

## Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil

Ana Carolina Cunha <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1580-9470>

Josimari Telino de Lacerda <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-4030>

Mônica Teresa Ruocco Alcauza <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7501-1818>

Sônia Natal <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6155-4785>

<sup>1-4</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n. Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88040-900. E-mail: enfer.anacunha@gmail.com

### Resumo

*Objetivos:* avaliar a atenção ao pré-natal na Atenção Básica identificando os aspectos que influenciam a adequação estrutural e operacional.

*Métodos:* pesquisa avaliativa com análise de 4.059 municípios que aderiram ao 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica em 2013-2014. O modelo avaliativo composto por 19 indicadores agrupados nas dimensões aspectos estruturais e aspectos operacionais foi validado em conferência de consenso. A análise de dados foi descritiva, com emissão de juízo de valor.

*Resultados:* nos aspectos estruturais 32,6% dos municípios apresentaram adequação e nos operacionais, apenas 24,1%. Na avaliação geral do pré-natal menos de um quarto (24,6%) dos municípios ficaram adequados, àqueles com até 10 mil habitantes apresentaram maior percentual de adequação (41,6%). A região Sul apresentou adequação de 33,8%, considerando todos os portes.

*Conclusões:* a maior parte dos municípios apresentou baixa adequação na atenção ao pré-natal, com melhor desempenho dos aspectos estruturais. Municípios de menor porte apresentaram melhores resultados em todos os itens analisados. Destaque para a região Sul nos aspectos estruturais e na avaliação geral do pré-natal. Uma adequada atenção ao pré-natal precisa ser integral e equânime, com fortalecimento das redes regionais voltadas para a inclusão social.

**Palavras-chave** Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde



## Introdução

A atenção ao pré-natal compreende ações de educação em saúde, identificação de riscos, prevenção e tratamento de complicações e agravos demandando planejamento e estruturação para garantir acesso e continuidade do cuidado com efetiva integralidade da assistência, visando promover saúde da mãe e da criança.<sup>1,2</sup>

O pré-natal de baixo risco configura-se como uma das principais ações programáticas realizadas na Atenção Básica (AB). Todo o processo da atenção à saúde da mulher sofre influências do contexto social, econômico e cultural do ambiente em que vivem gestantes e conceptos. Aspectos estruturais e operacionais devem ser garantidos para um acompanhamento contínuo e de qualidade, com atenção humanizada à gravidez. A atenção ao pré-natal envolve relação acolhedora e o acompanhamento sistemático da gestante contribui para a detecção precoce de agravos e de risco gestacional, preparação para o parto e estabelecimento de vínculo com a maternidade.<sup>3</sup>

A inadequação das ações do pré-natal está associada a efeitos negativos como prematuridade e baixo peso ao nascer, além do aumento do risco de morte fetal e materna, internações em unidades de terapia intensiva, depressão e ansiedade no pós-parto, e gestações sucessivas em curto espaço de tempo.<sup>4,5</sup>

No Brasil observou-se um aumento da cobertura da atenção pré-natal nos últimos anos em quase todo o país,<sup>6,7</sup> coincidindo com a institucionalização de ações visando a integralidade da assistência, propostas a partir de diferentes programas nacionais no período de 1984 a 2011. Apesar disso, os desafios persistem com um nível elevado de inadequação das ações, colocando em risco a saúde materno-infantil.<sup>6</sup>

As elevadas taxas de mortalidade infantil, com maior concentração de óbitos nos componentes neonatais precoces,<sup>2,8</sup> e a taxa de mortalidade materna ainda elevada (58 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos), com disparidades expressivas no país,<sup>9</sup> reforçam a existência de falhas na assistência prestada.

A institucionalização da avaliação da atenção pré-natal é uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade com consequente redução da morbimortalidade materna e infantil,<sup>10</sup> uma vez que revela e produz subsídios para a conscientização e o enfrentamento de falhas, revisando políticas públicas e adequações gerenciais e processuais, visando responder mais adequadamente e com resolutividade as necessidades deste grupo populacional. Os

estudos que avaliaram o pré-natal com abrangência nacional observaram inadequações em relação ao recomendado<sup>6,10,11</sup> e tiveram como unidade de análise usuárias<sup>11</sup> e equipes de AB<sup>6,10</sup> sendo necessário avançar nos aspectos de responsabilidade da gestão municipal.

Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar a atenção ao pré-natal na AB identificando os aspectos que influenciam a adequação estrutural e operacional, com foco na gestão, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros.

## Métodos

Estudo avaliativo, de abordagem quantitativa da atenção ao pré-natal de baixo risco tendo como unidades de análise os municípios brasileiros que participaram da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), em 2013 - 2014.

Foram incluídos os municípios que aderiram com no mínimo 80% das equipes ao 2º ciclo do PMAQ - AB, e responderam aos módulos I e II. A amostra foi composta por 4.059 municípios, 19.849 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 24.626 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) participantes.

O modelo teórico-lógico e a matriz de análise e julgamento estão baseadas em pesquisa documental e bibliográfica pertinente ao tema. Os principais documentos utilizados foram a portaria que institui a Rede Cegonha (2011) e as Normas e Manuais Técnicos da série Cadernos de Atenção Básica nº 18, nº 26 e nº 32: HIV/Aids, hepatites e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (2006), Saúde sexual e saúde reprodutiva (2010) e Atenção ao pré-natal de baixo risco (2013) respectivamente.

O modelo avaliativo foi validado em Conferência de Consenso, em duas etapas: à distância e encontro presencial. Participaram nas duas etapas um grupo de oito especialistas dos campos da saúde da mulher e/ou de avaliação de políticas públicas. O modelo foi enviado por e-mail e os especialistas convidados a emitir sua concordância plena, parcial ou discordância no prazo de 15 dias. As pesquisadoras consolidaram as respostas e os casos de discordância foram objeto de debate no encontro presencial. Foram incluídas todas as sugestões a partir do consenso.

A matriz de análise e julgamento conta com duas dimensões, seis subdimensões, 19 indicadores e 30 medidas. A dimensão aspectos estruturais analisa condições de infraestrutura, recursos humanos e padronização da atenção que dão condições para as

**Tabela 1**

Matriz de análise e julgamento dos aspectos estruturais da avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica. Brasil, 2017.

Matriz avaliativa	Medidas	Parâmetros de julgamento
<b>Aspectos Estruturais</b>		
<b>Infraestrutura</b>		
Adequação do espaço físico	% UBS com consultório de enfermagem e sala de espera	<p>≥ 90% = adequado (1,0)</p> <p>89 a 75% = pouco adequado (0,5)</p> <p>&lt;75% = inadequado(0,0)</p>
Materiais e equipamentos para atenção ao pré-natal	% UBS que disponibiliza caderneta de gestante	<p>≥ 90% = adequado;</p> <p>89 a 75% = pouco adequado;</p> <p>&lt;75% = inadequado</p> <p>Ambos adequado= adequado (1,0)</p> <p>Ambos inadequado= inadequado (0,0)</p>
	% UBS com disponibilidade de equipamentos e mobília para atendimento pré-natal	<p>≥ 90% = adequado;</p> <p>89 a 75% = pouco adequado;</p> <p>&lt;75% = inadequado</p> <p>Demais situações = pouco adequado (0,5)</p>
Insumos e medicamentos	% UBS com oferta de vacinas importantes para o período pré-natal	<p>≥ 90% = adequado;</p> <p>89 a 75% = pouco adequado;</p> <p>&lt;75% = inadequado</p> <p>Ambos adequado= adequado (1,0)</p> <p>Ambos inadequado= inadequado (0,0)</p>
	% UBS com disponibilidade de medicamentos essenciais para o período gestacional	<p>≥ 90% = adequado;</p> <p>89 a 75% = pouco adequado;</p> <p>&lt;75% = inadequado</p> <p>Demais situações = pouco adequado (0,5)</p>
<b>Recursos humanos</b>		
Adequação de pessoal	% ESF com equipe mínima de saúde completa*	<p>Análise dicotômica, segundo porte populacional.</p> <p>Parâmetro para "adequado"</p> <p>Até 50 mil hab. = 100%</p> <p>&gt;50 a 100 mil hab. = 90%</p> <p>&gt;100 a 500 mil hab. = 85%</p> <p>&gt; 500 mil hab. = 60%</p> <p>Ambos adequado= adequado (1,0)</p> <p>Ambos inadequado= inadequado (0,0)</p>
	% ESF com saúde bucal*	<p>Análise dicotômica, segundo porte populacional.</p> <p>Parâmetro para "adequado"</p> <p>Até 25 mil hab. = 100%</p> <p>&gt;25 a 50 mil hab. = 90%</p> <p>&gt;50 a 100 mil hab. = 85%</p> <p>&gt;100 a 500 mil hab. = 75%</p> <p>&gt;500 mil hab. = 60%</p> <p>Demais situações = pouco adequado (0,5)</p>

