

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA DE CASTRO FERNANDES

CUIDADO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NA REDE ATENÇÃO BÁSICA
À SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

Goiânia

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: **BRUNA DE CASTRO FERNANDES**

Título do trabalho: **CUIDADO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NA REDE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura da autora ²

Data: **30 / 08 / 2016**

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

BRUNA DE CASTRO FERNANDES

CUIDADO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NA REDE ATENÇÃO BÁSICA
À SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a Nilza Alves Marques Almeida

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Marta Roverly de Souza

Goiânia

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

DE CASTRO FERNANDES, BRUNA
CUIDADO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS [manuscrito] / BRUNA DE
CASTRO FERNANDES. - 2016.
118 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. NILZA ALVES MARQUES ALMEIDA; co
orientadora Dra. MARTA ROVERY DE SOUZA.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

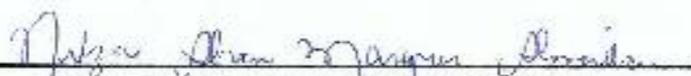
1. CUIDADO PRÉ-NATAL. 2. CUIDADO PUERPERAL. 3. ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE. I. ALVES MARQUES ALMEIDA, NILZA, orient. II.
Título.

CDU 614

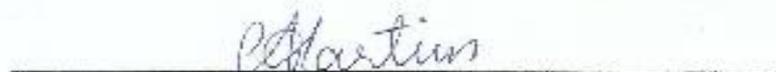


ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

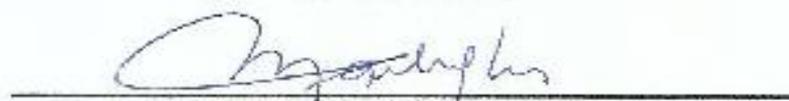
Aos 31 dias do mês de março de 2016, às 14h e 00min, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Cleusa Alves Martins (Membro Externo) e Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “Cuidado Pré-Natal e Puerperal na Rede Atenção Básica à Saúde do Estado de Goiás”, em nível de Mestrado, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Bruna de Castro Fernandes**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 15:50 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Prof. Dra. Nilza Alves Marques Almeida
Presidente e Orientadora / UFG



Prof. Dra. Cleusa Alves Martins
Membro Externo



Prof. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus pais
Maria Lúcia e Eudes pelo amor e apoio incondicional.
Pelas palavras de estímulo e carinho e, sobretudo,
pelos exemplos de vida e pela dedicação a nossa família.
Tenho orgulho de ser filha de vocês. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sua infinita bondade e misericórdia, que me abençoou com a conclusão de mais uma etapa de vida, me concedendo sabedoria, paciência e perseverança para esta minha conquista. Obrigada, Senhor, pela força e por me aproximar de pessoas tão importantes e determinantes para meu sucesso nesta etapa e pela felicidade de tê-las sempre comigo.

A **Nossa Senhora** por sua interseção e por sempre ter cuidado de mim.

Aos meus pais, por não medirem esforços para proporcionarem condições necessárias para que eu me tornasse a pessoa e a profissional que sou. À minha mãe, **Maria Lúcia**, por seu amor incondicional, por ser meu exemplo de mulher, de força, de dedicação, de caráter. Ao meu pai, **Eudes**, meu exemplo de perseverança, de sabedoria. Agradeço por sempre acreditarem em mim e me incentivarem. Esta vitória é de vocês.

À minha irmã **Déborah**, pelo apoio e incentivo, por sempre estar na torcida por mim.

À minha querida orientadora, **Prof^a. Dr^a Nilza Alves Marques Almeida**, por ter caminhado junto comigo e por sempre confiar em minha capacidade e me apoiar. Agradeço por todos os ensinamentos, pela paciência, dedicação e carinho, desde a graduação até aqui.

Às professoras **Dr^a Marta Roverly de Souza, Dr^a Cleusa Alves Martins e Dr^a Edsaura Pereira** pelas contribuições ao meu trabalho.

Ao **Ms. Júlio Henrique Oliveira**, pela ajuda na tabulação e cálculo das variáveis do estudo.

À minha amada **família**, tios, primos e avô. Obrigada pelo apoio, amor, carinho e respeito. Obrigada pelas palavras de incentivo e estímulo.

Aos meus amigos, em especial às amigas **Ana Carolina, Alexandra, Isabel, Jéssica, Bruna, Penélope, Lara, Renata, Diulye, Marina e Flávia** pelas palavras de incentivo, por não me deixarem desanimar, por aguentarem meus desabafos, entenderem minhas ausências e acreditarem em mim. À minha amiga **Camila**

Borges, pelo apoio e suporte no trabalho que favoreceram minha dedicação ao mestrado. Obrigada pelas trocas de plantão e pelo incentivo.

Enfim, a todos aqueles que me apoiaram nesta caminhada: Muito obrigada!

“Deus não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos. Portanto, fazer ou não fazer algo, só depende de nossa vontade e perseverança.”

Albert Einstein

FERNANDES, BC. **Cuidado pré-natal e puerperal na rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de Goiás.** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2016.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Para superar os desafios que interferem na qualidade dos serviços oferecidos pela Atenção Básica, o Ministério da Saúde propõe diversas iniciativas com foco na qualificação, entre elas está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. Ao relacionar a efetividade e a qualidade da assistência pré-natal e puerperal com a taxa de mortalidade materna acima da meta global e ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério, observa-se que as ações desenvolvidas nessas áreas de atenção ainda constituem desafio para as políticas de saúde da mulher. **OBJETIVO:** analisar as ações e serviços da Atenção Básica como rede ordenadora do cuidado pré-natal e puerperal no estado de Goiás. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo transversal, multicêntrico, vinculado ao segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB para o estado de Goiás. Foi realizado um recorte de variáveis do banco de dados nacional, relacionadas às características sociodemográficas das usuárias dos serviços, à assistência pré-natal, ao acolhimento à gestante e à assistência puerperal, atendendo aos indicadores pactuados pelas equipes de atenção básica e gestores municipais para a área estratégica de saúde da mulher. A análise foi feita por regiões de saúde. **RESULTADOS:** a pesquisa abrangeu 975 serviços da Atenção Básica, com 1180 equipes de saúde e 884 usuárias. A maioria dos serviços são Unidades Básicas de Saúde (842; 86,4%) e a maioria das equipes de saúde ofertam atenção pré-natal (1143; 96,9%) e de puerpério (1059; 89,7%). Quanto a existência dos materiais impressos utilizados na atenção pré-natal, verificou-se que a maioria das unidades de saúde, de todas as regiões, disponibiliza sempre a caderneta da gestante. A maior disponibilidade foi identificada na região Nordeste I (100%) e a menor na Estrada de Ferro (73,3%). Houve o predomínio de oferta regular de vacina nos serviços de saúde na AB, nas regiões Serra da Mesa e Sudoeste II a oferta acontece em todos os serviços de saúde participantes do estudo (100%), a menor oferta está na região Sudoeste I (58,9%). Das mulheres participantes, 637 (72,1%) realizaram consulta de pré-natal na última gestação e, em quase todas as regiões de saúde, houve predomínio de seis ou mais consultas. Os procedimentos mais realizados foram verificação da altura uterina (570; 89,5%) e aferição da pressão arterial (96,9%). Exame da boca e das mamas foi referido por 252 (39,6%) participantes. O procedimento menos realizado foi a coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero (162; 25,4%). Participaram de grupo e/ou atividade educativa durante o pré-natal apenas 221 (34,7%) das mulheres. Do total de mulheres com filhos menores de dois anos (n=884), 316 (35,7%) realizaram consulta de revisão de parto (consulta de puerpério). **CONCLUSÕES:** os serviços de Atenção Básica ao pré-natal e puerpério das regiões de saúde do Estado de Goiás apresentaram, em sua maioria, adequada infraestrutura quanto aos recursos de gestão da informação, imunobiológicos e apoio laboratorial, com exceção dos testes rápidos. Houve uniformidade das ações e serviços que envolvem o cuidado pré-natal e puerperal, na maioria das regiões, sendo o acesso um dos fatores favoráveis à sua utilização. As lacunas em destaque foram a participação das mulheres em atividades educativas durante o pré-natal e a realização de consulta puerperal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Cuidado puerperal, Atenção Básica à saúde.

FERNANDES, BC. **Prenatal and puerperal care in the network of primary health care in the State of Goiás.** [Disertation] Goiânia (GO): Graduate Program in Public Health, Federal University of Goiás, Goiânia; 2016.

ABSTRACT

INTRODUCTION: to overcome the challenges that affect the quality of services offered by Primary Care, the Ministry of Health proposes several initiatives focused on training, among them is the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care - PMAQ-AB. By relating the effectiveness and quality of prenatal and postpartum care to the maternal mortality rate above the overall target and expanding the coverage of prenatal care, delivery and postpartum care, it is observed that the actions taken in those areas of attention still constitute a challenge for health policies for women. **OBJECTIVE:** this study aimed to analyze the actions and services of primary care as ordering network of prenatal care and puerperal in the state of Goiás. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional, multicenter study, linked to the second evaluation cycle PMAQ-AB to the state of Goiás. This was a clipping national database variables related to sociodemographic characteristics of users of services, prenatal care natal to welcoming to pregnant and postpartum care, given the indicators agreed by primary care teams and municipal managers to the strategic area of women's health. The analysis was done by micro health. **RESULTS:** the survey covered 975 services of Primary Care, with 1180 health teams and 884 users. Most services are Basic Health Units (842; 86.4%) and most health teams proffer prenatal care (1143: 96.9%) and puerperal (1059: 89.7%). As for existence of printed material used in prenatal care, it was found that most health facilities in all the regions, always available to book the pregnant woman. The increased availability has been identified in the micro Northeast I (100%) and the lowest on the Railroad (73.3%). There was the regular supply of prevalence of vaccine in health services in AB, in the regions Serra da Mesa and West II supply happens in all study participants health services (100%), the lowest bid is in the micro Southwest I (58 , 9%). Of female participants, 637 (72.1%) received prenatal consultation in the last pregnancy, and almost all health micro predominated six or more visits. The most common procedures were checking the uterine height (570; 89.5%), and measurement of blood pressure (96.9%). Examination of the mouth and breasts was reported by 252 (39.6%) participants. The procedure was performed less collection preventive screening of cervical cancer (162; 25.4%). group participated and / or educational activities during prenatal only 221 (34.7%) of women. Of the women with children under two years (n = 884), 316 (35.7%) underwent childbirth review consultation (puerperal consultation). **CONCLUSIONS:** care services Basic prenatal and postpartum health of micro-regions of the State of Goiás presented, in most cases, adequate infrastructure as the information management resources, biopharmaceuticals and laboratory support, with the exception of rapid tests. There was uniformity of actions and services that involve prenatal care and postpartum, most of the micro-regions, and access one of the factors favorable to their use. The gaps were highlighted in the participation of women in educational activities during prenatal and conducting puerperal consultation.

