

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados, a seguir, sob a forma de dois manuscritos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A fim de responder o primeiro objetivo do estudo foi elaborado um manuscrito intitulado “**Análise estrutural da atenção pré-natal na rede básica do Estado da Bahia**” O manuscrito será submetido para publicação na Revista Brasileira Materno Infantil.

Para contemplar o segundo objetivo da dissertação foi elaborado o segundo manuscrito intitulado: “**Fatores associados à adequação do pré-natal no âmbito da Atenção Básica**” O manuscrito será encaminhado para publicação nos Cadernos de Saúde Pública.

5.1. MANUSCRITO 1

Análise estrutural da atenção pré-natal na rede básica do Estado da Bahia**Structural analysis of prenatal care in the basic network of Bahia State**

Resumo

Objetivou-se analisar a disponibilidade de recursos materiais e humanos necessários à prestação da assistência pré-natal no Estado da Bahia. Para isso foi utilizado os dados da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, ocorrida em 2012-2013. Das 3.604 estruturas baianas avaliadas, 30,2% (n=1.088) enquadram-se como posto de saúde, 57,6% (n=2.077) Unidade Básica de Saúde, 12% (n=44) posto avançado e 10,8% (n=388) de outra modalidade. Ao analisar a estrutura dos estabelecimentos da rede básica, foi evidenciado a insuficiência do suporte estrutural completo comprometendo diretamente ao acompanhamento pré-natal, a exemplo da disparidade de disponibilidade, de vacinas, medicações básicas e testes rápidos. Por outro lado, houve a suficiência de profissionais disponíveis, em turnos e carga horária preconizada. Tais achados podem resultar numa descontinuidade ou inadequação da atenção à saúde, mostrando que a alocação de recursos financeiros precisa considerar tais falhas, afim de que a Atenção Básica à Saúde seja reconhecida de acordo com sua importância, como sustentáculo do sistema com um grande potencial.

Palavras-Chave: Estrutura dos Serviços; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher

Abstract

The objective was to analyze the availability of material and human resources needed to provide prenatal care in the State of Bahia. To do so, data from the first cycle of external evaluation of the Program for Access and Quality of Basic Care Improvement was used, which took place in 2012-2013. Of the 3,604 structures evaluated, 30.2% (n = 1,088) were classified as health posts, 57.6% (n = 2077) Basic Health Unit, 12% (n = 44) advanced post and 10.8 % (N = 388) of another modality. When analyzing the structure of the establishments of the basic network, it was evidenced the insufficiency of the complete structural support directly committing to the prenatal follow-up, such as availability disparity, of vaccines, basic medications and rapid tests. On the other hand, there was a sufficiency of available professionals, in shifts and recommended workload. Such findings may result in a discontinuity or inadequacy of prenatal care, showing that the allocation of financial resources needs to consider such failures, so that ABS is recognized according to its importance, as a support of the system with great potential.

Keywords: Service Structure; Primary Health Care; Women's Health

Introdução

A mortalidade materna se insere em um contexto de saúde reprodutiva e de direitos sexuais, considerada um parâmetro de desenvolvimento social, tornando sua redução uma prioridade global, reafirmada como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), entre os anos de 2016-2030. Apesar do progresso obtido, em 2015, a mortalidade materna permaneceu elevada, expondo a acessibilidade desigual aos serviços e a inadequação da atenção prestada, que se mantém como uma das grandes adversidades a saúde da mulher em todo mundo⁽¹⁾.

Vê-se portanto, que o fortalecimento da qualidade dessa atenção deve ser imprescindível para resultar em melhores desfechos maternos e perinatais, visto que, o combate à mortalidade materna mantém no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional, compondo a sucessão dos ODM⁽¹⁻³⁾. No Brasil, a assistência ao pré-natal integra a atuação da atenção básica à saúde (ABS), compondo-se o sustentáculo, cujas práticas são norteadas pelos pilares da promoção da saúde da mulher, prevenção e tratamento de agravos, e redução de complicações, em particular, neste ciclo vital⁽⁴⁾.

Considera-se que, mesmo com aumento da cobertura deste programa, desde sua criação, a literatura destaca, fatores que comprometem a baixa qualidade da atenção pré-natal no país, como a não realização dos exames laboratoriais de rotina e dos procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas, e a insuficiência de recursos inerentes ao pré-natal⁽⁵⁻⁷⁾.

Para além de ampliar quantitativamente os cenários de atenção à saúde, atualmente acompanha-se o interesse pela qualificação dos serviços de saúde, em especial na ABS. Logo, para garantir que certos padrões de qualidade sejam alcançados faz-se necessário que a rede de ABS conte com recursos financeiros, físicos, materiais e humanos suficientes e adequados, e que atendam ao objetivo de um bom desempenho no trabalho e a resultados satisfatórios quando se refere ao perfil epidemiológico da população assistida^(8,9).

Paralelamente, novos desafios são elencados para acompanhar as constantes mudanças no perfil epidemiológico, político e cultural de uma nação, onde a busca pela qualidade das ações de saúde deve se tornar prioridade para que as práticas sejam sempre revisitadas e as inadequações reconhecidas e superadas^(10, 11). Nesse sentido, a avaliação permanente e constante dos serviços de saúde é importante para a qualificação e aprimoramento da assistência, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade, lógica seguida pelo Ministério

da Saúde, ao implementar do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma estratégia para qualificar os serviços de ABS⁽¹²⁾.

Considerando esta perspectiva objetivou-se analisar a disponibilidade de recursos materiais e humanos necessários à prestação da assistência pré-natal e sua adequação no Estado da Bahia.

Métodos

Trata-se de um estudo de delineamento transversal descritivo, a partir de dados secundários provenientes do primeiro ciclo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Foram utilizados dados coletados no âmbito do PMAQ-AB nos 417 municípios da Bahia, considerando dados do Censo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, especificamente Módulo I – Observação na Unidade de Saúde. Vale ressaltar que os dados, na Bahia, foram coletados entre os meses de junho de 2012 e março de 2013 por avaliadores de qualidade, em um processo coordenado no estado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e pelo Ministério da Saúde (MS), tendo como resultado a avaliação de 3.604 estabelecimentos de saúde baianos.

Para esta análise foram selecionadas variáveis a partir de componentes relacionados à rotina da atenção ao pré-natal, a saber: caracterização do modelo estrutural da ABS (Posto de Saúde, Unidade Básica, Posto Avançado ou Outro); existência do profissional médico, enfermeira e odontólogo; presença de instrumentos para avaliação da gestante (tensiômetro, balança antropométrica 150kg, glicosímetro, mesa clínica, sonar e fita métrica); fármacos (Ácido Fólico, Sulfato Ferroso, Cefalexina), testes rápidos (sífilis e HIV); quadro vacinal inerentes à gestação (antitetânica, hepatite B e Influenza); testes rápidos de gravidez; impressos de trabalho (caderneta da gestante, cartão de vacina e ficha de atendimento) e modo de funcionamento do estabelecimento.

A análise apresenta a distribuição de frequência (relativa e absoluta), bem como médias e desvio padrão referentes aos instrumentos e recursos humanos disponíveis e necessários para assistência ao pré-natal, realizada com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 21.0.

