



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JÉSSICA SANTOS DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM
SERGIPE: PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ**

ARACAJU 2018

JÉSSICA SANTOS DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM
SERGIPE: PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Msc. João Batista Cavalcante Filho

Aracaju-SE 2018

JÉSSICA SANTOS DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM
SERGIPE: PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Msc. João Batista Cavalcante Filho

Autora: Jéssica Santos de Oliveira

Orientador: Prof. Msc. João Batista Cavalcante Filho

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM
SERGIPE: PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Msc. João Batista Cavalcante Filho

Aprovada em: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu bom Deus por me permitir trilhar todos os caminhos que me fizeram chegar até este momento de concretização deste trabalho árduo e prazeroso.

Aos meus pais que sempre estiveram comigo e se fizeram presentes me apoiando e dando forças apesar da distância física que nos separa.

Ao meu orientador João que praticamente durante toda minha trajetória de curso esteve presente, como grande mestre e exemplo de profissional, e agora neste trabalho de conclusão seguiu me orientando e inspirando.

Aos meus professores e preceptores que ao longo de curso compartilharam seus conhecimentos e foram essenciais para meu crescimento profissional.

Aos meus colegas e amigos que sempre me motivaram e estiveram ao meu lado.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1. Prevalência dos desfechos selecionados para a avaliação do pré-natal entre mulheres com filhos de até 2 anos que fizeram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde em Sergipe. PMAQ-AB, Sergipe, 2014.

Figura 2. Prevalência de ações que envolvem vínculo, integralidade e continuidade do cuidado na atenção pré-natal em Sergipe. PMAQ-AB, Sergipe, 2014.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Perfil sócio demográfico das mulheres com pelo menos um filho de até dois anos e que realizaram pré-natal nas UBSs estudadas. PMAQ, Sergipe, 2014.

Tabela 2. Distribuição de cada desfecho estudado e a adequação da qualidade pré-natal em relação a idade, escolaridade e cidade da entrevistada. PMAQ-AB, Sergipe, 2014.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Comissão Municipal de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Programa de Atenção Básica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PMAQ-AB	Programa De Melhoria Do Acesso e Da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
1. REFERENCIAL TEÓRICO	10
1.1 Atenção Pré-Natal	10
1.2 Pré-Natal como Política de Saúde Pública.....	10
1.3 Pré-Natal na Atenção Básica.....	12
1.4 Cenário Atual e Desafios da Atenção Pré-Natal	12
1.5 Criação do PMAQ.....	14
1.6 Ciclos do PMAQ.....	15
1.6.1 Fase 1: Adesão e Contratualização.....	15
1.6.2 Fase 2: Certificação.....	16
1.6.3 Fase 3 - Recontratualização.....	17
1.6.4 Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento	17
1.7 PMAQ em Sergipe	17
1.8 Pré-Natal e PMAQ	18
1.9 Cenário Atual e Desafios do PMAQ-AB	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO	23
3. ARTIGO ORIGINAL	38
RESUMO	39
ABSTRACT.....	40
RESUMEN.....	41
INTRODUÇÃO	42
RESULTADOS	46
DISCUSSÃO	47
TABELAS E FIGURAS	51
FONTE DE FINANCIAMENTO	55
POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSE	55
REFERÊNCIAS	56

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Atenção Pré-Natal

A gravidez é uma fase repleta de mudanças fisiológicas que resultam em importantes repercussões no sistema orgânico, psicológico e social da mulher e exige um conhecimento profundo de tais mudanças com o intuito de oferecer assistência adequada à mulher e ao bebê (JENERAL e HOGA, 2004).

A atenção pré-natal objetiva garantir o desenvolvimento da gestação de forma a permitir o bom desenvolvimento fetal, sempre assegurando a saúde materna, o que resultará no nascimento de uma criança saudável. O Ministério da Saúde, seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que deve ser incluído nesse processo abordagens que incluam aspectos biopsicossocial, garantindo o cuidado integral que deve ser somado a atividades preventivas e educativas (HILL, KIRKWOOD e EDMOND, 2004) (BRASIL, 2012)

Estudos indicam que o aumento da cobertura pré-natal está diretamente relacionado com a diminuição dos índices de mortalidade infantil e materna. A adequação do serviço é um dos principais fatores protetores do risco de óbito fetal por estar associado a redução da prevalência da prematuridade e baixo peso fetal (FMS, FONSECA, *et al.*, 2015). As principais causas de morte materna não são totalmente evitáveis com atenção pré-natal adequada, contudo a atenção qualificada neste período pode evitar complicações e favorecer o prognóstico materno (CARVALHO, ALMEIDA, *et al.*, 2015) (OYERINDE, 2013).

1.2 Pré-Natal como Política de Saúde Pública

Desde a década de 40 o cuidado com as gestantes e os bebês já figuravam como medida públicas de saúde com a criação do Departamento Nacional da Criança, que já enfatizava o cuidado com as mães no que se referia à gravidez e à amamentação. Na década de 70 foram implementadas as Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, seguido do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) e do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com os objetivos de assistência pré natal e puerperal, nutrição materno-infantil e prevenção de gestações de alto risco, respectivamente (JORGE, HIPÓLITO, *et al.*, 2015).

A implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 80 reforçou e ampliou as ações que destacavam a atenção pré-natal devido a sua grande importância nos resultados perinatais. Além disso, foi pioneiro, inclusive no cenário

mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (OSIS, 1998).

Contudo ainda havia a necessidade criar mecanismos para garantir o cuidado materno e reorientar as práticas nos serviços de saúde. A principal ferramenta foi a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, que visava, a partir de princípios e diretrizes pautados na atenção primária à saúde garantir uma rede de cuidado à família também voltada para a saúde materna e infantil (AQUINO, OLIVEIRA e BARRETO, 2009).

O Ministério da Saúde continuou com esforços para reduzir os índices de morte materna e os óbitos fetais e trazer novas estratégias para ampliar a participação da mulher e da família. Em 2000 foi instituído o Programa de Humanização Pré-Natal que tinha como objetivo primordial melhorar o acesso, a qualidade e a cobertura da atenção pré-natal e também da assistência ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2000).

A mais recente estratégia do MS para reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil e qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País foi instituir a Rede Cegonha. A rede é definida como um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. Os seus quatro componentes são: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (MARTINELLI, SANTOS NETO, *et al.*, 2014). (BRASIL, 2011).

No que tange ao pré-natal o programa se propôs em consolidar a Estratégia de Saúde da Família como a porta de entrada no serviço público de saúde por onde a população deve ter acesso a serviços de diversos níveis de complexidade também na assistência de cuidado materno-infantil. Estudos apontam que sistemas de saúde organizados e orientados pelos princípios da atenção básica apresentam melhor custo-efetividade, que resulta em um sistema mais eficiente que pode fazer mais pela saúde e qualidade de vida da população com menos recursos, gerando assim melhores resultados nos indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários e maior equidade em saúde. (MACINKO, STERFIELD e SHI, 2003) (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2008) (STARFIELD, 2002).

1.3 Pré-Natal na Atenção Básica

O pré-natal a nível de Atenção Básica tem como objetivo garantir a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto. Ao cumprir tais funções a assistência atinge os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde produziu e disponibilizou o Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, foi criado com o intuito de orientar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, tendo em vista que um dos principais desafios é a qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

O caderno elenca 10 passos para a garantia de um pré-natal de qualidade. O primeiro é a captação precoce, que se configura em iniciar o pré-natal nas primeiras 12 semanas. A garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos é o segundo passo. Além disso, todo e qualquer exame preconizado no atendimento pré-natal deve ser assegurado. O quarto passo é a promoção de escuta ativa dessas gestantes de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais. Outro passo, é a garantia de transporte, quando necessário, para viabilizar o atendimento pré-natal. O(a) parceiro(a) da gestante também tem direito de ser cuidado antes, durante e depois da gestação, “pré-natal do (a) parceiro(a)”. Caso necessário, o acesso à unidade de referência deve ser garantido. Além disso, o parto fisiológico deve ser estimulado. O nono ponto consiste no direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz. Por fim, as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

1.4 Cenário Atual e Desafios da Atenção Pré-Natal

Um dos principais impactos da consolidação desse programa e aumento da cobertura pré-natal no Brasil foi a taxa de mortalidade na infância no Brasil que sofreu redução de 67,6%, entre 1990 e 2015, cumprindo a meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (FRANÇA e AL, 2017).