continua

\* Parâmetros definidos segundo a distribuição tercil para cada estrato de porte populacional, \*\* Dado coletado no site do CNES, UBS = Unidade Básica de Saúde, ESF = Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 1

conclusão

Matriz de análise e julgamento dos aspectos estruturais da avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica. Brasil, 2017.

Matriz avaliativa	Medidas	Parâmetros de julgamento	
<b>Aspectos Estruturais</b>			
<b>Recursos humanos</b>			
Cobertura populacional	% população com cobertura da ESF***	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Parâmetro para "adequado" (1,0) Até 25 mil hab. = 100% >25 a 50 mil hab. = 85% >50 a 100 mil hab. = 65% >100 a 500 mil hab. = 55% > 500 mil hab. = 40%	
Suporte especializado	% ESF que recebe apoio de especialistas	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)	
<b>Padronização da atenção</b>			
<b>Normatização da atenção</b>			
	% ESF que utilizam protocolos para estratificação de risco no pré-natal	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	Ambos adequado= adequado (1,0) Ambos inadequado= inadequado (0,0) Demais situações= pouco adequado (0,5)
	% ESF que possui protocolos com definição de diretrizes para acolhimento à gestante	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	
<b>Informação atualizada</b>			
	% ESF que alimentam mensalmente o sistema de informação do pré-natal	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	Ambos adequado= adequado (1,0) Ambos inadequado= inadequado (0,0) Demais situações= pouco adequado (0,5)
	% ESF com registro de coleta de citopatológico	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	

\* Parâmetros definidos segundo a distribuição tercil para cada estrato de porte populacional, \*\* Dado coletado no site do CNES, UBS = Unidade Básica de Saúde, ESF = Estratégia de Saúde da Família.

**Tabela 2**

Matriz de análise e julgamento dos aspectos operacionais da avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica. Brasil, 2017.

Matriz avaliativa	Medidas	Parâmetros de julgamento
Aspectos Operacionais		
Organização da atenção		
Apropriação do território	% ESF com registro de todas as gestantes do território	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)
Captação precoce	% ESF que realizam busca ativa de gestantes para o pré-natal	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)
Acesso adequado	% ESF que possuem horário estendido de funcionamento**	Análise dicotômica, segundo porte populacional Parâmetro para "Adequado" (1,0) Até 10 mil hab. = 100% >10 mil hab. = 80%
Programação da atenção	% ESF que ofertam consultas programadas de pré-natal	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado
	% ESF que possuem programação da agenda de acordo com o risco gestacional	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado
Promoção e prevenção		
Diagnóstico precoce	% ESF que solicitam o exame de teste rápido de gravidez	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado
	% ESF que solicitam o exame de teste rápido de HIV	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado
	% ESF que solicitam o exame de teste rápido de sífilis	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado

**continua**

\*\*Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional, \*\*\* Dado coletado no site Sinasc, UBS = Unidade Básica de Saúde, ESF= Estratégia de Saúde da Família, HIV= Vírus da Imunodeficiência Humana, NV= Nascidos Vivos.

Tabela 2

conclusão

Matriz de análise e julgamento dos aspectos operacionais da avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica. Brasil, 2017.