Keywords: Prenatal care, puerperal care, Primary health.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

- Quadro 1 –** Regiões de Saúde e os respectivos municípios, no estado de Goiás.
- Quadro 2 –** Variáveis de estudo divididas por blocos e questões, segundo os módulos de avaliação externa do PMAQ-AB 2013.
- Figura 1 –** Organograma do marco evolutivo das Políticas/Programas de Saúde da Mulher no Brasil.
- Figura 2 –** Mapa do estado de Goiás dividido em regiões de saúde, 2014.
- Figura 3 –** Percentual de oferta regular de vacinação nas unidades de Atenção Básica, por região de saúde do estado de Goiás.
- Figura 4 –** Número de profissionais entrevistados por região de saúde do Estado de Goiás.
- Figura 5 –** Percentual de realização de consulta de puerpério até 10 dias após o parto.
- Figura 6 –** Percentual de mulheres cujo horário de funcionamento da unidade de saúde atende às suas necessidades.
- Figura 7 –** Número de consultas realizadas pelas usuárias dos serviços de pré-natal da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Figura 8 –** Efetividade das orientações dos profissionais das equipes de saúde para a gestante sobre a gravidez e o cuidado com a criança.
- Figura 9 –** Participação das usuárias em grupos/atividades educativas durante o pré-natal nas unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Figura 10 –** Profissional responsável pela consulta puerperal das unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 –** Tipo de Unidade de Saúde, por região de saúde do Estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, Ciclo II.
- Tabela 2 –** Disponibilidade da caderneta da gestante nas unidades de saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, Ciclo II.
- Tabela 3 –** Disponibilidade de imunobiológicos nas unidades de saúde participantes do Ciclo II do PMAQ, por região de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 4 –** Disponibilidade de Testes rápidos nas unidades de saúde participantes do Ciclo II do PMAQ, por região de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 5 –** Medicamentos componentes da Farmácia Básica, nas unidades de Saúde participantes do PMAQ, 2013.
- Tabela 6 –** Participação das equipes de saúde no Ciclo I do PMAQ e utilização dos resultados alcançados para a organização dos processos de trabalho, por região de saúde do estado de Goiás
- Tabela 7 -** Categorias profissionais participantes do PMAQ-AB, ciclo II, nas regiões de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 8 –** Oferta de consultas pré-natal por equipe participante do PMAQ-AB, ciclo II, nas regiões de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 9 –** Exames solicitados durante a atenção pré-natal, que são realizados pela rede de serviços de saúde, por região de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 10 -** Testes rápidos solicitados durante a atenção pré-natal, que são realizados pela rede de serviços de saúde, por região de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 11 –** Resultados de exames em tempo oportuno para intervenções por região de saúde do Estado de Goiás.
- Tabela 12 –** Ações realizadas pelas equipes de saúde para garantir consulta de puerpério até 10 dias após o parto.
- Tabela 13 –** Mulheres participantes da avaliação externa do PMAQ-AB, segundo ciclo.
- Tabela 14 –** Caracterização socioeconômica das usuárias dos serviços de pré-natal e puerpério da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Tabela 15 –** Acesso à unidade de saúde pelas usuárias das unidades de Atenção

Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

- Tabela 16** – Caracterização do acolhimento na unidade de saúde quando é necessário atendimento sem horário marcado pelas usuárias dos serviços de pré-natal da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Tabela 17** – Frequência de agendamento da próxima consulta de pré-natal após atendimento usuárias dos serviços da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013
- Tabela 18** – Realização de consulta pré-natal na última gestação usuárias dos serviços de pré-natal da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, em 2013.
- Tabela 19** – Motivos da não realização de consulta pré-natal pelas usuárias dos serviços da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Tabela 20** – Condutas clínicas dos profissionais de saúde no atendimento pré-natal às usuárias dos serviços de Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013, por região de saúde.
- Tabela 21** – Orientação do profissional de saúde durante as consultas de pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, em 2013.
- Tabela 22** – Exames periódicos de pré-natal e imunização realizados pelas usuárias das unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Tabela 23** – Prescrição de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico por profissional de saúde, durante o pré-natal nas unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Tabela 24** – Consulta de puerpério realizada pelas usuárias das unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.
- Tabela 25** – Tempo decorrido para a realização da consulta de revisão de parto (consulta de puerpério). N= 316.
- Tabela 26** – Ações dos profissionais de saúde na primeira semana após o parto.
- Tabela 27** – Atendimento puerperal pelos profissionais das equipes de Atenção Básica à Saúde, participantes do PMAQ-AB em 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do pré-natal e puerpério
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPAIS	Superintendencia de Políticas de Atenção Integral à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

FOLHA DE APROVAÇÃO

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

17

2 OBJETIVOS

23

2.1 Objetivo Geral

23

2.2 Objetivos Específicos

23

3 REFERENCIAL TEÓRICO

24

3.1 Atenção Básica à Saúde no Brasil

24

3.2 Redes de Atenção à Saúde

26

3.2.1 Rede Cegonha

27

3.3 Gestão e Avaliação da Atenção Básica à Saúde

28

3.4 Cuidado pré-natal e puerperal na Rede de Atenção à Saúde da Mulher

32

4 METODOLOGIA

36

4.1 Tipo de Estudo

36

4.2 Cenário do Estudo

36

4.3 Sujeitos da Pesquisa

39

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

40

4.5 Coleta de dados

40

4.6 Variáveis do Estudo

41

4.7 Análise dos dados

42

4.8 Aspectos Éticos e Legais

42

5 RESULTADOS

44

5.1 Infraestrutura organizacional, materiais e insumos dos serviços atenção básica à saúde

44

5.2 Ações da equipe de saúde na rede de atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás

51

5.3 Acesso e à utilização dos serviços de pré-natal e puerpério na rede de atenção básica

60

5.3.1 Perfil socioeconômico de usuárias dos serviços de Atenção Básica à Saúde

62

5.3.2	Acesso e acolhimento das usuárias nos serviços de saúde da Atenção Básica	63
5.3.3	Ações voltadas ao cuidado Pré-natal na Rede de Atenção Básica à saúde	67
5.3.4	Ações voltadas ao cuidado puerperal na Rede de Atenção Básica à saúde	78
6	DISCUSSÃO	83
7	CONCLUSÕES	94
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
9	REFERÊNCIAS	97
	ANEXOS	106
	APÊNDICES	107

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da saúde da mulher teve início durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Goiás, principalmente a partir da realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Adesão de gestantes ao grupo educativo durante o pré-natal”.

Ao iniciar a trajetória profissional como enfermeira supervisora do Programa de Saúde da Mulher e do Programa de Crescimento e Desenvolvimento da criança em um Centro de Atendimento Integral à Saúde (CAIS) no município de Aparecida de Goiânia, esse interesse foi fortalecido com enfoque na assistência integral à saúde da mulher. Durante a atuação no Programa Saúde da Mulher, especificamente na atenção ao pré-natal e puerpério, surgiram inquietações quanto à integralidade da atenção no que tange ao acesso aos serviços e as ações das equipes de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás.

Posteriormente, atuando como Enfermeira supervisora de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, no mesmo município citado anteriormente, percebi que o papel do gestor vai além de formulários e aspectos burocráticos do serviço de saúde. Reforcei a certeza da importância da geração de informação para que, após analisados, esses dados resultem em levantamento de aspectos e pontos que necessitam de reorganização, qualificação. Outro aspecto que reconheci no meu cotidiano foi a importância do cuidado integral em todos os ciclos de vida, para todos os indivíduos, porém pela maior proximidade com a área, o cuidado pré-natal e puerperal sempre me chamaram a atenção.

Meu cotidiano como enfermeira da Rede de Atenção Básica à Saúde e mestrandia em Saúde Coletiva e a existência de um programa rico em dados que podem subsidiar levantamento científico que resulte em melhorias para o serviço e, conseqüentemente, para a população, me motivaram a realizar o presente estudo sobre o cenário dos serviços de Atenção Básica ao pré-natal e puerpério em Unidades Básicas de Saúde do Estado de Goiás.

1 INTRODUÇÃO

No estado de Goiás há predomínio da população feminina e seu crescimento se dá mais rapidamente que o número de homens (IBGE, 2010). Esse predomínio feminino também é visto na busca pelos serviços de saúde, pois as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens devido às diferenças nas necessidades de saúde entre os gêneros, onde se destacam as demandas relacionadas às questões reprodutivas (IBGE, 2010; TRAVASSOS et al., 2002; PINHEIRO et al., 2002).

Até a década de 70 as políticas de saúde da mulher eram vinculadas exclusivamente à área materno-infantil. Suas ações visavam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres apenas no que se referia à gravidez, ao parto e ao puerpério. Após o nascimento da criança, as ações se focalizavam no aleitamento materno (COELHO, 2008).