A porta de entrada, preferencial, da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS) tem se consolidado como as Unidades Básicas de Saúde, como prevê a Estratégia de Saúde da Família. Viellas EF et al comprovou a partir de análises do estudo Nascer no Brasil que quase 75% das

mulheres brasileiras realizaram o pré-natal na Rede Pública, sendo cerca de 90% na Atenção Básica à Saúde. Os autores também identificaram no mesmo estudo que 98,7% das gestantes que participaram da pesquisa a nível nacional tiveram acesso à atenção pré-natal (VIELLAS, DOMINGUES, *et al.*, 2014)

Apesar do significativo aumento na cobertura da assistência pré-natal nos últimos anos, a qualidade do serviço ofertado no Brasil ainda apresenta elevado nível de inadequação. A não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas destacaram-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal no país (NUNES, REJANE, *et al.*, 2016)

Tomasi et al, ao realizar um trabalho pioneiro no Brasil que avaliou aspectos da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede básica de saúde em todo o Brasil, identificou que apenas 15% das usuárias entrevistadas receberam atenção de qualidade. Fatores essenciais para a garantia de uma atenção pré-natal satisfatória e de qualidade como acesso a exames complementares, exame físico adequado e orientações foram insuficientes em todas as regiões do país. (TOMASI, FERNANDES, *et al.*, 2017)

Entraves na consolidação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em consequência da dificuldade em fortalecer a Atenção Básica (AB) no Brasil podem estar associados com essa dificuldade em garantir a atenção pré-natal de qualidade para todas as mulheres brasileiras. Em 2011, em reunião dos órgãos executivos do Ministério da Saúde, foram levantados ao menos 10 pontos tidos como principais fatores que limitam a atuação da AB mais forte no Brasil (PINTO, DE SOUSA e FERLA, 2014).

Os pontos levantados são: 1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica; 2 – Inadequação da infraestrutura das UBSs; 3 – Restrição da informatização dos dados e possibilidade do uso dos mesmo por gestores; 4 - Necessidade de reduzir tempos de espera e garantir atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis; 5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços dentro dos princípios da atenção primária à saúde; 6 – Poucas ações intersetoriais e de promoção à saúde; 7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; 8 - Inadequadas condições e relações de trabalho; 9 - Necessidade de profissionais com formação específica para atuação na Atenção Básica; 10 - Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade (PINTO, DE SOUSA e FERLA, 2014).

1.5 Criação do PMAQ

A partir de tais desafios, o Conselho Nacional de Saúde resolveu mobilizar todos os esforços e forças sociais, nas esferas estaduais e nacional, para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica. Considerando que a três esferas garantam que a Rede Básica se consolide como principal porta de entrada para o SUS, além do fortalecimento do controle social na organização da atenção básica e que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades (BRASIL, 2017).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e reformulada pela portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. O PMAQ-AB surgiu com o objetivo de fortalecer as ações voltadas à Atenção Básica de Saúde com maior transparência e efetividade, visando ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços (BRASIL, 2011) (BRASIL, 2015).

A principal estratégia do programa foi vincular o repasse de recursos com o alcance e a implantação de padrões de qualidade das equipes, pactuados nacionalmente. Com o intuito de mobilizar os atores locais para espaços de diálogo e gestão envolvendo profissionais da equipe, gestores e usuários para produzir mudanças concretas na realidade dos serviços (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela Política Nacional de Atenção Básica nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir de sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Essas diretrizes preconizam que (1) um padrão de qualidade seja definido a fim de promover maior resolutividade das equipes; (2) o melhoramento dos padrões e indicadores seja estimulado; (3) todas as etapas possam ser acompanhadas de forma transparente pela sociedade; (4) o processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica envolva gestores dos três níveis; (5) a cultura de planejamento, negociação e contratualização seja desenvolvida; (6) o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função

das necessidades e da satisfação dos usuários estimule o fortalecimento do modelo de atenção previsto na PNAB e (7) a adesão ao programa seja de forma voluntária (BRASIL, 2011).

1.6 Ciclos do PMAQ

De acordo com o Manual Instrutivo do Programa, o PMAQ-AB se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da atenção básica. É composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. Cada ciclo ocorrerá a cada 24 meses e o contrato poderá ser renovado ao não (BRASIL, 2017).

1.6.1 Fase 1: Adesão e Contratualização

Na fase 1, o Distrito Federal ou o Município poderá incluir todas ou apenas parte das suas equipes de saúde da atenção básica na adesão ao PMAQ-AB. Todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB. Esta fase será realizada pelas equipes que ingressarem no PMAQ-AB pela primeira vez a cada ciclo (BRASIL, 2017).

A homologação deve ser feita via Ministério da Saúde, em seguida o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2017).

As equipes precisam manter o compromisso de fortalecer a AB com serviços em conformidade com os princípios do PNAB, em ações que envolvam melhores estratégias de trabalho para equipe, mas principalmente melhor assistência à população, de acordo com os interesses da mesma e pactuado com a gestão municipal (BRASIL, 2017).

Foram selecionados 47 indicadores que se referem aos principais focos de estratégia da AB, que são: pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis, assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência) (BRASIL, 2017).

1.6.2 Fase 2: Certificação

Esta fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. Deve ser entendida como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. É dividida em três partes:

I - avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados;

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações:

Módulo 1 - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.

Módulo 2 - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo 3 - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

O Módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos 1, 2 e 3.

II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização;

III - verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica (BRASIL, 2017).

As equipes contratualizadas avaliadas receberão as seguintes classificações de desempenho: insatisfatório, mediano, acima da média e muito acima da média. A partir do segundo ciclo de certificação, o desempenho de cada equipe será comparado com outras equipes e com a própria atuação no ciclo anterior permitindo uma análise ao longo do tempo considerando os esforços para a melhoria do acesso e do serviço prestado. A gestão municipal passa a receber, por repasse fundo a fundo, valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável de acordo com o desempenho (BRASIL, 2017).

1.6.3 Fase 3 - Recontratualização

A última fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2017).

1.6.4 Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento

O eixo transversal que deve perpassar por todas as fases é definido pelos seguintes elementos: autoavaliação da equipe de saúde; monitoramento a nível municipal, estadual e federal; educação permanente, por meio de ações dos gestores; apoio institucional, pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); e cooperação horizontal presencial e/ou virtual, entre equipe e gestores.

1.7 PMAQ em Sergipe

A avaliação externa do Programa foi assumida por Instituições de Ensino e Pesquisa lideradas pelas Universidades Federais Bahia, Pelotas, Piauí, Sergipe, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul e pela Fundação Oswaldo Cruz. Em Sergipe, a avaliação tem sido conduzida pela Universidade Federal de Sergipe desde o primeiro ciclo (CAVALCANTE FILHO, 2015).

Para a avaliação do segundo ciclo no estado, em 2013/2014, um grupo de seis professores dos Campi de Aracaju e Lagarto coordenou o processo de execução e avaliação externa. Foram selecionados estudantes da Universidade, a partir de análise de currículo, para compor o grupo de pesquisadores de campo. O grupo foi capacitado por cerca de dois dias em um hotel de Aracaju, e se dividiu em seis grupos que eram compostos por um professor

coordenador de campo, um supervisor de campo e três estudantes pesquisadores de campo. Cada pesquisador recebeu um tablet com o questionário validado nacionalmente (CAVALCANTE FILHO, 2015).

Dos 75 municípios sergipanos, 71 se inscreveram inicialmente para a avaliação, sendo 422 equipes de saúde da família inscritas. Contudo, quatro municípios não mantiveram a adesão, reduzindo assim para 383 equipes de saúde da família avaliadas em 67 municípios de Sergipe durante o segundo ciclo (CAVALCANTE FILHO, 2015).

O grupo levantou alguns pontos sobre a atuação da rede básica no estado enfatizando que o cenário ainda apresenta muitas dificuldades a serem enfrentadas, mas também alguns pontos positivos. Dentre as principais dificuldades destaca-se a pouca qualificação especializada dos profissionais, vínculos empregatícios precários e planejamentos de trabalho limitado. Por outro lado, o estado apresentou uma cobertura da estratégia de saúde da família superior a 90% e vem avançando em aspectos diretamente relacionados com a APS fortalecida, como a redução significativa da mortalidade infantil nos últimos anos (CAVALCANTE FILHO, 2015).

1.8 Pré-Natal e PMAQ

A Saúde da mulher é um dos indicadores estratégicos da Atenção Primária selecionado na fase de contratualização do PMAQ. Neste indicador, o programa avalia 6 (seis) pontos de desempenho e um de monitoramento, os pontos de desempenho são: 1. Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; 2. Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; 3. Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 4. Proporção de gestantes com o pré-natal em dia; 5. Proporção de gestantes com vacina em dia; 6. Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais, e o ponto de monitoramento é a proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2017).

