capacidade de detecção. Municípios com mais testagens, tiveram mediana de incidência de sífilis gestacional de 6,24 enquanto nos com menor oferta a mediana da taxa de detecção ficou em 3,82²². Outro desafio no enfrentamento da sífilis congênita é a inclusão do tratamento dos parceiros das gestantes, uma vez que até 82% não realizam o tratamento recomendado²³.

Na análise do indicador de infecção por HIV em menores de cinco anos, todas as capitais apresentaram magnitude superior à média brasileira (1,07/100.000). Há contradições entre a cobertura do número de consultas e a infecção por HIV, de 11 capitais que tiveram tendência decrescente da taxa de infecção por HIV, em apenas cinco delas houve tendência crescente de mais de seis consultas de pré-natal, nas outras seis capitais com decréscimo de infecção por HIV as consultas de pré-natal mantiveram-se estáveis, sugerindo que não houve relação entre a quantidade de consultas e a melhora da morbidade por HIV. A melhoria dos indicadores de morbidade, a exemplo da sífilis congênita e infecção por HIV, está diretamente relacionada à forma como a atenção pré-natal é desenvolvida pelas equipes de saúde, com destaque para a captação precoce e capacidade de diagnóstico precoce das infecções²⁴.

Nos indicadores de mortalidade materna 17 capitais apresentaram magnitude inferior à média nacional (54,64/1.000 NV). Ao analisar a mortalidade materna nas cinco regiões brasileiras entre 2001 e 2012²⁵, o ano de 2009 se destacou como aquele em que ocorreu a maior taxa de mortalidade nacional (77/100.000 NV) e ao final do período as maiores taxas ficaram concentradas nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul respectivamente. Identifica-se que ao investigar apenas as capitais, o cenário é diferente do encontrado para o conjunto das regiões brasileiras, sendo as com piores desempenhos aquelas das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, respectivamente.

Quando à tendência destaca-se a predominância de estagnação na redução da mortalidade materna nas capitais, com aumento apenas para João Pessoa. Para o conjunto das regiões brasileiras houve tendência estatisticamente significativamente de decréscimo das taxas nas regiões Nordeste e Sul²⁶, contrapondo ao encontrado para as capitais, uma vez que apenas São Luís, Aracaju e Goiânia apresentaram tendência decrescente das suas taxas.

A magnitude no decorrer da década analisada manteve-se distante daquela pactuada no Objetivo do Desenvolvimento do Milênio, que estabeleceu 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos⁷. A tendência estacionária na maioria das capitais reforça a necessidade de esforços e de modificação das práticas em saúde, capazes de enfrentar e reduzir as fragilidades assistenciais que resultam em mortalidade materna.

A institucionalização do SUS e expansão da APS podem ser elencadas como intervenções que foram historicamente determinantes para a redução da mortalidade materna, mas que em longo prazo estão se mostrando incapazes de avançar na qualidade da assistência à saúde prestada, uma vez que grande parte dos óbitos maternos (20,7%) são decorrentes de causas classificadas como preveníveis no pré-natal¹⁰.

Não foi possível identificar relação entre a expansão do número de consultas pré-natais e redução da mortalidade materna, uma vez que mesmo nas capitais aonde ocorreu expansão de mulheres que fizeram sete ou mais consultas pré-natais, a tendência da mortalidade materna manteve-se estável.

Quanto à taxa de mortalidade neonatal (TMN) 17 capitais tiveram magnitude superior à média nacional (6,35/1.000 NV) no período estudado, sendo seis da região Norte, todas as da região Nordeste e três do Centro-Oeste. Em 11 capitais ocorreu tendência decrescente na TMN, sendo a maioria naquelas que apresentaram magnitude superior à média nacional.

Os resultados apontam que de modo geral as capitais que apresentaram maior proporção de consultas, também foram as com menores TMN, analisando o inverso, a capital Macapá foi a que apresentou menor proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (35,79%) e foi também a capital com maior TMN (10,21/1.000 NV), apontando a importância da consulta pré-natal e sua relação com a redução da TMN.

Tomando Cuiabá como um caso de estudo, que apresentou magnitude (6,56/1.000 NV) ligeiramente superior à média nacional e tendência estável no período. Foi possível identificar outros estudos que analisaram 81 óbitos em recém nascidos com até 27 dias de vida entre 2010 e 2011²⁶ e concluir que entre as principais causas esteve realizar menos que seis consultas de pré-natal, baixo peso ao nascer e prematuridade. Em investigação ainda em Cuiabá sobre as principais causas dos óbitos neonatais se deram por causas evitáveis, sendo 47,3% classificados por inadequação da atenção ao recém-nascido e 21,6% por inadequação da atenção à mulher durante a gestação²⁷.

A ampliação da cobertura de Atenção Primária em Saúde é apontada como uma das principais razões para redução da TMN²⁷ assim como a expansão dos leitos hospitalares de

alta complexidade, unidades de terapia intensiva neonatal, vinculadas à Rede Cegonha – que permitiu a ampliação e maior articulação da rede de alto risco²⁸.

Na análise dos indicadores de estrutura apenas 11 capitais apresentaram capacidade de cobertura populacional por equipes de Atenção Básica (eAB) superior à média do Brasil (70,45%), e em apenas três (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre) houve tendência de expansão da cobertura. Preocupa o fato de Manaus, Goiânia e Brasília estarem entre as capitais com capacidade de cobertura inferior a média nacional e com tendência de decréscimo no período.

Ao fazer uma especificação apenas para a capacidade de cobertura populacional por equipes do tipo ESF, 19 capitais apresentaram magnitude inferior à média nacional (58,19%), e destas, em 10 houve tendência crescente de oferta de equipes do tipo ESF. Os resultados sugerem ainda que uma vez que há estagnação na ampliação da cobertura de eAB e expansão nas equipes do tipo ESF na maioria das capitais analisadas. Há em curso um processo de transição de equipes tradicionais para de saúde da família, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Não foi possível confirmar correlações entre os indicadores de processo, resultados e estrutura, a exemplo de João Pessoa, que apresenta proporção de mulheres que fazem sete ou mais consultas de pré-natal próxima a 61%, mas está com indicadores de HIV e mortalidade superior a média brasileira e tem uma capacidade de cobertura de eAB ligeiramente superior à 92%. Enquanto em Curitiba 87,99% das gestantes tiveram acesso a mais de seis consultas, com exceção da infecção por HIV os demais indicadores de morbimortalidade foram inferior a média nacional, e a capital contava com uma das menores capacidades de cobertura de eAB (58,32) e de ESF (38,90).

A cobertura das equipes de ESF não vem se mostrando determinante para garantir adequação do pré-natal¹⁸, a ampliação da cobertura de atenção básica (AB), com priorização para equipes de ESF, deve induzir que os processos de trabalho sejam pautados por modelos assistenciais de atenção alternativos, capazes de atender à integralidade e os determinantes de saúde e desse modo que possam favorecer ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, ampliação do número de consultas de pré-natal⁹ e fortalecimento das práticas de cuidado e vínculo com os usuários¹⁰.

Por fim, destaca-se que esse trabalho teve por esforço analisar os efeitos da APS no comportamento dos indicadores de pré-natal e apontar possíveis fragilidades ainda existentes para as políticas e serviços de saúde, embora o método escolhido - uso de dados secundários – possa ser apontado como uma das limitações do estudo, uma vez que os bancos de dados

oficiais estão sujeitos a inconformidades ou subnotificações. Os dados secundários são dados disponíveis e temporalmente passíveis de análise e sua exploração é potente, no sentido de servirem como base oficial para a análise de indicadores e tomada de decisão pelos gestores. A expansão do seu uso em estudos científicos passa a exigir qualificação da coleta e processamento destes dados, melhorando as informações em saúde.

Há ainda a limitação de elencar o indicador números de consultas pré-natais como único indicador de qualidade para avaliar a dimensão processo, reduzindo a assistência pré-natal e toda sua complexidade a uma perspectiva mais reduzida. O uso do SINASC como base para avaliar o número de consultas e o desempenho da assistência da APS deve ser relativizado, pois inclui dados de gestantes que tiveram seu acompanhamento pré-natal na rede privada ou complementar, passando a exigir maior criticidade nas associações encontradas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve aumento da proporção de gestantes que tiveram acesso a sete ou mais consultas de pré-natal, na década estudada indicando melhora do acesso na maioria das capitais brasileiras. Não foi possível estabelecer relação entre a melhora dos processos (número de consultas) e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade, uma vez que houve capitais com elevada proporção de consultas, mas também com elevada taxa de sífilis congênita, taxa de infecção por HIV superior à média nacional a manutenção das taxas de mortalidade, desse modo, as consultas pré-natais não estiveram relacionadas diretamente com a melhoria da assistência prestada.

A expansão da atenção básica manteve-se praticamente estagnada na maioria das capitais durante a década analisada e a estrutura/capacidade instalada existente não foi capaz de determinar melhoras nos processos e resultados da atenção pré-natal, uma vez que houve capitais com alta cobertura (superior a 80%), apresentando resultados muito similares daquelas capitais com capacidade de cobertura inferior a 50%.

Faz-se necessária uma reflexão das equipes de APS sobre seu processo de trabalho, e a persecução de práticas capazes de incorporar modelos assistenciais mais integrais. A educação permanente sobre o cuidado pré-natal, é um exemplo de ferramenta a ser amplamente difundida implementada pelas equipes de APS, como caminho para qualificação da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(3). doi: [10.1590/0102-311x00195815](https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815).
2. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014;38(spe):13-33. doi: [10.5935/0103-1104.2014S003](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003).
3. Mendes EV. As redes e atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010;15(5):2297-2305.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 30 abr. 2019.
5. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016;21(6):1965-1974. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601965&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>.
6. Swartz JJ, Hainmueller J, Lawrence D, Rodrigues MI. Expanding Prenatal Care to Unauthorized Immigrant Women and Its Effects on Infant Health. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):938-945. doi: [10.1097/AOG.0000000000002275](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002275).
7. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciênc. Cult*. 2019;71(1):33-39. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v71n1/v71n1a11.pdf>.
8. Cunha AC, Lacerda JT, Alcauza MTR, Natal S. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2019;19(2):447-458. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200447&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>.
9. Fernandes JÁ, Venâncio SI, Pasche DF, Silva FLG, Aratani N, Tanaka OY, Sanine PR, Campos GWS. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(5):e00120519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120519>.
10. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020;54: 08. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
11. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019;24(3):1223-1232. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301223&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>.
12. Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev.*

- Panam. Salud Publica [Internet]. 2016;40(6):435-442. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2016.v40n6/435-442/pt>
13. Yimer NB, Tenaw Z, Solomon K, Mulatu T. Inadequate Prenatal Visit and Home Delivery as Determinants of Perinatal Outcomes: Does Parity Matter? [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2019/9024258/>. doi: [10.1155/2019/9024258](https://doi.org/10.1155/2019/9024258).
  14. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge: HawardUniversity Press, 1973
  15. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saude soc. 2011;20(4):927-934. doi: [10.1590/S0104-12902011000400010](https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010).
  16. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad. Saúde Colet. 2016;24(2):252-261. doi: [10.1590/1414-462X201600020171](https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020171).
  17. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias, MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
  18. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, e00057219, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105011&lng=en&nrm=iso>. accesson 17 June 2020. Epub Dec 20, 2019.
  19. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua. 2019. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101657_informativo.pdf
  20. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 27, n. 4, e2018022, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400311&lng=en&nrm=iso>. Access on 17 June 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000400014>.
  21. Holztrattner JS, Linch GFC, Paz AP, Gouveia HG, Coelho DF. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. Cogitare. 2019; 24:e5931. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf>
  22. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020;36(3):e00074519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074519>.
  23. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2019;19(4):865-872. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000400865&lng=en. Epub Jan 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>.
  24. Whitham M, Bandy S, Eppes C, Martha RAC Maternal Characteristics of Congenital Syphilis. Obstetrics e Gynecology. 2018;131(sn):101.

25. Silva BGC, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016;19(3):484-493. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300484&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1980-54972016000300002>.
26. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. FATORES DE RISCO MATERNOS E INFANTIS ASSOCIADOS À MORTALIDADE NEONATAL. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2016;25(4):e2290015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400318&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002290015>.
27. Gaiva MAM; Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. *Ver enfermagem UERJ*, 23(2):247-253, 2015. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5794>
28. Lima SS, Brafa MC, Vanderlei LCM, Luna CF, Frias PG. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000205011&lng=pt. doi: [10.1590/0102-311x00039719](https://doi.org/10.1590/0102-311x00039719).

5.2 - Avaliação do Atributo Longitudinalidade na Atenção Pré-Natal, em Diferentes Serviços de Atenção Primária à Saúde.

AValiação DO Atributo Longitudinalidade NA Atenção Pré-Natal, EM Diferentes Serviços de Atenção Primária À Saúde¹,

Nathan Aratani
Oswaldo Yoshimi Tanaka

RESUMO

Objetivo: Avaliar o atributo longitudinalidade no cuidado prestado à gestação em diferentes modelos de unidades de atenção primária à saúde. Estudo avaliativo de diferentes tipos de serviços de atenção básica, baseado na coleta de dados primários de entrevistas com gestantes sob acompanhamento compartilhado entre serviços primários e especializados. O plano de análise definiu “estar realizando cuidado pré-natal na atenção primária, mesmo após o encaminhamento para serviço de gestação de alto risco” como variável dependente; variáveis independentes foram: aspectos sociodemográficos e organização dos serviços. A análise estatística foi realizada por regressão logística. A longitudinalidade do cuidado fornecido favoreceu mulheres negras ou pardas atendidas em unidades de saúde da família. As unidades tradicionais têm fortalecido a longitudinalidade as gestantes de baixa escolaridade (menos de sete anos). A visita domiciliar e a inclusão do profissional agente comunitário de saúde são ferramentas que fomentam a longitudinalidade. Conclui-se que não houve um modelo de serviço específico que apresentasse melhor longitudinalidade.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Atenção Primária em Saúde; Qualidade da assistência à saúde; Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde

ABSTRACT

Objective Assessing the attribute longitudinality in care provided to pregnant women based on different primary care unit models. Evaluation study applied to different basic healthcare types, based on primary data collection carried out through interviews with pregnant women subjected to followed-up shared by primary care and specialized services. Analysis plan defined “being under prenatal care in primary care, even after referral to high-risk pregnancy service” as dependent variable; independent variables were sociodemographic aspects and service organization. Statistical analysis was carried out through logistic regression. longitudinality in the provided care favored black and brown women assisted in family care units. Traditional units have reinforced longitudinality in the assistance provided to low-schooling pregnant women (less than 7 years). Home visits and community health agent knowledge are tools boosting longitudinality. In conclusion, there was no specific service model capable of presenting better longitudinality.

Key words: Prenatal Care; Primary Health Care; Quality of Health Care; Health Services; Health Evaluation

¹ Artigo submetido no periódico Ciência e Saúde Coletiva

1. INTRODUÇÃO

Diversos modelos de serviços primários de saúde foram implementados pelo mundo desde a primeira década dos vinte e o protagonismo desses serviços se deu a partir da Declaração de Alma-Ata em 1978, que debateu e fomentou a proposta “saúde para todos nos anos 2000”, por meio da garantia de acesso universal a cuidados de qualidade e com protagonismo para organização dos sistemas de saúde orientados e coordenados pelos serviços de atenção primária à saúde¹.

Embora tenham ocorrido à organização e implementação de algumas experiências locais de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ainda em 1920, os primeiros serviços padronizados e amplamente difundidos pelo Brasil se deu após a realização da VII conferência nacional de saúde (1980), que propôs a organização de postos e centros de saúde para o controle de doenças de interesse da saúde pública e atenção materno-infantil².

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser orientada prioritariamente pela implementação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipes de Saúde da Família (ESF). Espera-se que as equipes de APS, com destaque para as do tipo ESF possam atuar segundo os atributos aprofundados por Barbara Starfield, sendo eles, acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (essenciais) e orientação comunitária e familiar (derivados) na assistência prestada³.

Entre os atributos esperados dos serviços de APS a longitudinalidade destaca-se como aquele que permite melhor acompanhamento da gestação e refere-se à capacidade dos serviços serem reconhecidos como um local de cuidado permanente, e tal percepção por parte dos usuários pode estar relacionada conforme o tipo de agravo ou característica da população presente no território⁴. O modo de organização e oferta de serviços e procedimentos disponíveis nos serviços é outro elemento que pode refletir na longitudinalidade.

Diversas cidades brasileiras têm uma coexistência de distintas unidades e equipes de APS em seus sistemas locais de saúde, que foram resultantes do processo de construção do SUS. No município de São Paulo coexistem as UBS denominadas como tradicionais (centrada no profissional médico e de prontidão para receber as demandas que chegam até a porta das unidades e desenvolvem programas médico sanitários a exemplo do controle da tuberculose e hanseníase); As UBS com ESF que deveriam atuar a partir de um território adscrito e pautados pelo modelo de vigilância da saúde capaz de reconhecer e acolher as vulnerabilidades e necessidades dos territórios; E as UBS mistas, que contêm em sua estrutura a coexistência de equipes tradicionais e de ESF^{5,6}.

Não há consenso sobre qual modelo de UBS é a mais indicada para o SUS, ainda que tenha maior prevalência de estudos apontando a ESF como modelo capaz de produzir melhores resultados de forma geral, principalmente em municípios de pequeno porte (com atributos de APS 50% maior para ESF)⁷, com resultados de melhora das taxas de adequação do pré-natal⁸, há ainda trabalhos que apontam não haver diferença entre os atributos da APS para as unidades tradicionais em comparação aos de ESF^{9,10}.

Em estudo realizado em 14 municípios de Mato Grosso do Sul, englobando UBS tradicionais foi encontrado maior facilidade de acesso no primeiro contato aos portadores de hipertensão arterial. Essa situação poderia ser decorrente de uma maior capacidade de absorção da demanda espontânea¹¹.

Buscando melhoria da qualidade clínica, dos resultados sanitários e na eficiência dos gastos em saúde, o Brasil passou a implantar a partir de 2010 a organização do SUS segundo o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que por meio de organizações poliárquicas dos seus cinco componentes (APS, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos e Governança) objetiva garantia da oferta de atenção de forma contínua e integral mediante coordenação e protagonismo da APS¹⁻³.

Esse trabalho tem por objetivo responder a pergunta: “de que forma as características sociodemográficas das gestantes e os modelos de serviços influenciam na longitudinalidade do cuidado nos distintos modelos de APS?”

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de avaliação de serviços, transversal, sendo um recorte do estudo multicêntrico intitulado “inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras – AcesSUS”¹² que teve como local de estudo o município de São Paulo e por objetivo avaliar uma dimensão da longitudinalidade do cuidado na atenção à gestação de alto risco nos distintos modelos de unidades básicas de saúde. A pesquisa de avaliação de serviços de saúde tem por objetivo municiar os gestores de dados e informação em saúde, em tempo oportuno, para a tomada de decisão nos processos de gestão¹³.

2.1 OBJETO DE ESTUDO

A seleção do objeto de estudo se deu a partir do uso do conceito de condição traçadora, apontada como uma estratégia efetiva¹⁴ para avaliar a qualidade dos serviços de

saúde frente as situações complexas do sistema, mediante a escolha de investigação de um problema de saúde que apresente alta prevalência, com diagnóstico claro/definido e que o processo saúde doença e seu manejo tenham padrões conhecidos.

A condição traçadora escolhida foi a Gestação de Alto Risco (GAR). Esta condição é apresentada em 15% de todas as gestações¹⁵, que tem elencado de forma clara e objetiva diversas características e fatores de risco que pré-dispõe a gestante, tais como idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, exposição a riscos ocupacionais, histórico reprodutivo anterior de aborto, parto pré-termo, diabetes gestacional e condições clínicas pré-existente de hipertensão arterial, cardiopatias, ginecopatias entre outras.

Diante da constatação de existência de alguma das características ou fatores de risco, recomenda-se que seja avaliada a estratificação de risco gestacional dessas mulheres e na confirmação do risco encaminhada para acompanhamento compartilhado entre a APS e o serviço especializado de pré-natal de alto risco. Baseado nesta estratificação os recursos diagnósticos e procedimentos de intervenção seguem recomendações normatizadas por meio de protocolos pré-definidos. Por ser tratar de uma condição de saúde complexa, o sistema de saúde se vê desafiado a ofertar cuidado de forma articulada entre distintos níveis de complexidade e passa a exigir da APS maior capacidade para ser reconhecida como local de cuidado permanente, mantendo então a longitudinalidade do cuidado.

2.2 POPULAÇÃO DE INTERESSE

O dimensionamento da população considerou-se o número estimado de consultas médicas para gestantes de alto risco realizadas em cada um dos 15 serviços de atenção especializada, utilizando como fonte de dados o Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) do município de São Paulo, no período de janeiro a outubro de 2015, totalizando como média mensal 613,2 atendimentos em todo o município.

2.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra optou-se pela estimativa de proporções, assumindo nível de confiança de 95% ($z=1,96$), erro de amostragem geral de 0,004. Para permitir a análise dos três tipos de UBS existentes na cidade de São Paulo (unidades de saúde da família, tradicionais e mistas) o modelo amostral foi definido a fim de permitir desagregar

os dados segundo os três modelos (estrato), considerando erro de amostragem para cada modelo de APS de 0,07, totalizando como amostra mínima esperada 600 gestantes, prevendo frequências iguais de 200 em cada um dos modelos.

No município de São Paulo, as gestantes são vinculadas a unidades de saúde com diversas características organizacionais, as UBS tradicionais, são unidades que contam com equipes de médico clínico geral, pediatra e ginecologista obstetra, além de equipe de enfermagem. As unidades do tipo ESF têm equipes compostas por médicos clínicos geral, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As unidades do tipo mistas têm em sua estrutura as duas formas de equipes de saúde, que atuam de forma concomitante e complementar.

Baseado no número de mulheres que deveriam integrar a amostra e da média de mulheres atendidas semanalmente em cada serviço (estrato), estimou-se o tempo total de coleta de dados de 27 dias, compreendendo os 14 serviços da amostra. Considerando a dinâmica da etapa de coleta de dados, foi atribuído peso amostral que variou de 3,14286 a 5,50000, para cada um dos serviços especializados da amostra.

2.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados primários, aplicado em usuárias do serviço de nível especializado, foi realizada por meio da aplicação de formulário composto por 49 questões semi-estruturadas (anexo IV), elaborado e validado por especialistas. O questionário versava sobre as condições sociodemográficas (idade, anos de estudo, cor autodeclarado entre outros), uso dos serviços de atenção primária (início do pré-natal [PN], profissionais que mantinha contato no decorrer da gestação), atenção especializada e acesso a sistemas de apoio (diagnóstico laboratorial e de imagem).

A aplicação do inquérito foi conduzida por entrevistadores previamente treinados, e cobriu 14 serviços de AE para gestação de alto risco do município de São Paulo de todas as regiões de saúde, que são referência para o sistema municipal de saúde.

Durante a coleta de dados a população do estudo foi composta por gestantes que foram captadas na sala de espera dos ambulatórios de atendimento especializado (AE) do município de São Paulo, durante o mês de setembro de 2016 e que tenham sido obrigatoriamente encaminhadas pela Atenção Primária em Saúde (APS). A opção por entrevistar gestantes de alto risco, se deu pelo fato destas estarem em atendimento em serviço especializado, e assim,

possibilitar compreender quais são os fatores que favoreçam a manutenção do acompanhamento pré-natal na AE e na APS.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Das 49 questões do inquérito, a variável dependente foi extraída da questão “A sra. fez o acompanhamento do pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde, antes de vir para este serviço?”, selecionando como variável dependente a resposta “Continuo fazendo pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde”, denominando para o estudo como representação da longitudinalidade do cuidado entre os serviços de APS e AE.