Resultados

Das 3.604 estruturas avaliadas, 30,2% (n=1.088) enquadram-se como posto de saúde, 57,6% (n=2.077) Unidade Básica de Saúde, 12% (n=44) posto avançado e 10,8% (n=388) de outra modalidade.

No tocante às equipes que compunham essas unidades de saúde, a tabela 1 mostra que 86,0% contavam com médico, média de 1,1 ($\pm 1,1$); 91,0% com a presença da enfermeira, média de 1,1 ($\pm 0,8$); e 60,8% com dentista, média de 0,7 ($\pm 0,7$) compondo as equipes. Todavia, apenas 57,6% (n=2074) contavam com a equipe completa (médico, enfermeiro e odontólogo) e 6,9% (n=249) não contavam com nenhum desses profissionais.

Tabela 1 - Distribuição das frequências relacionadas à recursos humanos e farmacológicos da atenção pré-natal em estabelecimento de saúde da atenção básica no estado da Bahia, 2012.

Variáveis	Sim		Não	
	n*	%	n*	%
Recursos Humanos				
Médico	3100	86,0	504	14,0
Enfermeira	3278	91,0	326	9,0
Dentista	2191	60,8	1413	39,2
Equipe				
Enfermeiro e dentista	3313	91,9	291	8,1
Enfermeiro e médico	3034	84,2	260	15,8
Médico e dentista	2099	58,2	1505	41,8
Fármacos				
Ácido Fólico	2776	77,0	827	22,9
Sulfato Ferroso	2189	60,7	1414	39,2
Cefalexina	1417	39,3	2186	60,7

n* = Número absoluto

Entre os fármacos essenciais para a atenção pré-natal, o ácido fólico esteve presente em 77% (n=2.776), o sulfato ferroso em 60,7 % (n=2.189) e a cefalexina, antibiótico de primeira escolha para tratamentos no período da gestação, em 39,3% (n=1.417). Ademais, 71,8% (n=2588) e 53,6% (n= 1933) afirmaram, respectivamente, que o ácido fólico e o sulfato ferroso estavam disponíveis de maneira suficiente.

A partir da análise da tabela 2, nota-se que 85% dos estabelecimentos de saúde trabalhavam em regime de 2 turnos diários, sendo que, com relação aos turnos de funcionamento, 99,1% (n=3572) funcionavam pela manhã, 88,4 (n=3185) a tarde e apenas 2,3% (n=84) a noite. A carga horária diária de funcionamento da unidade de 8 horas ou mais foi a mais referida (77,4%), prestadas majoritariamente em 5 dias da semana (85,4%).

Tabela 2 - Distribuição do regime de funcionamento dos estabelecimentos de saúde da atenção básica no estado da Bahia, 2012

Variáveis	n*	%
Número de turnos de atendimento		
1 turno	444	12,3
2 turnos	3083	85,5
3 turnos	77	2,1
Horário de funcionamento da unidade		
Menos de 8h diárias	813	22,6
8h diárias ou mais	2791	77,4
Dias na semana		
1-2 dias	96	2,6
3-4 dias	55	1,6
5 dias	3079	85,4
Mais de 5 dias	69	1,9
Não respondeu	305	8,5

n* = Número absoluto

Quanto à constância da disponibilidade de alguns recursos, evidenciou-se que em relação aos imunobiológicos, 38,8% afirmou sempre possuir a vacina contra influenza, 64,5% a Hepatite B e 60,3% a antitetânica. Em relação aos testes rápidos (TR), detectou-se uma baixa oferta, com apenas 2,2% de TR da sífilis, 2,9% de TR de gravidez e 4,3% de TR de HIV. Quanto aos impressos relacionados ao acompanhamento, 60,7% dispunham da caderneta da gestante e 72,1% do cartão de vacina e no tocante aos instrumentos de trabalho, 85,3% afirmaram sempre ter disponível a fita métrica (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da disponibilidade relacionada à insumos para atenção pré-natal em estabelecimento de saúde da atenção básica no estado da Bahia, 2012.

Variáveis	Disponibilidade							
	Sempre		Às vezes		Nunca		Não respondeu	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Insumos								
Vacina Influenza	1400	38,8	1057	29,3	1146	31,8	1	0,1
Vacina HepB	2325	64,5	349	9,7	929	25,8	1	0,1
Vacina Dt	2175	60,3	429	11,9	999	27,7	1	0,1
Testes Rápidos								
TR Sífilis	78	2,2	19	0,5	3506	97,2	1	0,1
TR Gravidez	105	2,9	23	0,6	3475	96,4	1	0,1
TR HIV	156	4,3	31	0,9	3416	94,8	1	0,1
Impressos								
Caderneta da Gestante	2188	60,7	243	6,7	1173	32,5	0	0,0
Cartão de Vacina	2599	72,1	167	4,6	838	23,3	0	0,0
Material								
Fita métrica	3073	85,3	116	3,2	415	11,5	0	0,0

n* = Número absoluto

A tabela 4 apresenta as médias e medidas de variabilidade dos recursos materiais, onde destaca-se nos estabelecimentos analisados a ausência de tensiômetros em 7,9%, da balança de 150kg em 23,3%, do glicosímetro em 19,5% e do sonar em 22,7% desses estabelecimentos.

Tabela 4 - Distribuição da quantidade de instrumentos de trabalho para atenção pré-natal em estabelecimento de saúde da atenção básica no estado da Bahia, 2012.

Instrumentos	Média	Desvio-padrão	Amplitude	Moda
Tensiômetro	1,8	1,4	14	2
Balança 150 Kg	0,9	0,8	11	1
Glicosímetro	1,0	0,7	8	1
Sonnar/Pinnar	1,2	1,0	15	1

Discussão

O processo de trabalho para efetivação da atenção ao pré-natal, focando a integralidade do cuidado, requer suporte proporcional aos quesitos exigidos pela atenção à saúde, entretanto, ao se analisar a estrutura dos estabelecimentos da rede básica, foi evidenciada a não oferta do suporte estrutural completo, que compromete diretamente o acompanhamento pré-natal, a exemplo da disparidade de disponibilidade, de vacinas, medicações básicas e testes rápidos, e a suficiência de profissionais disponíveis, em turnos e carga horária preconizada, dado a complexidade do pré-natal e necessidade da presença suficiente de todos recursos.

Inicialmente, nota-se que as diferenças entre as modalidades de estabelecimentos de saúde da Bahia, interferem no processo de trabalho da atenção ao pré-natal, devido aos diferenciados focos e modo de atuação, com destaque a UBS, que tem enfoque nas ações da equipe de saúde, corresponsabilidade pela situação de saúde da população assistida e sistematização da demanda, possibilitando uma visão holística e atuação que leve em conta os determinantes de saúde⁽¹³⁾.

Desta forma, a ABS em sua totalidade deve objetivar a atenção integral à paciente gestante, com a atuação completa de todos os profissionais da equipe de saúde, valorizando suas atribuições diferentes e complementares⁽¹⁴⁾. Na Bahia houve presença prioritária da composição, com o profissional médico (86%) e profissional de enfermagem de nível superior (91%), todavia, a atenção pré-natal perpassa pela consulta odontológica, que foi presença destoante destes profissionais (60,8%), transparecendo assim que a inserção da odontologia na ABS precisa ser considerada, devido as potencialidades. Um estudo na Bahia, concluiu que pré-natal odontológico não se apresenta consolidado, sem instalação de uma linha de cuidado organizada para este ciclo vital. Nesse sentido, torna-se necessário ampliação acesso ao pré-natal odontológica⁽¹⁵⁾. Pois sua inserção colabora para reorganização do modelo de atenção com ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, com a garantia à integralidade, numa dimensão promotora de saúde, preventiva e assistencial^(16,17).

