



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

DIMAURO SOARES DE SOUSA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL**

Belém

2023

DIMAURO SOARES DE SOUSA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL**

Sustentação do Projeto de Dissertação, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Coorientador: Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues

Macroprojeto: Análise da Atenção Básica no estado do Pará.

Área de Concentração: Enfermagem no contexto amazônico.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

Belém

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D278a de Sousa, Dimauro Soares.
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO ÂMBITO
DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL / Dimauro Soares de
Sousa. — 2023.
59 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Coorientador(a): Prof. Dr. Diêgo Pereira Rodrigues
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Belém, 2023.

1. Atenção primária à saúde. 2. Assistência pré-natal. 3.
Período pós-parto. 4. Sistema único de saúde. 5. Avaliação em
saúde. I. Título.

CDD 618.20231

DIMAURO SOARES DE SOUSA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL**

Sustentação do Projeto de Dissertação,
apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do Pará,
como parte dos requisitos necessários à obtenção
do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha (Orientador)
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues (Coorientador)
Doutor em Enfermagem
Universidade Federal do Pará

Prof.ª. Dra. Andressa Tavares Parente (Examinadora)
Doutora em Ciências Ambientais
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira (Examinador)
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado,

À minha família, em especial a minha mãe que, mesmo analfabeta, sempre reconheceu o poder transformador da educação como o melhor caminho para os filhos.

Ao Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, pela dedicação, competência, companheirismo e profissionalismo dispensados. Tudo isso só foi possível graças a sua acolhida.

Ao Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues, pelas excelentes contribuições, sempre pontuais e construtivas.

A todo o corpo docente do PPGENF, que direta ou indiretamente promoveram meu crescimento acadêmico e profissional.

Aos meus amigos e colegas de turma pela acolhida em todas as idas à Belém e por tornarem nossa turma uma grande família, cheia de acolhimento e empatia.

E por fim, a Deus pelo dom da vida e perseverança em todos os momentos de aflição e angústia.

RESUMO

Introdução: Reconhecendo a Atenção Básica como porta de entrada preferencial aos serviços públicos de saúde e seu papel de ordenadora do cuidado, investigar a assistência de pré-natal e puerpério faz-se fundamental para mensuração de seu alcance e qualidade, de forma a proporcionar subsídios para a tomada de decisões através dos achados. **Objetivos:** Investigar a assistência de pré-natal e puerpério no âmbito da Atenção Básica no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, avaliativa, analítica e comparativa. O Brasil é a referência para este estudo. Foram utilizadas para a pesquisa as variáveis relativas à Avaliação Externa do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Módulo II – Banco de dados de entrevista com o profissional da saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde, no período de 2017 a 2018. As equipes foram categorizadas por unidades federativas e regiões geográficas, e a análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando-se a frequência absoluta e relativa. Todas as análises foram feitas no *software IBM SPSS Statistics*, versão 20.0 e apresentados em forma de tabelas. **Resultados:** A coleta de dados para a Avaliação Externa que compõem a segunda fase do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, teve adesão de 5.324 municípios (95,6%). Foram avaliadas ao todo 38.865 equipes de atenção básica do Brasil, destas 36.702 (98,3%) equipes realizam consulta de pré-natal, 35.771 (97,5%) apresentam documento de comprove a consulta de pré-natal, 36.433 (99,3 %) das equipes utilizam a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes e 34.096 (92,9%) dessas possuem a cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na Unidade Básica de Saúde. Em relação as ações realizadas pela equipe para garantir a consulta de puerpério até uma semana pós o parto, a nível de Brasil todas as regiões apresentam baixos índices em consulta em horário especial em que qualquer dia da semana, com 65,4% de aderência neste quesito. **Conclusão:** Os resultados sugerem que há diferenças na assistência pré-natal e puerperal, nas regiões brasileiras. Esses achados podem ser úteis para outros estudos e para o fortalecimento de ações de planejamento regional. Para a prática gerencial, a assistência durante o pré-natal e puerpério deve ser repetidamente discutida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Assistência Pré-Natal; Período Pós-Parto; Sistema Único de Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Recognizing Primary Care as the preferential gateway to public health services and its role in organizing care, investigating prenatal and puerperal care is essential for measuring its reach and quality, in order to provide subsidies for making decisions based on the results. **Objectives:** To analyze prenatal and postpartum care within the scope of Primary Care in Brazil. **Methodology:** This is a research with a quantitative and analytical approach. Brazil is the reference for this study. The variables related to the External Evaluation of the third cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care were used for the research, Module II – Interview with the professional, coordinated by the ministry of health, from 2017 to 2018, which includes interviews with key informants. Teams were categorized by federative units and geographic regions, and data analysis were done using descriptive statistics, using absolute and relative frequency. All analyzes were done in *IBM SPSS Statistics Software*, version 20.0, and presented in the form of charts, graphs and figures. **Results:** The collection of data for the External Assessment that make up the second phase of the third cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care, had the adhesion of 5.324 cities (95,6%). A total of 38,865 primary care teams in Brazil were evaluated, of these 36.702 (98,30%) teams perform prenatal consultations, 35.771(97,50%) presente a document proving the prenatal consultation, 36.433 (99,3%) of the primary care teams use the pregnant woman's handbook to monitor the pregnant women and 34.096(92,90) of those teams have a copymirror of the pregnant women's handbook, or another form with equivalent information, at the Basic Health Unit. Regarding to the actions carried out by the team to guarantee the postpartum consultation up to one week after the childbirth, all of the brazilian regions have low rates of consultation at special times, in which any day of the week, with 65.4% adherence in this aspect. **Conclusion:** The results suggest that there are differences in prenatal and puerperal care in Brazilian regions. These results can be useful for other studies and for strengthening regional planning actions. For managerial practice, the assistance during the prenatal and postpartum period must be repeatedly discussed.

Keywords: Primary Health Care; Prenatal Assistance; Postpartum Period; Health Unic System; Health Assessment.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de acompanhamento da gestante durante o pré-natal na Atenção Básica, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018 | 34 |
| Tabela 2 – Distribuição do percentual de equipes, segundo o atendimento a gestante de alto risco, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018..... | 35 |
| Tabela 3 – Distribuição do percentual de equipes, segundo registros de ações realizadas durante o pré-natal na Atenção Básica, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018 | 36 |
| Tabela 4 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações realizadas para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018 | 37 |
| Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de conduta e orientações sobre exames e vacinação da gestante, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018 | 37 |
| Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de conduta e orientações sobre exames e vacinação da gestante, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018 | 38 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AB | Atenção Básica |
| AB/SB | Atenção Básica com Saúde Bucal |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AMAQ | Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| AMQ | Avaliação para a Melhoria da Qualidade |
| APPMS | Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| eAB | Equipes de Atenção Básica |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ESF/SB | Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal |
| GC | Governança Clínica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDI | Índice do Desenvolvimento Infantil |
| MCQ | Melhoria Contínua da Qualidade |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NV | Nascido Vivo |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| ODS | Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PN | Pré-Natal |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNHAH | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RAMI | Rede de Atenção Materna e Infantil |

| | |
|------|--|
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RC | Rede Cegonha |
| RMM | Razão de Mortalidade Materna |
| RN | Recém-Nascido |
| SAPS | Secretária de Atenção Primária à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UF | Unidade Federativa |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | SITUAÇÃO PROBLEMA | 13 |
| 2.1 | Justificativa | 13 |
| 3 | OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 | Geral | 17 |
| 3.2 | Específicos | 17 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 4.1 | Atenção Básica à Saúde no Brasil | 18 |
| 4.2 | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB | 19 |
| 4.3 | Assistência de Enfermagem à Luz da Triáde Donabediana | 22 |
| 4.4 | PMAQ e a sua descontinuidade pelo Programa Previne Brasil Erro! Indicador não definido. | |
| 4.5 | Assistência à Saúde da Mulher durante o Pré-Natal na Atenção Básica | 255 |
| 5 | METODOLOGIA | 30 |
| 5.1 | Tipo de pesquisa | 30 |
| 5.2 | Local e período da pesquisa | 30 |
| 5.3 | Critérios de inclusão e exclusão | 30 |
| 5.4 | Dados da pesquisa | 31 |
| 5.5 | Análises dos dados | 32 |
| 6 | RESULTADOS | 34 |
| 7 | DISCUSSÃO | 39 |
| 8 | CONCLUSÃO | 46 |
| | REFERÊNCIAS | 48 |
| | ANEXO A – MÓDULO II – ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA SAÚDE | |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) com mais de 30 anos desde a sua criação, onde consolida-se como sendo o melhor sistema público de saúde do mundo. É através dele que os habitantes brasileiros possuem de forma garantida o acesso gratuito, integral e universal para o atendimento à Saúde. O SUS foi instituído pela Constituição Federal Brasileira de 1988, possuindo como base os princípios da integralidade, na qual considera os indivíduos como um todo, devendo atender todas as suas necessidades; a universalidade, considerado um direito de cidadania de todos e compete ao Estado assegurar o direito, independentemente da raça, sexo, ocupação ou outras diversas características pessoais e sociais; e por fim, a equidade, que possui o propósito de reduzir as desigualdades, o termo têm o sentido de cuidar desigualmente os desiguais, aplicando investimentos onde a carência possa ser maior, pelo motivo das pessoas possuírem necessidades distintas (COBAITO; COBAITO, 2021).

O SUS foi instituído pela Lei 8.080 nos anos 90, a sua história desde a criação enfrentou diversos desafios com muito esforço e, cotidianamente, para possibilitar e segurar o direito universal à saúde como responsabilidade do Estado. Facilitou o alcance do sistema público de saúde, sem a discriminação, por meio da atenção integral, e não voltado somente para as responsabilidades assistenciais, ou seja, passou a ser um direito de toda a população brasileira, desde a fase de gestação do indivíduo até a velhice, objetivando à promoção da saúde, tratamento e prevenção de doenças (COBAITO; COBAITO, 2021; GOMES; ORFÃO, 2021).

De acordo com Silva *et al.* (2020) a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada no Brasil com a finalidade de proporcionar o acesso contínuo e universal para serviços que integram a “porta preferencial” do SUS, sendo assim: evoluir no desenvolvimento de um cuidado integral que impacte diretamente na autonomia dos indivíduos e de suas coletividades; como também, na situação de saúde.

Assim, a PNAB 2017 diminui a preferência para a Estratégia Saúde da Família (ESF) visto que determina incentivos financeiros para outros tipos de equipe básica sem a presença de agente comunitário de saúde, ao mesmo tempo em que obstaculiza qualquer trabalho em equipe ao definir cargas horárias dos profissionais de apenas dez horas semanais, evitando efetivar os atributos de uma Atenção Básica (AB) segura e uma coordenação essencial para que se possa garantir a atenção integral (PINTO; GIOVANELLA 2018).

Considerado como um marco legal que introduziu a missão de uma AB no território brasileiro, a PNAB de 2006, reformulada em 2017 e que atualmente vem passando por modificações significativas: na formação das equipes, com a flexibilização das horas a serem

trabalhadas pelos responsáveis da AB; a possibilidade de diminuição da quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos grupos; e o caso, de não priorizar a ESF, bem como, há as modificações nas atribuições específicas e comuns dos profissionais de saúde. Essas mudanças podem provocar a diminuição e insegurança da cobertura populacional (BRASIL, 2017; FREIRE *et al.*, 2017).

A ESF é composta por equipe multidisciplinar, cujo propósito é substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, tornado a família e a comunidade como objeto principal de trabalho. A AB se tornou um dos maiores avanços do SUS, pois através da expansão das ESF, houve redução da mortalidade infantil e materna, assim como a redução das internações por causas sensíveis à atenção primária (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Através das diretrizes da PNAB, a AB foi estabelecida como coordenadora da comunicação do usuário com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). E dentre essas diretrizes está a Territorialização, configurando-se como a principal ferramenta para a organização dos processos de trabalho, pois possibilita conhecer os aspectos ambientais, sociais, demográficos, econômicos e os principais problemas de saúde da população de determinada área (PINTO; GIOVANELHA, 2018).