As variáveis independentes foram subdividas sob duas perspectivas, a primeira versou sobre as características sociodemográficas das gestantes, assumindo que as menores de 15 anos e com idade superior a 35 anos são vulneráveis para o desenvolvimento de gestação de risco, assim como aquelas com menos de sete anos de estudo e de cor preta/parda.

O segundo conjunto de variáveis independentes foi selecionado com vista a identificar as características de atenção dos serviços de APS, utilizando para análise as variáveis: “conhece o ACS”, “recebeu VD”, “Idade Gestacional que iniciou o PN” e o tempo decorrido entre o “encaminhamento e a primeira consulta na AE”.

Os dados foram tabulados em planilha Excel e com o apoio do programa Stata versão 14.0 (StataCorp LP, CollegeStation, Estados Unidos) foi realizada preliminarmente análise descritiva das variáveis. Posteriormente as variáveis foram submetidas ao teste qui-quadrado para identificar possíveis associações; as que deram valor de significância menor ou igual a 0,20 (p) foram incluídas no modelo para o teste de regressão logística.

Além das variáveis estatisticamente significativas, foram incluídas no modelo de regressão outras variáveis que permitissem representar as características pessoais e dos serviços, que podem, de forma direta ou indireta, influenciar na longitudinalidade do cuidado - elencadas a partir conhecimento das dinâmicas dos modelos de APS.

Como resultado da regressão foi aceita como com associação significativa as variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,05 e para avaliar a qualidade do ajuste optou-se por considerar o valor do Qui-quadrado de Person.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Campinas sob o parecer nº 2225109 (Anexo III). Antes da aplicação de cada questionário, foi realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinado por todas as mulheres que concordaram em participar do estudo, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos do total de 688 gestantes entrevistadas, para as variáveis sociodemográficas pode-se identificar prevalência e distribuição semelhante entre os três tipos de serviço, de gestantes com idade entre 16 a 35 anos e grau de escolaridade de até segundo grau completo (61,22%), assemelhando-se com a média geral (tabela 1).

Quanto à variável cor, houve predomínio para a cor parda seguido da cor branca nos serviços do tipo ESF e mista, situação oposta nas unidades tradicionais, onde houve predomínio de mulheres de cor branca seguido de pardas.

Na análise das variáveis das características dos serviços de saúde, as gestantes vinculadas às unidades do tipo ESF foram as que mais relataram terem recebido visita domiciliar (72,01%), seguido de unidades mistas (47,40%) e com porcentagem bem abaixo da média geral da amostra (43,40%) apareceram às unidades do tipo tradicional (6,22%).

Para a figura do ACS, 92,15% (tabela 1) das gestantes vinculadas às unidades ESF relataram conhecê-los, seguido das unidades mistas (65,33%) e das unidades tradicionais (12,93%). Ressalta-se que no ato da aplicação do inquérito, a VD era considerada como existente independente do profissional que a realizou e na análise dos dados, identifica-se que a proporção de VD é inferior ao número de gestantes que apontaram conhecer o ACS do seu território, sendo assim, a atuação do profissional ACS no território deve ser debatido.

A captação precoce, aquela que ocorre antes da 12⁰ semana gestacional, ocorreu de forma prevalente em todos os modelos de UBS, com destaque para as unidades do tipo ESF (85,32%) seguida das mistas (81,17%) e ficando abaixo da média geral as unidades tradicionais (76,35%).

O intervalo decorrido entre o encaminhamento pela APS e a primeira consulta da AE em todos os tipos de unidade, foram inferior a 30 dias, com destaque para as unidades mistas (92,05%), seguidos das ESF (91,10%) e tradicionais (89,58%).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e de atenção dos serviços de APS, segundo os distintos modelos de UBS, no município de São Paulo, 2016.

Variáveis	ESF (293)		Tradicional (241)		Mista (154)		Total (688)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária								
12 a 15 anos	26	8,87	8	3,32	7	4,55	41	5,96
16 a 35 anos	184	62,80	167	69,29	107	69,48	458	66,57
36 anos ou +	83	28,33	66	27,39	40	25,97	189	27,47
Escolaridade								
1 grau	74	25,34	65	27,20	54	35,07	193	28,13
2 grau	185	63,36	148	61,92	86	55,84	420	61,22
Superior	33	11,30	26	10,88	14	9,09	73	10,64
Cor								
Branca	103	35,27	100	42,02	53	34,42	256	37,37
Preta	54	18,49	40	16,81	27	17,53	121	17,66
Parda	134	45,89	92	38,66	71	46,10	298	43,50
Indígena	1	0,34	6	2,52	3	1,96	10	1,46
Recebeu VD								
Sim	211	72,01	15	6,22	73	47,40	299	43,46
Não	82	27,99	226	93,78	81	52,60	389	56,54
Conhece ACS								
Sim	270	92,15	30	12,93	98	65,33	398	58,88
Não	23	7,85	202	87,07	52	34,67	278	41,12
Captação PN								
Até 12 semanas	250	85,32	184	76,35	125	81,17	559	81,25
> 12 semanas	43	14,68	57	23,65	29	18,83	129	18,75
Tempo Enc.								
≤ 30 dias	266	91,10	215	89,58	139	92,05	620	90,12
> 30 dias	26	8,90	25	10,42	12	7,95	63	9,88
Continua acompanhando na UBS								
Sim	242	83,16	156	65,27	103	66,88	501	73,40
Não	49	16,84	83	34,73	51	33,12	183	26,60

Fonte: Autoria própria

Para as gestantes em faixa etária de vulnerabilidade, houve menores chances de continuidade do cuidado entre os serviços, nas UBS do tipo ESF (OR 0,622 IC9 0,32-1,18), situação inversa das demais UBS (tabela 2).

Os anos de estudo alcançados pelas gestantes refletiram de forma distinta na longitudinalidade do cuidado nos tipos de UBS, aquelas em estado de vulnerabilidade, por ter menos de sete anos, tiveram menores chances de longitudinalidade do cuidado nas unidades mistas (OR 0,661 IC0,17-2,47) e na ESF (OR 0,766 IC 0,29-2,00), já para as vinculadas às unidades tradicionais, o baixo nível de escolaridade fortalece a longitudinalidade.

Mulheres de cor preta ou pardas comparadas com as de cor branca apresentaram maiores chances de longitudinalidade, quando vinculadas a unidades do tipo ESF (OR 1,997 IC 1,04-3,81) e mista (1,256 IC 0,17-2,47).

Tabela 2. Análise de regressão logística da variável dependente “longitudinalidade do cuidado” e características sociodemográficas e dos serviços de saúde, segundo os modelos de UBS, São Paulo, 2016.

Variáveis	ESF (293)		Tradicional (241)		Mista (154)	
	OR ¹	IC ²	OR ¹	IC ²	OR ¹	IC ²
Faixa etária						
15 a 35 anos	1		1		1	
< 15 e > 35 anos	0,622	0,327-1,185	1,015	0,548-1,877	1,014	0,456-2,254
Escolaridade						
> 7 anos	1		1		1	
≤ 7 anos	0,766	0,293-2,003	1,225	0,548-1,877	0,661	0,177-2,472
Cor						
Branca	1		1		1	
Preta/Parda	1,997	1,044-3,817	0,811	0,451-1,458	1,256	0,586-2,691
Recebeu VD						
Sim	1		1		1	
Não	0,687	0,331-1,425	0,478	0,834-2,740	0,539	0,206-1,410
Conhece ACS						
Sim	1		1		1	
Não	0,618	0,209-1,822	1,195	0,393-3,634	0,730	0,261-2,042
Captação PN						
≤ 12 semanas	1		1		1	
> 12 semanas	1,593	0,563-4,502	0,851	0,432-1,676	2,214	0,791-6,194
Tempo Enc.						
≤ 30 dias	1		1		1	
> 30 dias	0,906	0,321-2,559	1,069	0,418-2,736	0,348	0,851-1,428

Fonte: Autoria própria

¹ Teste de regressão logística. Razão de chances ² Intervalo de Confiança 95%

Na análise das características dos serviços de saúde, a ausência da visita domiciliar sob responsabilidade da APS, se mostrou como uma variável que reduz as chances de longitudinalidade do cuidado em todos os modelos de UBS, com maior intensidade para as UBS ESF, seguido da mista e tradicional.

As mulheres que relataram não conhecer o agente comunitário de saúde do seu território, tiveram menores chances de se efetivar a longitudinalidade, tanto para as vinculadas às UBS do tipo ESF (OR 0,618 IC 0,20-1,82) quanto para as mistas (OR 0,730 IC 0,26-2,04). A figura do profissional ACS não é prevista nas unidades do tipo tradicional, desse modo, a ausência desse profissional não se mostrou como uma variável que diminui a longitudinalidade.

A captação tardia para o pré-natal aumentou as chances de longitudinalidade do cuidado nas unidades mistas (OR 2,214 IC 0,79-6,19) e ESF (OR 1,593 IC 0,56-4,50) e reduziu nas tradicionais (OR 0,851 IC 0,43-1,67), comparado às gestantes que iniciam o pré-natal até a 12^o semana gestacional. A maior chance se efetivar a longitudinalidade nas unidades mistas e ESF nas gestantes captada tardiamente, pode estar relacionado à sua atuação pautada em territórios com população em número limitado e adscrita, que lhes

permite desenvolver ações de forma mais ativa no território, principalmente para a população com maiores riscos e vulnerabilidade, como no caso da GAR.

O tempo decorrido entre a solicitação de encaminhando pela APS e a realização da consulta da AE quando superior a 30 dias, reduz as chances de longitudinalidade, tanto nas unidades mistas (OR 0,348 IC 0,85-1,42) quanto nas de ESF (OR 0,906 IC 0,32-2,55). Para as unidades tradicionais, quase não há diferença entre os períodos de encaminhamento.

4. DISCUSSÃO

Os resultados apontam que mulheres de cor preta e parda têm maiores chances de estabelecer a longitudinalidade do cuidado entre a APS e AE nas unidades do tipo ESF (OR 1,99) e nas mistas (OR 1,25). Mulheres não brancas nos Estados Unidos da América tiveram maiores chances para receber orientações em saúde geral, sobre teste para HIV, aleitamento materno e uso de álcool e tabaco, em relação às de cor da pele branca^{16,17}.

Ainda que os resultados sugiram que as unidades ESF e mista têm maiores oportunidade de se efetivar o cuidado para com as gestantes de cor parta ou negra, aponta-se^{18,19} que são estes grupos de gestantes que não conseguem realizar os exames de rotina preconizados durante a gravidez, que mais peregrinam na hora do parto, que realizam número reduzido de consultas de pré-natal²⁰ e que de forma global, as que apresentam maiores índices de inadequação para o pré-natal^{21,22}. Tal situação reforça as discussões apresentadas, de que a ampliação do acesso aos cuidados de pré-natal não foi suficiente e indutor de qualidade no cuidado²³, ainda que as unidades de ESF e mistas sejam capazes de fortalecer a longitudinalidade, podem não ser capazes de se efetivar a cuidado à gestante.

As ações de saúde nos serviços de APS, com destaque aqui para as unidades do tipo ESF, precisam ter um cuidado maior para serem pautadas considerando as condições de vulnerabilidade social dos territórios, de modo a reduzir as iniquidades em saúde.

Entre as características referentes aos serviços de saúde, a ausência da visita domiciliar (VD) se mostrou como fator redutor das chances de longitudinalidade do cuidado. A VD oportuniza a ampliação do conhecimento do contexto de vida dos usuários²⁴, e durante o período gravídico e puerperal, tem a capacidade de reduzir a prevalência de baixo peso ao nascer e aumentar a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses²⁵.

A VD se mostra como uma ação bem sucedida no cuidado à saúde materno e infantil, porém alguns desafios devem ser colocados em pauta, na busca pelo aperfeiçoamento. As

visitas têm duração inferior a cinco minutos²⁶, período relativamente curto para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos; As VD têm como foco doenças ou estado de saúde do usuário, com baixo enfoque para as questões de educação em saúde²⁶.

A VD deve ser realizada por todos os profissionais que compõem as equipes de APS, porém, há protagonismo para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Após a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica brasileira²⁷, o ACS não configura como membro obrigatório das equipes, fragilizando assim, uma potente modalidade de cuidado da APS. A inclusão dos ACS nas equipes é essencial, para o fortalecimento dos cuidados primários e seus atributos.

Os resultados apontam para prevalência de captação precoce para o pré-natal nos três tipos de UBS, porém, há maiores chances de efetivar a longitudinalidade na ESF e unidades mistas quando a captação ocorre de forma tardia. A captação tardia para o pré-natal reduz as chances de identificação de riscos e intervenção em tempo oportuno das complicações¹⁹, acionando o estado de alarme nas equipes de saúde e movendo diversos recursos, tais como a VD e ACS para a manutenção da vigilância contínua, tal situação, pode ser a hipótese explicativa para os achados apresentados.

O atendimento dos encaminhamentos feitos pela APS para a AE em tempo oportuno é um desafio para as redes de atenção à saúde, quando superior a 30 dias, se mostrou uma variável capaz de diminuir as chances de longitudinalidade do cuidado na gestação de alto risco. Estratégia como a utilização de protocolos de prática clínica e de regulação, de amplo conhecimento dos profissionais de saúde, e o fortalecimento de estratégias como apoio matricial e uso de tecnologias em saúde, podem reduzir a demanda e o longo tempo de espera pela atenção especializada^{28,29}.

Para as características dos serviços, as unidades de ESF e do tipo mista apresentaram resultados próximos, porém há avanços necessários nas três modalidades de UBS, como fortalecimento da VD, manutenção e ampliação do ACS nas equipes de saúde e melhora da resolutividade da APS,³⁰ de forma a reduzir os encaminhamentos e o tempo decorrido até o efetivo atendimento pelo serviço especializado.

Limitações:

Como limitação do estudo, o modelo analítico estatístico adotado não seguiu o consenso na literatura e a seleção das variáveis independentes para o teste de regressão logística foram incluídas de modo a permitir a representação das características pessoais e dos serviços que podem de forma direta ou indireta influenciar na longitudinalidade do cuidado e

não baseado apenas no uso de variáveis com significância de pré-testes (teste de qui-quadrado). Destaca-se que tal estratégia foi adotada por se tratar de um estudo avaliativo de serviços de saúde.

Os resultados, por mais que seja de uma amostra representativa, não puderam ser estendidos para o universo, uma vez que as significâncias estatísticas para aferir relações não se confirmaram, mas colaboram no sentido de evidenciar fragilidades na atenção à saúde da amostra estudada.

5. CONCLUSÃO

Para o conjunto das variáveis sociodemográficas (faixa etária, escolaridade e cor) as unidades do tipo tradicional apresentam ter mais chances de fomentar a longitudinalidade do cuidado na população com baixa escolaridade. Por outro lado as ESF são mais acolhedoras para a população de cor preta/parda.

Trabalhar o território, em todos os tipos de UBS, segundo as suas vulnerabilidades é essencial, considerando o maior número de variáveis possível, na tentativa de reduzir a ofertaseletiva da continuidade do cuidado.

No conjunto das variáveis dos serviços se destacam a efetividade da visita domiciliar e o conhecer o agente comunitário de saúde em aumentar as chances de longitudinalidade do cuidado em saúde, os quais deveriam ser fortalecidas nos distintos modelos de UBS, de modo a potencializar a atuação dos serviços de APS.

Agradecimentos

Agradecimento ao Grupo de Pesquisa AcesSUS, responsável por todo planejamento e coleta dos dados. Pesquisa financiada pelo MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit nº 41/2013.

Referências

1. Mendes EV. Health care networks. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.
2. Ministério da Saúde. Anais de 7^o Conferência Nacional de Saúde. 1980. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf.
3. Campos FE; Cherchiglia ML, AGUIAR RAT. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. *Rev. Bras. Saude Fam.*, v.2, n.5, p.71-9, 2002.
4. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

5. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1903-1913.
6. Oliveira VBCA, Veríssimo MR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015;49(1):30-36.
7. Mendes RB, Santos MJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(3):793-804.
8. Saavedra JS, Cesar JA, Linhares AO. Prenatal care in Southern Brazil: coverage, trend and disparities. *Rev. Saúde Pública*[internet]. 2019;53(40). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/0034-8910-rsp-53-40.pdf>
9. Silva SS, Mambrini JVM, Turci MA, Macinko J, Lima MF. Use of health services by diabetics with private health insurance compared to users of the Brazilian Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*[internet]. 2016;32(10). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00014615.pdf>
10. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto EP, Amorim LDAF. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. *Cad. Saúde Pública*[internet]. 2019;35(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00044718.pdf>
11. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Evaluation of the healthcare network for persons with arterial hypertension: study of a health district. *Cad. Saúde Pública*[internet]. 2017;33(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00052816.pdf>
12. ACESSUS. Pesquisa: Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras. 2020.
13. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(4):821-828.
14. Kessner DM. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973; Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197301252880406?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
16. Baer RJ, Altman MR, Oltman SP, Ryckman KK, Chambers CD, Rand L, Jelliffe-Pawlowski LL. Maternal factors influencing late entry into prenatal care: a stratified analysis by race or ethnicity and insurance status. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;32(20):3336-3342.
17. Almeida AHV, Gama SGN, Costa COM, Viella EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2019;19(1):43-52.
18. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolution of socioeconomic inequalities in conducting prenatal consultations among Brazilian parturient women: analysis of the period 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saude*[internet]. 2018;27(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/en_2237-9622-ress-27-04-e2018022.pdf
19. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, Wehrmeister FC, Martinez-Mesa J. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. *Ciênc. saúde coletiv*. 2019;24(3):1223-1232. doi: 10.1590/1413-81232018243.13122017.
20. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad. Saúde Pública*[internet].

- 2017;33(sup.1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/en_1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf
21. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. *Cad. Saúde Pública*[internet]. 2018;34(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>
  22. Savassi LCM. The current challenges of Home Care in Primary Health Care: an analysis in the National Health System perspective. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-12.
  23. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(9):2935-2948.
  24. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, Faria M, Ribeiro LC, Santos LL, Ferreira JBB, Forster AC. Home visits under the users' perception of the family health strategy. *Medicina*. 2016; 49(4): 360-366.
  25. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Changes in the National Policy of Primary Health Care: between setbacks and challenges. *Saúde Debate*. 2018;42(sup.1):38-51.
  26. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, Picoli RP. Regulatory process of the Family Health Strategy for specialized care. *Saúde Debate*. 2018;42(116):63-72.
  27. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42(sup.1):52-66.
  28. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, Picoli RP. Regulatory process of the Family Health Strategy for specialized care. *Saúde Debate*. 2018;42(116):63-72.
  29. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42(sup.1):52-66.
  30. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG, Aratani N, Moita MLG, Tanaka OY. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(10): e00103118. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/acessur/metodologia/inquerito-amostragem/questionarios/gestacao-de-alto-risco>

5.3 - Estratégias Para Qualificar o Cuidado Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde, Revisão Integrativa.

ARTIGO DE REVISÃO

ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, REVISÃO INTEGRATIVA¹.*Strategiestoqualifyprenatal care in primary health care, integrative review**Estrategias para calificarlaatenciónprenatal em atención primaria de salud, revisión integrativa*

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura boas práticas para melhoria da qualidade do cuidado pré-natal. **Método:** Revisão integrativa da literatura a partir das cinco etapas metodológicas de Whittemore e Knafl, realizada nas bases de dados PubMed e LILCAS, com produções a partir do ano de 2006 e que trouxessem experiências capazes de fortalecer os modelos alternativos de atenção à saúde. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias de análise, a primeira refere-se à prática de grupos de educação em saúde e a segunda categoria de aspectos organizacionais dos serviços, incluindo o uso de tecnologias em saúde, protocolos assistenciais e a sistematização do trabalho em equipe. **Considerações finais:** Grupos de educação em saúde durante a gestação é uma estratégia para qualificação do cuidado, pois oportuniza fortalecimento do vínculo e valorização das experiências entre os múltiplos atores envolvidos no cuidar. A reestruturação dos aspectos organizacionais dos serviços prestados através da incorporação do uso de tecnologias de informação e da definição de fluxos assistenciais locais são essenciais para qualificação da assistência pré-natal.

Descritores: Cuidado Pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem; Serviços de Saúde.

Descriptors: Prenatal Care; Primary Health Care; Quality Assurance, Health Care; Quality of Health Care; Health Service

¹ Artigo submetido no periódico Revista Brasileira de Enfermagem

INTRODUÇÃO

A garantia do acesso adequado ao cuidado pré-natal e com qualidade é apontado como uma estratégia eficaz na garantia da redução das taxas de mortalidade maternal e infantil^(1,2), pois proporcionam a identificação e intervenção em tempo oportuno de alterações clínicas e epidemiológicas⁽³⁾.

Entre as diretrizes para a atenção ao pré-natal no Brasil, deve-se garantir a oferta de no mínimo seis consultas pré-natal⁽⁴⁾. A expansão da atenção primária à saúde (APS), ocorrido principalmente por meio das equipes de estratégia saúde da família (ESF) possibilitou ampliação da proporção de gestantes que tiveram acesso a consultas de pré-natal, sendo apontadas por 84% das mulheres que ficaram grávidas entre 2011 e 2013 que foi viável realizarem seis ou mais consultas no decorrer da gestação e 92,6% referiram ainda, terem iniciado o acompanhamento com 20 semanas de gravidez ou menos⁽⁵⁾.

Ao investigar os aspectos denominados como de qualidade da assistência pré-natal, destaca a manutenção da baixa qualidade para os indicadores de realização de exames laboratoriais, retirada de medicamentos na APS, vinculação com a unidade de parto e receber visita domiciliar⁽⁶⁾. Quando a qualidade do pré-natal é mensurada através do indicador de acesso a procedimentos clínicos, um pouco mais das gestantes (55%) tiveram acesso aos procedimentos básicos recomendados, com redução do acesso no decorrer da gestação⁽⁷⁾.

A expansão do número de consultas e a baixa qualidade da assistência pré-natal apontada não permitiram alcançar de fato os resultados esperados, evidenciado pela ainda elevada razão de mortalidade materna no Brasil, que no ano de 2018 ficou em 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos⁽⁸⁾, longe de atingir a meta pactuada para atingir até 2015, de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Além da manutenção da elevada razão de mortalidade materna no Brasil, preocupa as iniquidades regionais ainda marcantes, variando de razões de 80 por 100 mil nascidos vivos na região Nordeste a próximo de 40 óbitos por 100 mil nascidos vivos na região Sul⁽⁸⁾, sugerindo que os caminhos que estamos percorrendo na assistência a saúde reprodutiva precisam de novas estratégias de enfrentamento, de modo a qualificar o cuidado, melhorar os indicadores relacionados ao pré-natal e incorporar de fato um novo modelo de atenção à saúde na prática das equipes^(2,5).

Um dos enfrentamentos para melhoria da assistência pré-natal e seus respectivos indicadores se deu por parte da Organização Mundial da Saúde passou a recomendar a partir dos 2016 a realização de no mínimo oito consultas de pré-natal⁽⁹⁾, mas que a ampliação do número de consultas não fosse direcionada às intervenções clínicas e procedimentais, mas que

pudesse acolher a gestante em sua integralidade, principalmente no seu sofrimento e adoecimento mental²⁷.

O maior número de consultas de pré-natal deveria propiciar uma experiência positiva na gravidez, que pudesse ampliar os atributos de integralidade e longitudinalidade do cuidado no decorrer da gestação e que fosse capaz de melhorar os aspectos de qualidade no cuidado prestado⁽⁹⁾. Investigar experiências exitosas na assistência pré-natal é essencial, para permitir maior alcance e replicabilidade por equipes da atenção primária, de modo a permitir melhores resultados.