O regime de funcionamento das UBS avaliadas esteve de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, carga horária de 40 horas semanais⁽¹⁸⁾, além do atendimento em 2 turnos e 5 dias da semana, assim como evidenciado por outros estudos ^(19,20) Ressalta-se, entretanto, que a informação de carga horária se refere ao funcionamento das unidades de saúde avaliadas, o que não necessariamente confirma a presença dos profissionais nas estruturas avaliadas.

A baixa disponibilidade de turnos e dias alternativos (noite e finais de semana) ainda é uma realidade que pode dificultar a acessibilidade em tempo oportuno das gestantes, devido ao caráter da “porta aberta”. Esta abordagem agrega importância a este indicador na avaliação da qualidade dos serviços, mostrando que o aumento do horário e turnos de funcionamento precisa ser reconsiderado pelo MS⁽²⁰⁾.

Quando à disponibilidade dos recursos, foi evidenciado que em relação ao quadro vacinal observou-se que mesmo com a importância da vacinação, esta disponibilização não foi adequada, com apenas 38,8% da vacina influenza, 64,5% da vacina Hepatite B e 60,3% da vacina antitetânica. A baixa cobertura da vacina influenza pode dever-se ao fato da sazonalidade da mesma.

A importância da vacinação na gestação deve-se ao fato de prover proteção não somente a mãe, mas também ao bebê, pela transmissão tanto transplacentária quanto pela amamentação de anticorpos⁽²¹⁾. Assim, objetiva-se munir a criança de imunidade à patógenos potencialmente danosos durante os primeiros meses de vida, e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade perinatal^(22, 23).

De forma similar, a importância e oferta dos testes rápidos (TR) quanto às sorologias (sífilis e HIV) e gravidez foi reforçada em 2012, pelo Programa Rede Cegonha, a fim de viabilizar a captação precoce e intervenção efetiva, porém, houve uma constância irrisória, que compromete a prevenção da transmissão vertical e início do pré-natal no primeiro trimestre. Todavia, evidenciou-se baixa disponibilidade de todos os testes rápidos avaliados, comprometendo a realização adequada do processo de pré-natal, assim como demonstrado por outros trabalhos^(6, 24, 25).

Os TR podem ser armazenados e realizados nos consultórios da própria unidade de saúde, sendo executados com técnicas simples e leitura facilitada. Desta forma, configura-se imperativo do investimento em sua implantação efetiva em todo território, afim que já seja disponibilizado já na primeira consulta de PN⁽²⁶⁻²⁸⁾. Ressalta-se que, para o controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV, ações devem ser focadas na ampliação do acesso ao pré-natal, corroborando para a captação precoce da gestante, garantia do número mínimo de consultas; estruturação laboratorial e viabilização dos TR, qualificação dos profissionais envolvidos e fortalecimento das estruturas laboratoriais ou buscar alternativas de testagem sorológica, afim que se combata efetivamente^(29, 30).

Quanto aos impressos relacionados ao acompanhamento, a não totalidade da disponibilidade, sugere a ineficiência da alocação de recursos e planejamento da administração, sendo estes, indispensáveis para registro e comprovação da assistência

ofertada. A caderneta da gestante e cartão de vacina permitem que a usuária acompanhe a atenção executada, e haja o referenciamento, permitindo a comunicação entre serviços da rede, desde à assistência pré-natal ao parto nas maternidades^(31, 32).

A caderneta da gestante foi produzida no ano de 2014 com os objetivos de promover o acompanhamento e registro das consultas de pré-natal e de otimizar o trabalho na ABS. Isso porque os procedimentos e condutas do pré-natal precisam ser realizados categoricamente, avaliados em todo atendimento e, com os achados diagnósticos, devem ser sempre registrados para prover um fluxo de informações entre os profissionais e serviços de saúde⁽³³⁾.

A mensuração dos recursos materiais permitiu averiguar o acesso aos instrumentos de trabalho referentes às consultas de pré-natal, que demonstrou uma frequência insatisfatória, pois o censo realizado nas unidades contabilizou a quantidade de aparelhos em geral, e quando consideramos que na rotina do serviço, as atividades são executadas simultaneamente, detectamos que a alocação de recursos precisa considerar a frequência de utilização destes. Nesse sentido, a disponibilidade da fita métrica, também não foi total, instrumento de trabalho indispensável, pois a medição da altura uterina é um procedimento fundamental, não apenas para o reconhecimento da restrição de crescimento intra-uterino, como também na identificação de outras complicações na gestação^(4, 34).

Outrossim, a quantificação dos tensiômetros, cuja utilização é fundamental para acompanhamento da pressão arterial e identificação de possíveis complicações, também foi baixa (média de 1,8, moda de 2), visto que na rotina do serviço da ABS este instrumento é utilizado por todos os profissionais de saúde, e a existência de uma quantidade proporcional à equipe que o utiliza, é essencial para que a monitorização da pressão arterial, não seja negligenciada, e em particular na prática do pré-natal, com o controle de gestantes hipertensas ou normotensas à medida que haja a prevenção ou intervenção precoce na doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), considerada a maior complicação obstétrica e uma das maiores causas de mortalidade materno-fetal^(35, 36).

Em relação a disponibilidade da balança de 150kg, a presença de uma em boas condições (66,6%), é o preconizado para o cotidiano de uma unidade, entretanto destacamos que 23,3% não a tinham, fato preocupante, pois o monitoramento do ganho ponderal de peso e IMC durante a gestação é quesito obrigatório para uma adequação da atenção pré-natal, uma vez que, este procedimento de baixo custo é fundamental para que se institua intervenções com objetivo de prevenir complicações tanto maternas, quanto fetais^(37, 38).

Quando nos referimos ao aparelho glicosímetro, sua utilização na rotina de pré-natal é facultativa, e necessário em casos especiais, entretanto, mesmo com esta característica, ele

precisa estar no estabelecimento, mas apenas 63,8% dispunham do aparelho, em apenas uma quantidade, não sendo suficiente, devido seu uso ser agregado a outras atividades, inclusive externas, como visita domiciliar. Por sua vez, o sonnar, de uso exigido a partir da vigésima semana de gestação, teve uma frequência deficiente, com a inexistência do aparelho em 22,7% dos estabelecimentos e sua maioria (48%) continham um instrumento.

A adequada oferta do cuidado na ABS é condicionada pelo aporte de materiais, sendo considerado como fator que contribui para a melhoria do planejamento e da organização do processo de trabalho^(39, 40). No tocante à disponibilidade de cuidados e serviços voltados para as gestantes, os resultados aqui postos mostram que insumos mínimos necessários à execução da assistência são insuficientes nos serviços avaliados.