Nesse sentido, a AB é o elo mais próximo do território e, devido a isso, possui a capacidade conhecer as famílias das regiões adscritas às unidades e otimizar o cuidado em saúde, como por exemplo na identificação rápida de gestantes e início do Pré-Natal (PN) antes da 12ª semana de gestação, como forma de promoção da saúde e prevenção de desfechos negativos na gestação e no planejamento familiar (FERREIRA *et al.*, 2021).

Nos últimos anos a assistência PN é acompanhada por indicadores que sinalizam sobre a qualidade do acesso da gestante em relação ao início do PN, número de consultas realizadas e a realização de procedimentos básicos recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). No entanto, essa assistência é inadequada em diversas regiões do Brasil e especificamente em grupos populacionais menos favorecidos social e economicamente, que impactam diretamente em maiores índices de morbimortalidade materna e infantil (BREGA *et al.*, 2022).

No contexto da AB, o enfermeiro carrega a responsabilidade de proporcionar um cuidado singular e holístico ao indivíduo e sua família, com foco na resolutividade e respeito, e em tempo oportuno. Nesse sentido a assistência PN deve iniciar com a criação do vínculo profissional-usuário visando tornar a gestante mais confiante perante a equipe e de modo a proporcionar a continuidade do cuidado durante todo o período gravídico puerperal (AMORIM *et al.*, 2022).

O SUS prioriza atendimento a gestante durante todo o período gravídico-puerperal, com ações de promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do Recém-Nascido (RN), em todos os níveis de atenção à saúde. Com foco prioritário no acolhimento, assistência sem intervenções desnecessárias, priorização do vínculo entre o PN e o local de parto e que o acesso ao serviço de saúde seja acessível e de qualidade, em todos os níveis de assistência, desde a Unidade Básica de Saúde (UBS) ao intra-hospitalar (BREGA *et al.*, 2022).

Concomitante a isso, o PN se configura como uma série de ações voltadas para a promoção e prevenção de agravos e doenças; diagnóstico e tratamento precoce de enfermidade que podem acometer o binômio mãe-filho durante a gestação. A garantia do PN na AB é responsável pelo acompanhamento e evolução da gestação e consequentemente pela diminuição de óbitos maternos, infantis e fetais. E ainda na APS a garantia de acompanhamento durante o puerpério (FERREIRA *et al.*, 2021).

A Rede Cegonha (RC) compreende uma política pública criada pelo MS do Brasil em 2011 com o objetivo de garantir assistência PN, ao parto e ao puerpério adequadas, humanizadas e de qualidade. Sob a ótica da RC, o PN e Puerpério são vistos como importantes no período gravídico-puerperal e devem receber atenção especializada, no sentido de garantir ações de cuidado de forma integral e individualizada para promoção da saúde da mulher e do RN. Nesse sentido, a RC tem como objetivo garantir assistência integrada e humanizada à saúde da mulher e do RN, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (BRASIL, 2011; BRITO *et al.*, 2022).

Portanto, o presente estudo está vinculado ao macroprojeto intitulado “Análise da Atenção Básica no estado do Pará” e tem por objetivo investigar a assistência de pré-natal e puerpério no âmbito da Atenção Básica no Brasil, caracterizando a organização do cuidado com o usuário e verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade.

2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Os indicadores PN são de grande importância para monitorar a saúde materno-infantil, o que contribui para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número 03, que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Além disso, a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) estabelece que PN é um dos eixos prioritários de pesquisa relacionados à saúde materno-infantil (Eixo 14) e programas e políticas de saúde (Eixo 9) (BRASIL, 2019a).

Os indicadores PN incluem o número de consultas realizadas, o tempo de início do acompanhamento PN, a realização de exames de rotina, bem como a prescrição de ácido fólico e ferro. O monitoramento desses indicadores é fundamental para avaliar a qualidade da assistência oferecida às gestantes e reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2019a).

O acompanhamento PN é uma medida preventiva importante que visa garantir a saúde da mãe e do bebê, prevenir doenças e complicações durante a gestação e garantir um parto seguro e saudável. Por isso, é fundamental que os serviços de saúde ofereçam um atendimento de qualidade e que as gestantes tenham acesso a esses serviços (BRASIL, 2019a).

Reconhecendo a AB como porta de entrada preferencial aos serviços públicos de saúde e seu papel de ordenadora do cuidado, investigar a assistência de PN e puerpério faz-se fundamental para mensuração de seu alcance e qualidade, de forma a proporcionar subsídios para a tomada de decisões através dos achados. Desse modo, a questão que emergiu nessa problemática foi: como se constitui a assistência PN e puerpério nas equipes da atenção básica, nos diversos municípios do Brasil, de acordo com os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB?

H0: Não há diferença regional na assistência ao PN e puerpério das equipes da atenção básica, de acordo com os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.

H1: Há diferença regional na assistência ao PN e puerpério das equipes da atenção básica, de acordo com os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.

2.1 Justificativa

Em pesquisa realizada no âmbito nacional entre 2011 e 2012, demonstrou que a cobertura de PN é satisfatória, porém apenas 73,1% das gestantes em estudo obtiveram o número mínimo de seis consultas. Em relação à qualidade da atenção ao PN se mostrou insatisfatória, fato que se justifica pela não realização do número mínimo de consultas de PN,

lacunas na assistência prestada pelos profissionais de saúde e pelas diferenças loco regionais do país que refletem diretamente no acesso e na assistência (AMORIM *et al.*, 2022).

Amorim *et al.* (2022) apontam estudo que evidenciou que 89% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de PN, contudo somente 15% dessas obtiveram PN de qualidade, os piores índices dizem respeito a mulheres em idade mais jovens, com menor renda familiar, moradoras das regiões Norte e Centro-Oeste e de municípios interioranos. Ainda nesse contexto, em outro estudo as gestantes que realizaram mais consultas com enfermeiros do que com médico afirmaram a preferência pela assistência de enfermagem, pelo atendimento ser pautado na humanização e empatia, onde afirmaram que os profissionais de enfermagem escutam e explicam mais, transmitindo mais confiança e segurança.

Nesse contexto, buscando-se uma melhor qualidade da assistência, criou-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o foco voltado para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliação do acesso ao PN e garantia da qualidade e humanização da assistência durante esse período. Com isso o cuidado com o RN fica em evidência, para que seja recebido com respeito e carinho (MANZO *et al.*, 2018).

Dentre os principais indicadores do coeficiente de mortalidade infantil, a mortalidade neonatal, aquela que estima o risco de o RN morrer até 27º dia de vida, sendo a mortalidade neonatal precoce do 0 até 06º dia de vida e tardia do 07º até os 27º dias de vida. Fatores que evidenciam a qualidade dos serviços prestados ao binômio durante o PN, parto e neonatal por esse indicador (SILVA *et al.*, 2019).

Faz-se necessário o reconhecimento das desigualdades regionais, uma vez que os indicadores de mortalidade são variáveis nas diversas regiões do país. A média do Brasil em 2010 foi de 16,0/1.000 Nascidos Vivos (NV), e a região Nordeste apresentou a taxa de 19,1/1.000 NV no mesmo ano, em relação aos estados brasileiros, Alagoas possui a pior taxa de mortalidade infantil do país, com mais de 60% destes no período neonatal, e representa o segundo pior Índice do Desenvolvimento Infantil (IDI) (BENDER *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2019).

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública que reflete as desigualdades sociais em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No ano de 2017, em torno de 295 mulheres evoluíram a óbito em decorrência de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. Contudo, neste mesmo ano nos países desenvolvidos da Europa a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 10 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, esse é um dado que se mostra ainda mais preocupante quando se observa países subdesenvolvidos e

em áreas carentes, onde a RMM é de 547 mortes por 100 mil nascidos vivos, evidenciando o risco de desfechos desfavoráveis durante a gestação, parto ou pós-parto quando se leva em conta as condições socioeconômicas da região (ANDRADE *et al.*, 2022).

No Brasil, no ano de 2019 a RMM foi de 55,3 mortes por 100 mil NV. Apesar da meta dos ODS de 2015 de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Entretanto, vale ressaltar que esse indicador sofreu redução com o passar dos anos, contudo ainda não se alcançou a meta proposta para o país. Faz-se necessário o conhecimento das condições de vida e de acesso aos serviços de saúde dessas mulheres, pois esse fator é determinante para que se possa evitar em até 98% dos desfechos desfavoráveis. Uma vez que para que se mude essa realidade é necessário conhecer e interferir sobre os determinantes de saúde que atuam no período gravídico-puerperal (ANDRADE *et al.*, 2022).

Sendo a temática de grande relevância no contexto acadêmico e de políticas públicas o interesse surgiu pela aproximação com o tema de estudo ainda na graduação, em espaços de partilha e nos campos de estágio, e no âmbito laboral pela má da qualidade da assistência que reflete em desfechos desfavoráveis para o binômio e que poderiam ser evitados com melhor manejo durante o ciclo gravídico-puerperal.

Diante disso, se faz necessário o reconhecimento dos diversos fatores agravantes, como por exemplo a má qualidade de assistência durante o PN, que reverbera no puerpério de forma não uniforme. Nesse sentido, faz-se necessário o reconhecimento do panorama da assistência de PN e puerpério na AB em todo o território nacional, para que dessa forma se reformule políticas públicas no sentido de melhorar a assistência a mulher nesse período de intensas mudanças em sua vida.

À vista disso, diante da importância da assistência de PN e puerpério na AB para a prestação dos serviços de saúde, do atendimento de qualidade durante as consultas de PN e no puerpério, do acompanhamento gravido-puerperal e registro na caderneta da gestante e da importância da vacinação, da relevância de melhorar a qualidade da AB visto sua notabilidade nas RAS e da necessidade de se instituir uma cultura de avaliação, essa temática também se justifica pela inserção no Grupo de Estudos e Pesquisa de Políticas de Saúde no cuidado de Enfermagem Amazônico e no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia da Universidade Federal do Pará (UFPA), com assuntos que abordam temáticas sobre a AB, mais especificamente sobre o PMAQ-AB. Assim, surgiu o interesse em aprofundar as pesquisas nessa linha de estudo.

Quanto aos benefícios da análise mais aprofundada dos dados gerados pelo PMAQ-AB, podemos citar a produção de conhecimento e uma nova pesquisa na área da AB que irá

fornecer dados sobre a assistência de PN e puerpério em todo o território nacional, essencial para se traçar o panorama da AB brasileira, norteando as políticas de saúde, além de dar subsídios para tomada de decisões dos gestores de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar a assistência de pré-natal e puerpério no âmbito da Atenção Básica no Brasil.

3.2 Específicos

- a) Verificar ações de acompanhamento da gestante durante o pré-natal na Atenção Básica;
- b) Identificar as equipes que realizam atendimento a gestante de alto risco, o registro desses atendimentos em prontuário e o atendimento as intercorrências ou urgências da gestante de alto risco;
- c) Descrever as ações realizadas e o registro dessas durante o pré-natal na Atenção Básica;
- d) Identificar os acompanhamentos da gestante no que diz respeito a consulta de puerpério até uma semana após o parto;
- e) Verificar a realização de orientações e condutas sobre exames e vacinações da gestante.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Básica à Saúde no Brasil

A Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, evento a nível mundial onde foi pactuado que a AB seria a principal porta de entrada no sistema de saúde. A partir de então, o Brasil passou a promover saúde com foco na autonomia do usuário para ofertar atenção integral a saúde (SANTOS *et al.*, 2021).

Anterior à Conferência de Alma-Ata, foi publicado na Inglaterra, na década de 20, o relatório Dawson conhecido como o precursor da ideia de AB de modo a organizar os sistemas nacionais de saúde por meio da hierarquização e regionalização, sendo a AB responsável pela maior demanda de assistência à saúde e funcionando como porta de entrada preferencial (PORTELA, 2017).