Em 1983, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), avanços foram promovidos com a elaboração de políticas específicas destinadas às mulheres com ênfase na integralidade (COELHO, 2008). O PAISM foi criado antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da promulgação da Carta Magna, portanto, utilizou-se primeiro o termo integralidade da saúde na política pública. A abordagem integral significou a assistência à saúde da mulher em todos os ciclos de vida e não apenas no gravídico, mudando a visão que o sistema de saúde tinha acerca da mulher (SOUTO, 2008).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para normatizar a assistência às gestantes no Brasil. O PHPN estabeleceu além do número de consultas e a idade gestacional para ingresso no pré-natal, os exames laboratoriais e ações de educação em saúde, discutindo as práticas em saúde e suas bases conceituais (BRASIL, 2000; ANVERSA et al., 2012).

Apesar de não ter sido implementado em sua totalidade, o PAISM serviu de base para que em 2004 o MS pudesse formular a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (COELHO, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A PNAISM enfatiza a humanização da atenção em saúde, entendendo que humanização e qualidade são aspectos inseparáveis. Para garantir esses aspectos, deve-se levar em consideração a acessibilidade ao serviço, a provisão de insumos e tecnologias necessárias, a criação de sistemas de referência e contra-referência (regulação), disponibilidade de informações e orientação dos usuários proporcionando sua participação na avaliação dos serviços (FREITAS et al., 2009).

As políticas nacionais de atenção à saúde da mulher contribuíram para a transformação do paradigma da saúde da população feminina. A PNAISM inova ao considerar a promoção e humanização da saúde visando minimizar as iniquidades presentes na saúde da mulher e ao propor atendimento em todas o ciclo de vida da mulher (FREITAS et al., 2009).

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS), realizado em 2006, mostraram que 73% das mulheres em idade fértil não possuíam plano de saúde ou convênio médico, sendo então usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A saúde da mulher encontra-se entre as áreas estratégicas para a atuação da Atenção Básica (AB) em todo o território nacional (BRASIL, 2006). Sendo assim, esta deve ser preferencialmente a porta de entrada da mulher no sistema de saúde, proporcionando um acompanhamento longitudinal e contínuo. As ações de saúde na AB, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, devem permitir a integração do trabalho das equipes das unidades básicas de saúde com os profissionais dos demais serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O SUS, como responsável por ações preventivas e de promoção e recuperação da saúde, apresenta propostas completas para um sistema de saúde nacional. Porém, no Brasil, é difícil efetivá-lo devido aos desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades, que o mesmo enfrenta (SOUZA; COSTA, 2010). É reconhecido que ainda é necessário o avanço no sistema de atenção à saúde brasileiro, quanto à integralidade, humanização, resolutividade, entre outras, por meio de reorganização dos serviços e a produção de uma nova qualidade dos processos de trabalho, nas diversas áreas (ANTIQUERA, 2008).

No que tange a integralidade de atenção obstétrica na AB, além da assistência pré-natal deve haver a assistência puerperal, a partir de consultas que protegem a mulher e melhoram a saúde perinatal (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A PNDS (2006) mostrou que o acesso à assistência pré-natal é quase universal no Brasil. Apenas 1,3% das mães dos nascidos vivos declararam não ter realizado pelo menos uma consulta durante a gestação. A cobertura da assistência hospitalar ao parto foi de 98,4%, apresentando-se alta. Quanto ao puerpério, apenas 39,2% das mães realizaram pelo menos uma consulta durante o período de 42 dias após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Embora tenha havido uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, a incidência de sífilis congênita e da hipertensão arterial sistêmica ainda estão elevadas. Tais informações evidenciam fragilidade o comprometimento da qualidade da atenção pré-natal (BRASIL, 2012a).

Melhorar a saúde materna, quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), teve como metas globais a serem atingidas até o ano de 2015: reduzir a mortalidade materna para três quartos do observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2014). A meta de redução da mortalidade materna não foi atingida.

O Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), demonstrou que a meta de redução da mortalidade materna não seria alcançada mundialmente. Entre 1990 e 2010, a queda da mortalidade materna nos países em desenvolvimento e na América Latina foi de 45%, indo de 440 para 240 óbitos e de 130 para 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente. No Brasil a taxa caiu em 55%, indo de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Ao relacionar a efetividade e a qualidade da assistência pré-natal e puerperal com os altos índices de mortalidade materna e infantil, observa-se que as ações desenvolvidas nessas áreas de atenção são um desafio para as políticas de saúde da mulher. As taxas de mortalidade materna encontradas configuram-se como um grave problema de saúde pública, pois, mesmo apresentando quedas, os resultados dos indicadores de mortalidade materna ainda estão longe do máximo de 35 mortes

maternas por cada 100 mil nascidos vivos, que foi a meta traçada dentro dos Objetivos do Milênio para 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A diminuição da Razão de Mortalidade Materna é resultante, em grande parte, da queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas, que são as decorrentes de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério; e de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de eventos associados (BRASIL, 2014).

Quanto à universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva, os resultados demonstraram proximidade do alcance da meta, já que em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outras unidades de saúde; e cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais (BRASIL, 2014).

Nas últimas décadas, no Brasil, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram velocidade de queda inferior ao desejado, mesmo que a redução da mortalidade infantil tenha sido considerável. As mortes neonatais ainda ocorrem por causas preveníveis e evitáveis, principalmente no que se refere às ações dos serviços de saúde e, entre elas, destaca-se a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012a).

Entre as ações desenvolvidas em prol da redução da mortalidade materna e da universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da saúde da mulher, está a criação de políticas voltadas para melhoria da saúde materna (BRASIL, 2006).

Dentre estas políticas está a Rede Cegonha, lançada em 2011, visando estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. Tem como objetivo a redução da mortalidade materna e neonatal, com ênfase nos seguintes componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança; e sistema logístico. Em 2013, o número de municípios que aderiram à Rede Cegonha foi de 5.488, garantindo, assim, benefícios a 2,5 milhões de gestantes (BRASIL, 2011; 2014).

No Brasil, observa-se que somente o número adequado de consultas pré-natal não garante a eficácia da assistência. A atual situação demonstra a ineficácia dos

serviços de saúde em garantir uma atenção pré-natal adequada não somente quanto ao número de consultas, mas, também, quanto ao conteúdo da assistência prestada (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

Com vistas à superação dos desafios que interferem na qualidade dos serviços oferecidos pela Atenção Básica, o MS propõe diversas iniciativas com foco na qualificação, entre elas está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). O PMAQ-AB tem como diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na AB (FONTENELLE, 2012).

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, sendo produto da negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. Contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais estabeleceram soluções para criar um programa que permite a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB, em todo o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Iniciativas de avaliação em saúde como esta permitem múltiplos recortes do real e abordagens metodológicas diferentes, podendo se apresentar como um instrumento importante para a elaboração de estratégias de gestão para o setor saúde (GOUVEIA et al., 2009).

A avaliação das condições de saúde e de vida de uma população é realizada a partir da análise de alguns indicadores de saúde, dentre os quais estão os coeficientes de mortalidade materna e infantil. A assistência pré-natal adequada e qualificada pode contribuir com a queda desses coeficientes o que beneficiaria a referida avaliação (PARADA, 2008).

A partir do exposto, torna-se relevante a realização de estudos que investiguem as ações e os serviços da rede de Atenção Básica ao pré-natal e puerpério do estado de Goiás. Assim, destaca-se o interesse no desenvolvimento da presente pesquisa para responder ao questionamento: Como a Atenção Básica desempenha o seu papel de rede ordenadora do cuidado pré-natal e puerperal?

Esta pesquisa se justifica diante da escassez de estudos que avaliem a qualidade desses serviços em municípios goianos e a necessidade do conhecimento da

realidade local para subsidiar ações e tomadas de decisões em nível de gestão, com vistas à garantia de eficácia e eficiência dos mesmos.

Acredita-se que os resultados contribuirão para identificar os avanços e as lacunas na assistência e gerência, relacionadas ao pré-natal e puerpério, que demandam atenção da rede de saúde nos níveis municipais e estaduais, visando cumprir os princípios e diretrizes das políticas públicas acerca dessa temática. Soma-se a isso a produção de evidências científicas, fornecendo aos profissionais de saúde e gestores informações relevantes para intervenções que qualifiquem a atenção ao pré-natal e puerpério.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações e serviços da Atenção Básica como rede ordenadora do cuidado pré-natal e puerperal no estado de Goiás.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a infraestrutura organizacional dos serviços de atenção básica de saúde;
- Identificar as ações dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica ao pré-natal e puerpério.
- Descrever o acesso e a utilização dos serviços de pré-natal e puerpério na rede de atenção básica de saúde;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Básica à Saúde no Brasil

Historicamente, a organização dos serviços orientados pela Atenção Primária em Saúde (APS) se deu por reconstruções sucessivas até se concretizar como uma política. As primeiras experiências em APS aconteceram nos anos 1960, sendo, então, anteriores à Conferência de Alma Ata. A organização e as ações referentes a esse modelo de atenção foram ampliadas e reformuladas a partir dos anos 1970 (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

O grande marco da APS foi em 1978, na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Essa Conferência reuniu 134 países que objetivando alcançar o maior nível de saúde possível, até os anos 2000, debateram um acordo que resultou em uma política internacional com o nome de Saúde Para Todos no Ano 2000 (SANTOS, 2013).

As características históricas e culturais influenciam a evolução da assistência à saúde de cada sociedade. No Brasil, os modelos de atenção à saúde acompanharam as mudanças do cenário econômico, evoluindo na medida em que havia transformação no mesmo (SIMÕES et al., 2011).

A Constituição de 1988 e a consolidação do SUS, nos anos 90, impulsionaram mais mudanças no cenário da Atenção Básica (AB) no Brasil (CASTRO; MACHADO, 2012). A base da organização da AB passou a ser a integração entre a unidade de saúde e a comunidade, em um território delimitado, e suas ações foram referenciadas pelo Programa Saúde da Família (PSF), com a sua criação em 1994 (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008). O termo Atenção Básica, denominação correspondente à Atenção Primária à Saúde (APS) na literatura internacional, passou a ser utilizado no Brasil nos anos 90 para atender as diretrizes abrangentes do SUS (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o resultado da experiência acumulada ao longo do desenvolvimento e consolidação do SUS (BRASIL, 2012). De acordo com a PNAB a Atenção Básica deverá ser a porta de entrada do SUS e o

centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo entre suas funções a coordenação do cuidado. A AB deve, também, apresentar respostas aos problemas de saúde mais frequentes e relevantes em cada território com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2006) e articular com outras políticas públicas para garantir a efetividade às suas ações (SANTOS, 2013).