Desse modo, este estudo teve por objetivo identificar na literatura, experiências elencadas por seus autores como exitosas, que permitiram dar aspecto de qualidade no cuidado pré-natal.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Trabalho do tipo revisão de literatura que dispensa a necessidade de apreciação pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que por meio das cinco etapas metodológicas de Whitemore e Knafl (2005)⁽¹⁰⁾ buscou identificar a produção científica a cerca das boas práticas no cuidado ao pré-natal.

- **Etapa um - Identificação do problema**

A elaboração da questão norteadora se deu a partir da estratégia PVO⁽¹²⁾ (participantes, variáveis e desfecho) adaptada técnica PICO, sendo a população de estudo as gestantes em acompanhamento pré-natal na atenção primária em saúde, a variável de interesse são as práticas que favoreçam a qualidade do cuidado pré-natal e o desfecho é a melhoria do cuidado à gestante no pré-natal, resultando na seguinte questão norteadora: “Quais as boas práticas em saúde que fortalecem o cuidado pré-natal?”. Como entendimento de “boas práticas” optou-se por acolher aquelas produções que foram elencadas por seus autores como intervenções que permitiram melhorar a qualidade assistencial.

- **Etapa dois – Busca na literatura**

A busca dos estudos ocorreu no período de novembro a dezembro de 2019 na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e PubMed, utilizando o Proxy da Universidade de São Paulo. A LILACS apresenta em sua indexação materiais de outra base de dados (Medline) e foi selecionada por apresentar maior concentração de estudos de sistemas de saúde da região da América Latina. A PubMed tem também na sua indexação materiais publicados na base da Scielo e é composta por extenso material internacional.

A chave de busca teve como base os descritores indexados do Medical SubjectHeadings (MeSH), utilizando os operadores booleanos AND e OR. Para a busca na base de dados da LILACS utilizou como estratégia de busca o seguinte cruzamento de termo: *"Prenatal Care" AND "Primary Health Care" AND "Quality Assurance, Health Care" OR "Quality of Health Care"*. Para a base de dados PubMed a chave de busca aplicada foi: *"Prenatal Care" AND "Primary Health Care" AND (Quality Assurance, Health Care" OR "Quality of Health Care")*.

Como critérios de inclusão, os trabalhos previamente selecionados deveriam ser artigos científicos, disponíveis na íntegra e publicados a partir de 2006, tal recorte temporal se deu por ser o período onde no Brasil houve o estímulo a expansão da atenção primária em saúde por meio das equipes de saúde da família (ESF), estratégia que ampliou o acesso ao cuidado pré-natal no país.

- **Etapa três – Avaliação dos dados**

Na etapa de seleção de elegibilidade dos trabalhos, todos os artigos foram analisados por meio de leitura dupla independente, realizada por dois pesquisadores em locais distintos e nas eventuais discordâncias de inclusão foi aplicado o consenso.

Por se tratar de um estudo de revisão integrativa de literatura, que tem por objetivo compreender o contexto ao invés da força da evidência, a avaliação dos estudos se deu de forma simplificada, através da análise da qualidade da fonte, devendo os artigos incluídos na amostra final estar publicados em revistas com revisão dos pares.

- **Etapa quatro - Coleta e análise dos dados**

Para a coleta de dados utilizou a lista de verificação STROBE para estudos transversais adaptada¹⁴, identificando em cada trabalho os itens título, objetivos, método (desenho do estudo, contexto, participantes e fontes de dados) e resultados (participantes, dados descritivos e desfecho). A escolha por tais itens se justifica pelo fato deste trabalho ter como objetivo identificar e descrever as estratégias que possam ser replicadas e não no intuito de avaliar a qualidade dos estudos incluídos.

• Etapa cinco – apresentação dos resultados

Para a apresentação dos dados, os resultados foram categorizados em dois eixos temáticos identificados após leitura na íntegra dos artigos. Para identificação dos artigos foi aplicada uma codificação de A1 a A6.

RESULTADOS

O processo de seleção final apresentou como resultado seis artigos (quadro 1), sendo cinco indexados na base LILACS e apenas um na base da PubMed (figura 1), com publicações a partir do ano de 2013.

Figura 1 - Fluxograma de busca, 2019. Fonte: Elaboração do autor

Para a análise os trabalhos foram divididos em duas categorias temáticas identificadas após a leitura, sendo a primeira categoria de trabalhos que abordaram sobre a operacionalização de grupos de gestantes como forma de fortalecer o cuidado pré-natal e a segunda categoria de trabalhos que abordaram aspectos organizacionais dos serviços (quadro 2).

Quadro 1 -Artigos incluídos na análise final, 2019.

	Título	Ano País	Objetivo	Delineamento Intervenções
A1	O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto ⁽¹¹⁾ .	2014 Brasil	Avaliar a presença dos fatores de risco e de proteção para a Depressão Pós-parto em gestantes que participaram em grupo de pré-natal psicológico	Pesquisa-ação com 10 gestantes em acompanhamento pré-natal no segundo e terceiro trimestre gestacional, em um serviço hospitalar de Brasília. Cinco gestantes fizeram parte do grupo intervenção, com participação de oito encontros semanais de grupo de pré-natal psicológico, durante três meses e com duração média de duas horas cada encontro.
A2	Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de paulo freire ⁽¹²⁾ .	2017 Brasil	Discutir o processo de construção de uma proposta de educação em saúde para o pré-natal por gestantes e profissionais de saúde com base no referencial teórico de Paulo Freire.	Pesquisa-ação com seis gestantes em acompanhamento pré-natal de distintos períodos gestacional e com 19 profissionais de duas equipes de saúde da família de Vitória – ES. Entre os meses de abril a dezembro de 2014 foram realizadas três oficinas (duas com profissionais e

				uma com as usuárias) com duração entre uma e uma hora e meia, para identificar palavras e temas geradores de oficinas, que resultaram na elaboração de cinco oficinas para gestantes.
A3	Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal ⁽¹³⁾ .	2019 Brasil	Descrever o desenvolvimento de estratégias educativas utilizadas em um grupo educativo para gestantes.	Estudo descritivo sobre um grupo educativo composto por 18 gestantes do município de Acarape – CE e que. Foram realizados oito encontros semanais, no período de janeiro a março de 2015 e cada encontro teve duração de aproximadamente três horas.
A4	“Quality of prenatal and maternal care: bridging the know-do gap” (QUALMAT study): na electronic clinical decision support system for rural Sub-Saharan Africa ⁽¹⁴⁾ .	2013 Burkina Faso, Gana e Tanzânia	Descrever a aplicação do software QUALMAT em busca da melhora do desempenho e a motivação dos trabalhadores rurais da saúde e qualificação dos serviços de atenção primária à saúde materna em três países africanos Burkina Faso, Gana e Tanzânia	Pesquisa intervenção aplicada em seis centros de saúde rural da Burkina Faso, Gana e Tanzânia e as etapas de planejamento, teste piloto e implementação da versão final ocorreu entre junho de 2009 e maio de 2014. O software desenvolvido tem por objetivo apoiar a tomada de decisão com base nas diretrizes da

				Organização Mundial da Saúde para o cuidado pré-natal e parto.
A5	Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal ⁽¹⁵⁾ .	2017 Brasil	Conhecer os fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, na atenção pré-natal.	Estudo descritivo, realizado em seis UBS de um município da região Sudeste do Paraná, com sete profissionais de enfermagem, com coleta de dados entre março a agosto de 2015. Coleta de dados por meio de observação participante e entrevista semiestruturada com os informantes.
A6	Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da Estratégia Saúde da Família ⁽¹⁶⁾ .	2017 Brasil	Descrever estratégias de ampliação da cobertura e qualificação do pré-natal em uma equipe de saúde da família.	Pesquisa intervenção desenvolvida no período de março a junho de 2015 em uma UBS na cidade de Boa Vista - RR. A intervenção foi composta por quatro eixos de atuação: Organização e gestão do serviço (readequação da oferta); Qualificação da prática clínica; Engajamento público; Monitoramento e Avaliação.

Quadro 2 - Principais resultados dos artigos incluídos na análise final, 2019.

Título	Desfechos
A1	a. Os temas abordados durante os grupos educativos foram sobre: as mudanças proporcionadas pela maternidade e paternidade; desmistificação da maternidade; o bebê imaginário x bebê real; gestação/puerpério x sexualidade; planos de parto; estados emocionais do pós-parto; cobranças sociais. b. Fatores de risco para depressão pós-parto identificado na amostra: ser primípara; rede de apoio social e familiar empobrecida; relacionamento conjugal insatisfatório; idealização da maternidade; ser mãe solteira; gravidez não planejada; gravidez não desejada; depressão gestacional; relação conflituosa com a mãe; condições socioeconômicas desfavoráveis; falta de apoio do pai do bebê; transtornos de humor, parto traumático e prematuridade. c. Nenhuma das gestantes que participaram do grupo intervenção apresentou evidências de depressão pós-parto e no grupo controle duas apresentaram.
A2	a. Aplicada cinco oficinas com as gestantes para tratar dos temas levantados, sendo eles: Desafio para a educação em saúde; Cuidados com o bebê e amamentação; Alimentação e atividades físicas no pré-natal; Saúde reprodutiva, sexual e uso de drogas na gravidez; Cuidados com a boca na gravidez. b. Apontado a falta de participação do homem durante o período pré-natal e sobre a necessidade de que a consciência masculina se tornasse reflexiva
A3	a. Os oito encontros abordaram temas de interesse das gestantes, sendo: Importância do pré-natal; Mudanças gestacionais; Alimentação e exercício físico; Saúde bucal da gestante e do recém-nascido; Aleitamento materno; Parto; Puerpério; Cuidado com o recém-nascido
A4	a. A partir da digitação da anamnese completa, exame físico e testes laboratoriais básicos, o algoritmo aponta possíveis situações de preocupação no decorrer da gestação e fornecem sugestões de diagnósticos, aconselhamento a serem dados e medidas preventivas serem tomados durante o atendimento, assim como alertas para serem abordados durante a visita domiciliar. b. O software favorece o cuidado em locais remotos, de difícil acesso ao profissional médico, e potencializa as chances de ofertar uma consulta mais qualificada, pois ele aponta o passo a passo que deve ser seguido no decorrer da consulta.
A5	a. O cuidado da enfermagem na consulta pré-natal é orientado por protocolos que foram elaborados a partir da realidade local do município de estudo, e além de respaldar a solicitação de exames e prescrição de medicamentos, prevê o encaminhamento para serviços de outro nível de complexidade, mediante a identificação de riscos, pelo profissional enfermeiro. b. O protocolo e a previsão de encaminhamento a outros serviços pelo profissional enfermeiro oportunizou otimizar o atendimento e aumentar a resolutividade dos casos, em tempo oportuno.
A6	a. Os eixos de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação foram fortalecidos a partir da implementação do planejamento estratégia da equipe. Todos os membros da equipe de saúde tinham atribuições e metas individuais registradas e pactuadas na reunião de equipe, com revisão mensal. b. O planejamento estratégico possibilitou a ampliação da captação

	precoce no território e fortalecer a atividade busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde.

DISCUSSÃO

Grupos de gestantes como forma de fortalecer o cuidado pré-natal

Os grupos de educação em saúde para gestantes se mostraram uma estratégia potencializadora do cuidar, variando entre cinco a oito encontros para se ter resultados positivos no estado de saúde. Embora os grupos de educação em saúde sejam descritos e recomendados nos materiais orientadores da assistência, a oferta dos grupos não é uma unanimidade entre as equipes de atenção primária, em estudo de abrangência nacional⁽¹⁷⁾ que incluiu a avaliação de 17.202 equipes de saúde de atenção primária em 2012, apenas 51,7% delas referiram realizar o agendamento e/ou oferta de ações de promoção de saúde para gestantes, a exemplo dos grupos de educação em saúde. As equipes com maior oferta de ações de promoção de saúde foram as instaladas na região sudestes, onde 57,2% responderam positivos. Evidencia-se assim a urgência de levar boas práticas e possíveis modelos de grupos de pré-natal, para ser replicado Brasil afora.

Quanto à temática dos encontros dos grupos, há prevalência para os de uso e abuso de substâncias e os direcionados aos usuários com doença cardiovascular, já os dedicados ao cuidado pré-natal aparecem em 5,3% dos casos levantados⁽¹⁸⁾.

Entre os temas abordados nos grupos dos estudos, há semelhanças para as abordagens sobre o processo gestacional (mudanças gestacionais, desmistificação da maternidade e a consulta de pré-natal), parto, período do puerpério (bebê imaginário versus o real, aleitamento) e de hábitos e qualidade de vida materna (sexualidade, alimentação, prática de atividade física, uso de substâncias e saúde bucal). A estratégia em forma de grupo potencializa o processo de educação em saúde, oportunizando a produção de novos conhecimentos e transformação da forma de cuidar de si e do outro, a partir do diálogo e troca de saberes entre distintos atores e permitindo o participação ativa tanto dos profissionais quanto das próprias mulheres⁽¹⁹⁾.

Participar de atividades em grupo não está associado a menores taxas de partos prematuros ou ao período de início da amamentação⁽²⁰⁾, mas oportuniza as mulheres ampliação no nível de satisfação com o cuidado oferecido⁽²¹⁾ pelos serviços de saúde, sendo

identificado como uma forma de cuidar que educa e prepara melhor para os desafios da gestação e puerpério⁽²²⁾.

Apenas um estudo abordou sobre os aspectos psicológicos (estado emocional pós-parto e cobranças sociais) na atividade em grupo. Em estudos conduzidos com 912 puérperas japonesas⁽²³⁾ para avaliar o desenvolvimento de depressão, demonstrou que quanto maior a quantidade de pessoas com que a mulher pode contar como apoio social durante a gestação, seja membro da família, amigos ou de outras pessoas, é uma variável significativa que esteve associada com a diminuição dos sintomas depressivos pós-parto. Assim, o estímulo para atividade em grupo durante a gestação permite ganhos diretos para aspectos da saúde mental das mães.

Cuidar do período gravídico em sua integralidade pressupõe então incorporar no decorrer da assistência prestada e no desenvolvimento dos grupos, sobre os critérios de estratificação de risco gestacional, fatores como idealização da maternidade, rede de apoio, condições socioeconômicas, estado conjugal e relacionamento conjugal insatisfatório, como fatores de risco para adoecimento no transcorrer da gestação ou pós-parto⁽¹¹⁾, inclusive mulheres que pontuam insatisfação com o parceiro apresentam quatro vezes mais chances de estresse e ansiedade no período perinatal⁽²⁴⁾.

A presença paterna no transcorrer da gestação deve ser estimulada, tanto nos atendimentos individuais quanto coletivos e a oferta nos serviços de saúde devem ser repensadas⁽¹³⁾, tais como horário de atendimento, espaço físico, ambientação, para fomentar maior participação por parte dos homens.

Aspectos organizacionais dos serviços

A organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde deve ser orientada em busca da qualificação do cuidado ofertado aos usuários e quando apoiada pelo uso de recursos tecnológicos informatizados no cotidiano dos profissionais de saúde, permite aprimorar a atenção prestada, dando maior automatização aos processos gerenciais e assistenciais e qualificar a gestão da informação⁽²⁵⁾.

O uso dos *softwares* nos atendimentos oportuniza ampliar o acesso aos cuidados médicos, principalmente em regiões onde há ausência deste profissional, pois por meio do cruzamento de dados da anamnese, exame físico e testes laboratoriais, oferece possíveis diagnósticos e emitem alertas de complicação do estado de saúde, viabilizando a identificação de riscos e intervenção em tempo oportuno⁽¹⁴⁾.

Destaca-se ainda que o uso dos *softwares* durante os atendimentos diminui as chances do profissional de saúde esquecer etapas e orientações que fazem parte do protocolo de cuidado do usuário⁽¹⁴⁾ e sistematiza a forma de coleta de dados por todos os profissionais de saúde⁽²⁶⁾. A produção de dados é importante para qualificar o processo de monitoramento das ações e serviços de saúde e viabilizar a mudança de rumos e definição de novas ações ou prioridades que os profissionais, serviços e gestão devem tomar para melhorar os resultados de saúde⁽²⁷⁾.

Como desafios para o uso efetivo das tecnologias em saúde no sistema de saúde brasileiro apontam-se a limitação da infraestrutura (equipamentos e internet), deficiência na educação continuada para a usabilidade dos recursos e resistência profissional⁽²⁷⁾. Os gestores e profissionais de saúde precisam compreender que a incorporação tecnológica é necessária para o fortalecimento do sistema de saúde e qualificação do processo de trabalho, oportunizando ampliação do acesso e melhora dos indicadores de saúde.

O uso das tecnologias em saúde tais como aplicativos, também deve ser estimulado aos usuários, pois os empodera com conhecimento e tomada de decisão sobre condutas a serem adotadas para melhorar a condição de saúde^(14,28).

Outra estratégia apontada para qualificadora do pré-natal é a implementação de protocolos assistenciais, que retratem os arranjos organizacionais de cada sistema local de saúde, de modo a otimizar o atendimento e ampliar a resolutividade em tempo oportuno⁽²⁹⁾. Embora o cuidado não deva ser pautado estritamente em fluxos e recomendações pré-padronizadas, os protocolos oportunizam maior autonomia, descentralizando a demanda para médicos e ampliando a capacidade resolutiva dos profissionais não médicos e das equipes de saúde.

Na atenção a gestação de alto risco a necessidade de encaminhamento para procedimentos e referência a outros níveis de complexidade é constante, porém a ausência de protocolos e normativas faz que se tenha como resultado a fragmentação do acesso, por desconhecimento da rotina de encaminhamentos pelos profissionais de saúde, desencontro de informações, burocracia e fragilidade dos mecanismos de referência e contra-referência^(34,35).

A organização e sistematização do processo de trabalho das equipes são apontadas como intervenção que permite qualificar a assistência pré-natal ofertada⁽¹⁵⁾. Entende-se por processo de trabalho⁽³⁰⁾ o modo de atuação dos profissionais, que é permeado pela sua compreensão sobre o conceito de qualidade e como isso reflete nas ações desenvolvidas por ele.

O trabalho identificado aponta como sistematização do processo de trabalho o fato de atribuir metas individuais aos profissionais, que devem ser resultantes de pactuações coletivas entre as equipes, que permitem fortalecer a atuação de cada membro, a partir da sua atribuição⁽¹⁵⁾.

Deve-se retomar aos pilares fundamentais do modelo de atenção primária adotado no Brasil, que invoca práticas e organizações das equipes orientadas por ações multiprofissionais e interdisciplinares, que permitam o estabelecimento de relações acolhedoras e que resultem em vínculo, com corresponsabilização entre profissionais e usuários. Para alcançar na plenitude tais pressupostos, espera-se que as equipes possam ir além das pactuações de metas individuais, e que façam uso de um conjunto variado de métodos de cuidado (ferramentas) que de fato, fomentem a atuação multiprofissional colaborativa e que tenha o usuário na centralidade do cuidar.

A gestão de casos é uma ferramenta que pode apoiar a sistematização mencionada, pois, a partir da discussão dos casos ou situações complexas entre um profissional gestor de caso e a rede de suporte social do usuário, que exige maior articulação entre a equipe para planejar, monitorar e avaliar as opções de cuidado e de coordenação da atenção à saúde prestada³⁶. A gestão de casos quando aplicada no cuidado à gestação de alto risco permitiu compreender melhor a realidade multifacetada das gestantes, ampliando o debate sobre os fatores sociais, econômicos, habitacionais e ambientais e suas influências durante a gravidez de cada mulher, além de ampliar a resolutividade para as queixas apresentadas⁽³¹⁾.

Implementar mecanismos de gestão da clínica é a forma dos serviços garantirem orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado, articular e valorizar os diferentes saberes e práticas em saúde, ofertar qualidade e segurança no cuidado, compartilhar poder e corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos entre outros princípios⁽³²⁾.

Limitação do estudo

Como limitação do estudo aponta-se o número escasso de trabalhos que compuseram a amostra final, que pode estar relacionado com a escolha dos descritores, ou ainda com a lacuna existente na produção e divulgação de trabalhos que atendam ao objetivo proposto.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Primeiro se destaca a necessidade dos profissionais enfermeiros ou não enfermeiros de produzir e divulgar publicações científicas sobre a sua prática profissional, uma vez que os resultados deste estudo apontam haver uma lacuna na produção científica sobre estratégias para qualificação da assistência pré-natal, reduzindo o alcance e replicação das boas práticas em saúde que podem estar em curso. Por seguinte amplia a discussão sobre a necessidade de fortalecer o atendimento em grupo, o profissional de enfermagem precisa se instrumentalizar de técnicas de condução de grupo como mecanismo de ampliação do acesso e valorização da sua atuação profissional como educador que é.

Por último, os achados ampliam a discussão sobre a necessidade das políticas públicas em saúde pautarem sobre a informatização do cuidado em saúde, com previsão de recursos estruturais, mas também de educação continuada, de modo a tornar os profissionais de saúde habilitados para o uso adequado dos sistemas e softwares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dinâmicas grupais de pré-natal se mostram potente, pois oportuniza a troca de saberes entre profissionais e mulheres, valorizando as experiências pessoais e ampliando a rede de apoio com que a gestante pode contar no momento de sofrimento.

Para o planejamento dos grupos, os estudos apontam a média de oito encontros com duração entre uma a três horas, a depender do tema e dinâmica a ser abordada. Assim, os grupos educativos não podem ser apenas para cumprir meta, mas precisa ser planejado e ter dedicação de um espaço suficiente na agenda do profissional, que permita que o grupo aconteça no seu tempo e não no tempo de quem o conduz.

Para qualificar o cuidado pré-natal é necessário que o profissional se aproprie e faça uso dos recursos tecnológicos de informática existentes no seu cotidiano. Fomentar a prática no uso de tecnologias que apóiem na tomada de decisão é urgente, além de estimular que os usuários façam uso de aplicativos para acesso a informações de cuidado em saúde, além de redes sociais que permitam o compartilhamento de experiências e apoio social, são essenciais para a qualificação do cuidado.

O trabalho das equipes de saúde pautadas em protocolos que retratem a realidade dos sistemas locais e permitam maior autonomia aos membros das equipes de saúde são estratégias apontadas a serem amplamente discutidas e efetivamente implementadas para o cuidado pré-natal. As ferramentas de gestão da clínica, tais como gestão de caso e projeto

terapêutico singular é amplamente empregado no âmbito hospitalar e no cuidado à saúde mental, mas precisam também ser considerados para o cuidado pré-natal.

Este trabalho permite apoiar os trabalhadores em saúde na organização da assistência pré-natal com vista à qualificação do cuidado e contribuir nos processos formativos vislumbrando e apontando possibilidades de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao período gravídico.

Quando ao aspecto de produção de conhecimento, diversas pesquisas que foram exploradas, descreviam resultados positivos de intervenções, porém não trouxeram no método informações que permitissem replicação das intervenções. É necessário rever e enriquecer a descrição dos métodos das pesquisas, para permitir replicação da intervenção e não apenas do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Luton D, Oury JF et al. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the Pre CARE cohort. *BJOG*. 2018;125:587–595. doi: 10.1111/1471-0528.14794.
2. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015;37(3):142-5. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=18BB411AA9F40CFF591B9F90322FBA65?sequence=1>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo; Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
5. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(3):1223-1232. doi: 10.1590/1413-81232018243.13122017.
6. Fernandes JA, Venâncio SI, Pasche DF, Silva FLG, Aratani N, Tanaka OU et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(5):e00120519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120519>.
7. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino OS, Damasceno AKC, Castro RCMB et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paul. Enferm.* 2018;31(3):247-54. doi: 10.1590/1982-0194201800036.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 20. 2020;51. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>.

9. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=18BB411AA9F40CFF591B9F90322FBA65?sequence=1..>
10. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(5), 546–553. doi: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x).
11. Arrais AR, Mourão MA. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saude soc.* [online]. 2014;23(1):251-264. doi: [10.1590/S0104-12902014000100020](https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020).
12. Fagundes DQ, Oliveira AE. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de paulo freire. *Trab. educ. saúde* [online]. 2017;15(1):223-243. doi: [10.1590/1981-7746-sol00047](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00047).
13. Lima VKS, Hollanda GSE, Oliveira BMM, Oliveira IG, Santos LVF, Carvalho CML. Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 2019;11(4):968-975. doi: [10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975).
14. Blank A, Prytherch H, Kaltschmidt J, Krings A, Sukums F, Mensah N et al. “Quality of prenatal and maternal care: bridging the know-do gap” (QUALMAT study): na electronic clinical decision support system for rural Sub-Saharan Africa. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13:44. doi: [10.1186/1472-6947-13-44](https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-44)
15. Bortoli CFC, Bisognin P, Wilhelm LA, Prates LA, Sehnem GD, Ressel LB. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. *Rev Fun Care Online*. 2017;9(4):978-983. doi: [10.9789/2175-5361.2017.v9i4.978-983](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.978-983)
16. Valdes INF, Santos EO, Prado EV. Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*. 2017;20(3):403-413. doi: [10.34019/1809-8363.2017.v20.16000](https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16000).
17. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. *Saúde debate*. 2018;42(n. spe2):111-26. doi: [10.1590/0103-11042018s208](https://doi.org/10.1590/0103-11042018s208)
18. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15(129). doi: [10.1186/s12889-015-1352-y](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y)
19. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTDS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate* 2014; 38:328-37. doi: [10.5935/0103-1104.20140030](https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140030)
20. Carter EB, Temming LA, Akin J, Fowler S, Macones GA, Colditz GA et al. Group Prenatal Care Compared With Traditional Prenatal Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):551–561. doi: [10.1097/AOG.0000000000001560](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001560).
21. Cunningham SD, Grilo S, Lewis JB, Novick G, Rising SS, Tobin JN et al. Group prenatal care attendance: determinants and relationship with care satisfaction. *Maternal and Child Health Journal*. 2017;21(4):770–776. doi: [10.1007/s10995-016-2161-3](https://doi.org/10.1007/s10995-016-2161-3).
22. Heberlein EC, Pickesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S, Farber N, Frongillo EA. Qualitative Comparison of Women's Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(2):224-34. doi: [10.1111/jmwh.12379](https://doi.org/10.1111/jmwh.12379)
23. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y et al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep*. 2015;29(5). doi: [10.1038/srep10520](https://doi.org/10.1038/srep10520).

24. Jonsdottir SS, Thome M, Steingrimsdottir T, Lydsdottir LB, Sigurdsson JF, Olafsdottir H et al. Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women Birth*. 2017;30(1):46-55. doi: 10.1016/j.wombi.2016.08.005.
25. Cavalcante RB, Vasconcelos DD, Gontijo TL, Guimarães EAA, Machado RM, Oliveira VC. COMPUTERIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE INFORMATION SYSTEMS: ADVANCES AND CHALLENGES. *Cogitare Enferm*. [internet]. 2018;23(3). doi: 10.5380/ce.v23i3.54297 .
26. Santana JS, Nóbrega MML, Oliveira JS, Oliveira MJG. Nursing consultation software for hypertensive users of the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(5):2398-403. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0174
27. Grimm SCA, Tanaka OY. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016;25(3):585-594. doi: 10.5123/s1679-49742016000300014.
28. Cavalcante RB, Vasconcelos DD, Gontijo TL, Guimarães EAA, Machado RM, Oliveira VC. COMPUTERIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE INFORMATION SYSTEMS: ADVANCES AND CHALLENGES. *Cogitare Enferm*. [internet]. 2018;23(3). doi: 10.5380/ce.v23i3.54297 .
29. Silva RM, Brasil CCP, Bezerra IC, Queiroz FFSN. Mobile healthtechnology for gestationalcare: evaluationoftheGestAção'sApp. *Rev Bras Enferm*[internet]. 2019;72(Suppl 3):266-73. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0641.
30. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saude soc*. 2018;27(2):518-530. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200518&lng=en. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170012>.
31. Soares LG, Higarashi, IH. Case management as a high-risk prenatal care strategy. *Rev Bras Enferm*. [internet]. 2019;72(3):692-9. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0483.
32. Padilha RQ, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC et al. Principles of clinical management: connecting management, healthcare and education in health. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(12):4249-4257. doi: 10.1590/1413-812320182312.32262016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há grandes desafios a serem enfrentando na atenção ao pré-natal, aconsolidação do Sistema Único de Saúde e suas políticas, programas e ações de saúde permitiram avanços e melhoria na qualidade da saúde das gestantes e dos recém-nascidos, como redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e baixo número de consultas de pré-natal, mas ainda permanecem como desafios o aumento das taxas de sífilis congênita, estagnação na redução das taxas de mortalidade materna, iniquidades regionais no Brasil e a necessidade de fortalecer a expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Unidades de APS com ESF quando comparadas com outros modelos, de forma geral, foram os serviços que apresentaram melhores resultados para efetivar a longitudinalidade com gestantes mais vulneráveis, porém ainda é necessário repensar as práticas das equipes, para potencializarem seus atributos. Práticas colaborativas e com participação multiprofissional são essenciais para qualificar a atenção pré-natal, necessitando reforçar a implementação de grupos de gestantes, uso de recursos tecnológicos no processo de cuidado e sistematização dos processos de trabalho.

A tese aqui apresentada não representa apenas o resultado de mais uma pesquisa, mas representa um processo de transformação pessoal e profissional. O caminho da pesquisa científica é minado por dificuldades e diversidades que surgem no seu decorrer, mas que me permitiu crescer profissionalmente. É solitário e requer compromisso com aquilo proposto, mas quando se está à frente de todos aqueles pesquisadores que durante tanto tempo você leu e alimentou uma admiração, o caminho se torna mais empolgante, mas ao mesmo tempo, me fez sentir mais exigido, em busca de “estar à altura” para dar orgulho àqueles que fizeram parte dessa formação.

Pensar e fazer avaliação em saúde, sob orientação de um dos maiores pesquisadores da área, é um desafio hercúeo e me fez sentir prestigiado em ter a oportunidade de ter que rever tudo aquilo que já havia acumulado teoricamente e empiricamente, para avançar no campo da avaliação. Pude refletir sobre o que é avaliação, sobre a necessidade de fazer uso de distintas metodologias em busca de uma maior robustez, de como é essencial escolher “bons” indicadores que possam refletir de forma mais fidedigna a pergunta da pesquisa, de como o ambiente político é determinante nos processos e resultados e tantos outros aprendizados foram construídos nesse caminho.

Primeiro que definir um objeto de pesquisa não é a coisa mais fácil, hipotetizar e elaborar uma questão norteadora necessitam de boas horas de paciência e perseverança. Precisei de muitos dias, semanas e até meses para finalmente traçar um caminho que fosse sustentável cientificamente e que me permitisse evoluir no conhecimento. Procurei trazer no trabalho final todo o avanço que me ocorreu nos quatro anos, destacando aqui a aproximação e oportunidade de trabalhar distintas metodologias de pesquisa, desde a revisão de literatura, passando pela pesquisa com uso de dados primários e secundários, me municiando hoje ao final dessa trajetória, de um conhecimento que servirá como base para outros futuros projetos de pesquisa e orientações acadêmicas, seja ela de trabalhos de conclusão de curso ou em participação de bancas.

Outro deslocamento que o doutorado me permitiu foi o aprendizado de parte do mundo da estatística. Ao iniciar o curso, limitava-me às análises descritivas e no seu decorrer, aprendi a fazer uso de diversos pacotes estatísticos, executar os testes e mais do que isso, hoje saio com segurança para interpretar os achados, mas também reconheço que há muito a aprender ainda.

O aprendizado da escrita científica é outro avanço que foi possível no decorrer dessa formação. Participar do grupo de pesquisa e ter a oportunidade de colaborar nas publicações científicas me oportunizou conhecer as técnicas, exigências e processo de publicação. Os resultados desta tese em forma de artigo foram possíveis a partir desse aprendizado, e reafirmam o compromisso da publicação dos dados aqui consolidados para colaborar com os profissionais e gestores no processo de tomada de decisão e na atuação profissional cotidiana.

Saiomais bem preparado e mais confiante para conduzir e colaborar em outras pesquisas científicas, orientar alunos da graduação e pós-graduação e produzir novas evidências que possam colaborar no fortalecimento do Sistema Único de Saúde e mostrar o quão importante as Universidades Públicas são para a área da ciência e tecnologia.

REFERÊNCIAS

---

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACESSUS. **Pesquisa:** Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras. 2016. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/acesus/metodologia/inquerito-amostragem/questionarios/gestacao-de-alto-risco>

ALMEIDA FILHO, N. Bases históricas da epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 2, n. 3, p. 304-311, 1986

AMARAL, C E. M.; BOSI, M. L. M. O Desafio da Construção de Modelos Avaliativos de Redes de Atenção – Um Relato de Experiência. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A.L. **Avaliação em saúde:** contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 53-62

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

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. (**Tese de Doutorado**). Campinas: Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas. 1975

BARSELLS, M. M. D.; OLIVEIRA, T. M. F.; BERNARDO, E. B. R.; AQUINO, P. S. DAMASCENO, A. K. C.; CASTRO, R. C. M. B. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. *Acta Paul Enferm.*, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018.

BRAGA, J. C de S.; GOES de PAULA, S. **Saúde e previdência – estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BRASIL. **Decreto n 78.307**, de 24 de agosto de 1976. Dispõe sobre a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7º Conferência Nacional de Saúde**. 1980. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf. Acesso em 27 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 2 jun 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 40 p. Disponível em: <https://patriciamagno.com.br/wp->

[content/uploads/2015/09/Programa-Agentes-Comunit% c3% a1rios-de-Sa% c3% bade.pdf](#). Acesso em 18 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html#:~:text=1%C2%BA%20%2D%20Aprovar%2C%20na%20forma%20do,de%20maior%20eq%C3%BCidade%3B%20cria%20mecanismos. Acesso em: 17 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF** – Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. 2003. Disponível em: http://www.dms.ufpel.edu.br/proesf/cadglas/ne_glas1/proesf.pdf. Acesso em 10 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. D.O.U. nº 43, de 4 de março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

CAMPOS, F.E.; CHERCHIGLIA, M.L.; AGUIAR, R.A.T. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. **Rev. Bras. Saude Fam.**, v.2, n.5, p.71-9, 2002.

CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1918 – 1945. **Rev. Saúde públ.** v. 18, n. esp, p. 2-60, 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v18nspe/02.pdf>. Acesso em 7 abr 2020.

CARVALHO, R. A. S.; SANTOS, V. S.; MELO, C. M.; GURGEL, R. Q.; OLIVEIRA, C. C. C. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo renda família em Aracaju, 2011. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 25, n. 2, p. 271-280, 2016.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E.. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CASTANHEIRA, E . R. L.; SANINE, P. R.; ZARILI, T. F. T.; NEMES, M. I. B. **Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil**: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Cap. 5

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Cebes). Assistência à saúde numa sociedade democrática. **Saúde Debate**, v. 17, n. 11, s.p., 1985.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. supl. 2, p. 59-70, 1996.

CHAMPAGNE, F. et al. **A Análise da Implantação**. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a, p. 217-238.

CLAVREUL J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense; 1983.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 10, s.n., p. 3-11, 1993.

COSTA, M. C. N.; MOTA, E. L. A.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.; TEIXEIRA, M. G.; MENDES, C. M. C. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 699-706, 2003.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens, das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985, p.83

CRUZ, M. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate**. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Cap. 7, p. 284.

CUNHA, A. A. C.; LACERCA, J. T.; ALCAUZA, M. T. R.; NATAL, S. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 19, n. 2, p. 459-470, 2019.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. supl 1, p. 1029-1042, 2011.

DEVER, G.F.A. An epidemiological model for health policy analysis. **Social Indicators Research** 2:465, 1976.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071786/>

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DRUMOND JUNIOR, M. Análise de Dados Secundários nos Serviços de Saúde. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A.L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 115-124.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E., et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24 , n. Sup 1:S159-S172, 2008.

FERNANDES, J. A.; VENÂNCIO, S. I.; PASCHE, D. F.; SILVA, F. L. G. ARATANI, N.; TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5: e00120519, 2020.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**. v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998

FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O.; TRAPÉ, T. L.; EMERICH, B. F.; SURJUS, L. T. L. S. Construção de Indicadores para Avaliação de Caps. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A.L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 29-36.

GUEDES, A. E. L. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. P. 131-160.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; GUIMARÃES, T. L. F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. e00110417, 2018.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DOS MODELOS TEÓRICOS À PRÁTICA NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SISTEMAS DE SAÚDE**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p.

KESSNER, D. M. Assessing health quality: the case for tracers. **N Engl J Med**. 1973; Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197301252880406?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I.; WERF, A. V. D. **Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la Salud para Todos**. Pautas para uma política. OMS, Genebra, 1984, 137 p.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** [online], v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LILACS [homepage na internet]. **Perguntas frequentes**. Acesso em 10 dez 2019. Disponível em: <http://metodologia.lilacs.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=76&item=17>.

LIMA, J. B. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais. **Argum.**, v. 10, n. 1, p. 88-101, 2018.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 111-126, 2018.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology e Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACMAHON, B.; PUGH, T.F. **Epidemiology: principles and methods**. Boston, Little Brown & Co. 1970.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg. Saúde debate**, v. 51, p. 14-29, 2014.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 11, n. supl. 1, p. 159-167, 2008.

MARIO, D. N.; RIGO, L.; BOCLIN, K. L. S.; MALVESTIO, L. M. M.; ANZILIERO, D.; HORTA, B. L.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-MESA, J. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

MATTOS, R. A. **O processo de construção conceitual do método CENDES/OPS**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 40p, 1993.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. P. 43-68.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, E. V. **A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário**. OPS. Sério Desenvolvimento de Serviços de Saúde. n. 10, p. 7-19, 1993.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Acesso em 18 set 2019. Disponível em: http://repositorio.ascsc.edu.br/bitstream/123456789/1314/1/as%20Redes%20de%20Atencao%20a%20Saude_Eugenio_2ed.PDF.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

- MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. J.; PRADO, D. S.; GURGEL, R. Q.; BEZERRA, F. D.; GURGEL, R. Q. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas:mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. (org). **Democracia e saúde: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemes, p 125-142, 1997.
- MINAYO, M. C. S. et al. **Programa Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990.
- MOURA, E. R.; HOLANDA, F. J.; RODRIGUES, M. S. Evaluation of Prenatal Care in Micro-regional Health System in theState of Ceará, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 791-7977, 2003.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. supl., p. 158-164, 2013.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Rev. Bras Enferm.**, v. 66, s.n, p. 158-164, 2013.
- OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS, 2016. 56 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Cuidados Primária de Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 23 maio 2020.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria**. Washington: OPAS. 2009. 101 p. Disponível em https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307
- OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. supl. 1, p. 25-32, 1998.
- PEREIRA, A. T. S.; CAMPELO, A. C F. S.; CUNHA, et al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.607-620, 2006.
- PUCCINI, P. T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2755-2766, 2008.
- ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Cienc. Cult.**, v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSEN, G. **Da policia medica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. P. 77-141.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. USO de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 5, p. 1003-14, 2015.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A.; LINHARES, A. O. Assistência pré-natal no Sul do Brasil: cobertura, tendência e disparidades. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 40, 2019.

SANINE, P. R.; ZARILI, T. F. T.; NUNES, L. O., et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 34, n. 6:e00094417, 2018.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde, hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990, 226p.

Silva EM, Powell-jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5.506 municipalities in Brazil, 2000-2014. **BMJ Global Health** [internet]. 2017;2(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5717937/>.

SILVA, B. G. C.; LIMA, N. P.; SILVA, S. G.; ANTÚNEZ, S. F.; SEERIG, L. M.; RASTREPO-MÉNDEZ, M. C.; WEHRMEISTER, F. C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016.

SILVA, E. M.; POWELL-JACKSON, T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5.506 municipalities in Brazil, 2000-2014. **BMJ Global Health** [internet], v. 2, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5717937/>. Acesso em 30 jan. 2020.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 14, n. suppl.1, pp.1325-1335, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einsten** [Internet], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 15 set. 2019.

STARFIELD B. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 11, n. supl. 1, p. 38-45, 2008.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANAKA, O. Y. *Avaliação do Programa de Assistência à Criança da Secretaria da Saúde de São Paulo. (Dissertação de Mestrado)*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1982

TANAKA, O. Y. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1-9.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, C. F. A. A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E. V. **Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. OPS. Sério Desenvolvimento de Serviços de Saúde. n. 13, p. 43-59, 1994.

TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 264-277, 1990.

TRAVASSO, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. supl.2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M.. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.5, n.1, pp.133-149, 2000.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO [homepage na internet]. Qual a diferença entre Medline® e PubMed®? [acesso em 12 dez 2019. Disponível em: <http://sddinforma.fob.usp.br/qual-a-diferenca-entre-medline-e-pubmed/>

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** [online], vol.15, suppl., pp.225-264, 2005.

WESTPAHL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e sociedade**. V. 6, n. 2, p. 9-18, 1997.

ANEXOS

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

**AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE EM
DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2020-0734
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Cuidado pré-natal, Atenção Primária em Saúde, Qualidade da assistência à saúde, Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

Revista Brasileira de Enfermagem

**ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR O CUIDADO PRÉ-NATAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, REVISÃO DE
LITERATURA.**

Journal:	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>
Manuscript ID	REBEn-2020-0067
Manuscript Type:	Review
Key Keywords in English (5 words from DECS <u>AND</u> 5 from MESH):	Prenatal Care, Primary Health Care, Quality Assurance, Health Care, Quality of Health Care, Health Services, Antenatal Care, Primary Healthcare, Healthcare Quality Assurance, Health Care Quality, Services, Health

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo>

21/02/2020

Plataforma Brasil

BRASIL

Informe o E-mail

Informe a Senha

LOGIN

[Esqueceu a senha?](#)

[Cadastre-se](#)

v3.2

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

43716515.7.1001.5404

Número do Parecer:

[Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

INQUÉRITO SOBRE O ACESSO, O FUNCIONAMENTO E A UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA QUATRO CONDIÇÕES TRAÇADORAS EM QUATRO GRANDES CIDADES BRASILEIRAS

Número do CAAE:

43716515.7.1001.5404

Número do Parecer:

2225109

Quem Assinou o Parecer:

Renata Maria dos Santos Celeghini

Pesquisador Responsável:

Gastão Wagner de Sousa Campos

Data Início do Cronograma:

16/03/2015

Data Fim do Cronograma:

22/12/2017

Contato Público:

Gastão Wagner de Sousa Campos

[Voltar](#)

Suporte a sistemas: 136 - opção 8 e opção 3, solicitar ao atendente suporte Plataforma Brasil.
Fale conosco: Clique para enviar mensagem para a Plataforma Brasil

INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

GRAVIDEZ DE RISCO

Entrevistador: _____

ID: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
1. Poderia responder a um questionário de uma pesquisa feita pela Universidade sobre o acompanhamento pré-natal?	(1) Não (agradeça e encerre o questionário) (2) Sim (vá para questão 2)
2. A Sra. reside nesta cidade?	(1) Não (Se o questionário estiver sendo aplicado no MUNICÍPIO DE CAMPINAS, PORTO ALEGRE OU FORTALEZA , (agradeça e encerre o questionário). Se estiver sendo aplicado no MUNICÍPIO DE SÃO PAULO , (vá para questão 2A) (2) Sim (vá para questão 2A)
2A. A Sra. veio para este serviço encaminhada por uma unidade básica de saúde, posto de saúde ou centro de saúde?	(1) Não (agradeça e encerre o questionário) (2) Sim (vá para questão 2B)
2B. O serviço que lhe encaminhou localiza-se neste mesmo município?	(1) Não (Se o questionário estiver sendo aplicado no MUNICÍPIO DE SÃO PAULO , (agradeça e encerre o questionário). Se estiver sendo aplicado em outro MUNICÍPIO , (vá para questão 3) (2) Sim (vá para questão 3)
3. A Sra. está fazendo o acompanhamento pré-natal aqui neste serviço?	(1) Não (agradeça e encerre o questionário) (2) Sim
4A. A Sra. já fez alguma consulta nesse serviço?	(1) Não (vá para questão 4B) (2) Sim (vá para questão 5)
4B. É possível realizar a aplicação do questionário após a consulta de hoje?	(1) Não (agradeça e encerre o questionário) (2) Sim (vá para questão 5)
TERMO DE CONSENTIMENTO	

<i>Pedir para o(a) participante ler e assinar o termo de consentimento. Anotar:</i> Data: ____/____/____ Horário: _____ Unidade: _____	
IDENTIFICAÇÃO	
A Sra. poderia nos fornecer alguns dados pessoais, caso seja preciso entrar em contato?	
5. Qual seu nome completo?	_____
6. Qual seu endereço?	_____ (888) Não sabe/Não respondeu
7. CEP?	_____ - _____ (888) Não sabe/Não respondeu
8. Telefone?	_____ - _____ (888) Não sabe/ Não respondeu
9. Número Cartão SUS?	_____ (888) Não sabe/ Não respondeu
10. Qual sua data de nascimento?	____/____/____ (888) Não sabe/ Não respondeu
11. Qual a sua cor? Vou ler algumas opções:	(1)Branca (2)Preta/Negra (3)Parda (4)Amarela (5)Indígena (888)Não declarado/ Não sabe

12. Até que ano a Sra. estudou?	(1) Sem escolaridade/analfabeto (2) 1º grau - 1º ano (3) 1º grau - 2º ano (4) 1º grau - 3º ano (5) 1º grau - 4º ano (6) 1º grau - 5º ano (7) 1º grau - 6º ano (8) 1º grau - 7º ano (9) 1º grau - 8º ano (10) 1º grau - 9º ano (11) 2º grau - 1º ano (12) 2º grau - 2º ano (13) 2º grau - 3º ano (14) Superior incompleto (15) Superior completo (888) Não sabe / Não respondeu
13. A Sra. tem algum convênio ou plano de saúde, incluindo planos de funcionários públicos?	(1) Não (<i>vá para questão 15</i>) (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 15</i>)
14. A Sra. já utilizou o convênio ou plano para algum atendimento de sua gravidez de risco?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
15. A Sra. já pagou uma consulta particular para atendimento desta gravidez?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
16. A Sra. já pagou ultrassonografia particular nesta gravidez (ou algum outro exame relacionado à gravidez de risco)?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
INFORMAÇÕES SOBRE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	

17. A Sra. está com quanto tempo de gestação?	(1) Primeiro trimestre (1 – 13 semanas) (2) Segundo trimestre (14 – 27 semanas) (3) Terceiro trimestre (28 – 40 semanas) (888) Não sabe / Não respondeu
18. Por que a Sra. está no serviço de pré-natal de risco? Vou ler algumas opções:	(1) Estou fazendo acompanhamento especializado de gestação de risco (2) Estou fazendo diagnóstico do risco da gestação (3) Outros motivos: (18A) _____ (4) Não me disseram por que teria de vir ao serviço de pré-natal de risco (888) Não sabe / Não respondeu
19. De que local a Sra. foi encaminhada para o serviço de pré-natal de risco? Vou ler algumas opções:	(1) Posto, centro ou unidade de saúde (2) Pronto Socorro (PS) / UPA / PA (Pronto atendimento) / serviço de urgência / serviço de emergência (3) Consultório privado / serviço de saúde privado ou convênio (4) Outro local: (19A) _____ (888) Não sabe / Não respondeu
20. Qual o nome do serviço de saúde que encaminhou a Sra. para cá?	Nome: _____ 20A. Outro serviço: _____ (888) Não sabe / Não respondeu
21. Quanto tempo de gravidez a Sra. tinha quando iniciou o pré-natal NA OUTRA UNIDADE que lhe encaminhou para cá?	(1) Primeiro trimestre (1 – 13 semanas) (2) Segundo trimestre (14 – 27 semanas) (3) Terceiro trimestre (28 – 40 semanas) (888) Não sabe / Não respondeu