Esta insuficiência do aporte à ABS, resulta numa descontinuidade da atenção à saúde. A avaliação externa do PMAQ-AB, acarretou este diagnóstico estrutural do estado da Bahia. Sendo que os recursos financeiros disponibilizados para a ABS foram ampliados com o incentivo quanto ao desempenho no programa afim de proporcionar melhoria dos serviços. Isto é, a alocação do financiamento precisa ponderar tais deficiências e as metas que devem ser alcançadas, como proposto no Rede Cegonha, que vão além do repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos, a busca pela melhoria da atenção, destacando a posição estratégica da ABS na realização da atenção do pré-natal. A Rede Cegonha, convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção à gestante/parturiente como protagonista do processo^(41, 42).

Conclusão

Conclui-se que a inequidade dos serviços como a insuficiência de vacinas, medicações básicas e testes rápidos e suficiência de profissionais disponíveis, em turnos e carga horária preconizada, resultando uma soma negativa, dado a complexidade do pré-natal e necessidade da presença suficiente de todos recursos, expõe a alocação inadequada dos recursos financeiros e a não valorização deste ambiente.

A atenção pré-natal na ABS tem um potencial de promover a saúde da gestante, identificando precocemente fatores de risco e complicações que possam interferir no êxito da gestação. Reconhecer a complexidade desse processo, e a importância de cada detalhe, permite que a rede ofereça um acompanhamento adequado.

Seu caráter básico, não é associado ao desmerecimento, e sim o caracteriza como base do sistema, o “sustentáculo” com pilares da promoção da saúde, prevenção e tratamento de

agravos, e redução de complicações. Reconhecê-lo com seu devido potencial será determinante à modificar a realidade epidemiológica de mortalidade materna, colocando o país próximo de alcançar um dos objetivos do ODS.

Referências

1. Moran AC, Jolivet RR, Chou D, Dalglish SL, Hill K, Ramsey K, et al. A common monitoring framework for ending preventable maternal mortality, 2015-2030: phase I of a multi-step process. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:250.
2. Souza JP. Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2015;37(12):549-51.
3. Boyle CF, Levin C, Hatefi A, Madriz S, Santos N. Achieving a "Grand Convergence" in Global Health: Modeling the Technical Inputs, Costs, and Impacts from 2016 to 2030. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140092.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília, DF; 2012.
5. Fonseca SC, Kale PL, Silva KSd. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15:209-17.
6. Polgliane RBS, Leal MdC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ETd. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:1999-2010.
7. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGNd, Theme Filha MM, Costa JVd, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S85-S100.
8. Almeida PFd, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2011;29:84-95.
9. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013;34:22-30.
10. Giovanella L, Almeida PFd, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015;39:300-22.

11. Giovanella L, Mendonça MHMd, Almeida PFd, Escorel S, Senna MdCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:783-94.
12. Brasil.Ministério da Saúde. Portaria N° 1.645, de 2 De outubro De 2015.Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União* 2007; 27 dez
13. Leite RS, Santos APM, Lima CdA, Ribeiro CDAL, Brito MFSF. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016;24:323-9.
14. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31:1941-52.
15. Ferreira IS, Fernandes AFC, Lô KKR, de Melo TP, Gomes AMF, Andrade IS. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Northeast Network Nursing Journal*. 2016;17(3).
16. Moura MSd, Ferro FEFD, Cunha NLd, NéttO OBdS, Lima MdDMd, Moura LdFAdD. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:471-80.
17. Moraes LBd, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2015;25:171-86.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica ed. Brasília, DF; 2012.
19. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, de Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2016;17(3).
20. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. 2016.
21. da Rocha BCC, Carvalheira APP, Ferrari AP, Tonete VLP, Duarte MTC, de Lima Parada CMG. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2287-92.
22. Louzeiro EM, da Silva Queiroz RCC, de Souza IBJ, Alves LKdCA, Carvalho ML, de Araújo TME. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. *Revista Interdisciplinar*. 2014;7(1):193-203.
23. Bonhoeffer J, Kochhar S, Hirschfeld S, Heath PT, Jones CE, Bauwens J, et al. Global alignment of immunization safety assessment in pregnancy–The GAIA project. *Vaccine*. 2016;34(49):5993-7.

24. Martinelli KG. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. CEP. 2014;29040:090.
25. Handell IBS, Cruz MMd, Santos MAd. Evaluation of antenatal care in selected Family Health Centres in a Midwest Brazilian municipality, 2008-2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014;23(1):101-10.
26. Lopes ACMU, Araújo MALd, Vasconcelo LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JRd. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016;69:62-6.
27. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MFd, Tavares LDL, Silva LCFd, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32.
28. Domingues RMSM, Hartz ZMdA, Leal MdC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2012;12:269-80.
29. Júnior AM, de Lima ASD, da Silva AMDF, de Lima MEM, Lopes LFL. Qualidade do pré-natal em relação às sorologias sífilis, HIV e Hepatite b em gestantes de unidade de saúde em Natal/RN. *Revista Extensão & Sociedade*. 2016;5(2):10-21.
30. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016;19:63-74.
31. Polgliani RBS, Santos Neto ETd, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2014;36:269-75.
32. Santos Neto ETd, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGNd, Leal MdC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28:1650-62.
33. Brasil.Ministério da Saúde. *Caderneta da Gestante*. 3 edição ed. Brasília, DF; 2016.
34. Freire DMC, Cecatti JG, Paiva CSM. A altura uterina é capaz de diagnosticar os desvios do volume de líquido amniótico? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2013;35:49-54.
35. Rebelo F, Farias DR, Mendes RH, Schlüssel MM, Kac G. Blood Pressure Variation Throughout Pregnancy According to Early Gestational BMI: A Brazilian Cohort. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2015;104:284-91.

36. Ahmed S, Chowdhury MA, Khan MA, Huq NL, Naheed A. Access to primary health care for acute vascular events in rural low income settings: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):47.
37. Fraga ACSA, Theme Filha MM. Factors associated with gestational weight gain in pregnant women in Rio de Janeiro, Brazil, 2008. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014;30:633-44.
38. Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Castro NBd, Bortolomedi AP. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2012;34:304-9.
39. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família Evaluation of health planning activities by family health teams. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):537-48.
40. de Campos Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família/Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy/Atributos esenciales de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2013;66:158.
41. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHMd, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2014:13-33.
42. Cavalcanti PCdS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALRd, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2013;23:1297-316.

5.2. MANUSCRITO 2

Fatores associados à adequação do pré-natal no âmbito da Atenção Básica **Factors associated with prenatal care adequacy in Primary Health Care**

Resumo

Objetivou-se analisar a assistência pré-natal ofertada, na Atenção Básica no estado da Bahia e identificar fatores associados à adequação do pré-natal. Foram utilizados dados da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, realizada em 2012-2013. Entre as 499 mulheres, a média de idade foi de 26 anos, sendo 58,3% de cor parda/mestiça; 95,0% alfabetizadas e 84,6% com companheiro fixo. A adequação pré-natal foi constatada em 86,6% das mulheres, todavia, as que não faziam pré-natal com o mesmo profissional ou não eram acompanhadas pelo médico apresentaram risco de 8,048 (IC95% 2,353-27,531) e 1,977 (IC95% 1,080-3,617), respectivamente, de inadequação pré-natal. Além disso, a não realização dos exames de HIV e VDRL também apresentaram, respectivamente, risco de 3,241 (IC95% 1,432-7,339) e 2,168 (IC95% 1,132-4,150) para pré-natal inadequado. O estudo permitiu reconhecer os fatores associados à inadequação do pré-natal, com destaque à instabilidade vínculo profissional-usuária, a não participação do profissional médico na assistência e a não solicitação de sorologias. Expõe então, a necessidade de padronização da assistência ofertada e o reconhecimento da complexidade da atenção ao pré-natal, sendo aplicada a devida importância a cada detalhe desse processo.