Mendes (2011) interpreta a APS como o primeiro contato da população com o sistema de atenção à saúde, sendo o nível fundamental para deste e parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social.

O desenvolvimento da AB tem recebido destaque no sistema de saúde brasileiro. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) fizeram parte de uma estratégia do governo de reestruturação do sistema e do modelo assistencial do SUS. Desde 1998, o PSF tem sido a principal ação de estruturação da AB dos sistemas locais de saúde, por meio da reorganização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com foco nas famílias e comunidades, integrando a assistência médica com a promoção e a prevenção no âmbito da saúde (PAIM et al., 2011).

Com o apoio do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o MS lançou o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), com o objetivo de apoiar a expansão, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios com população superior a 100 mil habitantes. O PROESF também oferece apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo de desempenho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

Para a avaliação da qualidade dos serviços e das respostas às necessidades em saúde a informação configura-se como um elemento importante. Por isso, deve ser entendida como um instrumento de apoio para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, que favorece o planejamento, a gestão, a organização e a avaliação nos diferentes níveis de atenção à saúde (ANTIQUERA, 2008).

3.2 Redes de Atenção à Saúde

Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida, no Decreto nº. 7.508, como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Para enfrentar o atual cenário das necessidades de saúde e limar a fragmentação que enfraquece os sistemas de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera as redes de atenção coordenadas pela APS o princípio essencial (OPAS, 2011).

Uma RAS tem por objetivos: promoção da integração sistêmica, de ações e serviços de saúde promovendo atenção contínua, integral, de qualidade, com responsabilidade e humanização; também visa aumentar o desempenho do sistema de saúde quanto ao acesso, equidade, eficácia e eficiência (BRASIL, 2010). Os principais elementos que compõem as RAS são: os espaços territoriais e suas respectivas populações; a estrutura operacional, os serviços de saúde, com suas funções e objetivos definidos; o modelo de atenção à saúde, como sistema logístico que organiza o funcionamento da rede e promove orientação e controle do acesso e do fluxo dos usuários; e o sistema de governança (SILVA, 2011; OPAS, 2011).

As RAS foram implantadas como uma nova forma de organização do setor saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

A implantação das RAS provoca mudanças no modelo de atenção à saúde e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos (MENDES, 2011). As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde promovem estrutura mais adequada para efetivar a integralidade da atenção e a qualificação e continuidade da assistência à saúde. São importantes para o preenchimento de lacunas na assistência e redução dos custos dos serviços por produzir racionalização na utilização de recursos. Isto favorece o aproveitamento a partir do aperfeiçoamento dos mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços (SILVA, 2011).

O centro de comunicação da RAS é a AB. Para que a AB exerça essa função necessita cumprir três papéis essenciais: resolutivo, organizador e o de responsabilização. Sendo assim, deve operar com seis propriedades: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar e a orientação comunitária. O primeiro contato envolve a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio. Tal fato acentua a importância da existência de uma AB muito bem estruturada, uma vez que esta é a base para a organização de RAS efetivas, eficientes e qualificadas (MENDES, 2009; OPAS, 2011).

Nessa perspectiva de RAS, considerando, entre outros fatores, os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos; os objetivos já estabelecidos nas políticas públicas relacionadas à saúde da mulher; o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos ODM; a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, o MS lança em 2011 a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

3.2.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha tem por objetivos promover o fortalecimento do modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil visando a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Deve se organizar de modo a possibilitar contínuas ações na atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, por meio da articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é formada pelos componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte

Sanitário e Regulação. O componente Pré-Natal prevê, dentre outros, a realização de pré-natal na UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; e o componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança apresenta ações como promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e acompanhamento da puérpera e da criança na AB com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (BRASIL, 2011).

No Estado de Goiás, a atenção materno-infantil ainda possui pontos de atenção desarticulados. A Rede Cegonha, instituída na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), é formada por representantes das Superintendências da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). A formação da Rede compreende cinco fases: diagnóstico; desenho regional; contratualização municipal; qualificação e certificação; e o reconhecimento por parte do MS da Rede Cegonha no território. A última etapa depende de reavaliações anuais. Em junho de 2011, a SES-GO, por meio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS), elaborou o Plano de Ação da Região Prioritária para implantação da Rede Cegonha no Estado de Goiás - Macrorregião Centro-Oeste. Goiás também aprovou a implantação da Rede Cegonha na Macrorregião Centro-Norte (SES-GO, 2013).

Compor e coordenar as redes integrais e seus diversos agentes são grandes desafios da governança desses sistemas. Isso evidencia a importância em superar os efeitos da fragmentação na rede SUS e potencializar a AB como porta de entrada e centro ordenador dos serviços, visto que esses são pontos fundamentais para a construção e manutenção de redes de atenção à saúde (GIOVANELLA et al., 2009).

3.3 Gestão e Avaliação da Atenção Básica à Saúde

Para superar, no âmbito da saúde, a prática fragmentada e intervenções de natureza curativa, faz-se imprescindível uma nova abordagem, onde há compromisso ético com a vida, com a promoção e recuperação da saúde. Dentre os objetivos está garantir o acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados (VIEGAS; PENNA, 2012).

A integralidade ultrapassa a organização hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde. Estende-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva, e necessita do compromisso com educação continuada e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007). A descentralização, hierarquização e regionalização da assistência apresentam possibilidades e desafios a serem enfrentados nas três esferas de gestão federal, estadual e municipal. As desigualdades dos municípios e regiões brasileiras necessitam de respostas coerentes que atendam as diferentes necessidades (ANTIQUERA, 2008).

Sendo assim, é esperada atuação por parte da gestão municipal, de maneira efetiva para que as necessidades locais de organização da rede de atenção à saúde sejam atendidas, visto que cabe à esse nível de gestão a responsabilidade pela implementação de uma rede onde haja suficiência, integração e regulação, ancorada em recursos de infraestrutura que possibilitem sua efetivação (ANTIQUERA, 2008).

Para identificar os pontos críticos e propor ações que aperfeiçoem a assistência e que contemplem as características sociodemográficas da população atendida, faz-se necessária a realização de avaliação periódica dos serviços de saúde (POLGLIANE, 2014). A avaliação de políticas públicas permite a produção de informações que possibilitem a melhoria da eficácia e oferece a possibilidade de transformação baseada nos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais (FELISBERTO; et al., 2010).

No Brasil, a AB vem sofrendo inovações importantes o que resulta em necessidades e interesses crescentes na avaliação e no monitoramento dos resultados alcançados, no que diz respeito à organização e provisão dos serviços, e também quanto aos possíveis impactos na saúde e no bem-estar da sociedade (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

O papel da avaliação é fornecer dados que subsidiem a tomada de decisão, aumentando a eficiência, a eficácia e a efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para garantir acesso e qualidade da atenção em saúde, o MS visa executar a gestão pública tendo como base processos e resultados mensuráveis. Diversos esforços têm sido desenvolvidos para o reconhecimento da qualidade dos serviços da AB

oferecidos no país e para o estímulo à ampliação do acesso em todos os contextos existentes na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

A partir dos anos 2000, iniciaram-se ações no sentido de avaliar a AB em seus diversos aspectos, realizadas por centros acadêmicos e financiadas e apoiadas pelo MS, que também desenvolvia pesquisas na área de monitoramento e avaliação. Criou-se a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, para formular e conduzir propostas de avaliação, inicialmente, com enfoque no monitoramento da estrutura, no processo e resultado por meio de dados dos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Os primeiros estudos desenvolvidos entre os anos de 2000 a 2002 focaram no processo de implantação do PSF visando detectar suas fragilidades e potencialidades. As primeiras pesquisas foram avaliações de processo ou de resultados pontuais. Não havia parâmetros para que fossem feitas comparações de desempenho (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Em 2003, a então Coordenação de Investigação tornou-se Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), tendo como missão o fortalecimento do papel da avaliação enquanto instrumento para a gestão do SUS. Tinha em vista a criação de uma cultura avaliativa nos três níveis de governo. Neste mesmo ano, houve o interesse de elaborar as bases de uma política nacional para o monitoramento e avaliação da AB, com a formação da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, envolvendo gestores e técnicos de vários setores do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A partir de 2003, o MS do Brasil desenvolveu a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, cujo objetivo era de institucionalizar a avaliação no âmbito da atenção básica no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b). A política tem como propósitos qualificar os processos decisórios, visando à integralidade e resolutividade das ações, visto que as práticas de monitoramento e avaliação na AB são reconhecidas pelas três esferas de governo (CONTANDRIOPOULOS, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

A proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) está entre as ações para a institucionalização da Avaliação da Atenção Básica e está direcionada ao âmbito municipal da ESF e os atores são profissionais da equipe, coordenadores e gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c).

Em 2011, o MS instituiu por meio da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tal programa tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, por meio de processos que ampliam a capacidade das gestões em todos os níveis, garantindo um padrão de qualidade comparável (BRASIL, 2012b; SANTOS, 2013). O PMAQ modificou o financiamento da AB vinculando parte dos recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

O PMAQ está dentro de um conjunto de estratégias prioritárias definidas pela PNAB e se relaciona com outros movimentos de reorientação da organização do SUS como, por exemplo, as Redes de Atenção e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. A organização do PMAQ se dá em quatro fases. A primeira é a “Adesão e Contratualização” por parte dos municípios; a segunda constitui-se o “desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional”; a terceira é a fase de “Avaliação Externa” e a quarta, representando o começo de um novo ciclo, recebe o nome de “Recontratualização” (PINTO et al., 2012).