Matriz avaliativa	Medidas	Parâmetros de julgamento	
<b>Aspectos Operacionais</b>			
<b>Promoção e prevenção</b>			
Imunização	% ESF que registram a vacinação em dia da gestante	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)	
Identificação de agravos	% ESF que solicitam exames do pré-natal	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	Ambos adequado= adequado (1,0) Ambos inadequado= inadequado (0,0) Demais situações= pouco adequado (0,5)
	% ESF que recebem os exames em tempo oportuno para intervenções necessárias	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	
Educação em saúde	% ESF que ofertam ações educativas e de promoção da saúde para gestantes	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)	
<b>Seguimento</b>			
Acompanhamento do ciclo gestacional	Proporção de NV de mães com sete ou mais consultas de pré-natal***	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)	
Referência e contrarreferência	% ESF que mantêm registro de gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	Ambos adequado= adequado (1,0) Ambos inadequado= inadequado (0,0) Demais situações= pouco adequado (0,5)
	% ESF que recebem a contrarreferência das maternidades	≥ 90% = adequado; 89 a 75% = pouco adequado; <75% = inadequado	
Continuidade da atenção	% ESF que realizam consultas de puerpério 10 até dias após o parto	≥ 90% = adequado (1,0) 89 a 75% = pouco adequado (0,5) <75% = inadequado (0,0)	

\*\*Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional, \*\*\* Dado coletado no site Sinasc, UBS = Unidade Básica de Saúde, ESF= Estratégia de Saúde da Família, HIV= Vírus da Imunodeficiência Humana, NV= Nascidos Vivos.

equipes realizarem suas atividades. A dimensão aspectos operacionais analisa as atividades realizadas pelas equipes, com foco na organização da atenção, promoção e prevenção e seguimento (Tabelas 1 e 2).

Além do banco de dados do PMAQ – AB, utilizou-se como fonte de evidência os sites oficiais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os parâmetros para emissão de juízo de valor que orientaram a análise descritiva foram definidos com base na revisão de literatura, pesquisa documental e no fato de todas as ações escolhidas serem bem fundamentadas, baseadas em evidências científicas e recomendadas em documentos oficiais há no mínimo cinco anos. (Tabelas 1 e 2).

Na análise das medidas considerou-se *adequado* quando no município ao menos 90% das UBS ou equipes de ESF realizou(aram) a(s) ação(ões); *inadequado* quando menos de 75% das UBS ou equipes de ESF realizou(aram) a(s) ação(ões); e *pouco adequado*, nos demais casos. Houve exceção em quatro medidas: para equipe mínima de ESF adequada, equipes de ESF com saúde bucal e cobertura populacional, os parâmetros foram definidos por porte populacional, por distribuição tercil e para horário estendido de funcionamento definiu-se também por porte populacional, mas por distribuição quartil.

Os dados foram analisados utilizando os *softwares* Microsoft Office Excel® e SPSS 22.0 e apresentados em forma tabular.

Para os indicadores com mais de uma medida considerou-se *adequado* quando todas as medidas foram classificadas como adequadas, *inadequado* quando todas as medidas foram classificadas como inadequadas e as demais situações, como *pouco adequado*.

Inicialmente analisaram-se as medidas e os indicadores e na sequência fez-se a conversão em escores 1,0 (*adequado*) 0,5 (*pouco adequado*) e 0,0 (*inadequado*). A análise orientou-se pelo somatório dos escores, seguido do cálculo do percentual de pontos obtidos comparados à pontuação máxima esperada em cada um dos componentes, da seguinte forma:  $(\sum \text{obtidos} / \sum \text{esperados}) \times 100$ . Para o julgamento de valor das dimensões os pontos de corte utilizados foram: *adequado* (100%-75% do esperado), *inadequado* (menor ou igual a 50% do esperado) e *pouco adequado* os demais casos, sendo que a dimensão de aspectos operacionais recebeu peso dois, por considerá-la com maior influência na

adequação da atenção.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), Parecer nº1.599.464. CAAE nº 53671016.1.1001.0121.

## Resultados

O estudo analisou 72,9% do total de municípios brasileiros, predominantemente de porte populacional inferior a 25 mil habitantes (78,8%), com pouco menos de um quarto (24,6%) apresentando um pré-natal *adequado*.