Diversos estudos têm utilizado o PMAQ-AB como instrumento de avaliação da qualidade da assistência pré-natal se mostrando como um uma ferramenta útil para avaliar a maioria dos itens relativos à estrutura do pré-natal (JANSSEN, FONSECA e ALEXANDRE, 2016) além de trazer elementos que permitem avaliar o processo de trabalho de forma a objetivar a adequação da assistência oferecida (SODRÉ, 2015).

1.9 Cenário Atual e Desafios do PMAQ-AB

O PMAQ-AB está em fase avaliação de dados de seu terceiro ciclo e tem se consolidado como importante ferramenta de avaliação e de estímulo a melhorias nas Atenção Básica em todo país. Flôres et al trouxe que, na percepção dos gestores, o programa tem sido uma importante ferramenta de avaliação dos serviços em saúde, modificando efetivamente a gestão e assistência em saúde, assim como de motivação dos profissionais por meio do incentivo financeiro (FLÔRES, WEIGELT, *et al.*, 2018).

Outra característica importante é enquanto fonte de dados para a produção de conhecimento científico nas áreas de Atenção Primária à Saúde e Saúde Coletiva, de forma a avaliar as políticas públicas afim de garantir melhor financiamento e uso eficaz e eficiente das verbas públicas. Além de trazer os gestores e os profissionais a equipe como cogestores e participantes do processo de melhoria da atenção prestada pelas unidades de saúde, o programa também se valida da participação popular trazendo a opinião daqueles que usam o serviço a fim de demonstrar aspectos da organização do cuidado que precisam melhorar (FAUSTO, BOUSQUAT, *et al.*, 2017).

Estudos sobre experiências locais com o PMAQ demonstram que o programa tem atingido significativa adesão dos municípios, porém com pouca participação dos atores em etapas de construção e consolidação de elementos que visam melhoria do acesso e dos serviços prestados na atenção básica o que reduz a visão do programa para apenas uma via de financiamento ou de fiscalização (SAMPAIO, MORAES e MARCOLINO, 2016) apesar de ser uma importante ferramenta na gestão dos recurso destinados à saúde sendo, de fato, responsável pela melhora do desempenho dos indicadores da saúde (BARROS, ARAÚJO e DE HOLANDA, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, January 2009.
- BARROS, A.; ARAÚJO, Á.; DE HOLANDA, A. Qualidade dos serviços na estratégia saúde da família sob interferência do pmaq – ab: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, p. 712-7, Fev 2017. ISSN ISSN: 1981-8963.
- BRASIL, M. D. S. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília DF: [s.n.], 2000.
- BRASIL, M. D. S. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, M. D. S. **PORTARIA Nº 1.459 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL, M. D. S. **RESOLUÇÃO Nº 439**. Brasília: [s.n.], 2011.
- BRASIL, M. D. S. **Atenção ao pré-natal de baixo risco - Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL, M. D. S. **PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015 Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL, M. D. S. **Manual Instrutivo para as equipes de atenção Básica e NASF**. Brasília: [s.n.], 2017.
- CARVALHO, M. L. et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, p. p. 178-184, 2015.
- CAVALCANTE FILHO, J. B. **Olhares sobre a atenção básica em Sergipe**. São Cristóvão: Editora UFS, 2015.
- FAUSTO, M. et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? **J Ambul Care Manage**, v. 40, Apr/Jun 2017.
- FLÔRES, G. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, Jan-Mar 2018.

- FMS, B. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, p. 49:22, 2015.
- FRANÇA, E. B.; AL, E. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, p. 46-60, Maio 2017.
- GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. Avaliação em Atenção Básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo ministério da saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, 2008.
- HILL, Z.; KIRKWOOD, B. R.; EDMOND, K. **Family and community practices that promote child survival, growth and development**. Genebra: World Health Organization, v. I, 2004.
- JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, p. 140-152, Out-Dez 2016.
- JENERAL, R. B. R.; HOGA, L. A. K. A incerteza do futuro: a vivencia da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. p. 268-74, 2004.
- JORGE, H. et al. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Rev Bras Promoç Saúde**, p. 140-148, 2015.
- MACINKO, J.; STERFIELD, B.; SHI, J. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries. **Health Serv Res**, p. 38:831-65, 2003.
- NUNES, J. et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. **Cad. Saúde Pública**, p. 24(123):252-61., 2016.
- OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, p. 25-32, 1998.
- OYERINDE, K. Can antenatal care result in significant maternal mortality reduction in developing countrie? **J Community Med Health Educ**, 2013.
- PINTO, H. A.; DE SOUSA, A. N.; FERLA, A. A. The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: Faces of an innovative policy. **Saúde Debate**, Brasília, p. 358-372., 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS**, n. 2, 2012.

SAMPAIO, J.; MORAES, M. D.; MARCOLINO, E. PMAQ-AB: A experiência local para a qualificação do programa nacional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, p. 4318-28, Nov 2016. ISSN: 1981-8963.

SODRÉ, R. L. R. **Atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva)**. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2015.

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

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores. **Caderno de Saúde Pública**, 2017.

VIELLAS, E. et al. Prenatal care in Brazil. **Cad Saude Publica.**, 2014.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Caderno de Saúde Pública

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem

publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

METODOLOGIA QUALITATIVA

Artigos quantitativos

Resumo

Um resumo deve conter fundamentalmente os objetivos do estudo, uma descrição básica dos métodos empregados, os principais resultados e uma conclusão.

A não ser quando estritamente necessário, evite usar o espaço do resumo para apresentar informações genéricas sobre o estado-da-arte do conhecimento sobre o tema de estudo, estas devem estar inseridas na seção de Introdução do artigo.

Na descrição dos métodos, apresente o desenho de estudo e priorize a descrição de aspectos relacionados à população de estudo, informações básicas sobre aferição das variáveis de interesse central (questionários e instrumentos de aferição utilizados) e técnicas de análise empregadas.

A descrição dos resultados principais deve ser priorizada na elaboração do Resumo. Inclua os principais resultados quantitativos, com intervalos de confiança, mas seja seletivo, apresente apenas aqueles resultados essenciais relacionados diretamente ao objetivo principal do estudo.

Na conclusão evite jargões do tipo “mais pesquisas são necessárias sobre o tema”, “os resultados devem ser considerados com cautela” ou “os resultados deste estudo podem ser úteis para a elaboração de estratégias de prevenção”. No final do Resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.

Introdução

Na Introdução do artigo o autor deve, de forma clara e concisa, indicar o estado do conhecimento científico sobre o tema em estudo e quais as lacunas ainda existentes que justificam a realização desta investigação. Ou seja, descreva o que já se sabe sobre o assunto e por que essa investigação se justifica. É na Introdução que a pergunta de investigação deve ser claramente enunciada. É com base nessa pergunta que também se explicita o modelo teórico.

Para fundamentar suas afirmações é preciso escolher referências a serem citadas. Essas referências devem ser artigos originais ou revisões que investigaram diretamente o problema em questão. Evite fundamentar suas afirmações citando artigos que não investigaram diretamente o problema, mas que fazem referência a estudos que investigaram o tema empiricamente. Nesse caso, o artigo original que investigou diretamente o problema é que deve ser citado. O artigo não ficará melhor ou mais bem fundamentado com a inclusão de um número grande de referências. O número de referências deve ser apenas o suficiente para que o leitor conclua que são sólidas as bases teóricas que justificam a realização da investigação.

Se for necessário apresentar dados sobre o problema em estudo, escolha aqueles mais atuais, de preferência obtidos diretamente de fontes oficiais. Evite utilizar dados de estudos de caráter local, principalmente quando pretende-se apresentar informações sobre a magnitude do problema. Dê preferência a indicadores relativos (por exemplo, prevalências ou taxas de incidência) em detrimento de dados absolutos.

Não é o tamanho da Introdução que garante a sua adequação. Por sinal, uma seção de Introdução muito longa provavelmente inclui informações pouco relevantes para a compreensão do estado do conhecimento específico sobre o tema. Uma Introdução não deve rever todos os aspectos referentes ao tema em estudo, mas apenas os aspectos específicos que motivaram a realização da investigação. Da mesma forma, não há necessidade de apresentar todas as lacunas do conhecimento sobre o tema, mas apenas aquelas que você pretende abordar por meio de sua investigação.

Ao final da seção de Introdução apresente de forma sucinta e direta os objetivos da investigação. Sempre que possível utilize verbos no infinitivo, por exemplo, “descrever a prevalência”, “avaliar a associação”, “determinar o impacto”.

Métodos

A seção de Métodos deve descrever o que foi planejado e o que foi realizado com detalhes suficientes para permitir que os leitores compreendam os aspectos essenciais do estudo, para julgarem se os métodos foram adequados para fornecer respostas válidas e confiáveis e para avaliarem se eventuais desvios do plano original podem ter afetado a validade do estudo.