22. Qual foi o profissional que encaminhou a Sra. para o serviço de pré-natal de risco. Vou ler algumas opções:	(1) Médico generalista ou médico de saúde da família <i>(se responder “médico do posto/unidade básica”, perguntar se era ginecologista-obstetra ou generalista)</i> (2) Ginecologista-obstetra (3) Enfermeiro (4) Médico de consultório privado/serviço de saúde privado ou convênio (5) Outro _____ profissional: (22A) _____ (888) Não sabe / Não respondeu
23. Quanto tempo de gestação a Sra. tinha QUANDO FOI ENCAMINHADA para cá?	(1) Primeiro trimestre (1 – 13 semanas) (2) Segundo trimestre (14 – 27 semanas) (3) Terceiro trimestre (28 – 40 semanas) (888) Não sabe / Não respondeu
24. Como a Sra. ficou sabendo da marcação da consulta do pré-natal de risco? Vou ler algumas opções:	(1) Por telefone (2) Pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) (3) Na recepção do posto de saúde (4) No próprio serviço de pré-natal de risco (5) Outra forma: (24A) _____ (888) Não sabe / Não respondeu
25. Quanto tempo demorou entre o ENCAMINHAMENTO para cá e sua PRIMEIRA CONSULTA AQUI? Considere o tempo entre a solicitação do outro serviço e sua primeira consulta aqui.	____ ____ dias (888) Não sabe / Não respondeu
26. A Sra. já fez quantas consultas de pré-natal aqui? (considerar também a consulta de hoje)	____ ____ consultas <i>(se for a 1ª consulta, ir para a questão 28)</i> (888) Não sabe / Não respondeu
27. Há quanto tempo a Sra. passou pela última vez por uma consulta nesse serviço?	____ ____ dias (777) Essa é a minha primeira consulta (888) Não sabe / Não respondeu

28. A Sra. já saiu da PRIMEIRA CONSULTA do pré-natal de risco com a consulta seguinte (de retorno) agendada?	(1) Não (2) Sim (3) Não lembro (888) Não sabe / Não respondeu
29. Já foi escolhida a forma de parto?	(1) Não (<i>vá para questão 32</i>) (2) Sim, parto normal (<i>vá para questão 31</i>) (3) Sim, parto cesárea (<i>vá para questão 30</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 31</i>)
30. A Sra. sabe qual foi o motivo da escolha da cesárea? Vou ler algumas opções, pode escolher mais de uma.	(1) Por causa da posição do bebê na barriga (2) O bebê é muito grande para o tamanho da Sra. (3) A Sra. já fez parto cesárea antes deste (4) O líquido da gestação se apresentou com fezes do bebê (5) Para poder escolher a data do parto (6) Outro motivo: (30A) _____ (888) Não sabe / Não lembra
31. A Sra. teve a possibilidade de negociar, rejeitar, escolher ou decidir junto com o médico a forma de parto?	(1) Sim (2) Não, o médico escolheu sozinho (3) Não, eu escolhi sozinha (888) Não respondeu
32. A Sra. já sabe em qual maternidade será o parto?	(1) Não (<i>vá para questão 35</i>) (2) Sim (888) Não respondeu (<i>vá para questão 35</i>)
33. A Sra. teve a possibilidade de negociar, rejeitar, escolher ou decidir junto com o médico a maternidade onde será o parto?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
34. A Sra. já visitou a maternidade indicada?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu

INFORMAÇÕES SOBRE ATENÇÃO BÁSICA	
35. A Sra. fez o acompanhamento do pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde, antes de vir para este serviço? (se a entrevistada responder que não sabe se irá retornar porque foi sua PRIMEIRA CONSULTA no pré-natal de risco, perguntar se ela pretende voltar ao posto de saúde para alguma consulta de pré-natal).	(1) Nunca fiz pré-natal em posto, centro ou unidade de saúde (<i>vá para questão 39</i>) (2) Fazia pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde, mas parei quando comecei o acompanhamento no serviço de pré-natal de risco (<i>vá para questão 38</i>) (3) Continuo fazendo pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde (<i>vá para questão 36</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 39</i>)
36. De quanto em quanto tempo a Sra. tem consulta de pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde?	_____ dias meses anos (888) Não sabe / Não respondeu
37. Após a consulta AQUI, a Sra. leva alguma informação de volta para os profissionais do seu posto, centro ou unidade de saúde? Vou ler algumas opções, pode escolher mais de uma.	(1) Levo a carteira de gestante (2) Levo um papel escrito (3) Apenas conto o que o médico do pré-natal de risco me disse (4) O médico do pré-natal de risco registra no prontuário eletrônico (5) Não levo nenhuma informação (6) Outra forma de troca de informação entre o posto de saúde e o serviço especializado: (37A) _____ (888) Não sabe / Não respondeu
38. Com quais profissionais a Sra. já fez pré-natal no posto, centro ou unidade de saúde? Vou ler algumas opções, pode escolher mais de uma.	(1) Médico de família / generalista / clínico (2) Enfermeiro (3) Ginecologista-obstetra (4) Outro profissional: (38A) _____ (888) Não sabe / Não respondeu

39. A Sra. conhece o agente comunitário de saúde (ACS) da área em que a Sra. mora?	(1) Sim, conheço (2) Não, não conheço (3) Não, não tem ACS na área em que moro (888) Não sabe / Não respondeu
40. Durante a gestação a Sra. recebeu visita domiciliar de alguém do posto, centro ou unidade de saúde?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
MEDICAÇÃO, EXAMES COMPLEMENTARES E ORIENTAÇÕES	
41. A Sra. tomou algum medicamento durante a gestação? Considere vitaminas prescritas pelos profissionais de saúde como medicamentos.	(1) Não (<i>vá para questão 43</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 42</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 43</i>)
42. A Sra. pega esses remédios no seu posto de saúde?	(1) Sim, todos (2) Sim, alguns (3) Não, nenhum (888) Não sabe / Não respondeu
43. Foi solicitado algum exame no serviço de pré-natal de risco?	(1) Não (<i>vá para questão 48</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 44</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 48</i>)
44. A Sra. conseguiu realizar no SUS todos os exames solicitados no pré-natal de risco?	(1) Não (<i>vá para questão 45</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 48</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 48</i>)

45. Qual ou quais exames foram solicitados neste serviço e a Sra. não conseguiu fazer no SUS? Vou ler algumas opções, pode escolher mais de uma.	(1) Ultrassonografia (Exame em que o profissional passa um gel na barriga da gestante, e em seguida, passa um aparelhinho em cima do gel) (2) Cardiotocografia (Exame em que, com a gestante sentada ou deitada - em repouso -, são colocados dois cintos elásticos com sensores na barriga: um para captar os batimentos cardíacos de bebê e outro para captar a frequência e a intensidade das contrações uterinas. Os dados dos sensores são transmitidos a um papel ou a um monitor de computador, que registram a informação captada em forma de gráfico) (3) Outros: (45A) _____ (888) Não sabe / Não respondeu
46. A Sra. utilizou convênio para algum desses exames?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
47. A Sra. pagou, sem usar o convênio, por algum desses exames?	(1) Não (2) Sim (888) Não sabe / Não respondeu
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
48. Alguma vez a Sra. passou mal nesta gestação e precisou procurar um serviço de saúde?	(1) Não (<i>vá para questão 49</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 48A</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 49</i>)

48A. Que serviços a Sra. já procurou quando passou mal durante esta gestação? Vou ler algumas opções, pode escolher mais de uma opção.	(1) Procurei o Posto de Saúde (2)Procurei o serviço de pré-natal de risco (3)Procurei o Pronto Socorro(PS) / UPA / Pronto atendimento(PA) / Serviço de Urgência / Serviço de Emergência (4)Procurei o Hospital Geral (5)Procurei a Maternidade (888) Não sabe / Não respondeu
49. A Sra. foi internada alguma vez por causa desta gestação?	(1)Não (2)Sim (888) Não sabe / Não respondeu
Agradeça e encerre o questionário	

APÊNDICE

APÊNDICES

Tabela 1. Disponibilidade de aparelho de US por mil nascidos vivos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	3,95 (3,84-4,06)	1,00	< 0,001	0,99	↑
Rio Branco	2,34 (2,25-2,43)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Manaus	1,42 (1,38-1,46)	0,99	< 0,001	0,97	↑
Boa Vista	4,47 (4,02-4,92)	0,14	0,715	0,02	—
Belém	5,05 (4,91-5,20)	0,99	< 0,001	0,98	↑
Macapá	0,96 (0,78-1,13)	-0,47	0,206	0,22	—
Palmas	3,14 (2,91-3,37)	0,96	< 0,001	0,92	↑
São Luís	1,93 (1,87-2,00)	0,99	< 0,001	0,99	↑
Teresina	1,29 (1,23-1,26)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Fortaleza	5,42 (5,27-5,57)	0,99	< 0,001	0,97	↑
Natal	2,85 (2,64-3,06)	0,88	0,002	0,78	↑
João Pessoa	3,72 (3,50-3,94)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Recife	4,89 (4,66-5,12)	0,84	0,005	0,70	↑
Maceió	2,77 (2,66-2,88)	0,98	< 0,001	0,96	↑
Aracaju	5,93 (5,72-6,14)	0,96	< 0,001	0,92	↑
Salvador	6,23 (5,80-6,66)	-0,07	0,856	0,00	—
Belo Horizonte	5,39 (5,33-5,45)	1,00	< 0,001	0,99	↑
Vitória	5,58 (5,44-5,72)	-0,65	0,059	0,42	—
Rio de Janeiro	5,77 (5,55-5,99)	0,96	< 0,001	0,92	↑
São Paulo	4,62 (4,55-4,70)	0,99	< 0,001	0,99	↑
Curitiba	3,60 (3,34-3,85)	0,90	0,001	0,82	↑
Florianópolis	7,30 (7,09-7,51)	1,00	< 0,001	0,99	↑
Porto Alegre	1,43 (1,39-1,48)	0,96	< 0,001	0,93	↑
Campo Grande	3,90 (3,65-4,16)	0,96	< 0,001	0,92	↑
Cuiabá	1,72 (1,51-1,94)	0,90	0,001	0,81	↑
Goiânia	3,29 (3,16-3,42)	0,96	< 0,001	0,92	↑
Brasília	3,69 (3,50-3,88)	0,92	0,001	0,84	↑
Brasil	4,23 (4,17-4,28)	1,00	< 0,001	0,99	↑

Tabela 2. Relação de enfermeiro obstetra a cada 10.000 habitantes nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	0,23 (0,21-0,25)	-0,98	< 0,001	0,95	↓
Rio Branco	0,46 (0,38-0,55)	-0,72	0,029	0,52	—
Manaus	0,14 (0,09-0,18)	0,86	0,003	0,74	↑
Boa Vista	0,45 (0,28-0,63)	0,26	0,491	0,07	—
Belém	0,49 (0,47-0,51)	-0,09	0,815	0,00	—
Macapá	0,31 (0,27-0,34)	-0,87	0,002	0,75	↓
Palmas	0,23 (0,10-0,35)	0,79	0,012	0,62	—
São Luís	0,23 (0,20-0,27)	0,95	< 0,001	0,91	↑
Teresina	0,18 (0,16-0,20)	0,93	< 0,001	0,87	↑
Fortaleza	0,05 (0,04-0,07)	0,11	0,767	0,01	—
Natal	0,30 (0,28-0,33)	-0,50	0,169	0,25	—
João Pessoa	0,11 (0,07-0,15)	0,85	0,004	0,72	↑
Recife	0,26 (0,24-0,28)	0,71	0,033	0,50	—
Maceió	0,27 (0,26-0,27)	-0,96	< 0,001	0,93	↓
Aracaju	0,26 (0,23-0,29)	0,95	< 0,001	0,90	↑
Salvador	0,16 (0,15-0,17)	0,93	< 0,001	0,87	↑
Belo Horizonte	0,19 (0,14-0,23)	0,77	0,014	0,50	—
Vitória	0,19 (0,17-0,21)	-0,75	0,021	0,56	—
Rio de Janeiro	0,21 (0,20-0,21)	0,89	0,001	0,79	↑
São Paulo	0,27 (0,25-0,28)	0,95	< 0,001	0,91	↑
Curitiba	0,06 (0,04-0,08)	0,84	0,004	0,71	↑
Florianópolis	0,26 (0,25-0,28)	-0,99	< 0,001	0,98	↓
Porto Alegre	0,14 (0,13-0,14)	-0,87	0,002	0,76	↓
Campo Grande	0,05 (0,03-0,06)	0,73	0,025	0,53	—
Cuiabá	0,10 (0,07-0,13)	0,47	0,204	0,22	—
Goiânia	0,10 (0,07-0,14)	0,65	0,059	0,42	—
Brasília	0,17 (0,16-0,17)	-0,90	0,001	0,82	↓
Brasil	0,05 (0,04-0,05)	0,88	0,002	0,77	↑

Tabela 3. Relação de médico ginecologista-obstetra para cada 100 mil habitantes nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	13,50 (13,13-13,88)	0,59	0,092	0,35	—
Rio Branco	2,37 (1,31-3,43)	-0,25	0,520	0,06	—
Manaus	14,42 (14,15-14,68)	0,18	0,646	0,03	—
Boa Vista	11,35 (9,63-13,06)	-0,75	0,019	0,56	—
Belém	14,19 (13,74-14,63)	0,035	0,353	0,12	—
Macapá	10,66 (10,41-10,91)	-0,03	0,946	0,00	—
Palmas	9,59 (8,21-10,98)	0,81	0,008	0,66	—
São Luís	10,26 (9,89-10,63)	0,96	< 0,001	0,93	↑
Teresina	14,94 (14,42-15,45)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Fortaleza	36,81 (35,68-37,93)	0,97	< 0,001	0,94	↑
Natal	18,75 (18,46-19,04)	0,99	< 0,001	0,99	↑
João Pessoa	23,84 (22,99-24,69)	0,70	0,035	0,49	—
Recife	22,70 (22,35-23,06)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Maceió	17,87 (17,29-18,45)	0,74	0,024	0,54	—
Aracaju	22,01 (20,94-23,08)	0,90	0,001	0,81	↑
Salvador	16,70 (16,34-17,06)	0,96	< 0,001	0,92	↑
Belo Horizonte	32,37 (31,84-32,90)	0,93	< 0,001	0,86	↑
Vitória	30,04 (28,86-31,22)	-0,12	0,748	0,02	—
Rio de Janeiro	17,29 (16,50-18,09)	-0,90	0,001	0,80	↓
São Paulo	19,28 (18,52-20,03)	-0,45	0,227	0,20	—
Curitiba	19,88 (19,30-20,47)	-0,30	0,435	0,89	—
Florianópolis	27,33 (24,74-29,93)	0,28	0,460	0,08	—
Porto Alegre	29,77 (29,41-30,13)	0,98	< 0,001	0,95	↑
Campo Grande	12,96 (11,93-14,00)	0,70	0,037	0,49	—
Cuiabá	20,29 (19,56-21,03)	0,92	< 0,001	0,85	↑
Goiânia	24,50 (23,73-25,27)	0,88	0,002	0,77	↑
Brasília	27,93 (27,12-28,75)	-0,72	0,029	0,52	—
Brasil	4,39 (4,01-4,78)	-0,37	0,327	0,14	—

Tabela 4. Cobertura de Atenção Básica nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	71,76 (66,65-76,87)	-0,69	0,041	0,47	—
Rio Branco	74,15 (67,94-80,35)	0,81	0,008	0,65	—
Manaus	52,04 (50,96-53,12)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
Boa Vista	71,69 (69,43-73,96)	-0,88	0,002	0,77	↓
Belém	45,17 (43,71-46,63)	0,68	0,041	0,47	—
Macapá	83,95 (78,46-89,43)	0,02	0,966	0,000	—
Palmas	88,79 (84,77-92,81)	0,75	0,020	0,56	—
São Luís	44,13 (42,48-45,78)	0,82	0,007	0,67	—
Teresina	100,00 (100,00-100,00)	0,00	*	0,00	—
Fortaleza	54,97 (50,45-59,49)	0,46	0,212	0,21	—
Natal	58,25 (52,59-63,91)	0,03	0,935	0,00	—
João Pessoa	92,98 (89,52-96,44)	-0,43	0,243	0,19	—
Recife	61,14 (60,33-61,96)	0,78	0,012	0,61	—
Maceió	44,11 (42,40-45,82)	0,83	0,006	0,68	—
Aracaju	86,52 (85,94-87,10)	-1,00	< 0,001	0,99	↓
Salvador	33,68 (32,59-34,77)	0,94	< 0,001	0,88	↑
Belo Horizonte	99,22 (97,78-100,65)	0,79	0,011	0,62	—
Vitória	97,61 (96,07-99,15)	-0,79	0,011	0,63	—
Rio de Janeiro	50,10 (47,68-52,52)	0,98	< 0,001	0,97	↑
São Paulo	57,85 (56,43-59,27)	0,63	0,071	0,39	—
Curitiba	58,32 (55,81-60,83)	0,11	0,770	0,01	—
Florianópolis	99,95 (99,64-100,25)	0,55	0,127	0,30	—
Porto Alegre	61,74 (60,60-62,89)	0,98	< 0,001	0,96	↑
Campo Grande	39,74 (37,24-42,23)	0,71	0,031	0,51	—
Cuiabá	48,63 (45,86-51,39)	0,35	0,351	0,12	—
Goiânia	68,94 (63,90-73,98)	-0,96	0,003	0,73	↓
Brasília	56,40 (54,69-58,11)	-,97	< 0,001	0,94	↓
Brasil	70,45 (70,09-70,82)	0,99	< 0,001	0,99	↑

Tabela 5. Cobertura de Estratégia de Saúde da Família nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	56,92 (51,16-62,69)	0,19	0,618	0,04	—
Rio Branco	48,19 (42,93-53,45)	0,82	0,007	0,67	—
Manaus	31,23 (29,87-32,59)	-0,51	0,161	0,26	—
Boa Vista	58,89 (55,75-62,03)	-0,78	0,015	0,61	—
Belém	21,94 (20,18-23,70)	0,49	0,175	0,24	—
Macapá	55,36 (50,75-59,96)	0,31	0,416	0,10	—
Palmas	83,82 (79,76-87,89)	0,62	0,015	0,59	—
São Luís	32,65 (31,44-33,86)	0,88	0,002	0,78	↑
Teresina	98,68 (98,08-99,27)	0,73	0,024	0,54	—
Fortaleza	40,93 (38,52-43,33)	0,90	0,001	0,81	↑
Natal	39,04 (34,29-43,80)	0,54	0,134	0,29	—
João Pessoa	83,30 (80,70-85,91)	-0,63	0,068	0,40	—
Recife	53,53 (53,21-53,85)	0,95	< 0,001	0,91	↑
Maceió	29,31 (28,44-30,18)	0,69	0,041	0,47	—
Aracaju	77,97 (76,54-79,10)	-0,96	< 0,001	0,93	↓
Salvador	21,71 (20,86-22,55)	0,99	< 0,001	0,97	↑
Belo Horizonte	76,43 (75,71-77,15)	0,96	< 0,001	0,92	↑
Vitória	77,23 (74,46-80,00)	-0,42	0,265	0,17	—
Rio de Janeiro	38,04 (35,88-40,20)	0,99	< 0,001	0,98	↑
São Paulo	31,59 (31,31-31,87)	0,99	< 0,001	0,97	↑
Curitiba	38,90 (31,11-40,68)	0,91	0,001	0,82	↑
Florianópolis	91,51 (90,06-92,97)	0,97	< 0,001	0,94	↑
Porto Alegre	34,88 (33,00-36,76)	0,97	< 0,001	0,94	↑
Campo Grande	33,94 (32,61-33,27)	0,90	0,001	0,81	↑
Cuiabá	37,51 (34,51-40,52)	0,75	0,019	0,57	—
Goiânia	43,28 (39,93-46,62)	0,69	0,038	0,48	—
Brasília	24,20 (22,89-25,50)	0,99	< 0,001	0,97	↑
Brasil	58,19 (57,81-58,57)	1,00	< 0,001	0,99	↑

Tabela 6. Proporção de gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	14,32 (9,72-18,91)	0,73	0,025	0,54	—
Rio Branco	2,46 (2,23-2,69)	-0,64	0,063	0,41	—
Manaus	4,64 (4,18-5,10)	-0,41	0,270	0,17	—
Boa Vista	2,93 (2,77-3,10)	-0,56	0,115	0,32	—
Belém	3,23 (2,81-3,64)	0,81	0,008	0,66	—
Macapá	4,42 (3,70-5,13)	-0,85	0,004	0,72	↓
Palmas	0,89 (0,57-1,21)	-0,18	0,635	0,03	—
São Luís	2,93 (2,24-3,62)	0,03	0,944	0,00	—
Teresina	4,41 (3,14-5,68)	0,50	0,170	0,25	—
Fortaleza	5,59 (4,03-7,15)	0,45	0,223	0,20	—
Natal	2,31 (1,91-2,70)	-0,36	0,341	0,13	—
João Pessoa	1,78 (1,68-1,88)	-0,44	0,230	0,20	—
Recife	1,05 (0,86-1,25)	-0,30	0,436	0,09	—
Maceió	2,83 (2,38-3,28)	-0,22	0,568	0,05	—
Aracaju	1,32 (1,09-1,55)	-0,33	0,379	0,11	—
Salvador	4,78 (4,63-4,93)	-0,96	< 0,001	0,93	↓
Belo Horizonte	0,75 (0,72-0,78)	-0,99	< 0,001	0,98	↓
Vitória	1,07 (0,80-1,34)	-0,31	0,414	0,10	—
Rio de Janeiro	1,96 (1,78-2,14)	-0,95	< 0,001	0,91	↓
São Paulo	1,18 (1,14-1,21)	-0,94	< 0,001	0,88	↓
Curitiba	0,47 (0,36-0,57)	0,11	0,785	0,01	—
Florianópolis	1,24 (1,13-1,34)	-0,95	< 0,001	0,91	↓
Porto Alegre	2,24 (2,15-2,32)	-0,97	< 0,001	0,94	↓
Campo Grande	1,17 (1,10-1,25)	-0,34	0,364	0,12	—
Cuiabá	0,62 (0,53-0,71)	-0,88	0,002	0,78	↓
Goiânia	5,83 (5,41-6,24)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Brasília	3,22 (2,36-4,08)	0,48	0,194	0,23	—
Brasil	2,62 (2,36-2,87)	0,22	0,565	0,05	—