No âmbito nacional, só a partir da década de 1980, com o Movimento de Reforma Sanitária em busca da diminuição das desigualdades e lutas sociais abre-se espaço para implementação da Constituição Federal (CF) de 1988, como marco político-institucional para fortalecimento dos direitos sociais. Com isso, surgem as políticas públicas para atender as demandas sociais da população. Em 19 de Setembro de 1990 foram instituídas as Leis Orgânicas da saúde, Lei nº 8.080 e nº 8.142, que em consonância com a CF afim de suprir as necessidades sociais através da articulação dos serviços de saúde e com o intuito de ofertar saúde pública de forma integral, universal e equitativa a toda a população resultou na criação do SUS (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

Ainda que na época da sua implementação, o SUS surtiu efeitos positivos, contudo o modelo de saúde pré-existente que estabelecia a assistência centrada na figura do médico, voltada apenas para a doença. Esse contexto só começa a mudar quando se atribui maior autonomia na prevenção, promoção, reabilitação e educação da população, otimizando a assistência prestada afim de atuar com foco principal na prevenção do adoecimento do indivíduo (SOUZA; GOMES; ZANETTI, 2020).

A AB por seu caráter resolutivo é capaz de resolver até 85% das demandas de saúde da população, com o uso de recursos tecnológicos de densidades adequadas e com o mínimo possível de intervenções desnecessárias, atribuindo maior segurança ao usuário. São inúmeras as contribuições positivas da AB, como por exemplo, qualidade do atendimento, ênfase na prevenção, acesso facilitado, diagnóstico e tratamento precoces e ainda redução significativa de procedimentos desnecessários e prejudiciais. Esses pontos contribuem positivamente para o

fortalecimento do sistema de saúde e corroboram com a máxima de que a atenção primária forte é imprescindível para que o sistema de saúde seja forte (SELLERA *et al.*, 2020).

A AB detém a responsabilidade pela organização dos serviços prestados pelo SUS. Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a multiprofissionalidade tornou-se essencial para a promoção de um modelo de saúde centrado no cuidado para com o indivíduo e respeitando as diretrizes do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Ainda na década de 1990 a AB sofre mudanças positivas no sentido de reformular o modelo assistencial vigente. Existindo o PSF com toda sua seletividade e foco na prevenção, dando espaço para uma nova estratégia capaz de gerar mudanças no modelo de atenção à saúde, a partir daí passa por uma remodelação e denomina-se Estratégia de Saúde da Família (ESF), que veio trazer maior expansão para as Equipes de Saúde da Família (eSF), a priori, em cidades interioranas e posteriormente em grandes centros urbanos a partir dos anos 2000 (MELO *et al.*, 2018).

A ESF, no Brasil, possui a função de reorganização da AB como norteadora de estratégia para sua expansão, consolidação e qualificação. Possui ainda a capacidade de traçar novos rumos para o processo de trabalho dando mais espaços para a valorização do SUS em todos os seus aspectos (MIRANDA; ROMANO, 2021).

Nesse contexto, a AB é o caminho possível para que se alcance os desafios atuais do SUS, sendo essencial para o alcance de metas globais, como por exemplo os Objetivos Para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), por sua capilaridade, acesso universal e equidade, para a promoção de hábitos de vida saudáveis e bem-estar (SILVA *et al.*, 2021).

4.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB

A avaliação em saúde está presente a nível internacional, e no Reino Unido o processo avaliativo se dá por meio da Governança Clínica (GC) como referência universal dos sistemas públicos de saúde. Essas medidas então surtem efeito em todos os sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil. Afirma-se então que para o surgimento de mudanças efetivas no modelo de gestão em saúde, é necessária reformulação no contexto cultural e comportamental dos profissionais de saúde, no que diz respeito a sua prática assistencial no contexto da avaliação crítico-teórica e do saber-fazer (BARROS; CAMPOS, 2021).

No âmbito nacional a ESF se dá como o modelo de organização e consolidação da AB. Posto isso, tem como base o acesso sendo a porta de entrada preferencial e o vínculo com os indivíduos e suas famílias, a longitudinalidade, o cuidado integral e coordenação da atenção

pela rede assistencial. Contudo, o cenário atual do SUS evidencia dificuldades quando posto em prática o modelo de ESF, no que diz respeito a implementação da proposta assistencial ocasionando divergências na aplicação clínica e na gestão (FERREIRA *et al.*, 2020).

Com o surgimento da ESF surgiu o empasse de integração com as RAS já existentes e funcionantes adequadamente. Como solução criou-se o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que levou adiante os debates sobre avaliação da qualidade e serviu para que se criasse o projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) em 2005. Esse projeto almejava servir como um mecanismo de autoavaliação de equipes e gestores, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, para a formação de debates sobre os processos de trabalho de toda a equipe para que se pudesse ter um instrumento efetivo, com análise de padrões de qualidade e que surtisse impactos positivos para a melhoria da assistência no contexto da AB (BARROS; CAMPOS, 2021).

O termo Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) foi criado em 1920 pelo engenheiro e físico Walter Shwehart, com o intuito de ofertar melhor qualidades aos serviços de saúde e com foco no usuário desses serviços. Dessa forma, a MCQ compreende uma série de valores, incluindo a autorreflexão; o uso da teoria; aprendizagem compartilhada; assim como um conjunto de ferramentas e técnicas. Nesse sentido, decorre de um conjunto de ações contínuas e sistêmicas que proporcionam mensurar a melhoria dos serviços e do estado de saúde da população, devido a isso é tida como uma importante ferramenta de aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde, principalmente nos serviços de AB e nas eSF (RAMOS *et al.*, 2021).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) criado pela portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicado em 19 de julho de 2011, pela forte pressão em melhorar os serviços, pelas indignações populares e por problemas de gestão no SUS no que diz respeito aos modelos de gestão defasados e baixa qualificação profissional. Incorporou o repasse de recursos para o alcance de padrões do acesso e da qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (eAB). A partir dessa medida instalou-se uma importante mudança na lógica do repasse de recursos para a APS e no financiamento do SUS. Ademais, é elemento da nova PNAB que trata os usuários como atores principais a favor de reformulações das práticas e condições de atenção e gestão em saúde pactuadas nacionalmente, a fim de gerar mudanças na rotina local dos serviços (CARVALHO; ANDRADE, 2021; RAMOS *et al.*, 2021).

O PMAQ-AB possui o objetivo de acompanhar as condições de acesso e de qualidade dos serviços de saúde. Esse programa compreende a coleta de informações dos municípios e das equipes de AB participantes por meio de visitas da equipe que irá realizar a

avaliação externa e certificação. É importante salientar no que diz respeito a avaliação externa que ela acontece seguindo os padrões de avaliação da infraestrutura das UBS, assim como os processos de trabalho e nível de satisfação dos usuários (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Com o financiamento e estímulo do PMAQ-AB pelo MS, seus feitos foram capazes de gerar processos de melhoria da qualidade da AB, que ocorreram em três ciclos, realizados respectivamente em 2011/2012, 2013/2014 e 2016/2017 e ainda com a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). O PMAQ-AB caracterizou-se então como a estratégia central no Brasil para o alcance de melhorias nas condições e formas de funcionamento das UBS, e para aumentar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB (RAMOS *et al.*, 2021).

4.3 Assistência de Enfermagem à Luz da Tríade Donabedian

No âmbito da área da saúde, Donabedian (1988) propôs um modelo de avaliação da qualidade dos serviços que é amplamente aceito e divulgado em todo o mundo devido à sua compatibilidade e utilidade, pois abrange a lógica de funcionamento dos recursos, organização, atividades, serviços e efeitos.

De acordo com a Tríade de Donabedian (1988), a qualidade pode ser definida em três dimensões principais: estrutura, processo e resultado. A dimensão de estrutura inclui os recursos físicos, materiais, humanos e equipamentos utilizados na assistência. A dimensão de processo refere-se às atividades realizadas pelos profissionais de saúde e pelos usuários. Por fim, a dimensão de resultado está relacionada ao produto da assistência, considerando a saúde, expectativa e satisfação dos usuários.

Em 1990, Donabedian (1988) expandiu essas dimensões para incluir os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Cada um desses pilares oferece uma perspectiva única para avaliar a qualidade da assistência à saúde e é fundamental para garantir que os serviços de saúde atendam às necessidades dos usuários de forma justa e eficiente (ARAÚJO, 2022).

Nesse sentido, esses aspectos são considerados fundamentais para a qualidade assistencial até os dias atuais. A eficácia diz respeito à integridade dos recursos e ações utilizados na reabilitação do indivíduo, enquanto a eficiência e a otimização correspondem à aplicação dos tratamentos mais satisfatórios de forma menos dispendiosa, gerando a melhor relação custo-benefício. A efetividade refere-se aos resultados reais obtidos durante o período

de tratamento. Esses pilares estão diretamente relacionados ao planejamento e execução da assistência (ARAÚJO, 2022; BARROS *et al.*, 2020).

No entanto, para que esses pilares sejam colocados em prática, é necessário que o indivíduo aceite e se adapte ao tratamento proposto. Os pilares da legitimidade e equidade, por outro lado, abrangem não apenas o indivíduo, mas toda a sociedade. Eles dizem respeito à confiabilidade que a instituição de saúde deve transmitir para a sociedade, além da imparcialidade com que ela deve atuar frente aos seus procedimentos (BARROS *et al.*, 2020).

Dessa forma, a enfermagem deve se concentrar na qualidade do cuidado por meio de ações estratégicas para minimizar os riscos associados. Portanto, ao seguir a proposta de Donabedian para avaliar a qualidade da assistência, é necessário prestar atenção não apenas aos resultados obtidos pelas ações de enfermagem para controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, mas também à estrutura física, equipamentos, insumos e recursos humanos, que podem influenciar a assistência e propagar infecções, bem como aos processos, procedimentos e tecnologias, a fim de garantir a aplicação correta e qualificar as práticas assistenciais (ARAÚJO, 2022; BARROS *et al.*, 2020).

4.4 PMAQ e a sua descontinuidade pelo Programa Previne Brasil

No decorrer dos 30 anos do SUS, mudanças no financiamento e nos arranjos de saúde promoveram a ampliação da cobertura da AB. Isso se deu pela descentralização de recursos federais para os municípios e pela implementação da ESF, que foram imprescindíveis para o crescimento da AB no país. De modo que a ESF se tornou mundialmente reconhecida como exemplo de política pública de saúde (MASSUDA, 2020).

Não obstante o SUS e a AB possuem fragilidades em questões estruturais, muito se dá devido a extensão territorial do país que evidencia diferentes padrões da ESF e da qualidade dos serviços, restringindo o desempenho de funções essenciais na AB. Esses percalços perduram desde 2015 com piora progressiva em decorrência do contexto econômico e político do país (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

O SUS, ao longo da história, enfrentou constantes desafios de subfinanciamento, situação que se agravou com a implementação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016. Nesse contexto, tem-se observado um preocupante enfraquecimento do princípio constitucional da universalidade do SUS, com foco nas políticas ultraneoliberais que priorizam os interesses da acumulação capitalista, em detrimento do financiamento do sistema de saúde, com a AB

sendo especialmente afetada por esse processo de expropriação (MENDES; CARNUT; MELO, 2023).

A partir da EC nº 95/2016, o Ministério da Saúde teve seus gastos congelados em 15% da receita corrente líquida do governo federal de 2017. Esses valores seriam atualizados anualmente somente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até o ano de 2036. Essa restrição resultou em uma significativa perda de recursos (MENDES; CARNUT, 2020).

Em dezembro de 2019, foi aprovado o novo modelo de financiamento da AB, que entrou em vigor em 2020. Essa reforma vem provocando uma mudança significativa no sistema de saúde, direcionando a atenção principalmente para os cidadãos de baixa renda, restritos aos que estão cadastrados, com recursos limitados. Essa reestruturação tem como consequência o desmantelamento progressivo da AB e do SUS universal, criando espaço para uma possível apropriação do setor pela iniciativa privada (MENDES; CARNUT, 2020).

Uma mudança significativa foi a alteração no modelo de financiamento da AB. O MS criou o programa “Previne Brasil”, instituído através da Portaria MS nº 2.979, em novembro de 2019, foi responsável por introduzir essa mudança profunda no financiamento. Para a alocação dos recursos federais do Ministério da Saúde aos municípios, foram estabelecidos três componentes principais: (1) capitação ponderada: um conjunto de critérios é levado em conta para a distribuição dos recursos, considerando a quantidade e a complexidade dos serviços prestados em cada localidade. (2) pagamento por desempenho: uma parte do financiamento é baseada no desempenho dos municípios em relação a metas e indicadores de saúde estabelecidos. (3) incentivos a programas específicos/estratégicos: recursos adicionais são destinados aos municípios que adotam e implementam programas específicos e estratégias de saúde, como forma de estímulo para a promoção de melhores práticas e resultados (MASSUDA, 2020; CARNUT, 2020).