Inicie essa seção apresentando em detalhe os principais aspectos e características do desenho de estudo empregado. Por exemplo, se é um estudo de coorte, indique como esta coorte foi concebida e recrutada, características do grupo de pessoas que formam esta coorte, tempo de seguimento e status de exposição. Se o pesquisador realizar um estudo caso-controle, deve descrever a fonte de onde foram selecionados casos e controles, assim como as definições utilizadas para caracterizar indivíduos como casos ou controles. Em um estudo seccional, indique a população de onde a amostra foi obtida e o momento de realização do inquérito. Evite caracterizar o desenho de estudo utilizando apenas os termos “prospectivo” ou “retrospectivo”, pois não são suficientes para se obter uma definição acurada do desenho de estudo empregado.

No início dessa seção indique também se a investigação em questão é derivada de um estudo mais abrangente. Nesse caso, descreva sucintamente as características do estudo e, se existir, faça referência a uma publicação anterior na qual é possível encontrar maiores detalhes sobre o estudo.

Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento e coleta de dados. Esses são dados importantes para o leitor avaliar aspectos referentes à generalização dos resultados da investigação. Sugere-se indicar todas as datas relevantes, não apenas o tempo de seguimento. Por exemplo, podem existir datas diferentes para a determinação da exposição, a ocorrência do desfecho, início e fim do recrutamento, e começo e término do seguimento.

Descreva com detalhes aspectos referentes aos participantes do estudo. Em estudos de coorte apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Especifique também os procedimentos utilizados para o seguimento, se foram os mesmos para todos os participantes e quão completa foi a aferição das variáveis. Se for um estudo de coorte pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Em estudos caso-controle apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os critérios utilizados

para identificar, selecionar e definir casos e controles. Indique os motivos para a seleção desses tipos de casos e controles. Se for um estudo caso-controle pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso. Em estudos seccionais, apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.

Defina de forma clara e objetiva todas as variáveis avaliadas no estudo: desfechos, exposições, potenciais confundidores e modificadores de efeito. Deixe clara a relação entre modelo teórico e definição das variáveis. Sempre que necessário, apresente os critérios diagnósticos. Para cada variável, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos de aferição (mensuração) utilizados. Quando existir mais de um grupo de comparação, descreva se os métodos de aferição foram utilizados igualmente para ambos.

Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vieses. Nesse momento deve-se descrever se os autores implementaram algum tipo de controle de qualidade na coleta de dados, e se avaliaram a variabilidade das mensurações obtidas por diferentes entrevistadores/aferidores.

Explique com detalhes como o tamanho amostral foi determinado. Se a investigação em questão utiliza dados de um estudo maior, concebido para investigar outras questões, é necessário avaliar a adequação do tamanho da amostra efetivo para avaliar a questão em foco mediante, por exemplo, o cálculo do seu poder estatístico.

Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Indique se algum tipo de transformação (por exemplo, logarítmica) foi utilizada e por quê. Quando aplicável, descreva os critérios e motivos utilizados para categorizá-las.

Descreva todos os métodos estatísticos empregados, inclusive aqueles usados para controle de confundimento. Descreva minuciosamente as estratégias utilizadas no processo de seleção de variáveis para análise multivariada. Descreva os métodos usados para análise de subgrupos e interações. Se interações foram avaliadas, optou-se por avaliá-las na escala aditiva ou multiplicativa? Por quê? Explique como foram tratados os dados faltantes (“missing data”). Em estudos de coorte indique se houve perdas de seguimento, sua magnitude e como o problema foi abordado. Algum tipo de imputação de dados foi realizado? Em estudos caso-controle pareados informe como o pareamento foi considerado nas análises. Em estudos

seccionais, se indicado, descreva como a estratégia de amostragem foi considerada nas análises. Descreva se foi realizado algum tipo de análise de sensibilidade e os procedimentos utilizados.

Resultados

A seção de Resultados deve ser um relato factual do que foi encontrado, devendo estar livre de interpretações e ideias que refletem as opiniões e pontos de vista dos autores. Nessa seção deve-se apresentar aspectos relacionados ao recrutamento dos participantes, uma descrição da população do estudo e os principais resultados das análises realizadas.

Inicie descrevendo o número de participantes em cada etapa do estudo (exemplo: número de participantes potencialmente elegíveis, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). A seguir descreva os motivos para as perdas em cada etapa. Apresente essas informações separadamente para os diferentes grupos de comparação. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama mostrando o fluxo dos participantes nas diferentes etapas do estudo.

Descreva as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e informações sobre exposições e potenciais variáveis confundidoras. Nessas tabelas descritivas não é necessário apresentar resultados de testes estatísticos ou valores de p.

Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Se necessário, use uma tabela para apresentar esses dados.

Em estudos de coorte apresente os tempos total e médio (ou mediano) de seguimento. Também pode-se apresentar os tempos mínimo e máximo, ou os percentis da distribuição. Deve-se especificar o total de pessoas-anos de seguimento. Essas informações devem ser apresentadas separadamente para as diferentes categorias de exposição.

Em relação ao desfecho, apresente o número de eventos observados, assim como medidas de frequência com os respectivos intervalos de confiança (por exemplo, taxas de incidência ou incidências acumuladas em estudos de coorte ou prevalências em estudos seccionais). Em estudos caso-controle, apresente a distribuição de casos e controles em cada categoria de exposição (números absolutos e proporções).

No que tange aos resultados principais da investigação, apresente estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, com os seus respectivos intervalos de confiança. Quando estimativas ajustadas forem apresentadas, indique quais variáveis foram selecionadas para ajuste e quais critérios utilizou para selecioná-las.

Nas situações em que se procedeu a categorização de variáveis contínuas, informe os pontos de corte utilizados e os limites dos intervalos correspondentes a cada categoria. Também pode ser útil apresentar a média ou mediana de cada categoria.

Quando possível, considere apresentar tanto estimativas de risco relativo como diferenças de risco, sempre acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança.

Descreva outras análises que tenham sido realizadas (por exemplo, análises de subgrupos, avaliação de interação, análise de sensibilidade).

Dê preferência a intervalos de confiança em vez de valores de p . De qualquer forma, se valores de p forem apresentados (por exemplo, para avaliar tendências), apresente os valores observados (por exemplo, $p = 0,031$ e não apenas uma indicação se o valor está acima ou abaixo do ponto crítico utilizado (exemplo, $>$ ou $<$ que $0,05$). Lembre-se que valores de p serão sempre acima de zero, portanto, por mais baixo que ele seja, não apresente-o como zero ($p = 0,000$) e sim como menos do que um certo valor ($p < 0,001$).

Evite o uso excessivo de casas decimais.

Discussão

A seção de Discussão deve abordar as questões principais referentes à validade do estudo e o significado do estudo em termos de como seus resultados contribuem para uma melhor compreensão do problema em questão.

Inicie sintetizando os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo. Não deve-se reproduzir os dados já apresentados na seção de Resultados, apenas ajudar o leitor a recordar os principais resultados e como eles se relacionam com os objetivos da investigação.

Discuta as limitações do estudo, particularmente as fontes potenciais de viés ou imprecisão, discutindo a direção e magnitude destes potenciais vieses. Apresente argumentos

que auxiliem o leitor a julgar até que pontos esses potenciais vieses podem ou não afetar a credibilidade dos resultados do estudo.

O núcleo da seção de Discussão é a interpretação dos resultados do estudo. Interprete cautelosamente os resultados, considerando os objetivos, as limitações, a realização de análises múltiplas e de subgrupos, e as evidências científicas disponíveis. Nesse momento, deve-se confrontar os resultados do estudo com o modelo teórico descrito e com outros estudos similares, indicando como os resultados do estudo afetam o nível de evidência disponível atualmente.

3. ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da Atenção Pré-Natal na Rede Básica de Saúde em Sergipe - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Evaluation of Prenatal Care in the Basic Health Network in Sergipe - National Program for Improving Access and Quality of Primary Care

Evaluación de la Atención Pre-Natal en la Red Básica de Salud en Sergipe - Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica

Jéssica Santos de Oliveira¹, João Batista Cavalcante Filho¹

¹Universidade Federal de Sergipe

Título resumido: Avaliação da Atenção Pré-Natal na Rede Básica de Sergipe- PMAQ AB

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal, Atenção Primária à Saúde, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

Autores:

Jéssica Santos de Oliveira

Universidade Federal de Sergipe

Endereço: Rua Matilde Silva Lima, 550, B. Luzia, Aracaju – SE, 49045-083

Telefone: (79) 99836-8008

E-mail: jsoliveira93@gmail.com

Colaboração: participou da concepção do artigo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

João Batista Cavalcante Filho

Universidade Federal de Sergipe

Endereço: Av. José Vicente de Almeida, 150 - Aruana, Aracaju - SE, 49000-560

Telefone: (79) 99802-0505

E-mail: joaoaracaju27@hotmail.com

Colaboração: participou da concepção do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo descrever e avaliar a atenção pré-natal em Sergipe, considerando número de consultas, prescrição de sulfato ferroso, exame físico completo, orientações sobre pré-natal e puerpério e exames complementares, além de associá-los com dados sócio demográficos e também avaliar aspectos dos princípios da atenção básica como vínculo, continuidade e integralidade. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas a 140 mulheres que realizaram pré-natal em UBSs de 50 cidades de Sergipe nos últimos 2 anos, através do questionário de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ realizado em 2014. Durante o pré-natal, a 97,8% das mulheres foram prescrito sulfato ferroso, 65% refere ter realizado todos os exames complementares, 55,7% recebeu todas as orientações, 24,2% recebeu exame físico completo e 85,7% realizou mais de 6 consultas. As mulheres com mais de 34 anos, as com ensino médio completo e as que moram na capital tiveram melhores índices de adequação na maioria dos desfechos selecionados. Apenas 12% recebeu atenção pré-natal adequada considerando todos os desfechos. Em relação ao vínculo, integralidade e continuidade do cuidado 90,7% das mulheres eram chamadas pelo nome nas consultas, 57,5% disse que os profissionais as questionaram sobre outras questões da vida além do motivo da consulta, 33,8% participou de alguma ação educativa, 52% realizou consulta de puerpério e 52,9% recebeu informações sobre a maternidade que deveria procurar ao entrar em trabalho de parto. A qualidade da atenção pré-natal em Sergipe se mostrou inadequada, sendo necessário a elaboração de ações e políticas públicas visando melhorar os processos de trabalho da equipe, com financiamento suficiente e adequação do suporte técnico e estrutural.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal, Atenção Primária à Saúde, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to describe and evaluate prenatal care in Sergipe, considering number of visits, prescription of ferrous sulfate, complete physical examination, prenatal and puerperium guidelines and complementary exams, as well as associating them with socio-demographic data and also to evaluate aspects of basic care principles such as attachment, continuity and completeness. The data were obtained from interviews with 140 women who underwent antenatal care at UBSs in 50 cities of Sergipe in the last 2 years, through the external evaluation questionnaire of the second PMAQ cycle in 2014. During prenatal care, the 97.8% of the women were prescribed ferrous sulfate, 65% reported having performed all complementary tests, 55.7% received all guidelines, 24.2% received complete physical examination and 85.7% performed more than 6 visits. Women over 34, those with full secondary education and those living in the capital had better adequacy indices in most of the selected outcomes. Only 12% received adequate prenatal care considering all outcomes. Regarding the attachment, completeness and continuity of care, 90.7% of the women were called by name in the appointment, 57.5% said that the professionals questioned them about other life issues besides the reason for the appointment, 33.8% participated in some educational action, 52% performed a puerperium appointment and 52.9% received information about the maternity that they should look for when going into labor. The quality of prenatal care in Sergipe was inadequate, and it is necessary to elaborate actions and public policies aimed at improving the team's work processes, with sufficient funding and adequacy of technical and structural support.

Key words: Prenatal Care, Primary Health Care, Quality Assurance, Health Care

RESUMEN

Este trabajo tiene por objetivo describir y evaluar la atención prenatal en Sergipe, considerando número de consultas, prescripción de sulfato ferroso, examen físico completo, orientaciones sobre prenatal y puerperio y exámenes complementarios, además de asociarlos con datos socio demográficos y también evaluar aspectos de los principios de la atención básica como vínculo, continuidad e integralidad. Los datos fueron obtenidos a partir de entrevistas a 140 mujeres que realizaron prenatal en UBSs de 50 ciudades de Sergipe en los últimos 2 años, a través del cuestionario de evaluación externa del segundo ciclo del PMAQ realizado en 2014. Durante el prenatal, a el 97% de las mujeres les fueron prescritas sulfato ferroso, el 65% refiere haber realizado todos los exámenes complementarios, el 55,7% recibió todas las orientaciones, el 24,2% recibió un examen físico completo y el 85,7% realizó más de 6 consultas. Las mujeres con más de 34 años, las con escolaridad completa y las que viven en la capital tuvieron mejores índices de adecuación en la mayoría de los resultados seleccionados. Sólo el 12% recibió atención prenatal adecuada considerando todos los resultados. En cuanto al vínculo, integralidad y continuidad del cuidado el 90,7% de las mujeres eran llamadas por el nombre en las consultas, el 57,5% dijo que los profesionales las cuestionaron sobre otras cuestiones de la vida además del motivo de la consulta, el 33,8% una acción educativa, el 52% realizó consulta de puerperio y el 52,9% recibió informaciones sobre la maternidad que debía buscar al entrar en trabajo de parto. La calidad de la atención prenatal en Sergipe se mostró insuficiente, siendo necesario la elaboración de acciones y políticas públicas para mejorar los procesos de trabajo del equipo, con financiamiento suficiente y adecuación del soporte técnico y estructural.

Palavras clave: Atención Prenatal, Atención Primaria de Salud, Garantía de la Calidad de Atención de Salud

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase que envolve mudanças fisiológicas com repercussões importantes no sistema orgânico, psicológico e social da mulher [1], a atenção pré-natal objetiva garantir o desenvolvimento da gestação, assegurando a saúde materna, de forma a permitir o bom desenvolvimento fetal, o que resultará no nascimento de uma criança saudável. Inclui-se nesse processo a abordagem de aspectos biopsicossociais, garantindo o cuidado integral que deve ser somado a atividades preventivas e educativas [2] [3].

A adequação da atenção pré-natal está relacionada como fator protetor do risco de óbito fetal com influência direta na redução da prevalência da prematuridade e do baixo peso fetal [4] além de evitar complicações e favorecer o prognóstico materno [5]. Apesar de em 2015 o índice de mortalidade infantil ter atingido a meta do *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* da ONU, os níveis ainda são considerados altos e mantém diferenças em taxas em relação a regiões do Brasil, cor e escolaridade evidenciando as desigualdades ainda persistentes em nosso país, além da estagnação das taxas de mortalidade materna [6] [7] [8].

Nos últimos anos, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) o Ministério da Saúde tem assumido cada vez mais a promoção da maternidade segura como um de seus compromissos [9]. A mais recente estratégia do Ministério da Saúde para reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil e qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País foi instituir a Rede Cegonha [10]. O programa prioriza a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada para o Sistema de Saúde com o objetivo de garantir a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto [11].

A cobertura pré-natal teve um aumento expressivo nos últimos anos atingindo patamares próximos a 100% em muitas cidades brasileiras [12]. Contudo, estudos ainda evidenciam um baixo nível de adequação do atendimento com exame físico deficiente, poucas orientações dadas e não realização de exames essenciais para evitar prematuridade e outras complicações fetais e maternas [13] [14].

Tal situação está associada aos entraves na consolidação da PNAB (Política Nacional da Atenção Básica) em consequência das dificuldades em fortalecer a Atenção Básica no Brasil. Os principais pontos e demandas discutidos como fatores causais giram em torno de financiamento insuficiente, estrutura inadequada, necessidade de profissionais mais preparados

entre outros problemas que dificultam a consolidação do programa de atenção primária à saúde no país e conseqüentemente de assistência pré-natal mais adequada [15].

Diante de tal situação, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pela portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e reformulada pela portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. O PMAQ-AB surgiu com o objetivo de fortalecer as ações voltadas à Atenção Básica de Saúde com maior transparência e efetividade, visando ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços. A principal estratégia do programa é tornar os profissionais das equipes e gestores, em todos os níveis, corresponsáveis pelos avanços a partir de incentivos financeiros progressivos às adequações e melhorias dos serviços prestados à comunidade, incluindo a atenção pré-natal [16] [17] [18] [19].

O PMAQ-AB está em fase de avaliação dos dados de seu terceiro ciclo(2017-2018) e tem se consolidado como importante ferramenta de avaliação e de estímulo a melhorias na Atenção Básica em todo país [20]. Outra característica importante é enquanto fonte de dados para a produção de conhecimento científico nas áreas de Atenção Primária à Saúde e Saúde Coletiva, de forma a avaliar as políticas públicas afim de permitir melhor financiamento e uso eficaz e eficiente das verbas públicas [21].