Na Tabela 3, observa-se que a dimensão aspectos estruturais 39,1% dos municípios foram classificados como *pouco adequados*. Na análise da infraestrutura, o espaço físico apresentou mais da metade dos municípios (69,6%) *adequados*. Quanto aos recursos humanos, destaque positivo para o suporte especializado com 86,4% dos municípios que oferecem apoio de especialistas às equipes da AB e para a cobertura populacional que mostrou adequação em 53,3% dos municípios. A padronização da atenção foi a subdimensão com o maior percentual de municípios *inadequados* (62,0%), em especial no indicador normatização da atenção.

A classificação na dimensão de aspectos operacionais mostrou-se pouco adequada em 49,1% dos municípios. Na organização da atenção a apropriação do território (82,3%) e a captação precoce (56,9%) foram os indicadores com maiores percentuais de adequação. Enquanto que no indicador de acesso 63,9% dos municípios ficaram *inadequados*, ou seja, não possuem unidades de saúde com horário ampliado de funcionamento. Na análise das ações de promoção e prevenção um baixo percentual de municípios (22,6%) apresentou adequação no diagnóstico precoce de gravidez, HIV e sífilis. Na subdimensão seguimento, a maioria dos municípios (58,7%) mostrou-se *inadequada*, sobretudo no acompanhamento gestacional (64,8%). Em contraponto, a continuidade da atenção encontra-se dentro do esperado em 74,9% dos municípios.

Com relação ao porte populacional e localização regional (Tabelas 4 e 5), os municípios com até 10 mil habitantes obtiveram melhores resultados nos aspectos estruturais (50,8%), operacionais (38,6%) e na avaliação geral do pré-natal (41,6%), comparados aos demais. Quanto à localização, os piores resultados foram observados na região Norte em todos os itens analisados. A região Sudeste apresentou adequação nos aspectos operacionais e a região Sul nos aspectos estruturais e na avaliação geral do pré-natal.

Tabela 3

Classificação dos municípios na avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica segundo componentes, dimensões e subdimensões. Brasil, 2017.

Componentes	A		PA		I	
	n	%	n	%	n	%
Aspectos Estruturais	1323	32,6	1587	39,1	1149	28,3
Infraestrutura	1442	35,5	1130	27,8	1487	36,6
Adequação do espaço físico	2825	69,6	485	11,9	749	18,5
Materiais e equipamentos	1735	42,7	2040	50,3	284	7,0
Insumos e medicamentos	1116	27,5	1898	46,8	1045	25,7
Recursos humanos	1515	37,3	1063	26,2	1481	36,5
Adequação de pessoal	1476	36,4	1542	38,0	1041	25,6
Cobertura populacional	2164	53,3	-	-	1895	46,7
Suporte especializado	3509	86,4	273	6,7	277	6,8
Padronização da atenção	1543	38,0	-	-	2516	62,0
Normatização da atenção	900	22,2	1557	38,4	1602	39,5
Informação atualizada	1811	44,6	2030	50,0	218	5,4
Aspectos Operacionais	977	24,1	1994	49,1	1088	26,8
Organização da atenção	1956	48,2	704	17,3	1399	34,5
Apropriação do território	3340	82,3	321	7,9	398	9,8
Captação precoce	2310	56,9	563	13,9	1186	29,2
Acesso adequado	1464	36,1	-	-	2595	63,9
Programação da atenção	2226	54,8	1515	37,3	318	7,8
Promoção e prevenção	1985	48,9	823	20,3	1251	30,8
Diagnóstico precoce	916	22,6	1668	41,1	1475	36,3
Imunização	3401	83,8	312	7,7	346	8,5
Identificação de agravos	1670	41,1	1972	48,6	417	10,3
Educação em saúde	2451	60,4	561	13,8	1047	25,8
Seguimento	551	13,6	1125	27,7	2383	58,7
Acompanhamento gestacional	185	4,6	1244	30,6	2630	64,8
Referência e contrarreferência	1093	26,9	2737	67,4	229	5,6
Continuidade da atenção	3041	74,9	462	11,4	556	13,7
Avaliação Geral do Pré-Natal	997	24,6	2153	53,0	909	22,4

A= Adequado, PA= Pouco adequado, I= Inadequado.

Tabela 4

Avaliação dos aspectos estruturais, operacionais e avaliação geral do pré-natal na Atenção Básica, segundo porte populacional. Brasil, 2017.