Tabela 7. Proporção de gestantes que realizaram entre uma a três consultas de pré-natal nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	9,51 (8,60-10,41)	-0,95	< 0,001	0,90	↓
Rio Branco	11,82 (11,55-12,10)	-0,98	< 0,001	0,97	↓
Manaus	13,03 (12,48-13,57)	-0,93	< 0,001	0,86	↓
Boa Vista	12,37 (11,18-13,55)	-0,07	0,855	0,00	—
Belém	7,81 (7,34-8,27)	0,80	0,010	0,64	—
Macapá	21,63 (20,53-22,73)	0,75	0,019	0,57	—
Palmas	6,35 (5,60-7,10)	-0,66	0,053	0,44	—
São Luís	12,08 (11,58-12,58)	-0,17	0,669	0,03	—
Teresina	7,98 (7,35-8,60)	-0,19	0,618	0,04	—
Fortaleza	7,97 (7,68-8,27)	-0,94	< 0,001	0,88	↓
Natal	9,55 (9,32-9,79)	-0,94	< 0,001	0,89	↓
João Pessoa	7,22 (7,10-7,34)	0,77	0,014	0,60	—
Recife	8,26 (8,06-8,45)	-0,82	0,007	0,67	—
Maceió	9,86 (9,65-10,08)	0,93	< 0,001	0,87	↑
Aracaju	10,15 (9,82-10,48)	0,89	0,001	0,80	↑
Salvador	9,20 (8,78-9,62)	-0,84	0,004	0,71	↓
Belo Horizonte	4,23 (4,11-4,36)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
Vitória	3,47 (3,29-3,66)	0,98	< 0,001	0,86	↑
Rio de Janeiro	5,12 (4,85-5,39)	-0,93	< 0,001	0,87	↓
São Paulo	4,34 (4,10-4,59)	-0,13	0,741	0,02	—
Curitiba	2,10 (1,98-2,23)	0,47	0,202	0,22	—
Florianópolis	4,50 (4,31-4,68)	-0,91	0,001	0,83	↓
Porto Alegre	6,32 (6,17-6,47)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
Campo Grande	6,76 (6,33-7,20)	0,95	< 0,001	0,90	↑
Cuiabá	4,87 (4,63-5,10)	0,73	0,026	0,53	—
Goiânia	3,41 (3,32-3,50)	0,99	< 0,001	0,98	↑
Brasília	5,85 (5,58-6,11)	-0,75	0,021	0,56	—
Brasil	6,73 (6,53-6,92)	-0,80	0,010	0,63	—

Tabela 8 Proporção de gestantes que realizaram entre quatro a seis consultas de pré-natal nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	30,02 (28,32-31,72)	-0,87	0,002	0,75	↓
Rio Branco	37,16 (37,04-37,28)	-1,00	< 0,001	1,00	↓
Manaus	38,77 (38,20-39,33)	-0,94	< 0,001	0,88	↓
Boa Vista	34,74 (34,01-35,47)	-0,89	0,001	0,80	↓
Belém	28,99 (26,31-31,67)	-0,85	0,004	0,72	↓
Macapá	37,72 (37,06-38,38)	-0,93	< 0,001	0,86	↓
Palmas	28,06 (27,21-28,91)	-0,98	< 0,001	0,95	↓
São Luís	40,80 (40,32-41,27)	-0,98	< 0,001	0,95	↓
Teresina	29,60 (27,73-31,47)	-0,84	0,005	0,71	↓
Fortaleza	35,52 (34,65-36,39)	-0,99	< 0,001	0,98	↓
Natal	30,57 (30,17-30,98)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
João Pessoa	26,09 (25,10-27,08)	-0,95	< 0,001	0,90	↓
Recife	30,67 (30,06-31,27)	-0,90	0,001	0,80	↓
Maceió	36,25 (33,81-38,68)	0,44	0,236	0,19	—
Aracaju	31,93 (31,53-32,33)	-0,38	0,312	0,14	—
Salvador	34,12 (32,97-35,27)	-0,81	0,008	0,66	—
Belo Horizonte	18,63 (18,30-18,96)	-0,88	0,001	0,78	↓
Vitória	16,76 (16,37-17,15)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
Rio de Janeiro	19,78 (18,73-20,83)	-0,89	0,001	0,79	↓
São Paulo	18,14 (17,62-18,67)	-0,80	0,010	0,64	—
Curitiba	8,81 (8,24-9,39)	-0,21	0,595	0,04	—
Florianópolis	20,88 (20,05-21,71)	-0,76	0,017	0,58	—
Porto Alegre	18,49 (18,30-18,68)	-0,95	< 0,001	0,91	↓
Campo Grande	22,73 (22,16-23,29)	0,96	< 0,001	0,92	↑
Cuiabá	24,49 (23,60-25,37)	-0,95	< 0,001	0,91	↓
Goiânia	18,15 (17,20-19,11)	0,38	0,316	0,14	—
Brasília	21,26 (20,94-21,58)	-0,99	< 0,001	0,98	↓
Brasil	24,58 (24,32-24,84)	-0,99	< 0,001	0,97	↓

Tabela 9 Proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	44,89 (42,65-47,13)	0,76	0,016	0,58	—
Rio Branco	47,54 (47,26-47,82)	1,00	< 0,001	1,00	↑
Manaus	40,50 (37,68-43,32)	0,76	0,018	0,58	—
Boa Vista	49,93 (47,86-51,99)	0,63	0,071	0,39	—
Belém	59,90 (57,36-62,43)	0,78	0,013	0,61	—
Macapá	35,79 (34,64-36,94)	0,83	0,005	0,70	↑
Palmas	64,09 (63,18-65,01)	0,98	< 0,001	0,97	↑
São Luís	43,58 (42,65-44,51)	0,94	< 0,001	0,88	↑
Teresina	56,21 (53,03-59,39)	0,56	0,113	0,32	—
Fortaleza	48,81 (45,79-51,83)	0,90	0,001	0,80	↑
Natal	56,01 (55,60-56,42)	0,98	< 0,001	0,96	↑
João Pessoa	61,88 (61,48-62,27)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Recife	57,94 (57,15-58,73)	0,88	0,002	0,78	↑
Maceió	49,75 (46,48-53,03)	-0,49	0,185	0,24	—
Aracaju	56,50 (55,90-57,10)	-0,50	0,171	0,50	—
Salvador	51,05 (49,44-52,67)	0,86	0,003	0,75	↑
Belo Horizonte	75,92 (75,48-76,36)	0,96	< 0,001	0,93	↑
Vitória	77,46 (76,85-78,06)	0,94	< 0,001	0,89	↑
Rio de Janeiro	70,80 (69,26-72,35)	0,91	0,001	0,83	↑
São Paulo	76,10 (75,29-76,91)	0,75	0,019	0,57	—
Curitiba	87,99 (87,01-88,98)	0,02	0,951	0,00	—
Florianópolis	70,99 (69,87-72,10)	0,80	0,010	0,64	—
Porto Alegre	72,85 (72,48-73,22)	0,98	< 0,001	0,95	↑
Campo Grande	69,10 (68,11-70,08)	-0,96	< 0,001	0,92	↓
Cuiabá	69,40 (68,70-70,10)	0,97	< 0,001	0,93	↑
Goiânia	71,57 (70,74-72,41)	-0,94	< 0,001	0,88	↓
Brasília	68,46 (67,49-69,42)	-0,94	< 0,001	0,88	↑
Brasil	64,96 (64,11-65,82)	0,91	0,001	0,84	↑

Tabela 10 Taxa de Nascidos Vivos de mulheres com idade menor ou igual a 19 anos por mil nascidos vivos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	21,50 (21,18-21,83)	-0,96	< 0,001	0,92	↓
Rio Branco	22,90 (22,68-23,12)	-0,98	< 0,001	0,97	↓
Manaus	22,12 (21,51-22,72)	-0,62	0,077	0,38	—
Boa Vista	22,08 (21,68-22,48)	-0,84	0,005	0,70	↓
Belém	19,39 (19,03-19,76)	-0,91	0,001	0,83	↓
Macapá	23,77 (23,38-24,16)	-0,78	0,013	0,61	—
Palmas	15,55 (15,32-15,77)	-0,98	< 0,001	0,96	↓
São Luís	17,19 (16,86-17,53)	-0,93	< 0,001	0,87	↓
Teresina	15,93 (15,43-16,43)	-0,83	0,005	0,69	↓
Fortaleza	17,06 (16,75-17,37)	-0,91	0,001	0,82	↓
Natal	16,72 (16,35-17,08)	-0,90	0,001	0,81	↓
João Pessoa	15,91 (15,72-16,09)	-0,98	< 0,001	0,97	↓
Recife	16,81 (16,55-17,06)	-0,96	< 0,001	0,93	↓
Maceió	22,96 (22,38-23,53)	0,47	0,206	0,22	—
Aracaju	15,98 (15,61-16,30)	0,09	0,819	0,001	—
Salvador	14,51 (14,24-14,79)	-0,92	< 0,001	0,85	↓
Belo Horizonte	11,40 (11,23-11,57)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
Vitória	13,43 (13,08-13,78)	-0,88	0,002	0,77	↓
Rio de Janeiro	15,87 (15,62-16,12)	-0,91	0,001	0,82	↓
São Paulo	13,02 (12,77-13,28)	-0,82	0,007	0,67	—
Curitiba	12,41 (12,08-12,73)	-0,97	< 0,001	0,94	↓
Florianópolis	11,48 (11,26-11,69)	-0,99	< 0,001	0,98	↓
Porto Alegre	14,20 (13,84-14,56)	-0,88	0,002	0,78	↓
Campo Grande	17,10 (16,71-17,49)	-0,95	< 0,001	0,89	↓
Cuiabá	16,32 (16,08-16,56)	-0,98	< 0,001	0,97	↓
Goiânia	13,09 (12,77-13,40)	-0,93	< 0,001	0,86	↓
Brasília	12,99 (12,75-13,23)	-0,93	< 0,001	0,87	↓
Brasil	15,51 (15,23-15,79)	-0,91	0,001	0,83	↓

Tabela 11 Taxa de nascidos vivos em meninas de 15 a 19 anos por 1.000 meninas entre de 15 a 19 anos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	85,66 (83,21-88,12)	-0,68	0,042	0,47	—
Rio Branco	85,44 (82,20-88,69)	-0,91	0,001	0,83	↓
Manaus	95,26 (91,63-98,89)	-0,35	0,354	0,12	—
Boa Vista	91,98 (87,26-96,69)	-0,67	0,047	0,45	—
Belém	60,19 (57,68-62,69)	-0,67	0,047	0,45	—
Macapá	98,80 (95,17-102,44)	-0,85	0,004	0,71	↓
Palmas	70,79 (56,22-65,36)	-0,84	0,005	0,70	↓
São Luís	54,46 (52,57-56,35)	-0,75	0,019	0,57	—
Teresina	53,46 (52,81-54,10)	0,29	0,445	0,09	—
Fortaleza	52,71 (51,42-53,99)	-0,53	0,142	0,28	—
Natal	52,13 (49,85-54,42)	-0,34	0,371	0,11	—
João Pessoa	55,57 (55,03-56,12)	-0,96	< 0,001	0,92	↓
Recife	56,68 (54,56-58,81)	0,08	0,828	0,01	—
Maceió	76,08 (73,98-78,18)	0,30	0,433	0,09	—
Aracaju	55,92 (54,03-57,81)	0,43	0,253	0,18	—
Salvador	44,52 (41,32-47,72)	0,22	0,560	0,05	—
Belo Horizonte	36,66 (34,50-38,81)	-0,08	0,833	0,001	—
Vitória	44,66 (41-83-47,50)	0,26	0,501	0,07	—
Rio de Janeiro	56,26 (53,88-58,64)	0,28	0,462	0,08	—
São Paulo	50,83 (48,17-53,49)	0,34	0,374	0,11	—
Curitiba	42,09 (39,59-44,58)	-0,83	0,005	0,70	↓
Florianópolis	38,23 (37,51-38,94)	-0,93	< 0,001	0,86	↓
Porto Alegre	49,45 (46,22-52,69)	0,29	0,455	0,08	—
Campo Grande	63,32 (61,23-65,41)	-0,54	0,137	0,29	—
Cuiabá	63,04 (60,95-65,14)	-0,14	0,716	0,02	—
Goiânia	47,53 (45,27-49,78)	0,19	0,623	0,04	—
Brasília	49,30 (48,19-50,41)	-0,75	0,020	0,56	—
Brasil	12,39 (12,01-12,78)	-0,49	0,18	0,24	—

Tabela 12 Prevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em menores de cinco anos, a cada 100 mil crianças na faixa etária entre zero a cinco anos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017.

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	5,59 (4,83-6,33)	-0,95	< 0,001	0,91	↓
Rio Branco	2,24 (1,72-2,76)	-0,78	0,013	0,61	-
Manaus	10,28 (9,64-10,93)	-0,91	0,001	0,83	↓
Boa Vista	8,24 (5,59-10,90)	0,12	0,763	0,01	-
Belém	8,67 (6,52-10,83)	-0,62	0,072	0,39	-
Macapá	5,72 (4,93-6,51)	0,40	0,286	0,16	-
Palmas	1,83 (-0,12-3,77)	0,21	0,593	0,04	-
São Luís	7,01 (5,24-8,77)	-0,70	0,036	0,49	-
Teresina	2,74 (2,01-3,47)	-0,79	0,011	0,63	-
Fortaleza	3,78 (3,32-4,25)	0,07	0,865	0,00	-
Natal	4,64 (4,11-5,17)	0,14	0,712	0,02	-
João Pessoa	2,12 (1,42-2,83)	-0,69	0,039	0,48	-
Recife	8,65 (7,85-9,45)	-0,79	0,010	0,63	-
Maceió	6,59 (5,36-7,83)	-0,76	0,018	0,57	-
Aracaju	6,26 (3,96-8,55)	0,54	0,134	0,29	-
Salvador	5,83 (5,21-6,44)	0,03	0,938	0,00	-
Belo Horizonte	2,07 (1,69-2,46)	-0,32	0,393	0,11	-
Vitória	3,74 (1,98-5,51)	0,19	0,614	0,04	-
Rio de Janeiro	6,23 (5,82-6,63)	-0,84	0,005	0,71	↓
São Paulo	2,62 (2,28-2,96)	-0,71	0,031	0,51	-
Curitiba	2,41 (1,99-2,83)	-0,97	< 0,001	0,93	↓
Florianópolis	8,78 (4,24-13,31)	-0,58	0,100	0,34	-
Porto Alegre	19,01 (17,14-20,87)	-0,92	< 0,001	0,84	-
Campo Grande	6,52 (4,55-8,49)	0,27	0,484	0,07	-
Cuiabá	3,01 (0,89-5,13)	-0,54	0,137	0,29	-
Goiânia	1,44 (0,71-2,18)	0,17	0,664	0,03	-
Brasília	1,69 (1,22-2,15)	-0,65	0,060	0,41	-
Brasil	1,07 (1,00-1,14)	-0,90	0,001	0,81	↓

Tabela 13 Prevalência de casos confirmados de sífilis congênita para cada 1.000 Nascidos Vivos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	4,78 (4,38-5,19)	0,99	< 0,001	0,98	↑
Rio Branco	4,70 (2,74-6,66)	-0,15	0,706	0,02	—
Manaus	5,66 (3,91-7,42)	0,75	0,019	0,57	—
Boa Vista	3,41 (2,38-4,43)	-0,59	0,092	0,35	—
Belém	3,92 (2,86-4,98)	0,83	0,005	0,69	↑
Macapá	6,54 (5,57-7,51)	-0,78	0,013	0,61	—
Palmas	7,00 (6,31-7,69)	0,91	0,001	0,83	↑
São Luís	6,12 (5,14-7,09)	0,91	0,001	0,83	↑
Teresina	7,55 (6,00-9,10)	0,95	< 0,001	0,90	↑
Fortaleza	15,95 (15,11-16,80)	0,97	< 0,001	0,93	↑
Natal	12,00 (10,68-13,31)	0,90	0,001	0,80	↑
João Pessoa	6,20 (5,48-6,92)	0,95	< 0,001	0,90	↑
Recife	17,83 (16,54-19,13)	0,97	< 0,001	0,94	↑
Maceió	11,84 (9,75-13,93)	0,81	0,009	0,65	—
Aracaju	8,44 (6,80-10,08)	0,75	0,020	0,56	—
Salvador	9,66 (8,99-10,32)	0,99	< 0,001	0,98	↑
Belo Horizonte	6,26 (5,75-6,76)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Vitória	9,44 (8,64-10,23)	0,97	< 0,001	0,95	↑
Rio de Janeiro	15,52 (12,91-18,13)	0,83	0,006	0,69	—
São Paulo	5,31 (4,82-5,81)	0,94	< 0,001	0,88	↑
Curitiba	4,63 (4,40-4,86)	0,99	< 0,001	0,98	↑
Florianópolis	6,24 (5,37-7,12)	0,96	< 0,001	0,93	↑
Porto Alegre	20,72 (19,66-21,79)	0,99	< 0,001	0,98	↑
Campo Grande	6,33 (5,98-6,69)	0,98	< 0,001	0,97	↑
Cuiabá	4,92 (4,02-5,83)	0,86	0,003	0,73	↑
Goiânia	2,25 (1,82-2,67)	0,95	< 0,001	0,91	↑
Brasília	3,78 (3,55-4,01)	0,97	< 0,001	0,95	↑
Brasil	8,39 (8,02-8,75)	0,99	< 0,001	0,98	↑

Tabela 14 Taxa de Mortalidade Materna para cada 100 mil nascidos vivos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	79,57 (69,18-89,97)	0,03	0,930	0,00	—
Rio Branco	52,15 (41,07-63,23)	-0,08	0,828	0,01	—
Manaus	66,68 (59,68-73,68)	-0,61	0,078	0,38	—
Boa Vista	39,13 (28,31-49,96)	-0,48	0,192	0,23	—
Belém	71,19 (59,17-83,21)	0,80	0,009	0,64	—
Macapá	52,24 (42,72-61,77)	0,71	0,031	0,51	—
Palmas	60,35 (48,19-72,52)	0,23	0,554	0,05	—
São Luís	80,24 (72,46-88,02)	-0,86	0,003	0,74	↓
Teresina	53,10 (43,59-62,62)	-0,49	0,182	0,24	—
Fortaleza	50,37 (42,59-58,16)	0,27	0,484	0,07	—
Natal	48,78 (44,10-53,46)	0,77	0,015	0,59	—
João Pessoa	57,45 (51,52-63,38)	0,90	0,001	0,81	↑
Recife	59,63 (56,32-62,94)	0,78	0,013	0,61	—
Maceió	49,40 (40,87-57,93)	0,44	0,240	0,19	—
Aracaju	60,38 (47,24-73,51)	-0,86	0,003	0,75	↓
Salvador	69,57 (63,78-75,36)	-0,70	0,035	0,49	—
Belo Horizonte	38,25 (33,95-42,54)	-0,72	0,030	0,51	—
Vitória	53,44 (39,05-67,82)	-0,71	0,033	0,50	—
Rio de Janeiro	73,06 (71,46-74,66)	0,23	0,553	0,05	—
São Paulo	48,56 (43,59-53,54)	-0,72	0,028	0,52	—
Curitiba	32,73 (27,90-37,56)	-0,80	0,010	0,63	—
Florianópolis	28,65 (22,61-34,70)	0,74	0,023	0,55	—
Porto Alegre	33,68 (30,06-37,30)	-0,70	0,034	0,50	—
Campo Grande	45,36 (39,67-51,04)	0,00	0,993	0,00	—
Cuiabá	53,41 (46,00-60,82)	-0,03	0,933	0,00	—
Goiânia	42,98 (40,80-45,16)	-0,86	0,003	0,73	↓
Brasília	46,46 (44,66-48,26)	-0,73	0,024	0,54	—
Brasil	54,64 (53,44-55,84)	-0,87	0,002	0,76	↓

Tabela 15 Taxa de Mortalidade Infantil por causas evitáveis no pré-natal para cada 1.000 Nascidos Vivos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	2,88 (2,54-3,22)	-0,80	0,009	0,64	—
Rio Branco	2,59 (2,2502,94)	-0,59	0,092	0,35	—
Manaus	3,28 (3,17-3,40)	0,94	< 0,001	0,89	↑
Boa Vista	3,59 (3,32-3,86)	-0,77	0,015	0,59	—
Belém	4,43 (4,14-4,73)	0,85	0,004	0,72	↑
Macapá	4,62 (4,16-5,08)	-0,27	0,480	0,07	—
Palmas	3,72 (2,96-4,48)	0,42	0,265	0,17	—
São Luís	5,32 (5,03-5,61)	-0,21	0,581	0,05	—
Teresina	6,24 (5,83-6,65)	-0,69	0,041	0,47	—
Fortaleza	3,30 (3,16-3,43)	-0,85	0,004	0,72	↓
Natal	3,75 (3,31-4,18)	0,15	0,701	0,02	—
João Pessoa	2,94 (2,7503,13)	-0,74	0,022	0,55	—
Recife	5,59 (5,43-5,76)	-0,96	< 0,001	0,93	↓
Maceió	4,13 (3,79-4,47)	-0,87	0,002	0,75	↓
Aracaju	5,30 (5,03-5,58)	-0,13	0,745	0,02	—
Salvador	5,04 (4,90-5,19)	-0,09	0,814	0,01	—
Belo Horizonte	3,20 (3,04-3,36)	-0,27	0,484	0,07	—
Vitória	3,56 (3,18-3,94)	-0,73	0,025	0,53	—
Rio de Janeiro	3,99 (3,86-4,12)	-0,48	0,187	0,23	—
São Paulo	3,27 (3,13-3,40)	0,86	0,003	0,73	↑
Curitiba	3,96 (3,81-4,11)	-0,54	0,130	0,29	—
Florianópolis	2,24 (2,05-2,43)	0,37	0,332	0,12	—
Porto Alegre	3,52 (3,27-3,76)	-0,35	0,352	0,12	—
Campo Grande	2,12 (1,98-2,25)	-0,29	0,441	0,09	—
Cuiabá	3,75 (3,44-4,07)	-0,43	0,242	0,19	—
Goiânia	4,30 (4,14-4,46)	0,89	0,001	0,79	↑
Brasília	4,31 (4,18-4,43)	0,84	0,004	0,71	↑
Brasil	3,83 (3,78-3,88)	0,29	0,455	0,08	—

Tabela 16 Taxa de Mortalidade Neonatal (até seis dias) por 1.000 nascidos vivos nas capitais brasileiras, Brasil, 2007-2017*.