Palavra-Chave: Pré-Natal; Saúde da Mulher; Saúde Pública; Atenção Primária em Saúde.

Abstract

This study aimed to analyze the prenatal care offered in Bahia, to users in the Primary Health Care and to identify factors associated with the adequacy of prenatal care. Data from the external evaluation of the first cycle of the Program for Access Improving and Quality of Basic Care, carried out in 2012-2013, were used. Among the 499 women, the mean age was 26 years, being 58.3% of the color brown / mestizo; 95.0% literate and 84.6% with fixed companion. The prenatal adequacy was found in 86.6% of the women, however, those who did not perform prenatal care with the same professional or were not accompanied by the physician presented a risk of 8.048 (95% CI 2.353-27.531) and 1.977 (95% CI 1.080-3.617), respectively, of prenatal inadequacy. In addition, non-performance of the HIV and VDRL exams also presented, respectively, a risk of 3.241 (95% CI 1.432-7.339) and 2.168 (95% CI 1.132-4.150) for inadequate prenatal care. The study allowed to recognize the factors associated with the inadequacy of prenatal care, with emphasis on the instability of the professional-user link, the non-participation of the medical professional in the care, and the non-solicitation of serologies. Then, it is recognized the need for standardization of the assistance offered and recognition of the complexity of pre-natal, being applied the importance to every detail of this process.

Keywords: Prenatal Care; Women's Health; Public Health; Primary Health Care

Introdução

A atenção pré-natal se delinea numa perspectiva de proteção e prevenção que permeia a identificação e intervenção clínica precoce sobre fatores de risco que comprometam à saúde da mulher e do concepto, e tem como resultado a promoção da assistência qualificada^(1, 2). Porém, é importante salientar que esta qualidade e efetividade do pré-natal sofre influência de uma série de determinantes socioculturais e fatores ligados à organização e oferta dos serviços de saúde, dessa forma, a adequação do pré-natal deve buscar considerar todas as variáveis a fim de ser efetivo na redução de índices de morbimortalidade materna⁽³⁾.

No âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) trouxe a redefinição dos pilares conceituais e práticas assistenciais da atenção pré-natal⁽⁴⁾, que além do objetivo da atenção humanizada, com a melhoria das condições do atendimento às gestantes na rede pública de saúde a partir de um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica, incluía as recomendações quanto ao início precoce do pré-natal, quantitativo mínimo de consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do HIV, imunização contra tétano e consulta puerperal até 42 dias do pós-parto⁽⁵⁾

Nesta perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde (MS), implementou a Rede Cegonha(RC), normatizada pela Portaria nº 1.459⁽⁶⁾, e institui a reorganização de todo o Sistema de Saúde no âmbito regional para constituir-se como uma rede de atenção voltada na perspectiva à saúde da mulher, com foco no ciclo vital da gestação. Nessa lógica, a atenção básica se coloca como fundamental ponto de atenção neste processo. No mesmo ano, também foi implementado o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como parte do mesmo ângulo de “mecanismos de aperfeiçoamento da assistência”.

A desigualdade na qualidade da assistência pré-natal é destacada pelo estudo Nacer Brasil⁽⁷⁾, que evidenciou maiores prevalências de inadequação do PN na região Norte e Nordeste⁽⁸⁾. Na Bahia, uma análise do comportamento das internações entre as mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos trouxe que 65,5% das causas de internamento foi relacionado à gravidez, parto e puerpério, mantendo-se como principal causa de internação ao longo da última década⁽⁹⁾

Contudo, a erradicação dos altos índices de morbimortalidade materna ainda se dá de forma muito lenta, corroborando que são eventos complexos que permanecem como um grande desafio para o país⁽¹⁰⁾. Esta complexidade é apontada pela literatura, que traz a

existência de falhas na assistência pré-natal, tais como obstáculos ao acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, somado isso, há a ausência da construção de vínculo profissional-usuário e entre a rede de atenção à gestante, resultando no cuidado negligente desde a concepção ao trabalho de parto que acarreta agravos, também, a puérpera e recém-nato^(1, 11-13).

Isto posto, considerando a representatividade dos dados extraídos da avaliação externa do PMAQ-AB, que permitem um retrato da atenção à saúde prestada pela ABS, buscou-se analisar a assistência pré-natal ofertada no estado da Bahia identificando os fatores associados à sua adequação.

Métodos

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, analítico de fonte secundária, baseado nos dados do primeiro ciclo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho de 2012 e março de 2013, no estado da Bahia.

Durante o primeiro ciclo de avaliação externa do programa, foi realizado o censo das Unidade Básica de Saúde (UBS) que são registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que aderiram ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, localizadas na zona urbana e rural nos 417 municípios da Bahia. A pesquisa iniciou-se a partir do instrumento de coleta de dados da avaliação externa, composto por três módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde; Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS; Módulo III – Entrevista com usuário na unidade de saúde.

A população de mulheres entrevistada em todas as UBS na Bahia foi de 1032. Todavia, mediante aplicação dos critérios de inclusão: realizar pré-natal em uma das UBS investigadas e ter filhos menores de dois anos, 669 usuárias que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB foram elegíveis. Após a exclusão de registros incompletos, a população final deste estudo totalizou 499 mulheres.

As variáveis escolhidas para fins de análise neste estudo estão contidas no módulo III, e versam sobre a atenção ao pré-natal. Assim, avaliaram-se características relacionadas ao perfil da usuária, como cor autodeclarada, situação marital, saber ler e escrever e participação do Programa Bolsa Família; componentes associados à caracterização do acompanhamento como realização de Pré-Natal com profissional médico, enfermeiro, consultas realizadas pelo

mesmo profissional, medição de altura uterina, aferição de pressão arterial, inspeção de cavidade oral, exame clínico das mamas, solicitação de exames mínimos exigidos, oferta de vacina antitetânica e suplementação de Ácido Fólico e Sulfato ferroso; e requisitos orientados pelo MS, como fornecimento de atividade coletiva, agendamento de consulta subsequente e referência de maternidade.

Optou-se pela descrição das variáveis independentes acima citadas de acordo com o desfecho: número total de consultas pré-natal realizadas. Assim, considerou-se como adequado o número seis ou mais consultas e a inadequação foi definida pela ocorrência do número de consultas inferior a seis⁽⁵⁾.

Os resultados foram apresentados em frequências (relativas e absolutas). A análise dos fatores associados à adequação do pré-natal foi realizada pela comparação entre as variáveis categóricas, por meio teste do χ^2 .

Posteriormente a esta análise univariada, as variáveis que apresentaram $p < 0,2$ foram inseridas em um modelo saturado de regressão logística binária (*stepwise backward*), afim de afastar possíveis confundimento e interações. Assim foi possível calcular os valores do risco (coeficiente β) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Todas as análises foram realizadas no por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 21.0 e com significância de 5%.

Resultados

Entre as 499 mulheres avaliadas a média de idade foi de 26 anos ($\pm 5,9$), variando de 16 a 45 anos, sendo 53,7% da faixa etária de 16 a 25 anos. A cor da pele parda foi a mais prevalente (58,3%); 95,0% das mulheres referiram saber ler e escrever e 84,6% possuíam companheiro fixo durante o pré-natal (Tabela 1).