Porte populacional (habitantes)	A		PA		I		P
	n	%	n	%	n	%	
Aspectos estruturais							<0,001*
Até 10 mil	990	50,8	692	35,5	267	13,7	
10 a 25 mil	214	17,1	569	45,6	466	37,3	
25 a 50 mil	64	13,6	176	37,5	229	48,8	
>50 mil	55	14,0	150	38,3	187	47,7	
Aspectos operacionais							<0,001*
Até 10 mil	752	38,6	854	43,8	343	17,6	
10 a 25 mil	120	9,6	677	54,2	452	36,2	
25 a 50 mil	51	10,9	247	52,7	171	36,5	
>50 mil	54	13,8	216	55,1	122	31,1	
Avaliação geral do pré-natal							<0,001*
Até 10 mil	810	41,6	876	44,9	263	13,5	
10 a 25 mil	106	8,5	760	60,8	383	30,7	
25 a 50 mil	41	8,7	273	58,2	155	33,0	
>50 mil	40	10,2	244	62,2	108	27,6	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson, A= Adequado, PA= Pouco adequado, I= Inadequado.

Tabela 5

Avaliação dos aspectos estruturais, operacionais e avaliação geral do pré-natal na Atenção Básica, segundo regiões. Brasil, 2017.

Regiões	A		PA		I		P
	n	%	n	%	n	%	
Aspectos estruturais							<0,001*
Norte	61	22,7	84	31,2	124	46,1	
Nordeste	431	34,2	576	45,6	255	20,2	
Centro-oeste	95	24,1	156	39,6	143	36,3	
Sudeste	393	31,8	477	38,6	367	29,7	
Sul	343	38,2	294	32,8	260	29,0	
Aspectos operacionais							<0,001*
Norte	33	12,3	133	49,4	103	38,3	
Nordeste	143	11,3	707	56,0	412	32,6	
Centro-oeste	87	22,1	202	51,3	105	26,6	
Sudeste	420	34,0	535	43,2	282	22,8	
Sul	294	32,8	417	46,5	186	20,7	
Avaliação geral do pré-natal							<0,001*
Norte	39	14,5	133	49,4	97	36,1	
Nordeste	180	14,3	773	61,3	309	24,5	
Centro-oeste	89	22,6	201	51,0	104	26,4	
Sudeste	386	31,2	619	50,0	232	18,8	
Sul	303	33,8	427	47,6	167	18,6	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson, A= Adequado, PA= Pouco adequado, I= Inadequado.

## Discussão

A análise deste estudo revela dados relevantes sobre a atenção ao pré-natal sob a responsabilidade dos municípios brasileiros. Menos de um quarto dos municípios apresentaram adequação do pré-natal na AB, com piores condições nos de maior porte populacional e localizados na região Norte.

Dentre as duas dimensões analisadas, os aspectos estruturais apresentaram maior número de municípios classificados como *adequados*. Na análise de infraestrutura, pode ter contribuído para o resultado de adequação do espaço físico, incentivos financeiros do Ministério da Saúde oferecidos aos municípios desde 2011 para reforma, ampliação e construção de UBS, com vistas à melhoria das condições de trabalho, acesso e qualidade da AB.<sup>12</sup>

O elevado percentual de municípios com oferta de suporte especializado é outro ponto positivo nessa dimensão, pois uma rede assistencial deve ser acionada nos casos que ultrapassam as competências das equipes da AB. Nessa rede estão o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e especialistas que oferecem apoio matricial e assistência, fundamentais para assegurar uma ação clínica qualificada e resolutiva. No entanto, assim como em outros estudos,<sup>11,13</sup> foram identificados problemas na adequação de pessoal e cobertura populacional. Esses são fatores de extrema importância para que se garanta o atendimento às demandas da população sem sobrecarga de trabalho, e com satisfatória relação equipe-população.<sup>14</sup>

Na subdimensão de padronização da atenção a maior parte dos municípios ficaram *inadequados*, diferindo dos achados de Luz *et al.*<sup>6</sup>. Vale ressaltar que os autores analisaram a disponibilidade de protocolos, diferente da medida adotada neste estudo que incluiu a informação do seu uso. A gestão municipal precisa normatizar a atenção e incentivar as equipes quanto ao uso de protocolos clínicos para tomada de decisão segura e qualidade na atenção às gestantes em todas as unidades e serviços de saúde.