A adesão voluntária ao PMAQ por mais de 70% dos municípios brasileiros que ingressaram no programa, mesmo diante de uma série de exigências como de pré-tarefas e de diversos compromissos para a adesão. Mais de 75% das equipes de AB que aderiram ao PMAQ utilizaram o AMAQ, o que mostra o interesse das equipes na utilização de instrumentos para a identificação das principais necessidades e avanços, relacionados à ampliação do acesso e da qualidade da AB (PINTO et al., 2012).

O PMAQ apresenta em seu questionário 47 indicadores e é subdivido em áreas chamadas de monitoramento dentre as quais está a de Saúde da Mulher, englobando itens referentes ao pré-natal e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

3.4 Cuidado pré-natal e puerperal na Rede de Atenção à Saúde da Mulher

O cuidado em saúde é uma prática que visa assegurar a manutenção e continuidade da vida e acontece a partir de uma relação estabelecida entre pessoas para a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida (FORMOZO et al, 2011).

Nessa perspectiva o cuidado direcionado à Saúde da Mulher no Brasil, considerando os seus compromissos e princípios e vinculação com outros programas, teve como marco evolutivo várias Políticas e Programas, representadas na Figura 1.

A atenção à saúde da mulher integrou às políticas públicas de saúde no Brasil a partir das primeiras décadas do século XX. Com o crescimento acelerado da população mundial, a saúde da mulher passa a ser fonte de preocupação. No Brasil, no final da década de 1970 surgem os programas de planejamento familiar (MORI et al., 2006).

Com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) o governo brasileiro buscou integralizar a assistência, adotando ações educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nas áreas da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 1984).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), firmando o compromisso de implementar ações que garantissem os direitos da mulher e reduzissem os agravos por causas preveníveis e evitáveis. A PNAISM enfoca principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

A PNAISM enfatiza que para haver qualidade e humanização na assistência pré-natal e puerperal as condutas devem ser acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; deve haver fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

POLÍTICAS E PROGRAMAS	COMPROMISSOS/PRINCÍPIOS/VINCULAÇÃO COM OUTROS PROGRAMAS
PSMI (1974)	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez e parto • Sem vínculo
PAISM (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento. • Incorpora descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção à saúde.
Conferência do Cairo (1994)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio ao planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva; • Promoção da igualdade de gênero, igualdade de acesso à educação e eliminação da violência contra mulheres.
PHPN (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualificação da atenção obstétrica. • Atendimento humanizado.
PNAISM (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de saúde para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade. • Incorpora humanização e a qualidade da atenção em saúde, com ênfase na PNAB e transversalidade dos programas de saúde.
Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Política de planejamento familiar, com ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida. • Parceria com os Ministérios da Justiça, Educação, Desenvolvimento Agrário e Social e Combate à Fome, Secretarias Especial de Políticas para as Mulheres, e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Especial de Direitos Humanos.
Rede Cegonha (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o pré-natal, parto e puerpério até a assistência da criança com 24 meses de vida; organizar a rede de atenção materno infantil para garantia do acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. • Complementação da PHPN.

Figura 1 - Organograma do marco evolutivo das Políticas/Programas de Saúde da Mulher no Brasil.

Fonte: SODRÉ, 2015; ALVES, 1995.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi lançado pelo MS visando à melhoria da assistência obstétrica. O principal objetivo do PHPN é reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, incluindo a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecimento de procedimentos e ações

fundamentais e promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A atenção obstétrica deve ser prestada valorizando a qualidade e a humanização, acolhendo com dignidade a mulher e o recém-nascido. Seu principal objetivo é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, garantindo o bem estar materno e neonatal (BRASIL, 2005). O acolhimento favorece a materialização dos princípios de integralidade, universalidade e equidade em saúde, e este acontece quando o usuário procura um serviço de saúde e alcança respostas às suas necessidades (DUARTE; ANDRADE, 2008).

O PHPN é uma estratégia que visa promover melhoria nos indicadores de saúde do país. Aos gestores, em todas as esferas de governo, cabe a ampliação da cobertura do programa, o incentivo ao cumprimento das metas propostas e a correta documentação dos dados de acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal. Isso implica em uma preocupação com a qualidade dos procedimentos realizados (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Além do atendimento humanizado, o PHPN inclui a necessidade de melhoria no atendimento às gestantes nos serviços públicos de atenção à saúde, para diminuir a mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2007). A hierarquização, a referência e a contra-referência presentes no SUS, são confirmados pelo PHPN (BRASIL, 2000).

O Sistema de Informação SISPRENATAL, foi implementado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), nesse contexto do PHPN, com a finalidade de coletar informações quanto ao pré-natal, parto e puerpério, nacionalmente. Atualmente, o SISPRENATAL é uma ferramenta fundamental para a avaliação do cuidado (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Levando-se em consideração que, no Brasil, cerca de 90% das mulheres recebem assistência pré-natal e a maioria (61,84%) realiza de sete ou mais consultas, o país já deveria possuir melhores indicadores de saúde perinatal (DATASUS, 2011). Tal fato incita o questionamento quanto a qualidade da assistência recebida, o que remete à questão da humanização (ANTIQUERA, 2008). Esta tem como tripé a segurança, qualidade e efetividade da atenção materna e perinatal.

Uma das prerrogativas governamentais quanto à saúde materna e perinatal é a qualidade da atenção pré-natal. Assim, sabe-se que conhecer as características do processo da atenção pré-natal, contribui para que as prioridades assistenciais sejam identificadas, para que sejam estabelecidas ações adequadas, visando à prevenção, o diagnóstico e o manejo clínico de possíveis problemas obstétricos (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo transversal, multicêntrico, com análise a nível de regiões de saúde e foco nos serviços de Atenção Básica, nas equipes de saúde e no acesso e utilização do serviço pelas usuárias, recorte de uma pesquisa nacional do Ministério da Saúde para avaliação da Atenção Básica à Saúde em todo País. Está vinculado ao segundo ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para o estado de Goiás.

A fase do PMAQ-AB correspondente à realização desse estudo foi a terceira, que consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica (EAB), participantes do Programa.

Optou-se pelo estudo transversal pelo fato de o mesmo permitir a descrição de características da população e por ser uma ferramenta para a ação e planejamento e saúde, além de possibilitar a identificação de grupos de risco e a investigação de “causa” e “efeito” simultaneamente (ROUQUAYROL, FILHO, 2003; BASTOS, DUQUIA, 2007). Entre as vantagens do estudo transversal estão o baixo custo, alto potencial descritivo, simplicidade analítica e facilidade na representatividade de uma população (ROUQUAYROL, FILHO, 2003).

4.2 Cenário do Estudo

O estudo abrangeu os serviços de saúde da Atenção Básica dos municípios do estado de Goiás. De acordo com mapa da saúde do estado de Goiás, a população do estado de Goiás no ano de 2015 era de 6.610.681 habitantes (SES-GO, 2015).

Localizado a leste da Região Centro-Oeste, no Planalto Central brasileiro e com área de 340,112 km², o estado de Goiás está dividido em cinco macrorregiões de saúde, que são: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste.

Essas macrorregiões subdividem-se em 18 regiões de saúde (Figura 2). Cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria

da Saúde do Estado (GOIÁS, 2013). No Quadro 1, estão apresentados os municípios por regiões de saúde.

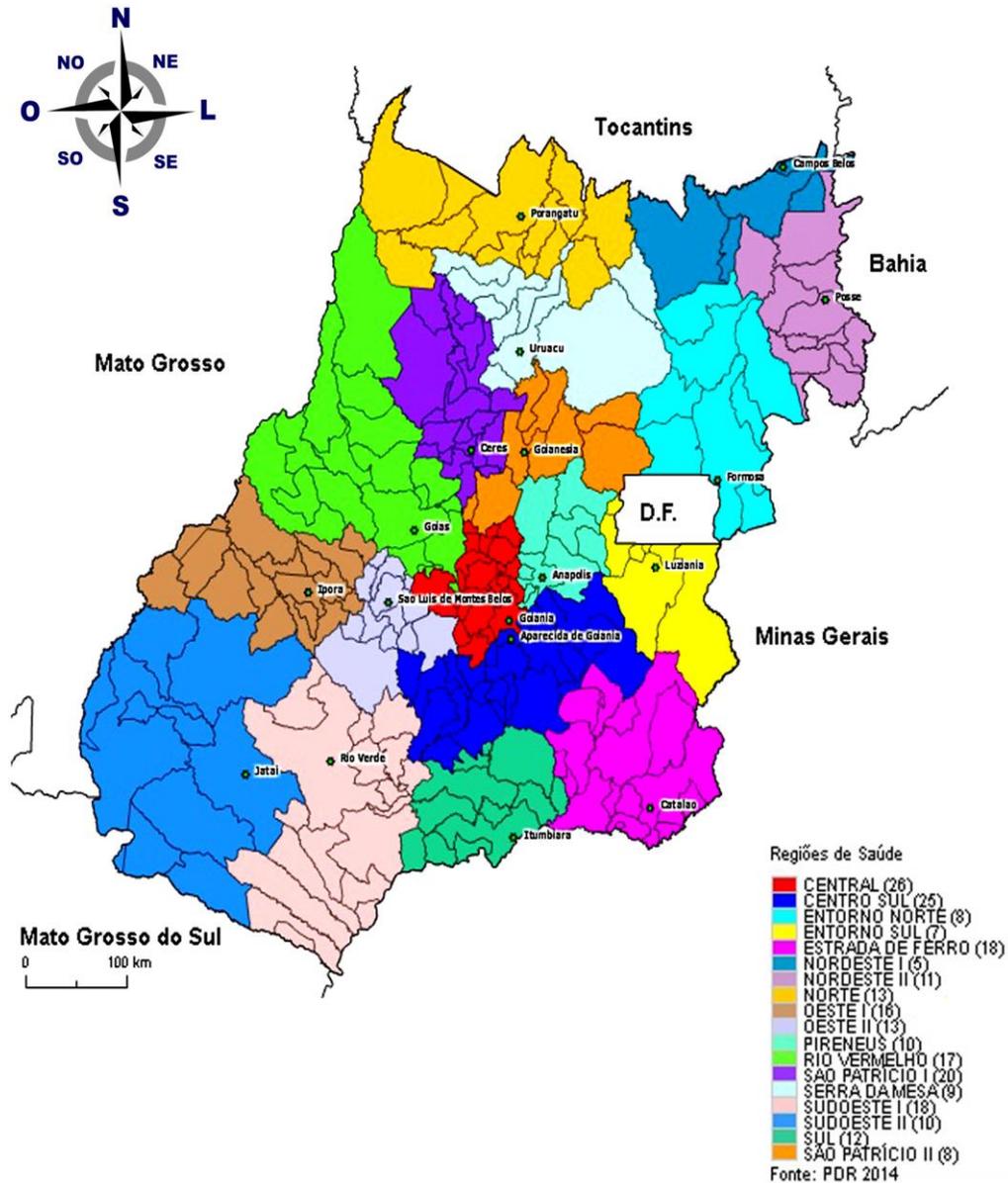


Figura 2 - Mapa do estado de Goiás dividido em regiões de saúde, 2014.