Este trabalho tem por objetivo descrever e avaliar a atenção pré-natal em Sergipe, a partir de dados obtidos por respostas das usuárias das unidades básicas de saúde do estado, no módulo 3 da avaliação externa do PMAQ-AB, ao que tange ao número de consultas, realização de exame físico, orientações recebidas, prescrição de sulfato ferroso e exames complementares realizados. Além de traçar o perfil sócio demográfico dessas mulheres e analisar princípios da atenção básica nas consultas como vínculo, continuidade e integralidade, a fim de obter dados que possam guiar o planejamento desta política pública de saúde no estado.

METODOLOGIA

A avaliação da Atenção Pré-Natal na Rede Básica de Sergipe foi feita a partir de dados do banco nacional do PMAQ AB. Os dados foram parte da avaliação externa do segundo ciclo do programa, liderada pela Universidade Federal de Sergipe. A coleta envolveu 18 entrevistadores, 6 supervisores e 6 professores coordenadores, todos vinculados à Universidade, no ano de 2014, em cerca de 383 Unidades Básicas de Saúde(UBS) em 67 municípios do Estado [22].

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos a partir do terceiro módulo da fase de avaliação externa, que consiste no momento de entrevista ao usuário na UBS. Os entrevistadores utilizaram um questionário eletrônico disponibilizado em tablets com envio automático ao Ministério da Saúde, que através do Departamento de Atenção Básica fez a análise de consistência do banco de dados. O mesmo questionário foi aplicado por 41 instituições de ensino e pesquisa lideradas pelas Universidades Federais da Bahia, Pelotas, Piauí, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul e a Fundação Oswaldo Cruz.

As mulheres incluídas neste estudo foram as que responderam afirmativamente a todos os três seguintes questionamentos: *(1) A senhora já ficou grávida alguma vez? (2) A criança tem até dois anos(24 meses)? (3) Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal nesta unidade de saúde?*

Inicialmente foi realizada uma avaliação do perfil sócio econômico dessas mulheres analisando a cor, entre brancas e não brancas (Preta/ Parda/ Mestiça/ Indígena/ Outras); a idade, em três agrupamentos entre 16 e 20 anos, 21 e 34 anos e maiores de 35 anos; escolaridade em, não alfabetizada, alfabetizada (sabe ler e escrever), Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo, Pós-graduação; se a mulher realiza atividade trabalhista remunerada ou não e o valor (em número de salários mínimos) recebido no último mês; e a cidade que a mulher mora, entre capital e interior.

Os desfechos da avaliação do Pré-Natal na Atenção Básica foram selecionados a partir de alguns elementos preconizados pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica do Pré-Natal de Baixo Risco [2] e que fizeram parte do questionário do programa. São eles: número de consultas realizadas; exame físico completo, utilizando cinco parâmetros mínimos que são: medição da altura uterina, aferição da pressão arterial, exame da cavidade oral, exame das mamas e exame preventivo de câncer do colo do útero (citologia oncótica); orientações sobre o pré-natal e o puerpério, questionando-as se receberam orientações sobre: alimentação e ganho de peso, amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses, os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo), a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo; exames complementares realizados (exame de urina, exame de glicemia em jejum, exame de HIV/AIDS, exame de sífilis e exame de ultrassonografia) e prescrição de sulfato ferroso.

Foram consideradas como tendo recebido atenção pré-natal adequada as mulheres que realizaram 6 ou mais consultas, teve o exame físico completo com os cinco parâmetros selecionados, receberam todas as orientações sobre o pré-natal e o puerpério, realizou todos os exames complementares e lhe foi prescrito sulfato ferroso.

Os cinco desfechos selecionados e a adequação de todos eles foram associados com três variáveis sócio demográficas, são elas: idade, nos três grupos selecionados pela pesquisa; escolaridade, os grupos foram redefinidos em 3 para garantir um n adequado, as entrevistadas alfabetizadas e que não completaram o ensino fundamental formam o grupo ensino fundamental incompleto, as que afirmaram ter concluído o ensino fundamental e as que não concluíram o ensino médio ficaram no grupo definido como ensino fundamental completo, enquanto que as mulheres que completaram o ensino médio, as que estão na graduação e pós graduação foram alocadas para o grupo das que concluíram o ensino médio; a última variável sócio demográfica selecionada foi a cidade da entrevistada, dividida entre capital e interior.

Ainda dentro da avaliação do cuidado pré-natal, analisamos o vínculo, a continuidade do cuidado e a atenção integral, princípios da atenção básica, que os profissionais da equipe construíram com as gestantes ao questioná-las se os profissionais perguntavam sobre questões além das queixas como atividade física, lazer, violência, entre outros; se era chamada pelo nome; se a mulher participou de grupo e/ou atividade educativa; se recebeu referenciamento da maternidade na qual o parto seria realizado; e se realizou consulta de puerpério, que são pontos também recomendados pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal.

Os dados foram analisados de forma descritiva de prevalência das variáveis sócio demográficas, dos desfechos selecionados e dos pontos envolvendo os princípios da AB. As associações das variáveis sócio demográficas e dos desfechos foram realizadas a partir do teste qui quadrado e teste G com tabela de contigência. O pacote de dados utilizado foi o BioEstat versão 5.3

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe com o número do parecer: 2.537.638 de 12 de março de 2018, todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESULTADOS

O segundo ciclo do PMAQ em Sergipe entrevistou 1553 pessoas em 67 municípios, destas 1299 eram do sexo feminino. Sendo que 1153 (88,7%) afirmaram ter ficado grávida em algum momento de suas vidas, 161 tinham pelo menos um filho de até dois anos (24 meses), e 141 (87,5%) fizeram pré-natal na Unidade Básica de Saúde onde estavam sendo entrevistadas. Essas 140 mulheres foram incluídas no presente artigo e tiveram suas respostas analisadas.

Dessas mulheres, a maioria, 64,3%, se encontrava na faixa etária entre 21 e 34 anos de idade, 15%, com mais de 34 anos e 20,7% entre 16 e 20 anos. Dentre as mulheres que responderam o questionamento sobre a cor, a grande maioria, 85,8%, se auto-declarou como não branca (preta, parda, mestiça, indígena ou outra). 69,2% das mulheres entrevistadas não completaram o ensino médio, sendo que 36,4% não completou nem mesmo o ensino fundamental. Apenas 17,9% delas afirmaram ter alguma atividade trabalhista remunerada, sendo que todas que souberam responder o valor afirmaram que o valor recebido foi no máximo 3 salários mínimos. A maioria, 83,6%, das mulheres mora no interior do estado (Tabela 1).

Dos desfechos selecionados, o que teve melhor cobertura entre as mulheres entrevistadas foi a prescrição de Sulfato ferroso, como 97,8%. Em relação aos exames complementares, mais de 90% das mulheres referiram ter realizado exames como Ultrassonografia, exame de HIV/AIDS e de Urina, porém apenas 65% realizaram todos os exames. Apenas 24% das mulheres afirmaram ter recebido um exame físico completo durante o acompanhamento pré-natal, o único exame que todas referiram ter recebido foi a aferição da pressão arterial e o exame preventivo foi o que menos mulheres receberam, apenas 42,1%. Das orientações do pré-natal e puerpério, o aleitamento exclusivo por seis meses foi a mais recebida pelas mulheres entrevistadas, já a importância do exame preventivo do colo do útero e a indicação de quando fazer o próximo foi a menos recebida, apenas 55,7% das mulheres receberam todas as orientações (Figura 1). Considerando todos estes cinco desfechos, apenas 17 mulheres, o que corresponde a 12%, tiveram uma atenção pré-natal adequada.

Ao associar os dados selecionados dos desfechos do pré-natal com a idade, escolaridade e cidade da usuária observa-se que em praticamente todos os cenários as mulheres com mais de 34 anos tiveram melhor acesso aos serviços e as mulheres com idade entre 16 e 20 os piores. As mulheres com mais escolaridade tiveram melhor acesso aos exames complementares ($p=0,0302$) e as mulheres moradoras na capital de Sergipe tiveram uma taxa de adequação superior, ao analisar o acesso a todos os desfechos em conjunto, que as mulheres que moram no interior do estado, com $p=0,0096$ (Tabela 2)

Ao avaliar os princípios da AB, vínculo, integralidade e continuidade, entre os profissionais da unidade e as usuárias, 90,7% afirmaram que eram chamadas pelo nome. Já ao serem questionadas se além da queixa os profissionais perguntavam sobre outras questões da vida como alimentação, lazer, problemas com álcool, drogas, violência, apenas 57,5% afirmaram sempre ou quase sempre. Também avaliamos outros pontos do pré-natal, preconizados pelo MS, porém que não foram incluídos como elementos de adequação, mas refletem a atenção integral e vínculo, observamos que 33,8% participaram de algum grupo e/ou atividade educativa promovida pela UBS; 47,1% não recebeu orientação sobre qual seria sua maternidade de referência e apenas 48% realizou consulta de puerpério (Figura 2).