Essa reforma no financiamento da Atenção Básica representa uma mudança importante no funcionamento do SUS, com possíveis implicações na forma como os serviços são prestados e quem tem acesso a eles, ampliando o debate sobre o papel do setor público e privado na saúde do país (CARNUT, 2020).

O programa Previne Brasil, altera os critérios usados no Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável no que diz respeito ao financiamento de custeio da AB no SUS (BRASIL, 2019a), sendo substituído pela quantidade de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família. Os impactos no SUS pela alteração no modelo de financiamento da AB e, sobretudo,

sobre a saúde da população, necessitam ser apresentados e monitorizados, levando em consideração as medidas de manutenção a longo prazo, como a austeridade fiscal que tende a agravar o sub financiamento de saúde pública no país (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

Em 2020, várias portarias ministeriais foram emitidas com medidas excepcionais para acelerar o cadastramento de pessoas carentes no SUS pelos municípios e minimizar possíveis perdas orçamentárias em relação aos recursos de 2019. Contudo, a implementação dessas medidas resultou em procedimentos burocráticos similares ao período pré-SUS do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), prejudicando a aplicação pelos municípios (MENDES; CARNUT; MELO, 2023).

No início de 2021, mais portarias foram publicadas, destacando-se a Portaria MS nº 166/2021. Uma grande mudança foi a unificação dos formatos de recebimento pelos municípios, incluindo um incentivo financeiro do fator de correção. Porém, a metodologia de cálculo da portaria pode resultar em prejuízos para os municípios a partir de maio de 2021, considerando apenas os cadastros efetivos realizados (MENDES; CARNUT; MELO, 2023).

Assim sendo, ao se instituir a capitação como método de financiamento no lugar do financiamento per capita, gera uma limitação que até então não existia no que diz respeito ao repasse de recursos para a AB, que gera consequências de forma direta e indireta para o sistema de saúde. Fazendo com que o financiamento não seja universal e se torna limitado à população cadastrada pelos municípios. Isso ficou evidente quando o MS evidenciou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas afirmando a meta de cadastrar outras 50 milhões (BRASIL, 2019b).

Contudo, a nova política evidencia que a intenção do governo federal não é ampliar o financiamento da AB para toda a população. Tornando a oferta de serviços deficiente, como por exemplo com a extinção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que não foi mais financiado, e que tinha abrangência de grande relevância por sua atuação pois elevava a capacidade de resolutividade da AB e promovia a integração com as redes de saúde (TESSER; POLI NETO, 2017).

Por fim, a nova política traz aspectos restritivos uma vez que se utiliza da adoção da capitação e a avaliação por desempenho como base para cálculo de transferências intergovernamentais, limitando a universalidade, aumentando deturpações no financiamento e impulsionando a focalização das ações na AB. Portanto essa política impacta em retrocessos referente as conquistas históricas na redução das desigualdades em saúde durante todos esses anos do SUS e da ESF (MASSUDA, 2020).

4.5 Assistência à Saúde da Mulher durante o Pré-Natal na Atenção Básica

Os cuidados PN desempenham um papel crucial na prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento de problemas que podem surgir durante a gestação e após o parto. A disponibilidade de cuidados PN no primeiro trimestre da gravidez é um indicador importante da qualidade da AB no Brasil. É crucial iniciar esses cuidados a tempo para diagnosticar e tratar condições que afetam a saúde da mãe e do bebê, além de reduzir a mortalidade materna e perinatal (THEIS *et al.*, 2021).

O enfermeiro é um profissional essencial na assistência PN e, de acordo com a legislação brasileira, pode realizar integralmente o acompanhamento de gestações de risco habitual. Os enfermeiros são capacitados para promover a saúde, prevenir doenças e fornecer cuidados humanizados, elaborando um plano de assistência personalizado para atender às necessidades identificadas e priorizadas (BRANCHI; ANGER; SILVA, 2020).

A interação entre enfermeiros e gestantes, através de diálogo, vínculo e escuta, permite o esclarecimento de dúvidas e a promoção da autonomia da mulher. Dados da pesquisa Nacer no Brasil mostraram que a maioria das consultas PN, aproximadamente 89,6%, são realizadas em unidades de AB e que a maioria das gestantes, em torno de 75%, são atendida por médicos, evidenciando a necessidade de incluir a formação acadêmica de enfermeiros no acompanhamento PN. Estudos destacaram falhas na atenção PN, como dificuldades de acesso, início tardio das consultas, realização incompleta de procedimentos e insuficiência de informações, que afetam a qualidade e efetividade dos cuidados (SEHNEM *et al.*, 2020).

Por décadas, a sífilis tem sido um grave problema de saúde para mulheres grávidas e seus filhos, apesar de haver um modelo de prevenção bem definido. A sífilis congênita está intimamente ligada à inadequação do PN, contextos de vulnerabilidade e/ou baixa qualidade de programas de controle. Em 2015, houve 1,7 casos por mil nascidos vivos de sífilis congênita na América Latina e no Caribe, sendo que 85% dos casos estimados foram atribuídos ao Brasil. Em todo o mundo, houve um aumento no número de casos de sífilis adquirida em gestantes e sífilis congênita. No entanto, alguns países receberam a validação da OMS por terem alcançado a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

O controle efetivo da sífilis congênita requer abordagens biomédicas, comportamentais e socioculturais. A AB tem no PN um dos seus pilares e possui equipes de saúde que são responsáveis pela saúde pública, atuando extramuros e com vínculos com os usuários. É o nível do sistema de saúde com maior potencial de resolutividade para a sífilis

congenita. Portanto, a avaliação das ações de prevenção da transmissão materno-infantil da sífilis durante o PN na AB é indispensável para o controle dessa doença (GUEDES *et al.*, 2022; FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

O diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional são realizados na AB. Em 2014, a cobertura populacional atingiu 87,17%. Esse aumento de cobertura tem sido associado à melhoria de indicadores, como a redução das internações por causas sensíveis e a redução da mortalidade infantil. O tratamento é realizado com penicilina G benzatina. Quando as gestantes apresentam resultados reagentes, é imprescindível realizar o controle do tratamento (GUEDES *et al.*, 2022).

No decorrer da vida a mulher passa por experiências peculiares ao ser, entre essas, aponta-se o ciclo gravídico-puerperal, que se estende da prenhez até o pós-parto. Durante todo este ciclo, as alterações sofridas pelo organismo materno são intensas e multissistêmicas, essas modificações visam proporcionar condições necessárias para o desenvolvimento fetal em equilíbrio com o sistema materno. A maioria destas alterações sobrevém em resposta a estímulos provenientes do feto ou tecidos fetais, o seu objetivo não se restringe somente ao desenvolvimento fetal, mas também tem como finalidade preparar a mulher para o momento do parto e lactação (PEIXOTO *et al.*, 2020).

Ao longo dos anos, a assistência de enfermagem no PN sofreu grandes transformações, principalmente no que diz respeito as novas práticas baseadas em evidências científicas, fazendo com que o PN adquira maior importância, indo além de apenas consultas e assumindo o papel de local de aprendizado, com informações confiáveis e atuais sobre o processo de parir. Tudo isso ocorre a partir de discussões em grupos de gestantes, espaço de trocas entre os saberes do profissional de saúde e escuta dos anseios da gestante (D'AVILA *et al.*, 2022).

Freire *et al.* (2017) apontam que a atenção obstétrica tem passado por um momento de intensa reavaliação de dados, evidências e ressignificação de valores e condutas a fim de reduzir a mortalidade materna infantil, e buscar uma assistência mais humanizada.

A humanização do PN, parto e puerpério é um ideal que aos poucos está se tornando realidade, humanizar significa proporcionar assistência de qualidade através de técnicas de redução da dor, trazendo conforto físico e emocional, dando-lhe liberdade para escolher como deseja ter o bebê, oferecendo suporte necessário para que mãe, bebê e acompanhante vivenciem todo o processo de forma mais tranquila e feliz (MENDES *et al.*, 2020).

Assim, a Enfermagem possui um papel imprescindível em todo o processo de acompanhamento da gestação, promovendo espaços de escuta e acolhimento, gerando na

gestante uma autonomia frente a toda a problemática que o evento em si gera no sistema de saúde e na vida pessoal e familiar desta mulher (D'AVILA *et al.*, 2022).

A Política Nacional de Humanização (PNH) objetiva o enfrentamento das adversidades fundamentado no cuidado e dignidade em saúde, na articulação e formulação das iniciativas de humanização do SUS e na luta contra os problemas na área da organização e da gestão do serviço que têm gerado reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde, como na vida dos trabalhadores (MIGOTO; OLIVEIRA; FREIRE, 2022).

O conselho do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) regulamentou a Rede Cegonha (RC) no SUS pela portaria nº 534 de 28 de março de 2012. A RC assegura um atendimento de qualidade, seguro e humanizado às mulheres, oferecendo assistência no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, PN, parto e puerpério, até os dois anos iniciais de vida da criança, no SUS (BRASIL, 2013).

No dia 04 de abril de 2022, o Ministério da Saúde implementou a Portaria GM/MS nº 715, que estabelece a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), com o objetivo de diminuir a mortalidade de mães e crianças no país por meio da oferta de cuidados PN, parto e nascimento de qualidade. A RAMI representa uma atualização da RC e inclui uma reorganização dos processos de atenção, um acolhimento precoce das gestantes no PN, uma estratificação de risco e a vinculação da gestante, de acordo com sua estratificação de risco, ao hospital mais apropriado para atender seu parto. Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde também é um processo importante proposto pela RAMI (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, uma intervenção criada a fim de minimizar os efeitos negativos da hospitalização e suas implicações e para evitar a separação da mãe e do bebê é o Método Canguru. Criado inicialmente para reduzir a superlotação das unidades neonatais em Bogotá, na Colômbia, o método se espalhou pelo mundo e foi implementado no Brasil na década de 1990. Hoje, é considerado uma intervenção importante para alcançar o terceiro ODS, reduzindo a mortalidade neonatal e promovendo a humanização da assistência a bebês prematuros e de baixo peso. No Brasil, o Método Canguru tornou-se uma Política Pública Nacional em 2000 e é composto por três fases que incluem suporte aos pais, incentivo à participação no processo de tratamento do RN e alta precoce com acompanhamento e prática da posição canguru (BRAGA *et al.*, 2022; AIRES *et al.*, 2022).

A importância do Método Canguru na assistência neonatal é amplamente descrita na literatura. Seus diversos benefícios incluem redução da morbimortalidade, melhoria da regulação da temperatura corporal, ganho de peso, redução de infecções, estímulo à amamentação precoce e fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. O contato pele-a-pele após

o nascimento também promove a regulação da frequência cardíaca e respiratória, ajudando o RN a se adaptar melhor à vida extrauterina. Um dos componentes essenciais do Método Canguru é a posição canguru, que envolve colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe, o pai ou outro familiar, na posição vertical em prona, de forma precoce, contínua e prolongada pelo tempo que for prazeroso para ambos. Essa posição pode ser realizada com o auxílio de uma bolsa canguru, avental ou roupa (BRAGA *et al.*, 2022).

Conforme Campos *et al.* (2016) a característica fundamental das políticas de humanização é o acolhimento, que se baseia em uma recepção humana e atenta às reclamações, preocupações, medos e dúvidas das mulheres que são ouvidas, assegurando-lhes o compromisso da equipe na solução dos problemas e na continuação da assistência, quando houver necessidade desta.

Jorge (2017) explica que as técnicas avaliadas como humanizadas são múltiplas, recomenda-se o acolhimento de um grupo de parâmetros, como respeitar a prioridade da gestante no que diz respeito ao lugar do nascimento, prover conhecimentos às gestantes e seus familiares sempre que necessário, proteger a intimidade da gestante e a escolha do acompanhante que lhe passe segurança e comodidade.