Fonte: http://www.saude.go.gov.br/public/media/mapa_saude/caracterizacao_regioes/Final_Regioes_Saude/gc5200mrl.htm, acessado em 15 de março de 2016.

Quadro 1 – Regiões de Saúde e os respectivos municípios, no estado de Goiás.

Região de Saúde	Municípios
Norte	São Miguel do Araguaia, Novo Planalto, Mundo Novo, Bonópolis, Porangatu, Montividiu do Norte, Trombas, Santa Tereza de Goiás, Mutunópolis, Estrela do Norte, Formoso, Minaçu, Campinaçu
Serra da Mesa	Amaralina, Mara Rosa, Alto Horizonte, Campinorte, Nova Iguaçu de Goiás, Uruaçu, Hidrolina, Niquelândia, Colinas do Sul.
São Patrício (I e II)	Uirapuru, Campos Verdes, Santa Terezinha de Goiás, Pilar de Goiás, Crixás, Guarinos, Itapaci, Nova América, Ipiranga de Goiás, Rubiataba, Morro Agudo de Goiás, São Patrício, Ceres, Carmo do Rio Verde, Uruana, Itaguaru, Rialma, Santa Isabel, Rianópolis, Jaraguá, Nova Glória, São Luis do Norte, Santa Rita do Novo Destino, Barro Alto, Vila Propício, Goianésia,
Pirineus	Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Cocalzinho de Goiás, Pirenópolis, Corumbá de Goiás, Alexânia, Abadiânia, Campo Limpo de Goiás, Anápolis, Gameleira de Goiás, Terezópolis de Goiás, Goianópolis.
Rio Vermelho	Nova Crixás, Aruanã, ;Mozarlândia, Araguapaz, Britânia, Matrinchã, Faina, Jussara, Santa Fé de Goiás, Itapirapuã, Goiás, Guaraíta, Itapuranga, Heitorai, Itaguari, Itaberaí, Mossâmedes, Americano do Brasil.
Oeste I	Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Fazenda Nova, Jaupaci, Israelândia, Moiporá, Ivolândia, Amornópolis, Iporá, Palestina de Goiás, Arenópolis, Piranhas, Bom Jardim de Goiás, Aragarças, Baliza, Diorama.
Oeste II	Buriti de Goiás, Sanclerlândia, Córrego de Ouro, Adelândia, São Luís de Montes Belos, Turvânia, Firminópolis, Aurilândia, Cachoeira de Goiás, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, São João da Paraúna, Paraúna.
Central	Jesupolis, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Petrolina de Goiás, Itauçu, Ouro Verde de Goiás, Damolândia, Inhumas, Nova Veneza, Araçu, Anicuns, Brazabrantes, Nerópolis, Caturaí, Santo Antônio de Goiás, Goianira, Avelinópolis, Nazário, Santa Bárbara de Goiás, Trindade, Goiânia, Abadia de Goiás, Campestre de Goiás, Guapó.
Centro-Sul	Leopoldo de Bulhões, Silvânia, Vianópolis, Orizona, Bonfinópolis, Senador Canedo, Caldazinha, Aparecida de

	Goiânia, Bela Vista de Goiás, São Miguel do Passa Quatro, Cristianópolis, Aragoiânia, Hidrolândia, Varjão, Cromínia, Cezarina, Indiara, Jandaia, Mairipotaba, Professor Jamil, Piracanjuba, Edealina, Edéia, Pontalina, Vicentinópolis.
Nordeste	Campos Belos, Divinópolis de Goiás, Monte Alegre de Goiás, Cavalcante, Teresina de Goiás, São Domingos, Alto Paraíso de Goiás.
Entorno Norte	Novo Roma, Guarani de Goiás, Iaciara, Posse, São João d'Aliança, Simolândia, Buritinópolis, Mambaí, Damianópolis, Sítio d'Abadia, Flores de Goiás, Vila Boa, Água Fria de Goiás, Planaltina, Formosa, Cabeceiras, Alvorada no Norte.
Entorno Sul	Águas Lindas de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade Ocidental, Luziânia, Cristalina.
Estrada de Ferro	Pires do Rio, Santa Cruz de Goiás, Urutaí, Caldas Novas, Rio Quente, Marzagão, Corumbaíba, Nova Aurora, Goiandira, Anhanguera, Cumari, Ipameri, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Ouvidor, Três Ranchos, Davinópolis,
Sul	Porteirão, Aloândia, Morrinhos, Joviânia, Goiatuba, Bom Jesus de Goiás, Panamá, Buriti Alegre, Água Limpa, Itumbiara, Cachoeira Dourada, Inaciolândia, Gouvelândia.
Sudoeste I	Montividiu, Acreúna, Santo Antônio da Barra, Turvelândia, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Maurilândia, Castelândia, Aparecida do Rio Doce, Quirinópolis, Cachoeira Alta, Caçu, Paranaiguara, Itarumã, São Simão, Itajá, Lagoa Santa.
Sudoeste II	Doverlândia, Caiapônia, Santa Rita do Araguaia, Portelândia, Perolândia, Mineiros, Serranópolis, Jataí, Chapadão do Céu, Aporé.

Fonte: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=3982>, acessado em 04 de dezembro de 2015.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo as Unidades de Saúde dos 246 municípios do estado de Goiás representados por seus gestores que responderam a entrevista do módulo I, os profissionais de saúde que responderam as entrevistas do módulo II e usuárias presentes nas unidades de saúde que responderam a entrevista do módulo III, da terceira fase da pesquisa, do PMAQ-AB em 2013, Ciclo II.

Não foram incluídas as UBS localizadas em presídios, escolas, unidades móveis e nem fluviais.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para as Unidades Básicas de Saúde foi considerado critério de inclusão adesão a etapa de avaliação externa do PMAQ-AB de 2013, ciclo II.

Para os profissionais de saúde foram considerados como critérios de inclusão: estar presente nos serviços, no período de coleta de dados da pesquisa nacional; e como critério de exclusão: ausência na equipe por motivo de férias ou licenças.

Para as usuárias dos serviços foram considerados como critérios de inclusão: estar presente na Unidade Básica de Saúde no período de coleta de dados da pesquisa nacional e ter 18 anos ou mais de idade; e critérios de exclusão: estar pela primeira vez na unidade de saúde, ter comparecido há mais de 12 meses e ter passado por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista.

4.5 Coleta de dados

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, foi realizado um recorte no banco de dados nacional, da pesquisa do PMAQ-AB Ciclo II realizada entre outubro de 2013 e março de 2014.

Foram selecionadas do banco de dados, entre agosto e novembro de 2015, as variáveis relacionadas às características sociodemográficas das usuárias do serviço, à assistência pré-natal, acolhimento à gestante e assistência puerperal, atendendo aos indicadores pactuados pelas equipes de atenção básica e gestores municipais para a área estratégica de saúde da mulher.

Assim, o instrumento de coleta de dados apresentado no Apêndice 1, adaptado do questionário de avaliação externa do PMAQ-AB 2014, contempla as questões dos três módulos relacionadas as variáveis selecionados para este estudo.

O módulo I, refere-se a observação quanto as condições de infraestrutura das UBS. Sua aplicação, em todas as unidades de saúde, buscou mapear as unidades do estado de Goiás para se obter a real situação da existência desses locais, a classificação do tipo de unidade e sua estrutura física. O módulo II, refere-se a organização dos serviços e o processo de trabalho das EAB e o módulo III, refere-se a entrevista com o usuário sobre sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que tange ao acesso e utilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

4.6 Variáveis do estudo

Para realizar a análise quanto às ações e os serviços de atenção ao pré-natal e puerpério oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde do estado de Goiás participantes do PMAQ-AB, foram utilizadas variáveis tendo como base os módulos do instrumento de avaliação externa.

Quadro 2 - Variáveis de estudo divididas por blocos e questões, segundo os módulos de avaliação externa do PMAQ-AB 2013.

	BLOCOS	VARIÁVEIS
Módulo I	Modalidade de Unidade de Saúde	Tipo de unidade de saúde, equipes PMAQ-AB.
	Material impresso	Caderneta da gestante
	Medicamentos componentes da farmácia básica	Ácido Fólico Sulfato Ferroso
	Imunobiológicos na unidade de saúde	Dupla tipo adulto dT Influenza Sazonal hepatite B
	Testes diagnósticos na Unidade de Saúde	Teste rápido de gravidez Teste rápido Sífilis Teste rápido HIV

Módulo II	Serviços e ações das equipes de saúde direcionadas ao pré-natal e puerpério	Atenção ao Pré-natal e Puerpério
Módulo III	Características sócio-demográficas das mulheres	Idade; Escolaridade; Cor/raça; renda; trabalho.
	Acesso e acolhimento nos serviços de saúde	Distância da residência à UBS; horário de funcionamento da unidade; agendamento de consultas; acolhimento.
	Utilização dos serviços direcionados a atenção pré-natal e puerperal	Marcação de consulta na unidade de saúde; acolhimento específico à gestante acolhimento à demanda espontânea; atenção à gravidez e pré-natal; informações sobre o pós-parto.