Os aspectos operacionais são fundamentais para o cuidado integral e equânime ao binômio mãe/bebê. Na organização da atenção as equipes devem propiciar o acesso e a adesão aos serviços de saúde. As equipes dos municípios estudados, em sua maioria, detêm informações do território, fazem captação precoce e ofertam consultas programadas e de acordo com o risco gestacional. Tais estratégias são fundamentais para o acompanhamento contínuo com vistas a diminuir riscos e possíveis complicações à gestante e ao feto.<sup>14,15</sup> Porém, o acesso às UBS mostrou-se inadequado, com quase dois terços dos

municípios sem oferta de horário alternativo de atendimento para a gestante trabalhadora. Achados semelhantes foram relatados por Silva MZN *et al.*<sup>15</sup> corroborando a reflexão de que a não ampliação do horário de funcionamento das unidades dificulta o acesso das gestantes ao serviço, assim como ameaça o seu direito à saúde.

Ações de promoção e prevenção asseguram a saúde e o bem-estar geral no período gestacional e englobam: diagnóstico precoce, imunização, identificação de agravos e educação em saúde. Os achados sobre o diagnóstico precoce nesse estudo merecem atenção. A confirmação da gestação nos primeiros meses permite o acompanhamento contínuo, com mais orientações e consultas, com possibilidade de identificação e tratamento adequado de agravos. Os testes rápidos de HIV e sífilis permitem o início imediato do acompanhamento assim como a prevenção da transmissão vertical dessas doenças. O aumento do número de casos, especialmente da sífilis no Brasil reforça a preocupação e demonstra a importância do pré-natal qualificado na AB.<sup>16</sup>

As mulheres devem ser acompanhadas ao longo de todo o ciclo gestacional e puerperal, nos diferentes pontos da rede. O número ideal de consultas é um tema controverso, mas é indicador frequente nos estudos que avaliam o pré-natal. Alguns países consideram quatro, seis, dez, podendo chegar a 15 consultas, como na Finlândia.<sup>17</sup>

Em 2016 a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o número de consultas de quatro para oito, tendo como base as evidências científicas que relacionaram o aumento do número de encontros com menor probabilidade de natimortos.<sup>1</sup> No Brasil a última recomendação, definida em 2011, é de no mínimo sete consultas de pré-natal, e foi a utilizada nesta análise. A prevalência de realização de sete ou mais consultas de pré-natal vem aumentando no país ao longo dos anos, passando de 43,7%, no ano 2000, para 61,1% em 2010.<sup>18-21</sup> Apesar dos avanços, mais da metade dos municípios (64,8%) ficaram inadequados neste indicador, considerando o parâmetro de julgamento definido neste estudo.

O acompanhamento nos diferentes pontos da rede mostrou-se regular na maioria dos municípios e preocupa seus reflexos sobre o monitoramento das gestantes de alto risco e o retorno da maternidade. Por outro lado, a continuidade da atenção no pós-parto foi *adequada* na maioria dos municípios. Quase três quartos dos municípios possuem pelo menos 90% das equipes realizando consulta puerperal até o 10º dia pós-parto, semelhante ao encontrado por outros autores.<sup>22,23</sup> A preocupação com a saúde do bebê, o calendário de vacinas e os testes de diagnóstico

precoce como o do pezinho, contribuem para o retorno das puérperas à unidade nesse período, e podem justificar o elevado percentual de adequação desse indicador. Medidas para melhoria da integração da rede devem ser implementadas para aumentar a segurança e melhorar os resultados no seguimento das gestantes.

Os municípios de maior porte populacional apresentaram os piores resultados comparados aos de menor porte corroborando estudos de nível nacional. Municípios maiores têm mais dificuldades no equacionamento das ações de políticas públicas, enquanto que os de menor porte conseguem atender com mais facilidade as necessidades básicas da população.<sup>24,25</sup> Assim como o encontrado por outros pesquisadores,<sup>4,11</sup> a região Norte foi a que apresentou os piores resultados, sendo necessário um modelo de desenvolvimento comprometido com a redução das desigualdades regionais e com integração entre os níveis do cuidado à saúde, aliado às políticas econômicas e sociais voltadas para inclusão social.