Segundo Freire *et al.* (2017) o enfermeiro tem se destacado como profissional que presta cuidado diferenciado e humanizado, respeitando a feminilidade da parturiente, transmitindo segurança, proporcionando-lhe autonomia e bem-estar.

Silva *et al.* (2021) ressaltam que o enfermeiro tem sido reconhecido pelo MS e outros órgãos, como o profissional que dispõe de formação holística e que busca atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente, sendo destaque como profissional com autonomia a atuar de forma integral, humanizada, resolutiva e de qualidade na assistência a mulher durante todo o período gravídico-puerperal.

O cuidado de enfermagem é indispensável no período que antecede o parto e durante o nascimento, já que a situação emocional da parturiente se encontra muito sensível e vulnerável às condições oferecidas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao redor (AMORIM *et al.*, 2022).

Na ocasião do parto existem muitos obstáculos para prestar uma assistência mais humanizada às mulheres e alguns deles são: carência de profissionais qualificados, acesso de recursos, tecnologia e infraestrutura adequada nas unidades de saúde. Entretanto, mesmo com essas dificuldades o enfermeiro ocupa um lugar de muita importância na assistência com a habilidade de orientar a equipe multiprofissional para o cuidado humanizado (MENDES *et al.*, 2020).

O enfermeiro pode utilizar ações educativas que acolham as futuras mães, seus sonhos e anseios na obtenção da confiança dessas mulheres. Acredita-se que as práticas humanizadas se referem ao cuidado à saúde da mulher de modo total (MIGOTO; OLIVEIRA; FREIRE, 2022).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, avaliativa e comparativa.

5.2 Local e período da pesquisa

O Brasil é a referência para este estudo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023), o país possui uma extensão territorial de 8.510.820,623 km², com 5.570 municípios, população estimada (2019) em 210.147.125 pessoas. A divisão político-administrativa atual é decorrente da década de 70 e agrupa as Unidades da Federação (UF) em macrorregiões, sendo estas: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e Região Centro-Oeste. Esta divisão de caráter científico e forma sintética visa contemplar a diversidade cultural, econômica, natural, social e política de cada território nacional.

A Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB ocorreu durante os anos de 2017 e 2018, com publicação dos dados em junho de 2019. Os dados foram coletados da página online do Portal da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde. Composta por 38.865 equipes de Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF/SB) e ESF, homologadas pela Portaria nº 1.658 de 12 setembro de 2016 e distribuídas por região geográfica, da seguinte forma: Centro-Oeste – 2.669 equipes; Nordeste – 14.489 equipes; Norte – 3.199 equipes; Sudeste – 12.854 equipes e Sul – 5.654 equipes (BRASIL, 2019c).

No período de publicação da portaria, o Brasil possuía 41.554 equipes registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ou seja, 93,5% das e ABs brasileiras aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB. Segundo dados do IBGE, em 2016 a população brasileira estimada era de 206.08 milhões de habitantes, sendo a cobertura pela ESF e AB, em setembro de 2016, de 63,2% e 74,6%, respectivamente (BRASIL, 2016).

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo 38.865 equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB) e de AB homologadas pela Portaria nº 1.658, de 12 setembro de 2016, sendo a adesão ao programa de forma recontratualizada ou contratualizada. Para as contratualizações do

terceiro ciclo foi necessário que o município tivesse equipes de AB ou AB com saúde bucal, ativas em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES.

Foram excluídas as equipes que não participaram de um ou mais momentos da avaliação externa, por desativação, ausência do profissional na unidade para responder à entrevista ou por inadequação ao perfil estabelecido pelo programa.

5.4 Dados da pesquisa

Utilizou-se para a pesquisa as variáveis relativas à Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, Módulo II – Entrevista com o profissional da saúde, coordenada pelo MS, no período de 2017 a 2018, que contempla as entrevistas com informantes-chave, ou seja, aqueles profissionais indicados pela equipe para responder às questões sobre a organização do cuidado com o usuário e verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade.

Os dados do PMAQ-AB foram coletados por um pesquisador, previamente capacitado, que se deslocou até uma unidade previamente definida e agendada pela nucleadora da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde. Ao chegar à UBS um sujeito informante chave que atua nesta, passa a responder todas as perguntas do questionário *online*, que ao final, são validadas pelo pesquisador. Neste estudo, não foi pedido aos informantes-chave que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de dados secundários do Sistema de Informação do Ministério da Saúde. Assim, os componentes a serem estudados, serão as UBS.

A coleta de dados decorreu entre a parceria do MS e Instituições de Ensino e/ou Pesquisa, coordenado de forma tripartite (MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), tendo adesão de 5.324 (95,60%) municípios, através da verificação de evidências por um entrevistador *in loco* de um conjunto de padrões previamente selecionados.

No momento de aplicação do instrumento o entrevistador foi acompanhado por um profissional da unidade (enfermeiro ou médico) indicado pela equipe, de preferência aquele que tivesse maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, na ausência desses profissionais outro profissional de nível superior poderia ser entrevistado (BRASIL, 2017a).

Após o processo de avaliação externa, as equipes foram classificadas, conforme o art. 6º, § 1º, da Portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, da seguinte forma:

desempenho ótimo; desempenho muito bom; desempenho bom; desempenho regular; desempenho ruim e desclassificadas (BRASIL, 2017b, 2017c).

A população do estudo foi composta pelas 30.346 UBS distribuídas nos 5.324 municípios (95,60% do total) brasileiros que aderiram ao PMAQ-AB e passaram pelo Terceiro Ciclo da Avaliação Externa.

Os dados utilizados nesta pesquisa foram retirados da página online do Portal da SAPS do MS, no escopo “Ações, Programas e Estratégia” – PMAQ, Terceiro Ciclo, pasta “Microdados da Avaliação Externa”. Os dados estão disponíveis integralmente no endereço eletrônico: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

As variáveis utilizadas correspondem exclusivamente ao Módulo II – Informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário e verificação de documentos.

Foi realizada a organização do banco no *Microsoft Excel*® e selecionadas as variáveis referentes à organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária que abrangeram a subdimensão: Atenção ao Pré-natal e Puerpério, conforme Anexo A.

Foram utilizadas as respostas das equipes que comprovaram a realização da ação mediante apresentação de documentos.

5.5 Análises dos dados

Inicialmente, as equipes foram categorizadas por UF e regiões, e a análise dos dados será feita por meio de estatística descritiva, utilizando-se a frequência absoluta e relativa. Todas as análises foram feitas no *software IBM SPSS*® *Statistics*, versão 20.0, para serem apresentados em forma de tabelas, gráficos e figuras.

5.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos envolvidos em atividades de pesquisa com seres humanos estão regulamentados pelas diretrizes das Resoluções no 510/16 e no 580/18, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorporam quatro referenciais da bioética – autonomia, não maleficência, beneficência e justiça – e visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica.

Por se tratar de dados obtidos de fontes secundárias, de domínio público, é dispensável a submissão deste projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP),

conforme estabelece o parágrafo único do Artigo 1º da Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, do CNS.

Este estudo foi realizado com a utilização de dados secundários, disponibilizados em uma base de dados do MS, não requerendo elaboração de TCLE e de termo de consentimento de utilização de dados.

6 RESULTADOS

A coleta de dados para a Avaliação Externa que compõem a segunda fase do terceiro ciclo do PMAQ-AB, teve adesão de 5.324 municípios (95,6%), aumento correspondente a 24,4% e 4,5% em relação à adesão ao primeiro e segundo ciclo, respectivamente. Foram avaliadas ao todo 38.865 equipes de atenção básica do Brasil, destas 36.702 (98,3%) equipes realizam consulta de pré-natal, 35.771 (97,5%) apresentam documento de comprove a consulta de pré-natal, 36.433 (99,3%) das equipes de atenção básica utilizam a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes e 34.096 (92,9%) dessas equipes possuem a cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na UBS. Conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de acompanhamento da gestante durante o pré-natal na Atenção Básica, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018

| Variáveis | Região | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Centro-Oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A equipe realiza consulta de pré-natal? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3048 | 99,7% | 13822 | 99,9% | 2618 | 99,3% | 11947 | 96,8% | 5267 | 96,2% | 36702 | 98,3% |
| Não | 10 | 0,3% | 14 | 0,1% | 19 | 0,7% | 399 | 3,2% | 206 | 3,8% | 648 | 1,7% |
| Existe documento que comprove? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2937 | 96,4% | 13491 | 97,6% | 2540 | 97,0% | 11661 | 97,6% | 5142 | 97,6% | 35771 | 97,5% |
| Não | 111 | 3,6% | 331 | 2,4% | 78 | 3,0% | 286 | 2,4% | 125 | 2,4% | 931 | 2,5% |
| A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3006 | 98,6% | 13726 | 99,3% | 2567 | 98,1% | 11882 | 99,5% | 5252 | 99,7% | 36433 | 99,3% |
| Não | 42 | 1,4% | 96 | 0,7% | 51 | 1,9% | 65 | 0,5% | 15 | 0,3% | 269 | 0,7% |
| Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2666 | 87,5% | 12964 | 93,8% | 2296 | 87,7% | 11319 | 94,7% | 4851 | 92,1% | 34096 | 92,9% |
| Não | 382 | 12,5% | 858 | 6,2% | 322 | 12,3% | 628 | 5,3% | 416 | 7,9% | 2606 | 7,1% |

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018, 2023.

As equipes da região Nordeste apresentam maior percentual para realização de consultas de pré-natal com 99,9%, seguida da região Norte com 99,7%. Em contrapartida, na região Norte mostrara o menor percentual em relação a documentação que comprove a realização de consultas de pré-natal com 96,4%. Já em relação a utilização de caderneta da gestante para o acompanhamento da gestante, as regiões Sul e Sudeste evidenciam maiores percentuais com 99,7% e 99,5%, respectivamente. Contudo, apenas na região Sudeste

comprova-se possuir maior percentual no que diz respeito a possuir cópia e/ou espelho das cadernetas na UBS com 94,7%.

Na Tabela 2, em relação ao atendimento a gestante de alto risco, verificou-se que as regiões Norte e Centro-Oeste são as que possuem os menores índices de aderência aos protocolos de estratificação de risco das gestantes com 86,7% e 89,3%, respectivamente. De modo geral, todas as regiões comportam índices elevados em relação a organizar as ofertas de serviços e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, dentre as quais se destacam as regiões Sul e Sudeste com os maiores índices, sendo eles 98,9% e 98,4%, respectivamente. Quanto às equipes atenção básica possuir registro com o número de gestantes de alto risco no território, as UBS do Norte e Centro-Oeste são as que apresentam os piores indicadores com 66,8% e 74,9%, respectivamente, em contrapartida, as demais regiões possuem índices elevados ultrapassando 80% de aderência a esse quesito. Dentre todas as regiões, as UBS da região Norte são as que possuem os piores índices em relação ao atendimento de intercorrências ou urgência da gestante de alto risco com 85,5%.

Tabela 2 – Distribuição do percentual de equipes, segundo o atendimento a gestante de alto risco, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018

| Variáveis | Região | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Centro-Oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
| | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2643 | 86,7% | 12751 | 92,3% | 2338 | 89,3% | 11320 | 94,8% | 5057 | 96,0% | 34109 | 92,9% |
| Não | 405 | 13,3% | 1071 | 7,7% | 280 | 10,7% | 627 | 5,2% | 210 | 4,0% | 2593 | 7,1% |
| A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2928 | 96,1% | 13622 | 98,6% | 2557 | 97,7% | 11755 | 98,4% | 5207 | 98,9% | 36069 | 98,3% |
| Não | 120 | 3,9% | 200 | 1,4% | 61 | 2,3% | 192 | 1,6% | 60 | 1,1% | 633 | 1,7% |
| A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2036 | 66,8% | 11144 | 80,6% | 1960 | 74,9% | 10344 | 86,6% | 4739 | 90,0% | 30223 | 82,3% |
| Não | 1012 | 33,2% | 2678 | 19,4% | 658 | 25,1% | 1603 | 13,4% | 528 | 10,0% | 6479 | 17,7% |
| A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2607 | 85,5% | 12929 | 93,5% | 2419 | 92,4% | 11078 | 92,7% | 4934 | 93,7% | 33967 | 92,5% |
| Não | 441 | 14,5% | 893 | 6,5% | 199 | 7,6% | 869 | 7,3% | 333 | 6,3% | 2735 | 7,5% |

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018, 2023.