4.7 Análise de Dados

Os dados obtidos no banco de dados do Ministério da Saúde foram transferidos para uma planilha do Excel utilizando-se das variáveis correspondentes.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se do programa Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 21.0. Para o cálculo dessas variáveis será utilizada a medida de frequência simples. Os resultados serão categorizados e apresentados em forma de tabelas e figuras.

4.8 Aspectos Éticos e Legais

Esse estudo está inserido no projeto nacional de avaliação da Atenção Básica no Brasil do Ministério da Saúde denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. O número de protocolo de aprovação da pesquisa referente 2º Ciclo do PMAQ é 487.055.

A pesquisa teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (Anexo A).

5. RESULTADOS

As informações obtidas por meio da avaliação externa do PMAQ possibilitaram a análise das condições de acesso e de qualidade do cuidado pré-natal e puerperal na Rede de Atenção nas unidades de saúde participantes do programa.

Os resultados desse estudo estão organizados em subitens. O primeiro se destina à caracterização da infraestrutura organizacional dos serviços de atenção básica à saúde; o segundo se destina às ações dos profissionais de saúde na rede de atenção básica ao pré-natal e puerpério; e por fim, o subitem referente ao acesso e à utilização dos serviços de pré-natal e puerpério na rede de atenção básica, por parte das usuárias.

5.1 Infraestrutura organizacional, materiais e insumos dos serviços atenção básica à saúde

Participaram do segundo ciclo do PMAQ, no estado de Goiás, 975 serviços de saúde, dos quais 93 (9,5%) correspondem a Postos de Saúde, 842 (86,4%) à Unidade Básica de Saúde e 40 (4,1%) a outros tipos de unidades. Na Tabela 1 estão especificados os números correspondentes aos tipos de unidade, por região de saúde do estado de Goiás.

Tabela 1- Tipo de Unidade de Saúde, por região de saúde do Estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, Ciclo II.

Região de Saúde	Posto de Saúde		Unidade Básica de saúde		Outros		TOTAL de unidades
	N	%	N	%	N	%	
Central	03	1,9	152	96,8	02	1,3	157
Centro Sul	07	5,5	115	90,6	05	3,9	127
Entorno Norte	02	4,0	48	96,0	-	-	50
Entorno Sul	13	12,1	88	82,2	06	5,6	107
Estrada de Ferro	04	8,9	33	73,3	08	17,8	45
Nordeste I	03	25,0	09	75,0	-	-	12
Nordeste II	05	22,7	17	77,3	-	-	22

Norte	05	16,7	23	76,7	02	6,7	30
Oeste I	-	-	34	100	-	-	34
Oeste II	02	5,7	33	94,3	-	-	35
Pirineus	06	10,0	50	83,3	04	6,7	60
Rio Vermelho	02	3,7	52	96,3	-	-	54
São Patrício	17	20,2	65	77,4	02	2,4	84
Serra da Mesa	07	25,0	21	75,0	-	-	28
Sudoeste I	08	14,3	44	78,6	04	7,1	56
Sudoeste II	-	-	25	100	-	-	25
Sul	09	18,4	33	67,3	07	14,3	49
Goiás	93	9,5	842	86,4	40	4,1	975

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

No que se refere à existência dos materiais impressos utilizados na atenção pré-natal, verificou-se que a maioria das unidades de saúde, de todas as regiões, disponibiliza sempre a caderneta da gestante e o cartão de vacinação. Quanto à caderneta da gestante a maior disponibilidade foi identificada na região Nordeste I (100%) e a menor na Estrada de Ferro (73,3%), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Disponibilidade da caderneta da gestante nos serviços de saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, Ciclo II.

Região de Saúde	Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Central	147	93,6	03	1,9	07	4,5
Centro Sul	115	90,6	02	1,6	10	7,9
Entorno Norte	46	92,0	02	4,0	02	4,0
Entorno Sul	89	83,2	12	11,2	06	5,6
Estrada de Ferro	33	73,3	05	11,1	07	15,6
Nordeste I	12	100	-	-	-	-
Nordeste II	19	86,4	03	13,6	-	-
Norte	26	86,7	03	10,0	01	3,3
Oeste I	31	91,2	01	2,9	02	5,9

Oeste II	34	97,1	-	-	01	2,9
Pirineus	57	95,0	01	1,7	02	3,3
Rio Vermelho	48	88,9	03	5,6	03	5,6
São Patrício	81	96,4	01	1,2	02	2,4
Serra da Mesa	26	92,9	02	7,1	-	-
Sudoeste I	46	82,1	03	5,4	07	12,5
Sudoeste II	23	92,0	01	4,0	01	4,0
Sul	42	85,7	06	12,2	01	2,0
Goiás	875	89,7	48	4,9	52	5,3

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Quanto à vacinação, em todas as regiões de saúde do estado de Goiás, há oferta regular de vacina nos serviços de saúde na AB (78,9%), como pode ser observado na Figura 3. Nas regiões Serra da Mesa e Sudoeste II a oferta acontece em todos os serviços de saúde participantes do estudo (100%), a menor oferta está na região Sudoeste I (58,9%).

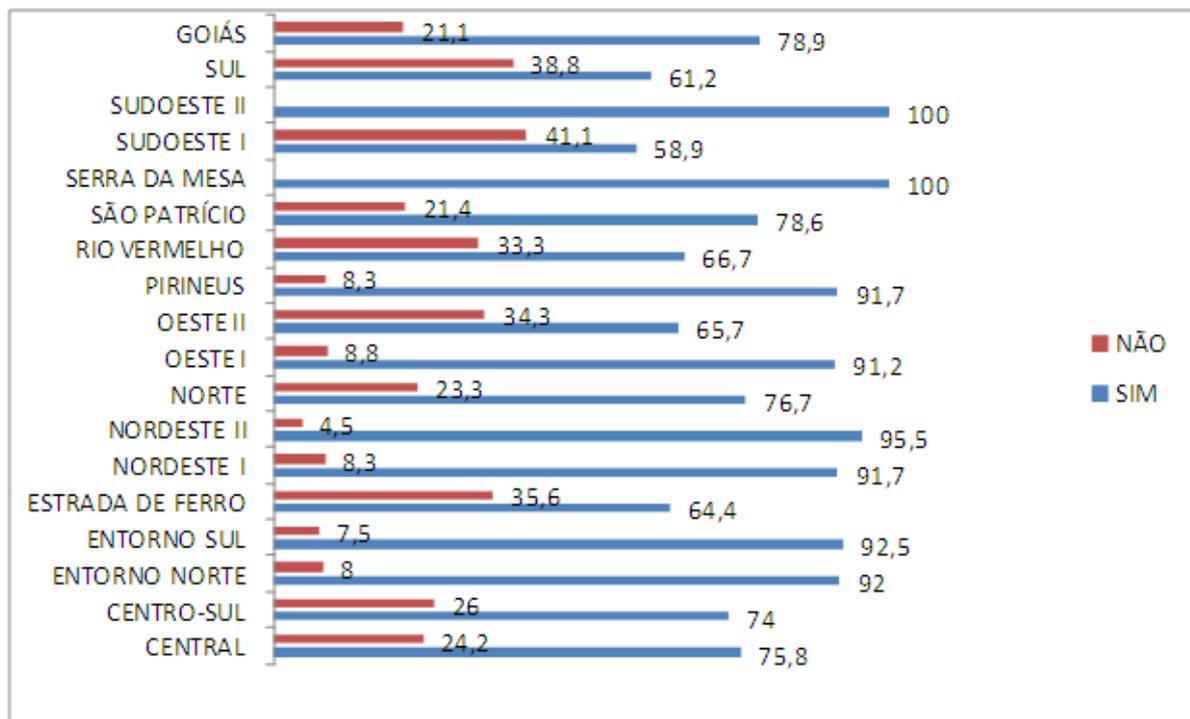


Figura 3 – Percentual de oferta regular de vacinação nas unidades de Atenção Básica, por região de saúde do estado de Goiás. Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Nas unidades de saúde onde a oferta de vacinação é regular, os imunobiológicos preconizados para o pré-natal (vacina antitetânica - dT, vacina contra Hepatite B e Vacina contra influenza) estão sempre disponíveis ou disponível no período de sazonalidade no caso da Influenza, nas unidades de saúde das regiões Entorno Norte (100%), Serra da Mesa (100%) e Sudoeste II (100%). A vacina dT também está sempre disponível nas unidades da região Norte (100%) participantes do estudo e a menor disponibilidade da mesma é na região Sul (66,7%). Em relação à vacina contra Hepatite B, a menor disponibilidade nos serviços de saúde é nas regiões Noroeste I (81,8%) e Sul (86,7%) e está sempre disponível nos serviços das regiões Nordeste II, Rio Vermelho, Oeste I e II e Sudoeste I e II, além das já citadas anteriormente. A disponibilidade da vacina contra influenza, no período de sazonalidade, está acima de 90% em todas as regiões de saúde. A disponibilidade dos imunobiológicos, nos serviços de saúde de cada região do estado de Goiás, está apresentada na Tabela 3.

Quanto à disponibilidade de testes rápidos para triagem de Sífilis e diagnóstico de HIV, além do teste rápido para diagnóstico de gravidez, nas unidades de saúde das regiões do estado de Goiás, é possível observar que em sua maioria esses testes não são disponibilizados. A exceção quanto aos testes rápidos para Sífilis e HIV está na região de saúde Oeste I que, proporcionalmente, disponibiliza os testes na maioria de suas unidades de saúde, sendo em 28 (82,4%) para os testes de Sífilis e em 29 (85,3%) para o teste de HIV. Nas demais regiões de saúde, a disponibilidade dos testes nas unidades está abaixo de 38%. Estes dados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 3- Disponibilidade de imunobiológicos nas unidades de saúde participantes do Ciclo II do PMAQ.