Capital	β_0	β_1	p-valor	r^2	Tendência
Porto Velho	7,25 (6,45-8,06)	-0,75	0,019	0,57	—
Rio Branco	6,89 (6,69-7,10)	-0,97	< 0,001	0,95	↓
Manaus	6,51 (6,25-6,77)	-0,85	0,003	0,73	↓
Boa Vista	6,65 (6,30-7,00)	-0,55	0,124	0,30	—
Belém	8,18 (7,91-8,46)	-0,93	< 0,001	0,86	↓
Macapá	10,21 (9,50-10,91)	-0,88	0,002	0,78	↓
Palmas	5,19 (4,40-6,00)	0,18	0,646	0,03	—
São Luís	9,28 (9,12-9,44)	0,61	0,082	0,37	—
Teresina	8,28 (7,96-8,60)	-0,83	0,005	0,70	↓
Fortaleza	6,78 (6,44-7,11)	-0,87	0,002	0,76	↓
Natal	6,97 (6,26-7,68)	-0,19	0,624	0,04	—
João Pessoa	6,60 (6,23-6,98)	-0,26	0,494	0,07	—
Recife	6,40 (6,31-6,49)	-0,98	< 0,001	0,95	↓
Maceió	8,33 (8,07-8,60)	-0,88	0,002	0,78	↓
Aracaju	9,21 (8,99-9,42)	-0,78	0,013	0,61	—
Salvador	9,26 (9,09-9,44)	-0,90	0,001	0,81	↓
Belo Horizonte	5,29 (5,02-5,57)	-0,58	0,100	0,34	—
Vitória	4,45 (4,28-4,62)	-0,24	0,526	0,06	—
Rio de Janeiro	5,92 (5,84-6,00)	-0,93	< 0,001	0,87	↓
São Paulo	5,33 (5,28-5,37)	-0,90	0,001	0,80	↓
Curitiba	4,96 (4,87-5,06)	-0,44	0,240	0,19	—
Florianópolis	4,44 (4,09-4,78)	-0,31	0,423	0,09	—
Porto Alegre	4,19 (3,97-4,42)	-0,59	0,092	0,35	—
Campo Grande	4,94 (4,60-5,27)	-0,82	0,006	0,68	—
Cuiabá	6,56 (6,26-6,85)	-0,69	0,038	0,48	—
Goiânia	6,55 (6,31-6,78)	-0,83	0,006	0,69	—
Brasília	6,29 (6,17-6,41)	0,35	0,353	0,12	—
Brasil	6,35 (6,25-6,45)	-0,94	< 0,001	0,88	↓

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
1	ARAÚJO, Isabelle Christine Fonsêca Gomes de et al. ; Qualidade do parto e impacto nos indicadores da saúde da criança. Rev. Ciênc. Plur. , v. 5, n. 1, p. 18-33, jun. 2019. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17943 . https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17943
2	GASPARIN, Vanessa Aparecida; BROCH, Daiane; BETTI, Thaís. Internações por condições sensíveis à atenção primária: avaliação das do:enças relacionadas ao pré-natal e parto. Rev. Ciênc. Plur. , v. 5, n. 1, p. 18-33, jun. 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005788 . Doi: 10.9789/2175-5361.2019.v1i1a.1038-1042
3	CUNHA, Ana Carolina et al . Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 19, n. 2, p. 447-458, jun. 2019 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200447&lng=pt&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011 .
4	FELIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues et al . Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 19, n. 2, p. 335-341, June 2019 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200335&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200005 .
5	GONZALEZ, Tatiane Nogueira; CESAR, Juraci Almeida. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 19, n. 2, p. 375-382, jun. 2019 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200375&lng=pt&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200007 .
6	TUTAL MUNOZ, Luis Miguel et al . Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev. peru. ginecol. obstet. , Lima , v. 65, n. 2, p. 157-162, abr. 2019 . Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000200004&lng=es&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2165 .
7	AVILA, Irma Yolanda Castillo et al. Utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, distrito federal de México. Archivos de Medicina. , v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273859249004/html/index.html >. https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2783.2019
8	PEIXOTO, Lorena Oliveira et al . "Breast milk is important": what do nursing mothers in Fortaleza think about breastfeeding?. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 19, n. 1, p. 157-164, Mar. 2019 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000100157&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100009 .
9	ALMEIDA, André Henrique do Vale de et al . Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 19, n. 1, p. 43-52, mar. 2019 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000100043&lng=pt&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003 .
10	GONCALVES, Cristiane de Souza et al . Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 19, n. 1, p. 63-70, mar. 2019 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000100063&lng=pt&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004 .
11	GUDIEL, Heriberto Rodríguez. Mortalidad materna. REV MED HONDUR. , v. 86, n.3/4, p. 95-95, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015375 >.
12	SAMPAIO, Aline Fernanda Silva; ROCHA, Maria José Francalino da; LEAL, Elaine Azevedo Soares. Gestaçao de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 18, n. 3, p. 559-566, Sept. 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300559&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300007 .
13	LIMA, Andrea Dayse Matos; SANTOS, Sara Negreiros. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco em um hospital de referência na cidade de Belém-PA / Epidemiological profile of pregnant women attended in high-risk prenatal care in a hospital reference in the city of Belém-PA. Nursing , São Paulo, v. 21, n. 243, p. 2299-2309, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-911361 >
14	CARDOSO, Vanessa Erika Pereira Silva et al. A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. Rev Fund Care Online. , v. 10, n. 3, p. 856-862. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6252 >. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.856-862
15	GOMES, Vanessa Rossato; ABRAHAO, Anelise Riedel. Fatores de risco para defeito de fechamento de tubo neural: caracterização de uma população / Risk factors for neural tube defect closure: characterization of a population. Nursing , São Paulo, v. 15, n. 174, p. 576-582, 2012. Disponível em: https://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30478 >.
16	GABRIELA RODEIGUES, Lorraine. et al. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. Arquivos Em Odontologia. v. 54 . Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/3754 >
17	MAIS, Viviane Keycy Vieira et al. Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento e da rede cegonha. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) , v. 9, n. 4, p. 1055-1060. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908511 >. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1055-1060
18	NUNES, Aryelly Dayane da Silva et al. ACESSO A ASSISTENCIA PRE-NATAL NO BRASIL: ANALISE DOS DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. Rev Bras Promoç Saúde , Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf >. Doi: 10.5020/18061230.2017.6158

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
19	FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues et al. O ENFERMEIRO NO PRE-NATAL DE ALTO RISCO: PAPEL PROFISSIONAL. <i>Revista Baiana de Saúde Pública</i> , v. 41, n. 3, p. 650-667, 2017. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906354 >. Doi: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524.
20	TRALDI, Maria Cristina et al. CONFORMITY BETWEEN IMMUNIZATION RECORDS IN PRENATAL CHARTS AND VACCINE CONDITIONS OF PREGNANT WOMEN SEEN IN PUBLIC HEALTH SERVICES OF JUNDIAÍ-SP. <i>Biosci. J.</i> , Uberlândia, v. 33, n. 3, p. 769-778, 2017. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-966237 >.
21	CUNHA DE SANTIAGO, Cintia Mikaelle et al. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. <i>Rev Fund Care Online.</i> , v. 9, n. 1, p. 279-288, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.279-288
22	TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815 .
23	VALENCIA-MARROQUIN, Hilda E. La gestión del conocimiento en el marco de la prestación de servicios de atención prenatal dirigida a adolescentes primigestas. <i>Ciencia, Tecnología y Salud.</i> , v. 4, n. 2, p. 227-241, 2017. Disponível em: < https://digi.usac.edu.gt/ojsrevistas/index.php/cytes/article/view/56/290 >.
24	ALVAREZ, Alba Maria Ropero; JAUREGUE, Barbara; OMEIRI, Nathalie El. Progress towards a comprehensive approach to maternal and neonatal immunization in the Americas. <i>Rev Panam Salud Publica.</i> v. 41, 2017. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e159 >. doi: 10.26633/RPSP.2017.159
25	LEAL, Maria do Carmo et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 51, 12, 2017. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100206&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006391 .
26	LOPES, Fernanda Ferreira et al. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. <i>Epidemiol. Serv. Saúde</i> , Brasília, v. 25, n. 4, p. 819-826, Dec. 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400819&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000400015 .
27	BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. <i>Saude soc.</i> , São Paulo, v. 25, n. 3, p. 631-640, Sept. 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300631&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/s0104-129020162571 .
28	BERQUO, Elza; LAGO, Tania Di Giacomo do. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. <i>Saude soc.</i> , São Paulo, v. 25, n. 3, p. 550-560, Sept. 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300550&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/s0104-129020162568 .
29	BANDEIRA DE SA, Naíza Nayla et al. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. <i>Rev. bras. epidemiol.</i> , São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-524, Sept. 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300509&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030004 .
30	SILVA, Esther Pereira da; LIMA, Roberto Teixeira de; OSORIO, Mônica Maria. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, Sept. 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902935&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015 .
31	MANFREDI, Rocheli de Lacerda Sousa, et al. Exame papanicolaou em gestantes: conhecimento dos enfermeiros atuantes em unidades de atenção primária à saúde. <i>Rev Fund Care Online.</i> v. 8, n. 3, p. 4668-4673, 2016. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4517 >. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4668-4673
32	OLIVEIRA, Rosana Rosseto, et al. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. <i>Rev Fund Care Online.</i> v. 8, n. 3, p. 4616-4622, 2016. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3149/0 >. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4616-4622
33	FIGUEROA-PEDRAZA, Dixis; NEVES DE ARAUJO, Erika Morganna. Use of mother and child healthcare services according to social and demographic characteristics in a city in Paraíba, Brazil. <i>Rev Colomb Obstet Ginecol</i> , Bogotá, v. 67, n. 2, p. 112-119, June 2016. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000200004&lng=en&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.18597/rcog.386 .
34	MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Access to prenatal care: inequalities in a region with high maternal mortality in southeastern Brazil. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1647-1658, maio 2016. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501647&lng=pt&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23222015 .

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
35	SILVA, Crislaine de Souza, et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. Fundam. care. Online, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009 >. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4087-4098.
36	MORALES PERALTA, Estela. Los defectos congénitos en la práctica pediátrica. Rev Cubana Pediatr. Ciudad de la Habana, v. 88, n. 1, marzo 2016. Disponible en < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100002&lng=es&nrm=iso >.
37	TUON, Rogerio Antonio et al. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00107014, 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000705001&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00107014 .
38	XAVIER, Francilene Amorim; MOREIRA, Livia Maria de Souza; COSTA, Iris de Céu Clara. O DIREITO DE NASCER COM DIGNIDADE NO RIO GRANDE DO NORTE: UM COMPROMISSO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL. Revista Ciência Plural. v. 2, n. 2, p. 55-66, 2016. Disponível em: < https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/11043/7845 >.
39	DIAZ-QUIJANO, Diana Marcela et al. Frecuencia de asistencia a la consulta odontológica en el control prenatal y factores asociados en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2011-2012. Rev Colomb Obstet Ginecol , Bogotá, v. 67, n. 4, p. 288-298, Dec. 2016. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000400288&lng=en&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.18597/rcog.1093 .
40	NORENA-HERRERA, Camilo et al. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2635-2648, Dec. 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515 .
41	GOMES, Daniela Marcondes; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; FONSECA, Sandra Costa. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife, v. 15, n. 4, p. 413-423, Dec. 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000400413&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000400005 .
42	REIS, Patricia Alexandra da Graça Dantas dos et al. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1929-1940, Sept. 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901929&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00115914 .
43	ASTURIANO DA SILVA, Luana, et al. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. Fundam. care. Online, v. 7, n. 2, p. 2298-2309, 2015. Disponível em: < http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3744/pdf_1537 >. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2298-
44	SANTOS, Patricia Prudencio; VILLELA, Fabiana Mamede. Satisfação com o cuidado pré-natal: contribuição para o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Cult. cuid. enferm. , v. 12, n. 1, p. 61-72, 2015. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-779293 >
45	SAAVEDRA, Janaina Salomão; CESAR, Juraci A.. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1003-1014, May 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0201-311X00085014 .
46	BRUM, Camila de Andrade; STEIN, Airton Tetelbom; PELLANDA, Lucia Campos. Mortalidade Infantil em Novo Hamburgo: Fatores Associados e Causas Cardiovasculares. Arq Bras Cardiol. [online], 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20140203.pdf >. DOI: 10.5935/abc.20140203.
47	LEAL, Maria do Carmo et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, Mar. 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008 .
48	ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, Dec. 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005283 .
49	CORCHUELO-OJEDA, Jairo; PEREZ, Guillermo Julián González. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2209-2218, Oct. 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002209&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00152413
50	VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013 .
51	BABALOA, Stella. Factors associated with use of maternal health services in Haiti: a multilevel analysis. Revista Panamericana de Salud Pública , v. 36, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211671 >
52	POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares 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. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, July 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013 .

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
53	CARVALHO, Vanessa Franco de et al . Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. Saude soc. , São Paulo , v. 23, n. 2, p. 572-581, June 2014 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572&lng=en&nrm=iso >.
54	POLGLIANI, Rúbia Bastos Soares; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; ZANDONADE, Eliana. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, p. 269-275, June 2014 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600269&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0100-720320140004907 .
55	DUARTE, Sebastião Junior Henrique; PEREIRA DE ALMEIDA, Eliane. O PAPEL DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL. R. Enferm. Cent. O. Min. , v. 4, n. 1, p. 1029-1035, 2014. Disponível em: < http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577 >. http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.137 .
56	BOMFIM, Olga Luiza; COSER, Orlando; MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes. Unexpected diagnosis of fetal malformations: therapeutic itineraries. Physis , Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 607-622, 2014 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200607&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200015 .
57	SANTOS, Hellen Geremias dos et al . Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 907-916, Mar. 2014 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300907&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01182013 .
58	CHOMAT, Anne Marie, et al. Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. Rev Panam Salud Publica , v. 35, n. 2, p. 113-120, 2014. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/113-120/en >.
59	CAZOLA, Luíza Helena de Oliveira et al . Incorporação das atividades de controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. Rev. Saúde Pública , São Paulo , v. 48, n. 1, p. 113-122, Feb. 2014 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100113&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004687 .
60	ALMEIDA, Lígia Moreira et al . Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 30, n. 2, p. 333-340, Feb. 2014 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200333&lng=en&nrm=iso >.
61	LATERRA, Cristina, et al. Equipo integral de atención de la gemelaridad / Integral team of attention of the twinning. Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda , v. 33, n. 2, p. 91-92, 2014. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835619 >
62	CABRITA, Bruno Augusto Corrêa; ABRAHAO, Ana Lucia. The production of care in risky prenatal situations: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [online]. v. 12. Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4463/html_1 >.
63	HASS, Cimone Noal; TEIXEIRA, Luciana Barcellos; BEGHETTO, Mariur Gomes. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. Rev. Gaúcha Enferm. , Porto Alegre , v. 34, n. 3, p. 22-30, Sept. 2013 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300003&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300003 .
64	SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al . Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 29, n. 8, p. 1664-1674, ago. 2013 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800018&lng=pt&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00125612 .
65	CARREIRO, Maercia Simão, et al. DIMENSIONS OF MATERNAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL REPRESENTATIONS. Rev Min Enferm. , v. 17, n. 2, p. 454-461, 2013. Disponível em: < http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662 >. DOI: 10.5935/1415-2762.20130034.
66	VETTORE, Marcelo Vianna et al . Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro*. Rev. bras. epidemiol. , São Paulo , v. 16, n. 2, p. 338-351, June 2013 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200338&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200010 .
67	ZANCHI, Mariza et al . Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 1019-1028, May 2013 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500019&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500019 .
68	CARDOSO, Laís Santos de Magalhães; MENDES, Larissa Loures; VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. Rev Min Enferm. , v. 17, n. 1, p. 85-92, 2013. Disponível em: < http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581 >. http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130008 .
69	ATALAH S, Eduardo et al . Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 - 2011. Rev. chil. obstet. ginecol. , Santiago , v. 78, n. 4, p. 310-316, 2013 . Disponible en < https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400011&lng=es&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400011 .
70	GONÇALVES, Izabela Tamires Jully Pereira, et al. PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ASSISTÊNCIA PRE-NATAL: LIMITES, POTENCIALIDADES E CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM. Rev Rene. , v. 14, n. 3, p. 620-629, 2013. Disponível em: < http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3503/2744 >.

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
71	FERNANDES, Carolina Barretos, et al. CONHECIMENTOS DE GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO PRÉ-NATAL: SUBSÍDIOS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Journal of Human Growth and Development , v. 23, n. 3, p. 1-9, 2013. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/69501/72083 >.
72	PEREIRA, Nayanna Moura; GUIMARAES, Bruna Natali Soares; LANZA, Fernanda Moura. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tracional da atenção primária à saúde. R. Enferm. Cent. O. Min. , v. 3, n. 3, p. 804-819, 2013. Disponível em: < http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/405 >.
73	REGO DE CASTRO, Miriam, et al. GESTANTES QUE PARTICIPAM DA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL BEM NASCER: ESTUDO DESCRITIVO. R. Enferm. Cent. O. Min. , v. 3, n. 3, p. 851-862, 2013. Disponível em: < http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/393 >. http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.393 .
74	PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. Fractal, Rev. Psicol. , Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 585-602, Dec. 2013. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300011&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011 .
75	GONÇALVES, Carla Vitola, et al. Conhecimento da rotina laboratorial por profissionais da Atenção Básica: estudo descritivo. Online braz j nurs [Internet], v. 12, n. 4, p. 813-822, 2013. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4091 . http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134091 .
76	COUTINHO, Tadeu; COUTINHO, Conrado Milani; COUTINHO, Larissa Milani. Sulfato de magnésio: um avanço na neuroproteção fetal? FEMINA , v. 41, n. 3, p. 155-162, 2013. Disponível em: < http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3877.pdf >.
77	TAVARES, Leonor Henriette de Lannoy Coimbra, et al. Prevalence of hiv infection in parturient women and coverage of hiv testing during prenatal care and delivery in Brasília, Brazil. DST - J bras Doenças Sex Transm. , v. 25, n. 2, p. 82-87, 2013. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-712086 >. DOI: 10.5533/DST-2177-8264-201325206
78	PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Priscilla Martha. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. Rev Bras Ginecol Obstet. , v. 35, n. 10, p. 447-452, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf >.
79	BRANDAO, Isabel Cristina Araújo; GODEIRO, Ana Luiza da Silva; MONTEIRO, Akemi Iwata. ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E EVITABILIDADE DE ÓBITOS NEONATAIS. Rev. enferm. UERJ , Rio de Janeiro, v. 20, n. esp.1, p. 596-602, 2012. Disponível em: < https://www.e-
80	MAIA, Livia Teixeira de Souza; SOUZA, Wayner Vieira de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, Nov. 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100016&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100016 .
81	MOLIN, Eisele, et al. tenção à saúde de gestantes na estratégia saúde da família: condições de vida e utilização dos serviços de saúde bucal. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 12-17, 2012. Disponível em: < https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/40239/33103 >. https://doi.org/10.22456/2177-0018.40239 .
82	NORONHA, Gisele Almeida de et al. Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2749-2756, Oct. 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000023&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000023 .
83	SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Sept. 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900005&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900005 .
84	ROCHA, Rebeca Silveira; CARLOS DA SILVA, Marcelo Gurgel. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. Rev Bras Promoç Saúde , Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012. Disponível em: < https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2265/2492 >. http://dx.doi.org/10.5020/2265 .
85	WILLIAMS DE T, Catalina; POBLETE A, Fernando; BALDRICH A, Francisca. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago. Rev. méd. Chile , Santiago, v. 140, n. 9, p. 1145-1153, 2012. Disponible en < https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900007&lng=es&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900007 .
86	Íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil?. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1359-1370, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700014&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700014 .
87	CUNHA, Margarida de Aquino, et al. ASSISTENCIA PRE-NATAL POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE, AMAZÔNIA. Revista Baiana de Saúde Pública , v.36, n.1, p.174-190, 2012. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-644778 >.
88	CAVASSINI, Ana Claudia Molina et al. Care cost for pregnant and parturient women with diabetes and mild hyperglycemia. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 46, n. 2, p. 334-343, Apr. 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200016&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200016 .

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
89	SANTANA, Márcia de Almeida, et al. PERFIL DE GESTANTES E ACOMPANHANTES DAS OFICINAS PARA O PARTO ACOMPANHADO. Cogitare Enferm. , v. 17, n. 1, p. 106-112, 2012. Disponível em: < https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26382/17575 >. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26382 .
90	RUFFO DE FARIA, Diogo, et al. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. Rev Med Minas Gerais , v. 22, n. 1, p. 118-128, 2012. Disponível em: < http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/121 >.
91	CAVASSINI, Ana Claudia Molina et al. Cost-benefit of hospitalization compared with outpatient care for pregnant women with pregestational and gestational diabetes or with mild hyperglycemia, in Brazil. Sao Paulo Med. J. , São Paulo, v. 130, n. 1, p. 17-26, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000100004&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1516-31802012000100004 .
92	PEREZ-CUEVAS, Ricardo, et al. Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation. Salud pública de méxico , v. 54 n. sup. 1, p. 28-41, 2012. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/spm/2012.v54sup1/s28-s41/en >. DOI: 10.1590/s0036-36342012000700005.
93	CORREA, Claudia Regina Hostim; BONADIO, Isabel Cristina; TSUNECHIRO, Maria Alice. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP , São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1293-1300, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600003&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600003 .
94	JODAS, Denise Albieri et al. Atendimento à criança e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. Rev. Gaúcha Enferm. , Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 669-675, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400005&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400005 .
95	ANDREUCCI, Carla Betina et al. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-864, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso >.
96	FREITAS, Paulo Fontoura; SAVI, Eduardo Pereira. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000014&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000014 .
97	CESAR, Juraci A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife, v. 11, n. 3, p. 257-263, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300006&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300006 .
98	VIDAL, Suely Arruda et al. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 45, n. 3, p. 467-474, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300004&lng=en&nrm=iso >.
99	ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003 .
100	CESAR, Juraci A. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 985-994, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500016&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500016 .
101	VETTORE, Marcelo Vianna et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500019&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500019 .
102	ZIMMERMANN, Juliana Barroso et al. Rastreio da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 170-175, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000400004&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000400004 .
103	MENDOZA-SASSI, Raul A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400018 .
104	MELO, Emiliana Cristina; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Distribuição e autocorrelação espacial de indicadores da saúde da mulher e da criança, no Estado do Paraná, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1177-1186, 2010. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600019&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600019 .
105	FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos et al. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 6, p. 503-508, 2010. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600010&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000600010 .

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
106	NIQUINI, Roberta Pereira et al . Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife , v. 10, supl. 1, p. s61-s68, 2010 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500006&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500006 .
107	SANTANA, Maria da Conceição Carneiro Pessoa de; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Caracterização das puérperas assistidas pela fonoaudiologia de uma maternidade escola. Pró-Fono R. Atual. Cient. , Barueri , v. 22, n. 3, p. 293-298, 2010 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872010000300023&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0104-56872010000300023 .
108	PAULA, Angélica Oliveira; SARTORI, Ana Lucia; MARTINS, Cleusa Alves. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 12, n. 3, p. 464-470, 2010. Disponível em : < https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a07.htm >. http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6929 .
109	MIRANDA, Frank José Silveira; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. ASSISTENCIA PRÉ-NATAL: ESTUDO DE TRES INDICADORES. Rev. enferm. UERJ , Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 179-184, 2010. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf >.
110	MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al . Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. Rev. bras. enferm. , Brasília , v. 63, n. 3, p. 385-390, 2010. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300006&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300006 .
111	FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Depressão durante a gravidez no sistema público de saúde brasileiro. Revista Brasileira de Psiquiatria , v. 32, n. 4, p. 464-465, 2010. Disponível em:
112	LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; SILVA, Marcieli Lima da; WENDLAND, aquline. Experiências de gestantes adolescentes gaúchas com o acompanhamento pré-natal. Psicol. teor. prat. , São Paulo , v. 12, n. 3, p. 03-21, 2010 . Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000300002&lng=pt&nrm=iso >.
113	BUENO, Wendy Fernander, et al. Difficulties observed in a reference center in the diagnosis and management of pregnant women with toxoplasmosis. Scientia Medica , Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 40-44, 2010. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26143 >
114	MALTA, Deborah Carvalho et al . Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 481-491, 2010 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300006&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300006 .
115	HADRICHS, Aline Z, et al. Hipertireoidismo congênito. Pediatr. mod. , v. 46, n. 1, 2010. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/en/lil-541579?lang=pt >.
116	FLORES-HUERTA, Samuel et al . Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana: IV Prevención de los problemas de nutrición de los niños, de rezago y emergentes. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. , México , v. 66, n. 6, p. 562-565, 2009 . Disponible en < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-565 >.
117	FUJIMORI, Elizabeth et al . Anemia em gestantes de municípios das regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil. Rev. esc. enferm. USP , São Paulo , v. 43, n. spe2, p. 1204-1209, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600010&lng=en&nrm=iso >.
118	BARCELLOS, Christovam et al . Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. Rev. Saúde Pública , São Paulo , v. 43, n. 6, p. 1006-1014, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600012&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000600012 .
119	CESAR, Juraci A. et al . Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 25, n. 12, p. 2705-2714, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200017&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200017 .
120	PEREIRA, Priscila Krauss et al . Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 25, n. 12, p. 2725-2736, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200019&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200019 .
121	GONCALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A.. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, p. 2507-2516, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100020&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100020 .
122	COSTA, Glaucê Dias da et al . Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1347-1357, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800007 .
123	MACEDO, Vilma Costa de et al . Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1679-1692, 2009 . Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800004&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800004 .