Segundo a Tabela 3, o registro de ações realizadas durante o pré-natal na atenção básica, foi relatado em menor percentual na Região Norte, figurando com os piores índices no que tange: a consulta odontológica da gestante, e a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe, sendo seus indicadores nos respectivos quesitos 74,2% e 90,5%. As regiões Sudeste e Nordeste, são as que possuem os maiores índices em relação ao acompanhamento da gestante pelo profissional responsável com 99,2% e 99,1%, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição do percentual de equipes, segundo registros de ações realizadas durante o pré-natal na Atenção Básica, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018

| Variáveis | Região | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Centro-Oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
| | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3004 | 98,6% | 13692 | 99,1% | 2571 | 98,2% | 11846 | 99,2% | 5197 | 98,7% | 36310 | 98,9% |
| Não | 44 | 1,4% | 130 | 0,9% | 47 | 1,8% | 101 | 0,8% | 70 | 1,3% | 392 | 1,1% |
| Consulta odontológica da gestante? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2261 | 74,2% | 11779 | 85,2% | 2133 | 81,5% | 9786 | 81,9% | 4791 | 91,0% | 30750 | 83,8% |
| Não | 787 | 25,8% | 2043 | 14,8% | 485 | 18,5% | 2161 | 18,1% | 476 | 9,0% | 5952 | 16,2% |
| Nenhuma das anteriores | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 20 | 0,7% | 40 | 0,3% | 19 | 0,7% | 35 | 0,3% | 19 | 0,4% | 133 | 0,4% |
| Não | 3028 | 99,3% | 13782 | 99,7% | 2599 | 99,3% | 11912 | 99,7% | 5248 | 99,6% | 36569 | 99,6% |
| É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2757 | 90,5% | 13203 | 95,5% | 2435 | 93,0% | 10918 | 91,4% | 4966 | 94,3% | 34279 | 93,4% |
| Não | 291 | 9,5% | 619 | 4,5% | 183 | 7,0% | 1029 | 8,6% | 301 | 5,7% | 2423 | 6,6% |

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018, 2023.

Na Tabela 4, em relação as ações realizadas pela equipe para garantir a consulta de puerpério até uma semana pós o parto, os dados apontam que a região Nordeste, dentre todas, é a que possui os maiores índices de visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher, com 95,0%, e visita domiciliar que não o agente comunitário de saúde, com 87,5%. De modo geral, a nível de Brasil todas as regiões apresentam baixos índices em consulta em horário especial em que qualquer dia da semana, com 65,4% de aderência neste quesito, dentre as demais, a região Norte figura como destaque negativo, possuindo o pior resultado com 57,8%.

Tabela 4 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações realizadas para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018

| Variáveis | Região | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Centro-Oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2731 | 89,6% | 13128 | 95,0% | 2295 | 87,7% | 10566 | 88,4% | 4671 | 88,7% | 33391 | 91,0% |
| Não | 317 | 10,4% | 694 | 5,0% | 323 | 12,3% | 1381 | 11,6% | 596 | 11,3% | 3311 | 9,0% |
| Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2279 | 74,8% | 12093 | 87,5% | 1846 | 70,5% | 9098 | 76,2% | 3709 | 70,4% | 29025 | 79,1% |
| Não | 769 | 25,2% | 1729 | 12,5% | 772 | 29,5% | 2849 | 23,8% | 1558 | 29,6% | 7677 | 20,9% |
| Consulta em horário especial em qualquer dia da semana | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 1763 | 57,8% | 9342 | 67,6% | 1660 | 63,4% | 7577 | 63,4% | 3675 | 69,8% | 24017 | 65,4% |
| Não | 1285 | 42,2% | 4480 | 32,4% | 958 | 36,6% | 4370 | 36,6% | 1592 | 30,2% | 12685 | 34,6% |
| Nenhuma das anteriores | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 130 | 4,3% | 135 | 1,0% | 124 | 4,7% | 683 | 5,7% | 180 | 3,4% | 1252 | 3,4% |
| Não | 2918 | 95,7% | 13687 | 99,0% | 2494 | 95,3% | 11264 | 94,3% | 5087 | 96,6% | 35450 | 96,6% |

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018, 2023.

A Tabela 5 sinaliza as ações de conduta e orientação sobre exames e vacinação da gestante. As regiões Norte e Centro-Oeste, possuem os piores índices de coleta de exame citopatológico realizada na gestante, com 78,6% e 88,5%, respectivamente. Já em relação a aplicação de penicilina G benzatina na unidade de saúde a região Sudeste se destaca negativamente com apenas 70,8% de aplicação na UBS, percentual menor que o identificado na média nacional, que foi de 77,1%.

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de conduta e orientações sobre exames e vacinação da gestante, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018

(continua)

| Variáveis | Região | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Centro-Oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Coleta de exame citopatológico realizada na gestante? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2396 | 78,6% | 12525 | 90,6% | 2317 | 88,5% | 10284 | 86,1% | 4936 | 93,7% | 32458 | 88,4% |
| Não | 652 | 21,4% | 1297 | 9,4% | 301 | 11,5% | 1663 | 13,9% | 331 | 6,3% | 4244 | 11,6% |
| A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2823 | 92,6% | 13377 | 96,8% | 2562 | 97,9% | 11648 | 97,5% | 5203 | 98,8% | 35613 | 97,0% |
| Não | 225 | 7,4% | 445 | 3,2% | 56 | 2,1% | 299 | 2,5% | 64 | 1,2% | 1089 | 3,0% |

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de conduta e orientações sobre exames e vacinação da gestante, Pmaq-AB, Brasil, 2017-2018

(conclusão)

| Variáveis | Região | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
| | Norte | | Nordeste | | Centro-Oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2555 | 83,6% | 10557 | 76,3% | 2180 | 82,7% | 8736 | 70,8% | 4752 | 86,8% | 28780 | 77,1% |
| Não | 503 | 16,4% | 3279 | 23,7% | 457 | 17,3% | 3610 | 29,2% | 721 | 13,2% | 8570 | 22,9% |
| Vacinação em dia da gestante? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2974 | 97,6% | 13608 | 98,5% | 2565 | 98,0% | 11813 | 98,9% | 5203 | 98,8% | 36163 | 98,5% |
| Não | 74 | 2,4% | 214 | 1,5% | 53 | 2,0% | 134 | 1,1% | 64 | 1,2% | 539 | 1,5% |
| A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano? | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3039 | 99,7% | 13795 | 99,8% | 2608 | 99,6% | 11925 | 99,8% | 5257 | 99,8% | 36624 | 99,8% |
| Não | 9 | 0,3% | 27 | 0,2% | 10 | 0,4% | 22 | 0,2% | 10 | 0,2% | 78 | 0,2% |

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018, 2023.

Na maioria dos itens avaliados a região Norte se mostrou com os menores percentuais, e são inúmeros os fatores que contribuem para que essa estatística se destoe das demais regiões do país. Contudo, de modo geral em todos os itens avaliados no módulo II – Entrevista com o profissional da saúde, do subitem II.15 – Atenção ao Pré-natal e puerpério, da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, todas as variáveis se mostraram satisfatórias e com percentuais acima de 50% nos itens avaliados, evidenciando o esforço da equipe multiprofissional para que se alcancem as metas e atinja o máximo de pessoas em suas regiões adscritas.

7 DISCUSSÃO

Dentre a análise dos resultados distribuídos em tabelas, relacionando as principais atividades atribuídas segundo as ações de acompanhamento da gestante durante o PN na AB, o atendimento da gestante de alto risco e o registro das ações realizadas durante o PN na AB. Pode-se referir que a região Norte se mostra como a que apresentou os piores resultados quanto a possuir cópia/espelho das cadernetas da gestante (Tabela 1), registro do número de gestantes de alto risco (Tabela 3) e a realização de consultas odontológicas (Tabela 3).

Em relação as ações realizadas para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto, as regiões Centro-Oeste e Sul se mostram com os resultados mais deficitários no que diz respeito a visita do Agente Comunitário de Saúde para captação da mulher (Tabela 4). Já sobre as ações de conduta e orientações sobre exames e vacinação da gestante, as regiões Sudeste e Nordeste evidenciam os piores percentuais em relação a aplicação de penicilina G benzatina na unidade de saúde (Tabela 5).

Colaborando com o estudo, Lopes *et al.* (2019) apontam que a estrutura das UBS e os processos para desenvolver as ações prestadas não atenderam à maioria dos padrões estabelecidos segundo os protocolos vigentes no Brasil, tanto na dimensão gerencial quanto assistencial, revelando baixa qualidade do PN e puerpério. Porém os autores supracitados, afirmam que ações voltadas ao PN apresentam maior oferta e acesso do que as de no período puerperal.

Ao realizar a análise dos dados da Tabela 1 no que diz respeito a equipe de AB utilizar a caderneta da gestante e sobre possuir cópia/espelho das cadernetas da gestante, as regiões Norte e Centro-Oeste, apresentam índices inferiores em comparação com as demais regiões. Em face do exposto, Camargos *et al.* (2021) trazem que a caderneta da gestante é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade do PN, permitindo identificar lacunas na assistência e servindo como instrumento de avaliação dos serviços de saúde. Deve ser preenchida de forma adequada, legível e completa em cada consulta, registrando todos os procedimentos e exames realizados para monitorar a evolução da gravidez. A falta de registros ou anotações ilegíveis podem indicar má qualidade da assistência prestada.

Dessa forma se torna fundamental a qualidade nos atendimentos a mulher em todo seu ciclo vital, para que se obtenham bons resultados. Nesse sentido, Lopes *et al.* (2019) referem que para se ter uma maior efetividade nas ações em saúde da mulher deve ser considerado as diferenças existentes na oferta e qualidade da AB. Devendo suprir as necessidades nos diferentes contextos regionais. Abordando questões relevantes sobre a situação e as

necessidades em que a mulher esteja inserida. E que as equipes de saúde das unidades sejam cada vez mais qualificadas para o atendimento de qualidade às mulheres.

Na análise dos dados distribuídos na Tabela 2 em relação ao atendimento a gestante de alto risco, as regiões Norte e Centro-Oeste, possuem os menores índices de aderência aos protocolos de estratificação de risco das gestantes. Diante disso Cunha *et al.* (2019) apontam que as mulheres devem ser acompanhadas durante toda a gestação e puerpério nos diferentes serviços da rede materna. E que a quantidade ideal de consultas de PN ainda é um tema discutível. Abordando que é indicador frequente nos estudos que avaliam o PN e que é um instrumento importante para acompanhar a gestante de alto risco, sendo que o número ideal pode variar em diversos países, sendo quatro, seis, dez, podendo, no caso da Finlândia, chegar a 15 consultas.

Contrapondo, Silva *et al.* (2020), abordam que para um PN ideal as consultas devem ser no mínimo seis, com início no primeiro trimestre, duas consultas no segundo e três consultas de PN no terceiro trimestre, com intervalos entre consultas de quatro até 36 semanas, após, em intervalos quinzenais, devendo ser mediada e intercalada pelo profissional enfermeiro e médico na UBS.

Concordando, Almeida *et al.* (2021) apontam dados do MS e abordam que a gestante tem direito à realização de no mínimo seis consultas de PN, devendo ser executadas por médico intercalado com as consultas de enfermagem. Com garantias de acesso a exames laboratoriais, orientações e alguns procedimentos essenciais como anamnese completa e exame físico geral, incluindo exame ginecológico e mamário.

Diante do contexto, Silva *et al.* (2020) abordam em seu estudo que a assistência ao período gestacional permite avaliar precocemente fatores de risco e identificar problemas e agravos, impedindo assim um resultado desfavorável à ocasião do ciclo gravídico. Haja visto que o potencial de gravidade pode se configurar a qualquer momento. Devido a isto se torna necessário haver uma reclassificação quanto ao grau de risco de cada gestante durante as consultas no trabalho de parto.