Quanto ao número de consultas de pré-natal 86,6% (n=432) foram classificadas como adequado e 13,4% (n=67) como inadequado. Observadas as variáveis independentes em relação ao desfecho proposto, a tabela 1 evidencia que as mulheres que estavam com o pré-natal adequado eram predominantemente da cor parda (60,6%), com companheiro (84,6%), sabiam ler e escrever (95,8%), com bolsa família (66,7) e da faixa etária 16 a 25 anos (54,4%).

Tabela 1- Distribuição das características relacionadas à mãe de acordo com a adequação do número de consultas de pré-natal no estado da Bahia, 2012.

Variáveis	Total		Pré-natal				p-valor
	n	%	Adequado		Inadequado		
			n	%	N	%	
Cor							0,044*
Branca	69	13,8	58	13,4	11	16,4	
Preta	106	21,2	83	19,2	23	34,3	
Amarela	16	3,2	16	3,7	0	0	
Parda/Mestiça	293	58,7	262	60,6	31	46,3	
Indígena	10	2,0	9	2,1	1	2,0	
Ignorada	5	1,0	4	0,9	1	1,5	
Companheiro							
Sim	422	84,6	370	85,6	52	77,6	0,090
Não	77	15,4	62	14,4	15	22,4	
Sabe ler e escrever							
Sim	474	95,0	414	95,8	60	89,6	0,076
Não	9	1,8	6	1,4	3	4,5	
Só assina o nome	16	3,2	12	2,8	4	6,0	
Bolsa Família							
Sim	377	67,5	288	66,7	49	73,1	0,670
Não	46	9,2	42	9,7	4	6,0	
Não respondeu	1	0,2	1	0,2	0	0,0	
Não se aplica	115	23,0	101	23,4	14	20,9	
Idade							
16 a 25 anos	268	53,7	235	54,4	33	49,3	0,249
25 a 35 anos	177	35,5	154	35,6	23	34,3	
35 ou mais	45	9,0	37	8,6	8	11,6	
Não respondeu	9	1,8	6	1,4	3	4,5	

* Diferença estatisticamente significativa pelo teste de chi-quadrado

No tocante à avaliação clínica, nas variáveis independentes em relação ao desfecho proposto a tabela 2 observa-se que as usuárias com adequação ao pré-natal, tiveram consultas com o profissional médico (44,2%), acompanhamento em sua maioria pela enfermeira (96,3%) e com o mesmo profissional (81,8%), sendo que, nas consultas houve a realização da medição da altura uterina (99,1%) e a aferição da pressão arterial (99,8%), e com menor prevalência, a anamnese da cavidade oral (50,5%) e exame clínico das mamas (66,2%).

Tabela 2 –Características do cuidado pré-natal de acordo com a adequação do número de consultas de pré-natal no estado da Bahia, 2012.

Variáveis	Total		Pré Natal				p-valor
			Adequado		Inadequado		
	n	%	n	%	n	%	
Médico PN							0,027*
Sim	211	42,3	191	44,2	20	29,9	
Não	288	57,7	241	55,8	47	70,1	
Enfermeiro PN							0,154
Sim	478	95,8	416	96,3	62	92,5	
Não	21	4,2	16	3,7	5	7,5	
Mesmo Profissional							0,000*
Sim	486	79,3	426	81,8	60	65,2	
Não	13	2,1	6	1,2	7	7,6	
Medição Altura Uterina							0,665
Sim	494	99,0	428	99,1	66	98,5	
Não	5	1,0	4	0,9	1	1,5	
Aferição de Pressão Arterial							0,693
Sim	498	99,8	431	99,8	67	100,0	
Não	1	0,2	0	0	0	0	
Anamnese Cavidade Oral							0,681
Sim	250	50,1	218	50,5	32	47,8	
Não	249	49,9	214	49,5	35	52,2	
Exame Clínico das mamas							0,117
Sim	331	66,3	286	66,2	45	67,2	
Não	168	33,7	146	33,8	22	32,8	

* Diferença estatisticamente significativa pelo teste de chi-quadrado

Quanto aos exames e procedimentos obrigatórios no pré-natal, evidencia-se na tabela 3 que a realização de sumário de urina (96,8%), sorologia de HIV (93,1%), sorologia para sífilis (79,9%), ultrassonografia obstétrica (96,8%), glicemia em jejum (79,2%), administração de vacina antitetânica (90,3%), suplementação do sulfato ferroso (97,9%) e ácido fólico (94,4%), foram mais prevalentes entre as mulheres com adequação do pré-natal.

Tabela 3- Distribuição das variáveis relacionadas às solicitações preconizadas no pré-natal de acordo com a adequação do número de consultas de pré-natal no estado da Bahia, 2012

Variáveis	Total		Pré Natal				p-valor
			Adequado		Inadequado		
	n	%	n	%	n	%	
Sumário de Urina							0,006*
Sim	478	95,8	418	96,8	60	89,6	
Não	21	4,2	14	3,2	7	10,4	
Sorologia de HIV							0,000*
Sim	452	90,6	402	93,1	50	74,6	
Não	47	9,4	30	6,9	17	25,4	
Realização de VDRL							0,000*
Sim	381	76,4	345	79,9	36	53,7	
Não	118	23,6	87	20,1	31	46,3	
Realização de USG							0,001*
Sim	477	95,6	418	96,8	59	88,1	
Não	22	4,4	14	3,2	8	11,9	
Glicemia em jejum							0,054
Sim	388	77,8	342	79,2	46	68,7	
Não	111	22,2	90	20,8	21	31,3	
Vacina antitetânica							0,351
Sim	448	89,8	390	90,3	58	86,6	
Não	51	10,2	42	9,7	9	13,4	
Suplementação Sulfato Ferroso							0,165
Sim	488	98,2	421	97,9	67	100,0	
Não	9	1,8	9	2,1	0	0	
Suplementação Ácido Fólico							0,013*
Sim	462	93,3	406	94,4	56	86,2	
Não	33	6,7	24	5,6	9	13,8	

* Diferença estatisticamente significativa pelo teste de chi-quadrado

Quanto à prática de atividades gerenciais da atenção pré-natal, a inadequação do pré-natal se associou à não participação de atividades educativas (72,7%), em contrapartida ter a próxima consulta marcada (89,8%) e maternidade referenciada (55,8%) foram variáveis que possibilitaram uma maior adequação do pré-natal, como disposto na tabela 4.