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
124	NABHAN, Sílvia da Silveira; ZIGGIOTTI DE OLIVEIRA, Rosângela. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. <i>Acta Scientiarum Health Sciences</i> , v. 31, n. 1, p. 71-76, 2009. Disponível em: < http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/5220 >. https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i1.5220 .
125	MANDU, Edir Nei Teixeira; ANTIQUEIRA, Valdete Marques Arnaout; LANZA, Renata Agnes Cadó. Mortalidade materna: implicações para o Programa Saúde da Família. <i>Rev. enferm. UERJ</i> , Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-284, 2009. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a25.pdf >.
126	POTENZA, Ana Lúcia Salgado; OLIVEIRA, Michele Leite; PIOVACARI, Sílvia Maria Fraga. Alimentação na gestação e lactação. <i>Pediatr. Mod.</i> , v. 45, n. 2, p. 51-55, 2009. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-518480 >;
127	VILLAZON-VARGAS, Nayrah et al. Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia. <i>Rev. méd. Chile</i> , Santiago, v. 137, n. 4, p. 515-521, 2009. Disponible en < https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000400009&lng=es&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000400009
128	ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100013 .
129	FUJITA, Y; INOUE, K. Specific Measures to Reduce Walk-in Deliveries in Japan. <i>West Indian Medical Journal</i> , v. 58, n. 1, p. 78, 2009. Disponível em: < https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/1023 >.
130	CU FLORES, Laura et al. COSTO OPORTUNIDAD EN LA EMBARAZADA QUE DEMANDA ATENCION EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. <i>Rev. chil. obstet. ginecol.</i> , Santiago, v. 74, n. 6, p. 345-353, 2009. Disponible en < https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600005&lng=es&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600005 .
131	RASIA, Isabel Cristina Rosa Barros; ALBERNAZ, Elaine. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. <i>Rev. Bras. Saude Mater. Infant.</i> , Recife, v. 8, n. 4, p. 401-410, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400005&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000400005 .
132	VELOSO, Valdiléa G et al. Testagem anti-HIV em mulheres grávidas no Brasil: taxas e preditores. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 42, n. 5, p. 859-867, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500011&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500011 .
133	VENTURA, Renato Nabas et al. The expression of vulnerability through infant mortality in the municipality of Embu. <i>Sao Paulo Med. J.</i> , São Paulo, v. 126, n. 5, p. 262-268, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000500004&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000500004 .
134	GONCALVES, Carla Vitola et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1783-1790, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800007&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800007 .
135	CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700016&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700016 .
136	ZANATA, Régia Luzia; FERNANDES, Karen Barros Parron; NAVARRO, Patrícia Silva Lopes. Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. <i>J. Appl. Oral Sci.</i> , Bauru, v. 16, n. 3, p. 194-200, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572008000300006&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1678-77572008000300006 .
137	VIEIRA, Marlene Rosimar da Silva; LORANDI, Paulo Angelo; BOUSQUAT, Aylene. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600022&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600022 .
138	PRIETSCH, Silvío O. M. et al. Acute lower respiratory illness in under-five children in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil: prevalence and risk factors. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1429-1438, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600023&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600023 .
139	GUILFORD, William Harold; DOWNS Kara Elizabeth; ROYCE Trevor Joseph. Knowledge of prenatal health care among Costa Rican and Panamanian women. <i>Rev Panam Salud Publica</i> , v. 23, n. 6, p. 369-376, 2008. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/rpsp/2008.v23n6/369-376/en/ >. DOI: 10.1590/s1020-49892008000600001.
140	PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. <i>Interface</i> (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000100004 .

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
141	CESAR, Juraci A. et al . The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 24, supl. 3, p. s427-s436, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500008&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001500008.
142	PÉCORA, Alicia, et al. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud?. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá , v. 27, n. 3, p. 114-119, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227304>.
143	RODRIGUES, Patricia Lima et al . Determinants of weight gain in pregnant women attending a public prenatal care facility in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective study, 2005-2007. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 24, supl. 2, p. s272-s284, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400012&lng=en&nrm=iso>.https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400012.
144	PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite. Childbirth care: contributing to the debate on human development. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto , v. 15, n. spe, p. 792-798, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700013&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000700013.
145	COIMBRA, L.C. et al . Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. Braz J Med Biol Res , Ribeirão Preto, v. 40, n. 9, p. 1195-1202, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2007000900006&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0100-879X2006005000116.
146	NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; RODRIGUES, Quessia Paz; ALMEIDA, Mariza Silva. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. Acta paul. enferm. , São Paulo, v. 20, n. 3, p. 311-315, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300011&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300011.
147	STULBACH, Tamara E. et al . Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. Rev. bras. epidemiol. , São Paulo, v. 10, n. 1, p. 99-108, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000100011&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100011.
148	BASCOLO, Ernesto; YAVICH, Natalia; URQUIA, Marcelo. Capacidades Locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel de atención para la obtención de cuidados prenatales. Ver. Gerenc. Políticas salud., v. 6, n.12, p. 112-125, 2007.
149	SUCCI, Regina Célia de Menezes. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 23, supl. 3, p. S379-S389, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001500006&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001500006.
150	TURCHI, Marília Dalva; DUARTE, Lucélia da Silva; MARTELLI, Celina Maria Turchi. Mother-to-child transmission of HIV: risk factors and missed opportunities for prevention among pregnant women attending health services in Goiânia, Goiás State, Brazil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 23, supl. 3, p. S390-S401, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001500007&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001500007.
151	ROJAS-HIGUERA, Ricardo; LONDONO-CARDONA, Juan G.; ARANGO-GOMEZ, Fernando. Prácticas Clínicas en el Cuidado de Gestantes y Recién Nacidos en Algunos Hospitales de Bogotá, Colombia. Rev. salud pública , Bogotá , v. 8, n. 3, p. 223-234, 2006 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-2234-2006-0003-0000>.
152	TAMEZ-GONZALEZ, Silvia et al . Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud pública Méx , Cuernavaca , v. 48, n. 5, p. 418-429, 2006 . Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es&nrm=iso>.
153	SANTOS, Luzia Aparecida dos et al . Nutritional guidance during prenatal care in public health services in Ribeirão Preto: discourse and care practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto , v. 14, n. 5, p. 688-694, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500008&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500008.
154	LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. Rev. Saúde Pública , São Paulo , v. 40, n. 3, p. 466-473, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300015&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300015.
155	CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000500008.

Artigos excluídos após leitura na íntegra - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
1	MIRANDA, Eglivani Felisberta; NUNES DA SILVA, Ana Maria; MANDU, Edir Nei Teixeira. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal / Approaching health needs by nurse in prenatal consultation. J. res.: fundam. care. [online], v. 10, n. 2, p. 524-533, 2018. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6124 >. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v10.6124 .
2	BATISTA, Delma Riane Rebouças; GUGELMIN, Silvia Angela; MURARO, Ana Paula. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife, v. 18, n. 2, p. 317-326, 2018. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000200317&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200005 .
3	LOPES, Ingrid Karim Rangel; PESSOA, Daniela Mendes da Veiga; MACEDO, Giulian Lennon. AUTOPERCEPÇÃO DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO PELAS GESTANTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Revista Ciência Plural. , v. 4, n. 2, p. 60-72, 2018. Disponível em: < https://periodicos.ufrn.br/rp/article/view/16839/11267 >.
4	COIMBRA, Liberata C et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400010&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010 .
5	NOGUEIRA, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago, et al. CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL. Cogitare Enferm. , v. 21, n. 4, p. 01-10, 2016. Disponível em: < https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45886/pdf >. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45886 .
6	PEREIRA, Marina Santos. Associação das Parteias Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto. Saude soc. , São Paulo, v. 25, n. 3, p. 589-601, 2016. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300589&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/s0104-129020162542 .
7	ATIENZO, Erika E et al. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. Rev Med Hered. , Lima, v. 27, n. 3, p. 131-138, 2016. Disponible en < http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000300003&lng=es&nrm=iso >.
8	ESPOSTI, Carolina Dutra Degli et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. Saude soc. , São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300765&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0104-12902015127606 .
9	RIUL DA SILVA, Suelo, et al. Práticas de autocuidado desenvolvidas por gestantes atendidas em um ambulatório de pré-natal. Rev. Eletr. Enf. [Internet]., v. 16, n. 4, p. 812-821, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.21779 .
10	CACERES MANRIQUE, Flor de María; MOLINA MARIN, Gloria; HERNANDEZ QUIRAMA, Andrea. ATENCIÓN PRENATAL: ENTRE LA BÚSQUEDA DE LOS DERECHOS Y LA RESIGNACIÓN. Hacia promoc. Salud , Manizales, v. 19, n. 2, p. 15-25, 2014. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000200002&lng=en&nrm=iso >.
11	CASTILLO AVILA, Irma Yolanda et al. SATISFACCION DE USUARIAS DEL CONTROL PRENATAL EN INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y FACTORES ASOCIADOS: CARTAGENA. Hacia promoc. Salud , Manizales, v. 19, n. 1, p. 128-140, 2014. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000100010&lng=en&nrm=iso >.
12	CARVACHO, Ingrid Espejo et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-894, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500014 .
13	OSORIO, Ana María; TOVAR, Luis Miguel; RATHMANN, Katharina. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1079-1092, 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501079&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00073513 .
14	HERRERA, Julián A et al. Reduction of maternal mortality due to preeclampsia in Colombia - an interrupted time-series analysis. Colomb. Med. , Cali, v. 45, n. 1, p. 25-31, 2014. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342014000100004&lng=en&nrm=iso >.
15	GOMES, Rosa Maria Teixeira; CESAR, Juraci Almeida. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade . Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 80-89, 2013. Disponível em: < https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/241/549 >. https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)241
16	DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. bras. epidemiol. , São Paulo, v. 16, n. 4, p. 953-965, 2013. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400953&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015 .
17	POFFALD, Lucy et al. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud pública Méx. Cuernavaca, v. 55, n. 6, p. 572-579, 2013. Disponible en < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000006&lng=es&nrm=iso >.

Artigos excluídos após leitura na íntegra - Base de dados LILACS	
Ordem	Referência
18	CESAR, Juraci A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100010&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100010 .
19	SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100022 .
20	DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003 .
21	BARBOSA DE SOUSA, Viviane; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev. Eletr. Enf. , [Internet], v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162 .
22	DARMONT, Mariana de Queiroz Rocha et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1788-1796, 2010. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900012&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900012 .
23	ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009 .
24	ESCOBAR-PAUCAR, Gloria; SOSA-PALACIO, Catalina; SANCHEZ-MEJIA, Angela. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4533-4540, 2011. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200026&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200026 .
25	MOYA-PLATA, Delia; GUIZA-SALAZAR, Ingrid Johana; MORA-MERCHAN, Mayra Alejandra. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Rev Cuid. , Bucaramanga, v. 1, n. 1, p. 44-52, 2010. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732010000100007&lng=en&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.73 .
26	ARIAS CHARRY, Jakeline et al. CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL REALIZADO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA IPS PÚBLICA, MANIZALES 2007. Hacia promoc. Salud , Manizales, v. 13, n. 1, p. 131-142, 2008. Available from < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772008000100009&lng=en&nrm=iso >.
27	LIMA, Yara Macambira Santana; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 672-678, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400010&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400010 .
28	LUBBOCK, Lindsey Ann; STEPHENSON, Rob B. Utilization of maternal health care services in the department of Matagalpa, N
29	GARCIA, Luz Marina García, et al. Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte, Colombia , v. 24, n. 1, p. 31-39, 2008.
30	GONCALVES, Roselane et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300012 .
31	FIGUEIREDO, Paula Pereira; ROSSONI, Eloá. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. Rev Gaúcha Enferm. , Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008. Disponível em: < https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchaDeEnfermagem/article/view/5587/3197 >
32	PICCINI, Roberto Xavier et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. , Recife, v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009 .
33	ROLIM, Maysa Oliveira; MOREIRA, Tereza Maria Magalhães; VIANA, Geordany Rose Oliveira. Course for pregnant mothers: educational action from co-responsibility standpoint. A descriptive study. Online braz. j. nurs. (Online), v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: < http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=591 >.

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados PubMed	
Ordem	Referência
1	FREITAS, Claudia Helena Soares de Moraes et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 53, 76, 2019. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100268&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001205 .
2	VIEIRA-MEYER, Anya Pimental Gomes Fernandes, et al. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality? Can J Public Health , v. 110, n. 6, p. 756-767, 2019. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31359297 . DOI: 10.17269/s41997-019-00246-9.
3	SALOMON, Angela, et al. Detecting and managing hypertensive disorders in pregnancy: a cross-sectional analysis of the quality of antenatal care in Nigeria. BMC Health Services Research , v. 19, n. 411, p.1-14, 2019. Disponível em: < https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-4217-8 . https://doi.org/10.1186/s12913-019-4217-8 .
4	BILLAH, Sk Masum, et al. Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. PLOS ONE v. 12, n. 5, 2017. Disponível em: < https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0178121 >. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178121
5	FALLA, Abby M., et al. Language support for linguistic minority chronic hepatitis B/C patients: an exploratory study of availability and clinicians' perceptions of language barriers in six European countries. v. 17, n. 150, p. 1-8, 2017. Disponível em: < https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2095-5 >. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2095-5 .
6	SHI, Leiyu, et al. Patient-Centered Medical Home Recognition and Clinical Performance in U.S. Community Health Centers. Health Serv Res. , v. 52, n. 3, p. 984-1004, 2017. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5441497/ >. doi:10.1111/1475-6773.12523
7	MARROOH, Muhammad Ashraf, et al. A cross-sectional assessment of primary healthcare facilities for provision of antenatal care: calling for improvements in Basic Health Units in Punjab, Pakistan. Health Res Policy Syst. , v. 13, n. suppl 1, 2015. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26791077 >. doi: 10.1186/s12961-015-0046-3.
8	FAGNAN, Lyle J., et al. Rural Clinician Evaluation of Children's Health Care Quality Measures: An Oregon Rural Practice-based Research Network (ORPRN) Study. J Am Board Fam Med. , v. 28, n. 5, p. 595-604, 2015. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355131 >. DOI: 10.3122/jabfm.2015.05.140225.
9	SAAVEDRA, Janaina Salomão; CESAR, Juraci A.. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1003-1014, 2015. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0201-311X00085014 .
10	MAJROOH, Muhammad Ashraf, et al. Coverage and quality of antenatal care provided at primary health care facilities in the 'Punjab' province of 'Pakistan'. PLoS One , v. 19, n. 9, 2014. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25409502 >. DOI 10.1371/journal.pone.0113390.
11	OWOLABI, Onikepe Oluwadamilola, et al. Stakeholder views on the incorporation of traditional birth attendants into the formal health systems of low-and middle-income countries: a qualitative analysis of the HIFA2015 and CHIL2015 email discussion forums. BMC Pregnancy and Childbirth , v. 14, n. 118, p. 1-8, 2014. Disponível em: < https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-118 >. DOI: 10.1186/1471-2393-14-118
12	HAWLEY, Nicola L., et al. Barriers to adequate prenatal care utilization in American Samoa. Matern Child Health J. , v. 8, n. 10, p. 2284-2292, 2014. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959630/ >. DOI: 10.1007/s10995-013-1368-9.
13	PETERS, Grace, et al. Mobile clinic services to serve rural populations in Katsina State, Nigeria: perceptions of services and patterns of utilization. Health Policy Plan. , v. 29, n. 5, p. 642-649, 2014. Disponível em: < https://academic.oup.com/heapol/article/29/5/642/612273 >. DOI: 10.1093/heapol/czt052.
14	FARLEY, Katherine, et al. Exploring the feasibility of Conjoint Analysis as a tool for prioritizing innovations for implementation. Implement Sci. , v. 8, n. 36, p. 1-8, 2013. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668987/pdf/1748-5908-8-56.pdf >. DOI: 10.1186/1748-5908-8-56.

Artigos excluídos durante a leitura do título e resumo - Base de dados PubMed	
Ordem	Referência
15	WILLIAMS DE T, Catalina; POBLETE A, Fernando; BALDRICH A, Francisca. Multidimensional assessment of public health care services for adolescents in Chile. Rev. méd. Chile , Santiago, v. 140, n. 9, p. 1145-1153, 2012. Available from < https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900007&lng=en&nrm=iso >. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900007 .
16	CESAR, Juraci A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100010&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100010 .
17	SHI, Leiyu, et al. Clinical Quality Performance in U.S. Health Centers. Health Serv Res. , v. 47, n. 6, p.2225-2249, 2012. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22594465 >. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2012.01418.x.
18	SHABILA, Nazar P., et al. A qualitative assessment of the Iraqi primary healthcare system. World Health Popul. , v. 13, n. 3, p. 18-27, 2012. Disponível em: < https://www.longwoods.com/content/22817 >. DOI: 10.12927/whp.2012.22817.
19	BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0034-891020120005000011 .
20	KOLLISCH, Donald O., et al. Improving family medicine in Kosovo with microsystems. The Journal of the American Board of Family Medicine , v. 24, n. 1, p. 102-111, 2011. Disponível em: < https://www.jabfm.org/content/24/1/102.long >. https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.01.100120
21	NARCHI, Nadia Zanon. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. Midwifery. , v. 27, n. 1, p. 23-29, 2011. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446 >. DOI: 10.1016/j.midw.2009.04.007.
22	CLARK, Elizabeth C., et al. The association of family continuity with infant health service use. J Am Board Fam Med. , v. 21, n. 5, p. 385-391, 2008. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18772292 >. DOI:10.3122/jabfm.2008.05.070040.
23	OLADAPO, Olufemi T; OSIBERU, Olabimpe. Do Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Determine their Perception of Antenatal Care Quality?. Maternal and Child Health Journal , v. 13, n. 4, p. 505-511, 2009. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18629621 >. DOI: 10.1007/s10995-008-0389-2.
24	BANKS, Duren; DUTCH, Nicole; WANG, Kathleen. Collaborative Efforts to Improve System Response to Families Who Are Experiencing Child Maltreatment and Domestic Violence. J Interpers Violence , v. 23, n. 7, p. 876-902, 2008. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18349340 >. DOI:10.1177/0886260508314690.
25	HENDERSON-SMART, David J., et al. Optimising reproductive and child health outcomes by building evidence-based research and practice in South East Asia (SEA-ORCHID): study protocol. BMC Med Res Methodol. , v. 7, n. 43, p. 1-9, 2007. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17892586 >. DOI: 10.1186/1471-2288-7-43.
26	BARBER, Sarah L; GERTLER, Paul J.; HARIMURTI, Pandu. The contribution of human resources for health to the quality of care in Indonesia. Health Aff (Millwood) , v. 26, n. 3, p. 367-379, 2007. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389634 >. DOI: 10.1377/hlthaff.26.3.w367
27	MARSHALL, Martin, et al. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. Int J Qual Health Care. , v. 18, n. suppl. 1, p. 21-25, 2006. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954512 >. DOI: 10.1093/intqhc/mzl021.

Artigos excluídos após leitura na íntegra - Base de dados PubMed	
Ordem	Referência
1	PEET, Evan D; OKEKE, Edward N. Utilization and quality: How the quality of care influences demand for obstetric care in Nigeria. PLoS ONE , v. 14, n. 2, 2019. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6366755/ >. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211500 .
2	GUIMARAES, Wilder Sidney Gonçalves et al . Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505001&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311x00110417 .
3	TOMASI, Elaine et al . Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815 .
4	MARTINS, Maria de Fátima da Silva Vieira. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 67, n. 6, p. 1008-1012, 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601008&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621 .
5	VIELLAS, Elaine Fernandes et al . Prenatal care in Brazil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013 .
6	OLIVEIRA, Renata Leite Alves de et al . Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 546-553, 2013. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200546&lng=en&nrm=iso >. https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200011 .
7	BASINGA, Paulin, et al. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. Lancet. , v. 377, n. 9775, p. 1421-1428, 2011. Disponível em: < https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60177-3/fulltext >. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60177-3.

CURRÍCULO LATTES

Nathan Aratani

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4421062652834737>

ID Lattes: **4421062652834737**

Última atualização do currículo em 20/01/2020

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná- Campus Luiz Meneghel (2013) e mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2016). Atualmente é doutorando da Universidade de São Paulo e professor assistente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária em Saúde e Gestão e Planejamento (**Texto informado pelo autor**)

Identificação

Nome	Nathan Aratani
Nome em citações bibliográficas	ARATANI, N.
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/4421062652834737
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0002-4602-7319

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS - Instituto Integrado de Saúde - INISA. Av. Costa e Silva Pioneiros 79070900 - Campo Grande, MS - Brasil Telefone: (67) 33457353 URL da Homepage: https://www.ufms.br/

Formação acadêmica/titulação

2017	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: Oswaldo Yoshimi Tanaka.
2014 - 2016	Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste (Conceito CAPES 5). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, Brasil. Título: Avaliação do SAMU na atenção às urgências e emergências em Campo Grande, MS, Ano de Obtenção: 2016. Orientador: Edson Mamoru Tamaki. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Política de Urgência e Emergência; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Serviço Hospitalar de Emergência. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
2014 - 2016	Especialização em Urgências e Emergências Pré e Intra Hospitalares. (Carga Horária: 380h). Faculdade de Ampére, FAMPER, Brasil. Título: CARACTERIZAÇÃO DAS OCORRÊNCIAS DE NATUREZA GINECO-OBSTÉTRICA ATENDIDAS PELO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU), CAMPO GRANDE, MS.. Orientador: Gislaine Recalde de Abreu.
2014 - 2015	Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. (Carga Horária: 390h). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. Título: (Re) Pensando o conceito de educação no cotidiano profissional. Orientador: Angela Cristina Gimenes.
2010 - 2013	Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Norte do Paraná- Campus Luiz Meneghel, UENP, Brasil. Título: PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO ENTRE GESTANTES PRIMÍPARAS. Orientador: Simone Cristina Castanho S. de Melo.

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7688948402243193>

ID Lattes: 7688948402243193

Última atualização do currículo em 11/01/2020

Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1971), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1983), Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988), Livre Docência (1994) e Professor Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - USP desde 2003. Atualmente é Coordenador do GT de Avaliação da Abrasco. Tem projetos de pesquisa no campo da avaliação de política e gestão em saúde, com especial interesse na integralidade da atenção em saúde em municípios de grande porte. Tem experiência em Saúde Pública/Saúde Coletiva com pesquisa, docência e consultoria em avaliação de políticas públicas, serviços e sistemas de saúde, em monitoramento e avaliação com abordagem quanti-quali para a avaliação de serviços e sistemas de saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Oswaldo Yoshimi Tanaka
Nome em citações bibliográficas	TANAKA, Oswaldo Yoshimi; Tanaka, Oswaldo Yoshimi; TANAKA, OSWALDO Y.; TANAKA, OY; TANAKA OY; YOSHIMI TANAKA, OSWALDO
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/7688948402243193
Orcid ID	https://orcid.org/0000-0002-5653-0794

Endereço

Formação acadêmica/titulação

1983 - 1988	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Análise da Utilização dos Serviços do Posto de Assistência Médica e do pronto Atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio do Estudo da Clientela Usuária, Ano de obtenção: 1988. Orientador: Cornélio Pedrosa Rosenberg. Palavras-chave: Qualidade do Serviço de Saúde. Grande área: Ciências da Saúde
1978 - 1983	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Avaliação do programa de assistência a criança da Secretaria da Saúde de São Paulo, Ano de Obtenção: 1983. Orientador: Cornélio Pedrosa Rosenberg. Grande área: Ciências da Saúde
2006	Mestrado profissional em andamento em Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública USP, FSP/USP, Brasil. Título: Epidemiologia de serviços de saúde, Ano de Obtenção: . Orientador: John Colley. Palavras-chave: Epidemiologia. Grande área: Ciências da Saúde
1980 - 1981	Mestrado profissional em Homeopatia. Associação Paulista de Homeopatia, APH, Brasil. Título: , Ano de Obtenção: 1981. Orientador: .
1974 - 1975	Especialização - Residência médica. Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, FMUC, Chile. Residência médica em: Pediatría Clínica e Social Número do registro: .
1972 - 1973	Especialização - Residência médica. Faculdade de Medicina da USP, FMUSP, Brasil. Residência médica em: Pediatría