DISCUSSÃO

O estudo trouxe um cenário preocupante, em que apenas 12% das mulheres referiram ter uma atenção pré-natal adequada de acordo com os parâmetros analisados, número inferior à média nacional, observada em estudo semelhante realizado em 2017 no qual 15% das mulheres tiveram atenção pré-natal de qualidade [14].

Dos desfechos analisados o que teve melhor índice foi a prescrição de sulfato, 97,8% das mulheres afirmaram que o medicamento lhes foi prescrito. A anemia ferropriva ocorre com prevalência de cerca de 30% das gestantes e a prescrição da dose profilática do sulfato ferroso tem mostrado melhora significativa desse quadro. Desde 2002 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro com recomendações expressas sobre a importância do medicamento o que está associado à importante taxa de prescrição por parte dos profissionais da Rede Básica [23] [24].

Menos de um quarto das mulheres referiram ter recebido exame físico completo em suas consultas de pré-natal, o único exame realizado em todas as mulheres foi a aferição da pressão arterial, os exames que menos mulheres tiveram acesso foram o exame preventivo de câncer de colo do útero e o exame da cavidade oral. Possíveis deficiências estruturais podem estar relacionadas com os baixos índices, como falta de serviço odontológico de referência para a unidade e falta de perneiras, luvas e foco para a realização do exame ginecológico.

Já em relação às orientações sobre o pré-natal e o puerpério, pouco mais de 55% das mulheres receberam todas as orientações, sendo que a orientação sobre a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero e quando deve fazer o próximo foi a menos recebida. O baixo índice de orientações dadas às gestantes é unicamente dependente da atitude dos profissionais e pode estar relacionado com deficiências na formação dos profissionais e/ou a

um ritmo de trabalho que não permita ao profissional investir tempo suficiente com instruções e orientações.

Apesar de estudos comprovarem a importância da realização do exame de prevenção de câncer do colo do útero e de como a sua realização no pré-natal está associada com identificação precoce e melhor prognóstico [25] [26], ainda se mostrou com os piores índices tanto em realização do exame como até mesmo orientação para as mulheres.

Mais de 85% das mulheres referiram ter realizado mais de 6 consultas pré-natais durante a última gestação, apesar não ser consenso entre os programas internacionais, o número é tido como referência pelo ministério da saúde e está fortemente associado com melhor adequação do pré-natal, assim como a captação precoce no primeiro trimestre, por permitir que sejam realizados todos exames complementares e feitas todas as orientações em tempo hábil, de forma a garantir o cuidado continuado e identificar qualquer situação de anormalidade que possa requerer abordagem especializada o quanto antes [2].

Os exames complementares tiveram um índice de 65%, maior que os exames físicos e as orientações, evidenciando que as dificuldades financeiras de acesso talvez não seja o maior entrave da qualificação da atenção pré-natal em Sergipe. Dos exames complementares, a glicemia em jejum e o VDRL foram os únicos que menos de 90% das mulheres responderam ter realizado.

Ao associar os desfechos com as variáveis sócio demográficas observou-se que a gestantes consideradas adolescentes (16 a 20 anos) tiveram as piores taxas de adequação enquanto que as gestantes consideradas idosas (35 anos ou mais) tiveram as melhores. Este fato foi observado em outros estudos e evidencia um fator complicador, tendo em vista que este grupo apresenta maior risco tanto para gestante quanto para o bebê [14] [27] [28]. Além disso as mulheres com mais idade podem ter tido contato com os cuidados do pré-natal em gestações prévias e podem se lembrar melhor das recomendações que as mais jovens.

As mulheres com mais escolaridade tiveram melhores índices, considerando as variáveis de cada desfecho selecionado, assim como as mulheres que moram na capital em relação às que moram no interior, como já demonstrou Maranhão, 2012 ao analisar a mortalidade infantil na década passada [7]. Estes fatos evidenciam importante inequidade de acesso a serviços de saúde por essas mulheres relacionado a fatores sociais de escolaridade e mostra a persistência da desigualdade entre capital e interior em Sergipe.

Dentre os princípios que regem a Atenção Básica destacam-se o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado com os usuários [29] ao avaliar tais princípios levou-se em consideração a noção de acolhimento, capacidade de escuta e comunicação, destacando a atuação dos profissionais de saúde baseada na humanização do cuidado dentro do aspecto da qualificação do atenção pré-natal [30].

Observou-se que nem todas as mulheres eram chamadas pelo nome nas consultas, indicando grave falha na construção de vínculo entre os profissionais e as gestantes. Menos de 60% das mulheres entrevistadas participou de algum grupo ou atividade educativa referente ao cuidado pré-natal e do puerpério, ação estimulada pelo ministério da saúde [2] com grande potencial de permitir abordagem integral, mas ainda não totalmente incorporada na rotina de trabalho dos profissionais. Somente cerca de um terço das mulheres receberam informações sobre qual maternidade deveria procurar quando entrasse em trabalho de parto, apesar de previsto por lei desde 2007 [31], e pouco mais da metade refere ter realizado consulta puerperal, demonstrando deficiência na continuidade do cuidado ofertado.

Estes dados apontam que a baixa adequação da atenção pré-natal não está relacionada somente a limitações biologicistas ou dificuldades ao acesso a exames e materiais, mas também perpassa por uma construção de vínculo fragilizada, com ações de continuidade e integralidade do cuidado ainda deficitárias.

O estudo foi realizado a partir de respostas de usuárias de Unidades Básicas de Saúde do Estado de Sergipe que tiveram filho nos dois últimos anos em relação a data da entrevista. A principal limitação do estudo se deve ao fato de que as usuárias entrevistadas se encontravam nas unidades, ou seja, eram mulheres que tinham acesso ao serviço de forma mais frequente, além de estarem passíveis a lembrança ou não da precisão dos dados. Também é importante ressaltar que a equipe gestora da UBS era informada previamente acerca da visita e isso poderia provocar um processo de “maquiagem” do cenário, o que levaria a gerar dados superestimados, o que deixaria o resultado mais preocupante, tendo em vista os baixos índices encontrados. Para estabelecimento dos índices e padrões foram utilizadas recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde, com a restrição de estarem presentes no formulário desenvolvido para o Programa. A pesquisa ocorreu apenas em Unidades de atenção primária à saúde não sendo possível comparar com outros serviços nos demais níveis de atenção.

Mesmo diante deste cenário, os dados obtidos se assemelharam a outros estudos sobre o tema a nível nacional e em outros estados da federação [12] [14] [32] [33], o que reforça a

necessidade de prosseguir com o estudo do tema, buscando associar com mais pesquisas e trazendo novas estratégias e ações, com o intuito de produzir alternativas para a melhoria da atenção e construir políticas públicas de saúde sólidas que venham a melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde na rede básica melhorando os processos de trabalho da equipe, com financiamento suficiente e adequação do suporte técnico e estrutural.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Perfil sócio demográfico das mulheres com pelo menos um filho de até dois anos e que realizaram pré-natal nas UBSs estudadas. PMAQ, Sergipe, 2014.

Variável sócio demográfica	n	%
Cor [n=127]		
Branca	18	14,2
Preta/Parda/Mestiça/Indígena/Outras	109	85,8
Idade (anos) [n=140]		
16-20	29	20,7
21-34	90	64,3
>34	21	15
Escolaridade [n=140]		
É alfabetizado (sabe ler e escrever)	1	0,7
Ensino fundamental incompleto	50	35,7
Ensino fundamental completo	17	12,1
Ensino médio incompleto	29	20,7
Ensino médio completo	35	25
Ensino superior incompleto	1	0,7
Ensino superior completo	6	4,2
Pós-graduação	1	0,7
A senhora trabalha? [n=140]		
Sim	25	17,9
Não	115	82,1
Qual o Valor recebido no último mês? [n=17]		
Menos de 1 salário mínimo	6	35,3
De 1 a 3 salários mínimos	11	64,7
Cidade [140]		
Interior	117	83,6
Capital	23	16,6

Figura 1. Prevalência dos desfechos selecionados para a avaliação do pré-natal entre mulheres com filhos de até 2 anos que fizeram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde em Sergipe. PMAQ-AB, Sergipe, 2014