Diante da análise quanto às equipes da atenção básica possuir registro com o número de gestantes de alto risco no território, as UBS do Norte e Centro-Oeste são as que apresentam os indicadores mais deficitários. Portanto no estudo de Medeiros *et al.* (2020) que analisaram a percepção das gestantes de alto risco que frequentaram o PN em serviços de saúde público e o privado, revelou que a satisfação dentre os serviços foi similar, no que diz respeito a periodicidade das consultas, à disponibilidade dos profissionais e ao cuidado integral. E

quanto às expectativas no acompanhamento do PN de alto risco, desvelou a preocupação do bem-estar do fetal.

Pode se deduzir que a gravidez é uma fase importante para a mulher, mais com potências de geração de riscos para o binômio. Complementando a fala, Silva *et al.* (2020) apontam que a gestação de alto risco se dá quando ocorre eventos adversos na mulher e quando há presença de fatores ou determinantes que geram riscos. E que já na primeira consulta médica ou de enfermagem, pode ser classificado como risco habitual. Sendo possível através da escuta por meio de anamnese verificar os antecedentes obstétricos, possíveis doenças ou/e agravos e as condições individuais e sociodemográficas dentre a realidade que cada gestante esteja inserida.

Durante a análise sobre as ações realizadas para garantir a consulta no período puerperal até uma semana após o parto, disposta na Tabela 4, é possível retratar que as consultas no período puerperal ainda têm fragilidades e baixo índice de adesão pelas equipes de saúde. Se tornado um fator preocupante, pois a atenção ao binômio pela equipe multidisciplinar pode diminuir os riscos e consequências de agravo a saúde.

Para Lopes *et al.* (2019) o puerpério é um período importante na recuperação pós-parto e merece atenção qualificada, garantindo a estabilização na saúde das mulheres. Baratieri *et al.* (2022) referem em seu estudo que a atenção ao parto e ao puerpério imediato é impreterível porque o maior número de óbitos de binômio é concentrado nesse período. Diante da análise de seu estudo intitulado, longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB, constataram que a qualidade da atenção é que causa o problema da mortalidade materna e infantil, grande desafio dos componentes básicos da organização do SUS. Pois a consulta puerperal visa garantir um cuidado contínuo embasado nas reais necessidades de saúde no puerpério. Sendo importante estratégia na redução da morbimortalidade.

Para Baratieri *et al.* (2022) o PMAQ-AB é uma das estratégias usadas na avaliação da qualidade da assistência, por meio dele é possível acompanhar, avaliar e incentivar a melhoria da qualidade da assistência e serviços. No atendimento a puérpera dentro a ESF, pode ser realizada pela equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde, e toda a equipe responsável pelo acompanhamento longitudinal das mulheres.

A consulta pode ser realizada pelo enfermeiro e/ou outro membro da equipe na abordagem das situações psicossociodemográficas da paciente. Assim que se apresentar alguma intercorrência no pós-parto, é possível identificar e intervir quanto os sinais de alerta e ou

perigo. Coletando os dados por meio da escuta qualificada, tirando as dúvidas, possibilitando um atendimento integral e não apenas focado em ações pontuais (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Contudo, a visita domiciliar é de extrema importância para o enfermeiro na construção de vínculos diminuição da mortalidade materna e neonatal, principalmente na primeira semana após o parto. É nesse período que a mulher apresenta insegurança a nova realidade, diante das responsabilidades com o autocuidado e o cuidado ao bebê. Tornando o período ideal para que o enfermeiro crie laços e sanem as dúvidas, podendo proporcionar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos, físicos, sociais e culturais (LIMA; ARAÚJO, 2021).

No entanto, os autores acima supracitados (LIMA; ARAÚJO, 2021), apontam em sua pesquisa que existe um déficit quanto o conhecimento dos profissionais sobre a saúde psicológica, não conseguindo diferenciar o período pelo qual a puérpera tem alterações de humor e sentimentos, que levam a quadros de Depressão Puerperal.

A assistência adequada e qualificada durante o PN objetiva a prevenção da morbidade materna grave. Assim Silva *et al.* (2020) apontam que o cuidado integral a gestante previne problemas maternos e neonatais. Podendo o enfermeiro assistir a mulher embasados no princípio da integralidade, ética e respeito, considerando um plano que atenda a real necessidade do binômio.

Diante do contexto, Luz, Aquino e Medina (2018) abordam que no âmbito da AB, existem diferentes modalidades de equipes, divididas em equipes de AB, equipes de Saúde da Família, equipe de Saúde Bucal, assim como, todas realizam atividades para o atendimento as pessoas, se organizando de maneira diferente, porém com mesmo propósito. Mesmo diante das equipes se apresentarem em ampla escala e abrangendo o território brasileiro as ações de PN ainda são precárias e pouco adequada.

Dentre a análise sobre as ações desenvolvida no PN como as ações de promoção e prevenção que asseguram a saúde e o bem-estar geral na gravidez, parto e puerpério. Estas ações englobam o diagnóstico precoce de possíveis doenças ou condições que possam prejudicar a gestante e até mesmo o feto, a imunização para proteção do binômio, identificação de agravos e educação em saúde que é uma das medidas mais segura para incentivar a gestante sobre o autocuidado.

Perante o exposto, Nascimento *et al.* (2021) trazem que o PN pode ser o momento de primeiro contato da mulher com o serviço de saúde e por esse motivo deve atender a todas as suas necessidades. Por isso, os aspectos da consulta dos processos do cuidado são essenciais, e é necessário atendê-las para além dos protocolos do pré-natal, e estar mostrando o

envolvimento e orientação/educação em saúde. pois sem isso verdadeiramente não estamos cuidando das gestantes.

Cunha *et al.* (2019) referem que a atenção ao PN envolve o acolhimento como uma ação integrada de todas as equipes de saúde e o acompanhamento sistemático da gestante contribui para a detecção precoce de agravos e de riscos que podem surgir no período da gestação, preparação para o parto e estabelecimento de vínculo com a maternidade.

Porém quanto a inadequação dessas ações pode gerar efeitos negativos como prematuridade e baixo peso ao nascer, também cresce o risco de morte fetal e materna, geram internações em unidades de terapia intensiva, causam depressão e ansiedade no pós-parto, e gestações sucessivas em curto espaço de tempo. Dessa forma a confirmação da gestação ainda no primeiro período permite com acompanhamento contínuo, gerando mais orientações e consultas, possibilitando a identificação e tratamento adequado de possíveis agravos, assim como a prevenção da transmissão vertical de doenças (CUNHA *et al.*, 2019).

Quanto as orientações sobre exames e vacinação da gestante, o estudo demonstrou variáveis positivas e com boa aceitação, com menos percentual na região Norte. Assim o acompanhamento no PN é uma importante estratégia de avaliação da qualidade dos serviços. Onde a assistência é mais centrada nas necessidades da mulher.

A Tabela 5 evidencia dados sobre o recebimento do exame VDRL das gestantes em tempo oportuno, mostrando variáveis positivas. Em contrapartida ao analisar a aplicação da Penicilina G benzatina na unidade de saúde, as regiões Sudeste e Nordeste demonstram índices insatisfatórios. Corroborando com Figueiredo *et al.* (2020) apresentam que a sífilis congênita pode exigir consultas frequentes, o que pode representar custos e faltas a atividades laborais. A sífilis está associada à vulnerabilidade social, pobreza, isolamento social e instabilidade no controle da vida pessoal e profissional.

Estudos no Brasil mostram que a baixa escolaridade da mãe, a não inserção no mercado de trabalho formal e a idade inferior a 30 anos também estão relacionados à sífilis congênita. Gestantes indígenas também apresentam alto risco e têm dificuldade de acesso ao PN, diagnóstico e tratamento. Nos Estados Unidos, a sífilis congênita é mais comum em gestantes negras e hispânicas no sul do país (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Para Guedes *et al.* (2022) nos últimos anos, houve uma ampliação no acesso ao PN e às ações de diagnóstico de sífilis no país. Entretanto, a redução de casos de sífilis congênita ainda é um desafio devido a algumas barreiras que dificultam o diagnóstico e o tratamento adequados. Uma pesquisa nacional realizada entre 2011 e 2012 revelou que apenas 89,1% das

gestantes fizeram pelo menos uma sorologia para sífilis durante o PN, número abaixo da meta de 95% de cobertura de testagem.

O estudo também mostrou que em muitos municípios com mais de 20 mil habitantes, equipes de saúde não administravam penicilina. Isso pode ser explicado pela recusa dos profissionais da AB em administrar o medicamento devido ao medo de reações anafiláticas e à falta de recursos para lidar com eventos mais graves, apesar de a segurança da penicilina na AB ser comprovada e os índices de reações adversas serem baixos, com os possíveis riscos não ultrapassando seus benefícios (GUEDES *et al.*, 2022).

Apesar da larga expansão de cobertura dos serviços de PN no Brasil, com maiores ações e qualificações voltadas a temática nos últimos anos. Cruz *et al.* (2019) salientam que essas ações não ocorrem com qualidade. Dentre os dados dispostos nas tabelas revelam que a qualidade da assistência ao PN tem apresentado várias fragilidades. Portanto essas falhas na saúde podem levar consequência negativas e o aparecimento de complicações na vida desta mulher, repercutindo em todos seus aspectos psicossociocultural.

Com a intenção de ter mais qualidade dos serviços oferecidos às gestantes, várias políticas públicas de saúde têm sido implementadas no país. Uma dessas ações é Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado em 2002, com a meta de reduzir da taxa de mortalidade materna (DEA; ANDRADE; SILVA JÚNIOR, 2021).

Para Luz, Ravelli e Maciel (2021) é no primeiro trimestre que as alterações em saúde na gestante são mais expressivas. Assim como alterações de humor, do paladar, excesso de sono, náuseas, dúvidas sobre todo processo de gestação, medos e insegurança, relacionadas à maternidade.

Portanto, diante das mudanças ocorridas na gestação, pequenas ou marcantes, devem ser compartilhadas com profissionais da saúde durante o PN, sendo fundamental proporcionar medidas preventivas de detecção de doenças maternas ou fetais, assim como o esclarecimento de dúvidas, abordagem de temas sobre doenças na gestação e o encaminhamento para exames e vacinas (LUZ; RAVELLI; MACIEL, 2021).

Diante disso, dentre as ações e atividades desenvolvidas pelo enfermeiro a educação em saúde que permite a interação com a mulher, realizando incentivo a retornar as consultas, orientações sobre os exames e a vacinação, esclarecendo as dúvidas frequentes, ouvindo seus anseios e aumentando assim a compreensão das gestantes sobre a necessidade de participação no PN em todas as etapas (LUZ; RAVELLI; MACIEL, 2021).

No que diz respeito aos limites do estudo, foi considerado que o estudo apresenta dados pré-pandemia e a coleta desses dados para o PMAQ-AB foram realizadas de forma não

obrigatória, sendo apresentado dessa forma como um estudo descritivo e analítico. Através dos resultados coletados no Brasil é possível que as equipes apresentem desajuste e defasagem na demanda de treinamentos da equipe.

O estudo contribui com a produção de conhecimentos importantes para a gestão da AB no Brasil, no que tange a análise à assistência PN e puerperal. Os resultados corroboram discussões e tomada de decisões dos gestores de saúde nas diferentes regiões do país.

8 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados neste estudo sugerem que há diferenças na assistência PN e puerperal, nas regiões brasileiras, sendo que a Região Norte apresenta dados inferiores em comparação com as outras regiões, que podem ser justificados pela grande abrangência territorial, ao acesso e dificuldade de fixação de profissionais.

A verificação das ações de acompanhamento das gestantes durante PN na AB faz-se necessária, pois é a forma de assegurar uma gestação saudável e tranquila para o binômio. Diante disso, observou-se que algumas regiões apresentam menor cuidado com a garantia de uma gestação saudável, negligenciando ações básicas que vão desde o não registro do número de gestantes de alto risco, até não oferecer consultas odontológicas às gestantes. Assim sendo, observa-se que apesar de algumas regiões apresentarem bons índices nesses quesitos, em outros o desempenho não é tão bom, como exemplo da região norte, que mostra a menor porcentagem quando diz respeito a existir documento que comprove as consultas PN, além das equipes dessa região serem as que menos utilizam caderneta da gestante.