Tabela 4 - Atividades gerenciais no pré-natal de acordo com a adequação do número de consultas de pré-natal no estado da Bahia, 2012

Variáveis	Total		Pré Natal				p-valor
			Adequado		Inadequado		
	n	%	n	%	n	%	
Atividade Educativa							0,009*
Sim	209	42,0	191	44,2	18	27,3	
Não	289	58,0	241	55,8	48	72,7	
Próxima consulta marcada							0,019*
Sim	442	88,6	388	89,8	54	80,6	
Não	18	3,6	16	3,7	2	3,0	
Não respondeu	39	7,8	28	6,5	11	16,4	
Maternidade referenciada							0,317
Sim	274	54,9	241	55,8	33	49,3	
Não	225	45,1	191	44,2	34	50,7	

* Diferença estatisticamente significativa pelo teste de chi-quadrado

De acordo com o modelo final da regressão, os pacientes que não fazem o pré-natal com o mesmo profissional ou não fazem acompanhamento com o médico apresentaram um risco de 8,048 (IC95% 2,353-27,531) e 1,977 (IC95% 1,080-3,617), respectivamente, de ter um pré-natal inadequado. Além disso, a não realização dos exames de HIV e VDRL também apresentaram, respectivamente, risco de 3,241 (IC95% 1,432-7,339) e 2,168 (IC95% 1,132-4,150) para pré-natal inadequado. Os coeficientes brutos e ajustados de todas as variáveis estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Modelo final de regressão das variáveis relacionadas ao cuidado pré-natal de acordo com a adequação do número de consultas de pré-natal no estado da Bahia, 2012

Variáveis	β	IC95%	β ajustado	IC95% β ajustado
Acompanhamento pelo mesmo profissional	7,441	2,075-26,682	8,048	2,353-27,531
Acompanhamento pelo médico	2,311	1,199-4,453	1,977	1,080-3,617
Exame HIV	3,108	1,283-7,531	3,241	1,432-7,339
Exame VDRL	2,185	1,085-4,398	2,168	1,132-4,150

Discussão

A análise realizada evidenciou que bons níveis de adequação ao pré-natal foram associados a fatores como o perfil das mulheres e o cumprimento dos requisitos preconizados pelo MS, com destaque à influência de quatro variáveis, que no modelo final da regressão foram diretamente relacionadas ao maior risco de se ter o pré-natal inadequado, foram elas, a

não realização do pré-natal com o mesmo profissional, o não acompanhamento pelo médico e a não solicitação dos exames de HIV e VDRL.

Apesar dos diversos estudos presentes na literatura acerca da temática, há um descompasso entre a relevância da mortalidade materna como problema de saúde pública e a quantidade de artigos produzidos sobre o tema no Brasil, e quando nos referimos a região Norte e Nordeste, este fato fica mais visível^(1, 14-16).

O estudo nos mostra diferenças de prevalências na associação de cada variável que compõem a assistência pré-natal, expondo as fragilidades para a não realização adequada do mesmo. O perfil sociodemográfico das entrevistadas traz o retrato da gestante atendida na atenção básica, sendo mulheres de cor parda, com companheiro, sabendo ler e escrever, que recebe bolsa família e gestação com 16 a 25 anos, semelhantemente a outros estudos^(7, 17).

Assim, 80,6% das mulheres em situação de inadequação pré-natal eram da raça/cor preta ou parda/mestiça. Outros estudos mostraram que mulheres de cor preta e pardas apresentaram mais chance de receber atenção inadequada^(17, 18). É válido destacar tal perfil, desvelando que há níveis de segregação na sociedade, como educacional e a racial, que sobrepõem a equidade e igualdade^(18, 19).

Além disso, a presença do companheiro durante o acompanhamento, por sua vez, associou-se à maior adequação, apesar de não ter se mantido no modelo final da regressão. Tal presença pode representar um maior suporte social e menor estresse emocional durante a gestação, mulheres grávidas e puérperas revelaram que a ausência do homem dos processos de gestação e de parto gerava sentimentos de solidão e vazio⁽²⁰⁾. Ademais, as mulheres relataram sentimentos de segurança e confiança aumentados, quando acompanhadas pelos parceiros nas consultas⁽²¹⁾

Com relação a avaliação clínica preconizada pelo Ministério da Saúde⁽⁵⁾, a atenção ao pré-natal de baixo risco deve ser efetuada por todo profissional de saúde da Atenção Básica, sendo o médico e a enfermeira os responsáveis pelas consultas de pré-natal, que são intercaladas, garantindo e (co) responsabilizando-se pela saúde da gestante, o cumprimento deste passo está relacionado à maior prevalência no pré-natal adequado.

Todavia, a Rede Cegonha abre espaço para controvérsias na sua criação, provindas de críticas feministas que o referem como um retrocesso na emancipação feminina, em razão de uma visão restritiva da mulher e em outra vertente, defensores reorientam a reflexão e o reconhecem como importante iniciativa no Brasil, um país com iminência de uma resolutividade da qualidade da assistência prestada e infraestrutura adequada^(10, 22).

Das usuárias com adequação ao pré-natal, 96,3% tiveram consultas de enfermagem, apontando a importância de tal categoria para o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde⁽²³⁻²⁵⁾. Tal achado revela a importância da participação de outros profissionais de saúde na atenção pré-natal, todavia, por vezes o profissional da enfermagem, seja por sua formação deficitária ou pela falta de autonomia de prescrição, pode não se sentir capacitado à função de obstetrícia⁽²⁶⁾

Ademais, apontou-se que a existência do acompanhamento com o profissional médico, resultou em 44,2% de adequação, demonstrando, por outro lado, que as que não fizeram acompanhamento tal acompanhamento apresentaram risco de 1,977 (IC95% 1,080-3,617), de inadequação ao pré-natal, corroborando o Ministério da Saúde, quanto a importância do trabalho em equipe na atenção básica, com interação interdisciplinar, no intuito de agregar abordagens complementares e essenciais para integralidade do cuidado⁽⁵⁾.

Quanto às práticas gerenciais, a análise que considerou as variáveis do processo de trabalho desvela o vínculo profissional-usuário como um dos pilares essenciais na adesão desta usuária ao serviço ofertado e seu melhor monitoramento, sendo que a consulta com o mesmo profissional (81,8%) se associou à adequação do pré-natal. Este vínculo é essencial na atenção básica como corrobora o estudo nacional Nascir Brasil onde 90% das usuárias referiram ter sido acompanhadas pelo mesmo profissional durante a assistência pré-natal⁽⁸⁾.

Os achados deste estudo apontam um risco de 8,048 (IC95% 2,353-27,531) de inadequação do pré-natal quando este acompanhamento é fragmentado por diferentes profissionais, mostrando que a continuidade da assistência é fundamental para a formação de vínculos de confiança entre o profissional e a gestante. Tal fato é reconhecido e defendido pelo HumanizaSUS na atenção básica, que traz o princípio da transversalidade, o ato de construir e consolidar vínculos para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade. Esta construção se dá a partir de “movimentos” tanto da gestante, que ocorrerá quando ela acreditar que a equipe se corresponsabiliza e poderá contribuir com a promoção de sua saúde, como pelos profissionais com o compromisso com a saúde da comunidade assistida, o MS define ainda este vínculo como terapêutico⁽²⁷⁾.

Dois pontos chamaram a atenção apesar da não associação estatística evidenciada. O primeiro, foi a anamnese da cavidade oral, que obteve apenas 50,5% de adequação, que pode ser explicado devido ansiedade, medo, desconhecimento e/ou crenças das gestantes relacionadas ao encaminhamento odontológico, bem como justificado pelo desconhecimento científico e insegurança dos profissionais nesta avaliação⁽²⁸⁾. O segundo trata do exame clínico das mamas, que apresentou uma prevalência consideravelmente reduzida frente a

baixa complexidade e sua vultuosidade, corroborando com outros estudos nos quais a anamnese das mamas fora negligenciada, com a impossibilidade da observação e avaliação do mamilo e detecção precoce do câncer de mama^(29, 30).