Neste estudo realizou-se uma avaliação da atenção ao pré-natal na AB com dados do PMAQ, utilizando como unidade de análise os municípios brasileiros. Limitações como o uso de dados secundários, dificultaram o aprofundamento da análise. Por outro lado, a exploração de dados coletados com recursos públicos, em pesquisa que

adotou processo metodológico qualificado, é desejável. No PMAQ a coleta de dados realiza-se com agendamento prévio, os entrevistados têm conhecimento do teor das perguntas e ainda prevê aporte financeiro para os municípios que cumprem as metas estabelecidas. Sendo assim, seria esperado encontrar resultados um pouco melhores, o que nos permite afirmar que os dados aqui apresentados podem de fato retratar a realidade brasileira.

A redução dos índices de mortalidade materno-infantil é uma meta mundial e há décadas exige dos gestores ações que garantam políticas públicas equânimes e o fortalecimento das redes regionais de atenção voltadas para a inclusão social.<sup>26</sup>

A maior parte dos municípios do país apresentou baixa adequação na atenção ao pré-natal, mesmo que nos aspectos estruturais o desempenho tenha sido melhor. Recomenda-se avaliações periódicas do pré-natal para o acompanhamento e adoção de medidas que venham a melhorar a qualidade desta atenção.

### Contribuições dos autores

Cunha AC e Lacerda JT - elaboração do manuscrito, busca nas bases de dados, coleta e análise de dados, redação, condução e revisão. Alcauza MTR e Natal S- redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

### Referências

1. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016. [acesso em 26 jan 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=18BB411AA9F40CFF591B9F90322FBA65?sequence=1>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2018. 180 p.:il.
3. Sena IVA. Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: Revisão de Literatura. [internet]; 2014 [acesso em 19 jan 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4555.pdf>.
4. Tsunehiro MA, Lima MOP, Bonadio IC, Corrêa MD, Silva AVA, Donato SCT. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2018; 18 (4): 781-90.
5. Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, Chartier MJ, Derksen SA, Helewa ME. The Association of Inadequate and Intensive Prenatal Care With Maternal, Fetal, and Infant Outcomes: A Population-Based Study in Manitoba, Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2019. (No prelo).
6. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. Saúde debate. 2018; 42 (n. spe2): 111-26.
7. 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): 252-61.
8. França EB, Lansky S, Rego, MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev Bras Epidemiol (online). 2017; 20 (Suppl 1): 46-60.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde -DATASUS. Informação sobre nascidos vivos e óbitos maternos do ano de 2016. [acesso em 13 jul 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10>.

10. Guimaraes WSG, Parente RCP, Guimaraes TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34 (5): e00110417.
11. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini, LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (3): e00195815.
12. Brasil. Diário Oficial. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF; n.204, p.55, 24 out. 2011; Seção 1, pt1.
13. Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos, MH, Leal, MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl. 1): S85-S100.
14. Faria HP, Werneck MAF, Santos AS, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde: protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. 2 ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.
15. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014; 38 (103): 805-16.
16. Cruz RSBL, Caminha MFC, Filho MB. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do Pré-natal. *Rev Bras Saúde*. 2014; 18(1): 87-94.
17. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33 (5): 356-62.
18. César JA, Mendonza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart Filho SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (5): 985-94.
19. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TDS. 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*. 2012; 28 (4): 789-800.
20. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica número 32. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
21. Anjos JC, Boing AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19 (4): 835-50.
22. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21 (2): 1-8.
23. Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 (Esp): 24-32.
24. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25 (4): 767-76.
25. Domingues RMSM, Viellas, EF, Dias, MAB, Torres JÁ, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal, MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2015; 37 (3): 140- 7.
26. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Pública*. 2011; 45 (1): 204-11.

---

Recebido em 15 de Agosto de 2018

Versão final apresentada em 25 de Abril de 2019

Aprovado em 09 de Maio de 2019