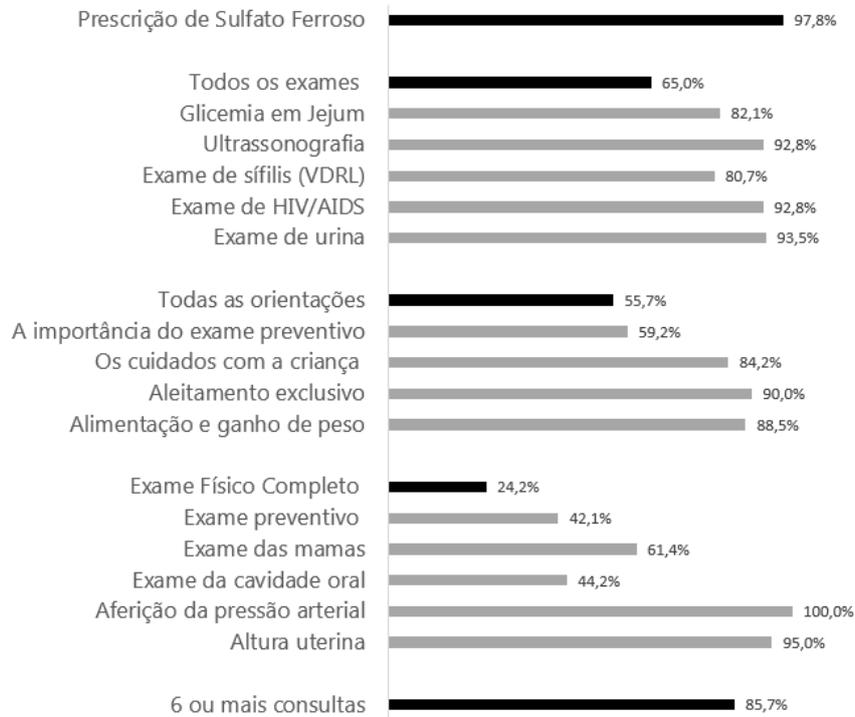


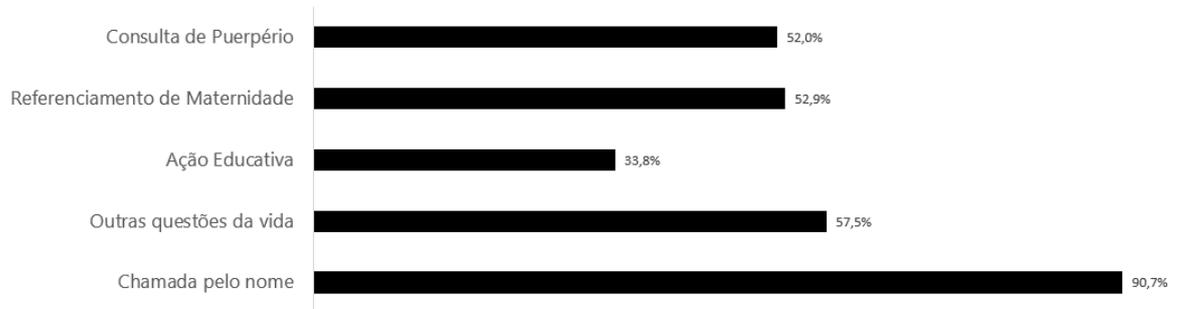
Tabela 2. Distribuição de cada desfecho estudado e a adequação da qualidade pré-natal em relação a idade, escolaridade e cidade da entrevistada. PMAQ-AB, Sergipe, 2014.

Variável sócio demográfica	Exame Físico n (%)	Orientações n (%)	Sulfato Ferroso n (%)	Mais de 6 Consultas n (%)	Exames Complementares n (%)	Adequado n (%)
Idade	<i>p=0,2528**</i>	<i>p=0,1029*</i>	<i>p=0,4125**</i>	<i>p=0,7547**</i>	<i>p=0,7776*</i>	<i>p=0,2085**</i>
16-20	4(13,8)	12(41,3)	29 (100)	23(79,3)	18(62)	2(6,8)
21-34	23(25,5)	51(56,6)	88 (97)	67(74,4)	58(64,4)	10(11,1)
> 34	7 (33,3)	15(71,4)	20(95,5)	17(80,9)	15(71,4)	5(23,8)
Escolaridade	<i>p=0,6081*</i>	<i>p=0,6477*</i>	<i>p=0,9938**</i>	<i>p=0,8844*</i>	<i>p=0,0302*</i>	<i>p=0,6529*</i>
Ensino Fundamental incompleto	10(19,6)	26(51)	50(98)	44(86,3)	26(51)	6(11,7)
Ensino Fundamental completo	12(26)	26(56,5)	45(97,8)	39(84,7)	33(71,7)	8(17,4)
Ensino Médio Completo	12(27,9)	26(60,4)	42(97,7)	38(88,3)	32(74,4)	5(11,6)
Cidade	<i>p=0,0373*</i>	<i>p=0,7569*</i>	<i>p=0,991**</i>	<i>p=0,0681*</i>	<i>p=0,4583*</i>	<i>p=0,0096*</i>
Capital	10(43,4)	14(58,3)	22(95,6)	14(60,8)	17(73,9)	7(30,4)
Interior	24(20,5)	64(54,7)	115(98,2)	93(79,4)	74(63,2)	10(8,5)

* Teste Qui Quadrado

** Teste G – Tabela de contingência

Figura 2. Prevalência de ações que envolvem vínculo, integralidade e continuidade do cuidado na atenção pré-natal em Sergipe. PMAQ-AB, Sergipe, 2014.



FONTE DE FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSE

Declaro não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Jeneral, R. B. R.; Hoga, L. A. K. A incerteza do futuro: a vivencia da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. p. 268-74, 2004.
2. Brasil, M. D. S. Atenção ao pré-natal de baixo risco - Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Hill, Z.; Kirkwood, B. R.; Edmond, K. Family and community practices that promote child survival, growth and development. Genebra: World Health Organization, v. I, 2004.
4. FMS, B. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública, p. 49:22, 2015.
5. Carvalho, m. L. Et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar, p. p. 178-184, 2015.
6. França, e. B.; al, e. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev Bras Epidemiol, v. 20, p. 46-60, Maio 2017.
7. Maranhão, a. G. K. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL, M. D. S. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Departamento de Análise de Situação de Saúde., v. 1, 2012. p. 163-182.
8. Victora, C. Et Al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet, p. 863-76, 2011.
9. Cruz, E. A. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-Natal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, p. 87-94, 2014.
10. Martinelli, K. Et Al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

11. Brasil, M. D. S. PORTARIA Nº 1.459 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
12. Viellas, E. et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saude Publica.*, 2014.
13. Nunes, J. et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. *Cad. Saúde Pública*, p. 24(123):252–61., 2016.
14. Tomasi, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores. *Caderno de Saúde Pública*, 2017.
15. Pinto, H. A.; De Sousa, A. N.; Ferla, A. A. The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: Faces of an innovative policy. *Saúde Debate*, Brasília, p. 358–372., 2014.
16. Brasil, M. D. S. RESOLUÇÃO Nº 439. Brasília: [s.n.], 2011.
17. Brasil, M. D. S. PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015 Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
18. Brasil, m. D. S. Manual Instrutivo para as equipes de atenção Básica e NASF. Brasília: [s.n.], 2017.
19. Pinto, H. A.; Sousa, A.; Florêncio, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS*, n. 2, 2012.
20. Flôres, G. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ. *SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, Jan-Mar 2018.
21. Fausto, M. et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? *J Ambul Care Manage*, v. 40, Apr/Jun 2017.
22. Cavalcante Filho, J. B. Olhares sobre a atenção básica em Sergipe. São Cristóvão: Editora UFS, 2015.

23. Brasil, M. D. S. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): MS, 2012.
24. Reveiz, L. et al. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011. ISSN 10:CD003094.
25. Yassoyama, M. C. B. M.; Salomão, M. L. M.; Vicentini, M. E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). *Arq Ciênc Saúde, Fernandópolis-SP*, v. 12, n. 4, p. 172-176., out-dez 2005.
26. Santos, L. A. D.; Leão, G. D. M. Percepção da cliente gestante sobre o exame preventivo de câncer cérvico-uterino. *Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 713, jan-fev 2011.
27. Gama, S. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000., *Cad Saúde Pública*, v. 20, 2004.
28. Viellas, E. et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 443-454, 2012.
29. Brasil, M. D. S. Política Nacional de Atenção Básica - Série Pactos pela Saúde. [S.l.]: Ministério da Saúde, v. 4, 2006.
30. Silva, M. Z. N.; Andrade, A. B.; Bosi, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out-Dez 2014.
31. Brasil. Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007 - Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2007.
32. Janssen, M.; Fonseca, S. C.; Alexandre, G. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, p. 140-152, Out-Dez 2016.

33. Sodré, R. L. R. Atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2015.