Em suma, existem diversos agravantes que cooperam para resultados negativos para a díade mãe-bebê, como as desigualdades regionais, as barreiras enfrentadas na atenção PN. A melhoria da qualidade da assistência PN tem forte impacto sobre o cuidado prestado na AB.

Esses achados podem ser úteis para outros estudos e para o fortalecimento de ações de planejamento regional, tendo em vista as peculiaridades nos aspectos políticos, econômicos, geográficos e sociais dos municípios brasileiros, dando atenção a região amazônica, que por ser uma região heterogênea e multifacetada pelo fato de abrigar grandes centros urbanos e pequenas cidades isoladas, as pessoas desse segundo exemplo, são diretamente afetadas pelo desfalque de profissionais causado pela dificuldade de deslocamento devido as barreiras geográficas presentes. Assim sendo, tais achados podem ser úteis para o planejamento de ações de fortalecimento local da AB.

Contudo, os dados evidenciados por meio deste estudo constatarem que, embora exista uma ampla cobertura da AB e de seu processo de institucionalização difundido por anos por meio de normas e protocolos, ainda persistem demandas causadoras de danos à saúde materno-infantil. Essas evidências são cruciais para que se possa debater sobre problemas atuais de saúde pública, como a mortalidade materna que continua fora das metas propostas em pactos internacionais.

Para a prática gerencial, a assistência durante o PN e puerpério deve ser repetidamente discutida, dado que os serviços possuem dificuldades de fixação de profissionais

capacitados, baixo investimento em ações de educação permanente e escassez de recursos para o fortalecimento da AB. Por conseguinte, almeja-se que este estudo possa contribuir de forma expressiva para a tomada de decisões nos diversos níveis de gestão na AB no SUS.

Por fim, o presente estudo mostra-se como marco pré-pandemia, os resultados evidenciam lacunas vigentes antes do contexto pandêmico e que necessitam de escuta qualificada e reflexões assertivas diante do contexto político atual.

REFERÊNCIAS

- AIRES L. C. P. *et al.* Relações de poder e saber da equipe neonatal na implantação e disseminação do Método Canguru. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, n. 56, p. 1-7, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0200pt>.
- ALMEIDA, C. P. F. *et al.* Assistência ao pré-natal no rio grande do norte: acesso e qualidade do cuidado na atenção básica. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 7, n. 3, p. 61-80, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID22151>.
- AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>.
- ANDRADE, M. S. *et al.* Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021821>.
- ARAÚJO, M. J. S. R. **Percepção das mulheres sobre a qualidade da assistência do pré-natal e parto**. 2022. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/50371/1/TCC%20MARIA%20JULIANA..pdf>. Acesso em: 13 abr. 2023.
- BARATIERI, T. *et al.* Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, p. e00103221, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>.
- BARROS, R. C. de; CAMPOS, C. E. A. Indicadores de desempenho na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 3 jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245495>.
- BARROS, T. N. *et al.* Políticas de controle de infecção no Brasil e qualidade da assistência de enfermagem: reflexões necessárias. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 5, p. e56953178-e56953178, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3178/5374>. Acesso em: 13 abr. 2023.
- BENDER, T. A. *et al.* Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 340-353, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112907>.
- BRAGA, R. R. G. S. *et al.* Percepções maternas sobre o uso da bolsa canguru em bebês a termo saudáveis em maternidade e domicílio: uma investigação apreciativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 24, n. 71351, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.71351>.
- BRANCHI, K. Z.; ANGER, M. F. M.; SILVA, C. B. Atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção primária à saúde: relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**,

Curitiba, v. 3, n. 6, p.16537-16548, nov./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-094>.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 678-693, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 4 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/15/Agenda-Prioridades-de-Pesquisa-Ministerio-Saude-2019-2022.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2023.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 28 de fev de 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.658, de 12 de setembro de 2016**. Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1658_12_09_2016.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você: acesso e qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília, DF: Ministério, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cronograma do 3º ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/03/4.%20c%20-%20App%20PMAQ%203%C2%BA%20Ciclo%20-%20CIT%20abril%202017.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH: HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Cobertura da Atenção Básica**. Brasília, DF, set. 2019c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BREGA, C. B. *et al.* Conhecimento de gestantes e puérperas sobre o atendimento na atenção primária do município de Ananindeua, estado do Pará. **Revista Femina**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 121-8, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1366127/femina-2022-502-121-128.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2022.

BRITO, F. A. M. *et al.* Rede Cegonha: características maternas e desfechos perinatais relacionados às consultas pré-natais no risco intermediário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210248, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0248>.

CAMARGOS, L. F. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. e20200166, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0166>.

CAMPOS, N. F. *et al.* A importância da enfermagem no parto natural humanizado: Uma revisão integrativa. **Revista Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 14, n. 1, p. 47-58, 2016. Disponível em: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO_PRONTO.pdf. Acesso em: 22 jan. 2022.

CARNUT, L. Neofascismo como objeto de estudo: contribuições e caminhos para elucidar este fenômeno. *Semina*, Londrina, v. 41, n. 1, p. 81-108, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2020v41n1p81>.

CARVALHO, M. F. de; ANDRADE, C. S. The brazilian national program for improving access and quality of primary care: a disciplinary apparatus in the management. **Interface**, Botucatu, v. 25, p. 1-14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200825>.

COBAITO, F. C.; COBAITO, V. Q. SUS–Sistema Único de Saúde: A Gênese, Contemporaneidade, e os desafios do amanhã. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 12, n. 1, p. 160-177, 2021. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/6026/5807>. Acesso em: 4 mar. 2022.

CRUZ, G. C. *et al.* Métodos de avaliação da qualidade de assistência ao pré-natal no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 27, p. e521-e521, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/521>. Acesso em: 2 ago. 2022.

CUNHA, A. C. *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 447-458, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>.

D’AVILA, C. G. *et al.* Efetividade de jogo educativo para gestantes: conhecimento agregado e vivência das mulheres. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-17, 2022. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0078>

DEA, B.; ANDRADE, F.; SILVA JÚNIOR, M. F. Avaliação autopercebida do cuidado pré-natal: análise hierárquica segundo usuárias da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 2, p. 599-613, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200014>.

DONABEDIAN, A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 173-192, 1988.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Número especial. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

FERREIRA, J. *et al.* Avaliação da Estratégia Saude da Família. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 63-73, dez. 2020. DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85939>.

FERREIRA, M. G. *et al.* Circuito eu sou SUS: uma estratégia para fortalecer a atenção pré-natal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 12, p. 67-71, 2021. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5158>.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. e00074519, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>.

FREIRE, S. S. H. *et al.* Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. **Revista de Enfermagem da UFPE On line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2357–67, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201714>.

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>.

GUEDES, A. L. L. *et al.* Prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde: contribuições do estudo de avaliabilidade. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 48, p. 1-11. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.37056>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Território**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio.html>. Acesso em: 10 mar. 2023.

JORGE, H. M. F. **Percepção e prática do enfermeiro para a humanização do atendimento no pré-natal em maternidades de alto risco**. 2017. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202144521>. Acesso em: 22 jan. 2022.

LIMA, C. S.; ARAÚJO, T. C. V. A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 7, n. 3, p. 290-307, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID25143>.

LOPES, É. A. S. *et al.* Política pública de saúde da mulher: o que dizem as equipes de saúde da família e as usuárias sobre a oferta e acesso na atenção básica no Brasil. *In*: JORNAL INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 9., 2019, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: Ufma, 2019. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019>. Acesso em: 31 jul. 2022.

LUZ, J. A. B.; RAVELLI, A. P. X.; MACIEL, M. A. S. Educação em saúde para gestantes da zona rural: um relato de experiência. **Extensão em Foco**, Palotina, n. 24, p. 273-293, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i24.77492>.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-natal no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 111-126, 2018. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>.

MANZO, B. F. *et al.* Separação inevitável do binômio mãe-bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 3, p. 509-515, jul./set. 2018. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300004>.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

- MEDEIROS, F. F. *et al.* Expectativa e satisfação do acompanhamento pré-natal em gestantes de alto risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 40, p. e2792-e2792, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2792.2020>.
- MELO, E, A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.
- MENDES, A.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Niterói, n. 57, p. 174-210, 2020. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>. Acesso em: 09 ago. 2023.
- MENDES, A; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>.
- MENDES, A.; MELO, M, A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, 00164621, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>.
- MENDES, R. B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>.
- MIGOTO, M. T.; OLIVEIRA, R. P.; FREIRE, M. H. S. Validação de indicadores de qualidade do pré-natal. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e0210262, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0262>.
- MIRANDA, P. R.; ROMANO, V. F. Uma proposta de instrumento de avaliação pedagógica da preceptoria para residências em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2680, abr. 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2680](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2680).
- NASCIMENTO, D. S. *et al.* Assistência de enfermagem ao pré-natal na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Artigo.com**, São Paulo, v. 27, p. e7279, abr. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7219/4496>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- PEIXOTO, I. V. P. *et al.* A importância da educação em saúde para as gestantes durante o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 10, n. 57, p. 3607-3620, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/951/107>. Acesso em: 19 mar. 2022.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência**

& **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1903-1914, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PORTELA, G. Z. Atenção primária à saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255–276, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

RAMOS, M. *et al.* Melhoria contínua da qualidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2736, set. 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736).

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>.

SANTOS, D. M. A. dos *et al.* Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. e2020425, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100012>.

SEHNEM, G. D. *et al.* Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 1, n. 1. P. e19050, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19050>.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoring and evaluation of primary health care attributes at the national level: New challenges. **Ciência e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1401-1411, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>.

SILVA, E. M. P. *et al.* Impacto da implantação da rede cegonha nos óbitos neonatais. **Revista de Enfermagem da UFPE On line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1317-26, maio. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a236606p1317-1326-2019>.

SILVA, G. T. da *et al.* Planning and support in the work process of phc teams in the northeast: Analysis of the pmaq-ab (3rd cycle). **Ciência e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1749-1755, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03722021>.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 58-69, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 56, p. 141-163, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643>.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgzmkvGCFPVXQwxPdgf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.

THEIS, L. C. *et al.* Avaliação da Assistência Pré-Natal segundo o Modelo de Atenção às condições crônicas no Paraná. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 3, p. e36910313515. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13515/12084>. Acesso em: 9 abr. 2023.

ANEXO

ANEXO A – MÓDULO II – ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA SAÚDE

1. Anexo Variáveis

| Código da Variável | Perguntas | Descrição |
|---|---|--|
| II.15 - Atenção ao Pré-natal e Puerpério | | |
| II.15.1 - Essencial | A equipe realiza consulta de pré-natal? | Sim |
| | | Não |
| II.15.1/1 - Essencial | Existe documento que comprove? | Sim |
| | | Não |
| II.15.2 - Geral | A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias? | Sim |
| | | Não |
| II.15.3 | A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes? | Sim |
| | | Não |
| II.15.4 | A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade? | Sim |
| | | Não |
| II.15.5 | A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território? | Sim |
| | | Não |
| II.15.6 - Geral | A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco? | Sim |
| | | Não |
| II.15.7 | A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes? | Sim |
| | | Não |
| II.15.8 | Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade? | Sim |
| | | Não |
| II.15.9 | No acompanhamento da gestante há registro de: | Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante |
| | | Consulta odontológica da gestante |
| | | Vacinação em dia da gestante |
| | | Coleta de exame citopatológico realizada na gestante |
| | | Nenhuma das anteriores |

| | | |
|------------------|--|---|
| II.15.10 | A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano? | Sim |
| | | Não |
| II.15.11 - Geral | É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe? | Sim |
| | | Não |
| II.15.12 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto? | Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher |
| | | Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde |
| | | Consulta em horário especial em qualquer dia da semana |
| | | Nenhuma das anteriores |
| II.15.13 - Geral | É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? | Sim |
| | | Não |