Diante à necessidade de realização de exames e procedimentos técnicos pelos profissionais nas consultas de pré-natal como forma de acompanhamento e reconhecimento de fatores de risco e comorbidades nas gestantes⁽³¹⁾ sendo assim, com a disponibilização de tais, houve maiores prevalências na adequação ao pré-natal, como entre as gestantes que realizaram o exame de HIV (93,1%), sendo que a não realização deste resultou em um risco de 3,241 (IC95% 1,432-7,339) de inadequação.

À vista disso, esta operacionalização da ABS precisa ser qualificada com o real envolvimento dos profissionais de saúde que prestam assistência às gestantes em ações de aconselhamento e manejo clínico, afim de que haja aumento da captação precoce das gestantes acometidas pelo vírus e consequente aumento da adesão à terapia e redução da transmissão vertical^(32, 33). E por meio disso, haja correção das falhas programáticas e realocação das mulheres que vivem com HIV em condições favoráveis a uma atenção ao pré-natal, parto e puerpério⁽³²⁾.

Outrossim, dentre os resultados aqui discutidos destaca-se também que o exame sorológico da Sífilis (VDRL) se associou à adequação, dado que, a não realização apontou risco de 2,168 (IC95% 1,132-4,150) de inadequação.

Este dado reitera o fato que no Brasil, a sífilis congênita, uma doença evitável, é importante indicador da qualidade da atenção pré-natal, reconhecendo-se que seu diagnóstico e tratamento devem ser executados durante a gestação e no ambiente da ABS^(31, 34). Salienta-se que esta epidemia reemergente, precisa ser enfrentada com tolerância zero, pois até mesmo um caso, é representativo da falha na atenção ao pré-natal e, conseqüentemente, ao SUS⁽³⁴⁻³⁶⁾. Entretanto mesmo os profissionais de saúde sendo orientados pelo MS acerca do manejo de prevenção e intervenção precoce da sífilis na atenção pré-natal, vemos que não se atingiu a totalidade das gestantes no estudo.

Quanto à prática de atividades gerenciais da atenção pré-natal salientamos a importância da participação de atividades educativas, que concretiza assim a importância à promoção e à prevenção primária à saúde, além de colaborar positivamente ao estabelecimento do vínculo com os profissionais, e interação entre as gestantes, compondo um momento de compartilhamento de experiências, esclarecimento de dúvidas e trocas mútuas de conhecimento^(1, 11).

Outra prática gerencial que destacamos é a implementação da rotina de agendamento da próxima consulta como garantia da consulta subsequente, rotina muitas vezes não instituída pelo profissional, mas orientada pelo MS⁽⁵⁾, pois agrega uma maior adesão ao acompanhamento do PN.

Apesar da não associação estatística, destaca-se que aproximadamente 55% das gestantes com pré-natal adequado tinham uma Maternidade de referência. Essa informação é regulamentada pela Lei nº 11.634/2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à Maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde⁽³⁷⁾, prevenindo a peregrinação da gestante pelas Maternidades do município.

Desconsiderar que a assistência pré-natal no Brasil e na Bahia evoluiu com o passar dos anos, é rejeitar anos de lutas e conquistas na atenção à saúde da mulher, porém, não reconhecer a persistência de desigualdades na padronização e acesso a uma atenção ao pré-natal faz com que se mantenha indicadores nocivos encontrados no país com destaque a região Norte e Nordeste.

Os achados aqui evidenciados têm potencial de generalização e são oriundos de banco de dados de pesquisa de âmbito nacional, sendo assim representativa. Todavia, a transversalidade dos achados nos impossibilita de postular inferências causais, mas nos permitiu levantar hipóteses de casualidade (risco) que poderão ser testadas quando da liberação das próximas análises do PMAQ-AB.

Conclusão

Os resultados encontrados neste estudo permitem corroborar desafios ainda presentes na assistência pré-natal no âmbito atenção básica no estado da Bahia. Alguns desafios que apresentaram riscos à adequação do pré-natal, muitos destes associados, não ao perfil sociodemográfico das gestantes como descrito em muito estudos, mas ao não cumprimento de práticas preconizadas pelo MS e disponibilizadas facilmente em protocolos da Atenção Básica. Expõe então, a necessidade prioritária da padronização da assistência à saúde ofertada na ABS e o reconhecimento de todas as instâncias envolvidas, da complexidade da atenção ao pré-natal com a valorização devida de detalhe desse processo.

Referências

1. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016;24:252-61.

2. Santos Neto ETd, Alves KCG, Zorzal M, Lima RdCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*. 2008;17:107-19.
3. Coelho EdAC, Silva CTO, Oliveira JFd, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*. 2009;13:154-60.
4. Polgliane RBS, Leal MdC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ETd. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:1999-2010.
5. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco.: Cadernos de Atenção Básica; Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União 2011; 24 jun.
7. Lansky S, Friche AAdL, Silva AAMd, Campos D, Bittencourt SDdA, Carvalho MLd, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S192-S207.
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGNd, Theme Filha MM, Costa JVd, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S85-S100.
9. Secretária de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde Gestão 2012-2015. *Revista Baiana de Saúde Pública*; 2012
10. Cavalcanti PCdS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALRd, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23:1297-316.
11. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TdS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28:789-800.
12. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOCa, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S169-S81.
13. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012;34:531-5
14. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:623-38.
15. Sword W, Heaman M, Biro MA, Homer C, Yelland J, Akhtar-Danesh N, et al. Quality of prenatal care questionnaire: psychometric testing in an Australia population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:214.
16. Hussein J, Hirose A, Owolabi O, Imamura M, Kanguru L, Okonofua F. Maternal death and obstetric care audits in Nigeria: a systematic review of barriers and enabling factors in the provision of emergency care. *Reprod Health*. 2016;13:47.
17. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGNd, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;37:140-7.

18. Fonseca SC, Kale PL, Silva KSd. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15:209-17.
19. Alves E, Silva S, Martins S, Barros H. Family structure and use of prenatal care. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31:1298-304.
20. Pesamosca LG, Fonseca ADd, Gomes VLdO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2008;12(2):182-8.
21. Ferreira IS, Fernandes AFC, Lô KKR, de Melo TP, Gomes AMF, Andrade IS. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Northeast Network Nursing Journal*. 2016;17(3).
22. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2013;17:49-59.
23. Henrique Duarte SJ, Villela Mamede M. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, cuiabá. *Ciencia y enfermería*. 2013;19:117-29.
24. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PdSS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*. 2016;20:90-8.
25. Duarte SJH, de Almeida EP. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2014.
26. Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo-Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(2):266-73.
27. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: O HumanizaSUS na atenção básica / Série B. Textos Básicos de Saúde ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
28. Faquim JPdS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde em Debate*. 2016;40:59-69.
29. Leal MdC, Theme-Filha MM, Moura ECd, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15:91-104.
30. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:2507-16.
31. Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MdOP, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48:23-31.
32. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MFd, Tavares LDL, Silva LCFd, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32.
33. Gomes DM, Oliveira MICd, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015;15:413-23.

34. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MdC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Revista de Saúde Pública*. 2014;48:766-74.
35. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed! *Revista Paulista de Pediatria*. 2016;34:251-3.
36. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016;19:63-74.
37. Ministério de Saúde. 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. *Diário Oficial da União* 2007;27 dez