Região de saúde	Dupla tipo adulto – dT						Influenza Sazonal				Hepatite B					
	Sempre		As vezes		Nunca		Período de sazonalidade		Nunca		Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	102	85,7	17	14,3	-	-	116	97,5	03	2,5	117	98,3	02	1,7	-	-
Centro Sul	80	85,1	14	14,9	-	-	92	97,9	02	2,1	92	97,9	02	2,1	-	-
Entorno Norte	46	100,0	-	-	-	-	46	100,0	-	-	46	100,0	-	-	-	-
Entorno Sul	90	90,9	06	6,1	03	3,0	93	93,9	06	6,1	92	92,9	03	3,0	04	4,0
Estrada de Ferro	24	82,8	03	10,3	02	6,9	28	96,6	01	3,4	27	93,2	01	3,4	01	3,4
Nordeste I	09	81,8	02	18,2	-	-	10	90,9	01	9,1	09	81,8	02	18,2	-	-
Nordeste II	20	95,2	-	-	01	4,8	20	95,2	01	4,8	21	100,0	-	-	-	-
Norte	23	100,0	-	-	-	-	21	91,3	02	8,7	23	100,0	-	-	-	-
Oeste I	30	96,8	01	3,2	-	-	31	100,0	-	-	31	100,0	-	-	-	-
Oeste II	22	95,7	01	4,3	-	-	23	100,0	-	-	23	100,0	-	-	-	-
Pirineus	49	89,1	06	10,9	-	-	54	98,2	01	1,8	53	96,4	02	3,6	-	-
Rio Vermelho	33	91,7	03	8,3	-	-	36	100,0	-	-	36	100,0	-	-	-	-
São Patrício	61	92,4	04	6,1	01	1,5	65	98,5	01	1,5	65	98,5	01	1,5	-	-
Serra da Mesa	28	100,0	-	-	-	-	28	100,0	-	-	28	100,0	-	-	-	-
Sudoeste I	28	84,8	04	12,2	01	3,0	33	100,0	-	-	33	100,0	-	-	-	-
Sudoeste II	25	100,0	-	-	-	-	25	100,0	-	-	25	100,0	-	-	-	-
Sul	20	66,7	09	30,0	01	3,3	30	100,0	-	-	26	86,7	03	10,0	01	3,3
Goiás	690	89,7	70	9,1	09	1,2	751	97,7	18	2,3	747	97,1	16	2,1	06	0,8

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 4 - Disponibilidade de Testes rápidos nas unidades de saúde participantes do Ciclo II do PMAQ.

Região de saúde	Teste rápido para Sífilis						Teste rápido para HIV						Teste rápido de Gravidez					
	Sempre		As vezes		Nunca		Sempre		Às vezes		Nunca		Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	32	20,4	13	8,3	112	71,3	34	21,7	10	6,4	113	72,0	25	15,9	04	2,5	128	81,5
Centro Sul	05	3,9	-	-	122	96,1	06	4,7	-	-	121	95,3	08	6,3	01	0,8	118	92,9
Entorno Norte	-	-	-	-	50	100	01	2,0	-	-	49	98,0	01	2,0	-	-	49	98,0
Entorno Sul	10	9,3	03	2,8	94	87,9	03	2,8	02	1,9	102	95,3	01	0,9	02	1,9	104	97,2
Estrada de Ferro	03	6,7	01	2,2	41	91,1	02	4,4	01	2,2	42	93,3	04	8,9	-	-	41	91,1
Nordeste I	01	8,3	-	-	11	91,7	01	8,3	01	8,3	10	83,3	01	8,3	01	8,3	10	83,3
Nordeste II	03	13,6	-	-	19	86,4	04	18,2	-	-	18	81,8	05	22,7	-	-	17	77,3
Norte	04	13,3	06	20,0	20	66,7	08	26,7	02	6,7	20	66,7	05	16,7	01	3,3	24	80,0
Oeste I	28	82,4	01	2,9	05	14,7	29	85,3	01	2,9	04	11,8	12	35,3	01	2,9	21	61,8
Oeste II	13	37,1	01	2,9	21	60,0	13	37,1	01	2,9	21	60,0	09	25,7	02	5,7	24	68,6
Pirineus	04	6,7	04	6,7	52	86,7	05	8,3	03	5,0	52	86,7	04	6,7	03	5,0	53	88,3
Rio Vermelho	14	25,9	08	14,8	32	59,3	17	31,5	05	9,3	32	59,3	15	27,8	01	1,9	38	70,4
São Patrício	06	7,1	03	3,6	75	89,3	08	9,5	03	3,6	73	86,9	19	22,6	05	6,0	60	71,4
Serra da Mesa	02	7,1	-	-	26	92,9	01	3,6	03	10,7	24	85,7	02	7,1	-	-	26	92,9
Sudoeste I	04	7,1	-	-	52	92,9	05	8,9	01	1,8	50	89,3	05	8,9	01	1,8	50	89,3
Sudoeste II	01	4,0	-	-	24	96,0	02	8,0	01	4,0	22	88,0	05	20,0	01	4,0	19	76,0
Sul	01	4,0	-	-	24	96,0	03	6,1	06	12,2	40	81,6	01	2,0	02	4,1	46	93,9
Goiás	129	13,2	48	4,9	798	81,8	142	14,6	40	4,1	793	81,3	120	12,3	27	2,8	828	84,9

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

A oferta de medicamentos preconizados no cuidado pré-natal e puerperal nas unidades de saúde participantes do PMAQ é baixa, conforme apresentado na Tabela 5. Do total de unidades, 614 (63,0%) ofertam Sulfato Ferroso e 562 (57,6%) ofertam ácido fólico. As regiões com piores ofertas de Sulfato Ferroso são Entorno Norte (18; 36%), Sudoeste II (oito; 32,0%) e Nordeste II (nove; 40,9%). Já para ácido fólico, as piores ofertas estão nas regiões Entorno Norte (16; 32,0%), Nordeste I (cinco, 41,7%), Estrada de Ferro (21; 46,7%) e Sudeste II (sete, 28,0%).

Tabela 5- Medicamentos componentes da Farmácia Básica, nas unidades de Saúde participantes do PMAQ, 2013.

Região de saúde	Sulfato Ferroso				Ácido Fólico			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	90	57,3	67	42,7	79	50,3	78	49,7
Centro-Sul	87	68,7	40	31,5	72	56,7	55	43,3
Entorno Norte	18	36,0	32	64,0	16	32,0	34	68,0
Entorno Sul	82	76,6	25	23,4	89	83,2	18	16,8
Estrada de Ferro	23	51,1	22	48,9	21	46,7	24	53,3
Nordeste I	06	50,0	06	50,0	05	41,7	06	58,3
Nordeste II	09	40,9	13	59,1	11	50,0	11	50,0
Norte	16	53,3	14	46,7	16	53,3	14	46,7
Oeste I	23	67,6	11	32,4	25	73,5	09	26,5
Oeste II	23	65,7	12	34,3	23	65,7	12	34,3
Pirineus	49	81,7	11	18,3	30	50,0	30	50,0
Rio Vermelho	40	74,1	14	25,9	38	70,4	16	29,6
São Patrício	51	60,7	33	39,3	48	57,1	36	42,9
Serra da Mesa	23	82,1	05	17,9	17	60,7	11	39,3
Sudoeste I	31	55,4	25	44,6	29	51,8	27	48,2
Sudoeste II	08	32,0	17	68,0	07	28,0	18	72,0
Sul	34	69,4	15	30,6	36	73,5	13	26,5
Goias	614	63,0	361	37,0	562	57,6	413	42,4

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

5.2 Ações da equipe de saúde na rede de atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás

Participaram do segundo ciclo do PMAQ 1180 equipes de saúde. Dessas equipes 653 já haviam participado do primeiro ciclo do programa e, sendo assim, de um ciclo para o outro houve adesão de 527 novas equipes de saúde ao PMAQ, no estado de Goiás.

Para as equipes que participaram do ciclo I do PMAQ (n= 653), foram disponibilizados no site do programa os resultados alcançados por cada equipe. Quanto a considerar os resultados do ano anterior para a organização do processo de trabalho, 564 equipes de saúde afirmaram tê-lo realizado. O maior quantitativo de equipes que responderam positivamente a esta questão está na região de saúde Oeste II (30; 83,3%) e o menor foi na São Patrício (28; 32,2%). A Tabela 6 apresenta o quantitativo de equipes de saúde que já haviam participado do ciclo I do PMAQ, no ano de 2012 e, dentre essas equipes, aquelas que consideraram os resultados alcançados do primeiro ciclo da pesquisa nacional para a organização do processo de trabalho.

Tabela 6 - Participação das equipes de saúde no Ciclo I do PMAQ e utilização dos resultados alcançados para a organização dos processos de trabalho, por região de saúde do estado de Goiás.

Região de saúde	Participaram do Ciclo I		Consideraram os resultados do Ciclo I para organização dos processos de trabalho (n=653)	
	N	%	N	%
Central	174	65,7	149	85,6
Centro Sul	95	59,4	89	93,7
Entorno Norte	27	50,0	17	63,0
Entorno Sul	42	37,8	24	57,1
Estrada de Ferro	29	64,4	26	89,7
Nordeste I	04	33,3	04	100
Nordeste II	10	45,5	08	80,0
Norte	20	62,5	17	85,0

Oeste I	26	70,3	25	96,2
Oeste II	30	83,3	28	93,3
Pirineus	45	53,6	41	91,1
Rio Vermelho	36	66,7	33	91,7
São Patrício	28	32,2	27	96,4
Serra da Mesa	14	42,4	09	64,3
Sudoeste I	30	46,2	28	93,3
Sudoeste II	25	69,4	24	96,0
Sul	18	38,3	15	83,3
Goiás	653	55,3	564	44,7

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Participaram do estudo 1180 profissionais, sendo 73 (6,2%) médicos, 1097 (93%) enfermeiros e outros 10 (0,8%) profissionais de nível superior. Em todas as regiões de saúde o predomínio de profissional entrevistado foi enfermeiro. Na figura 4 estão representados os números de profissionais por região de saúde.

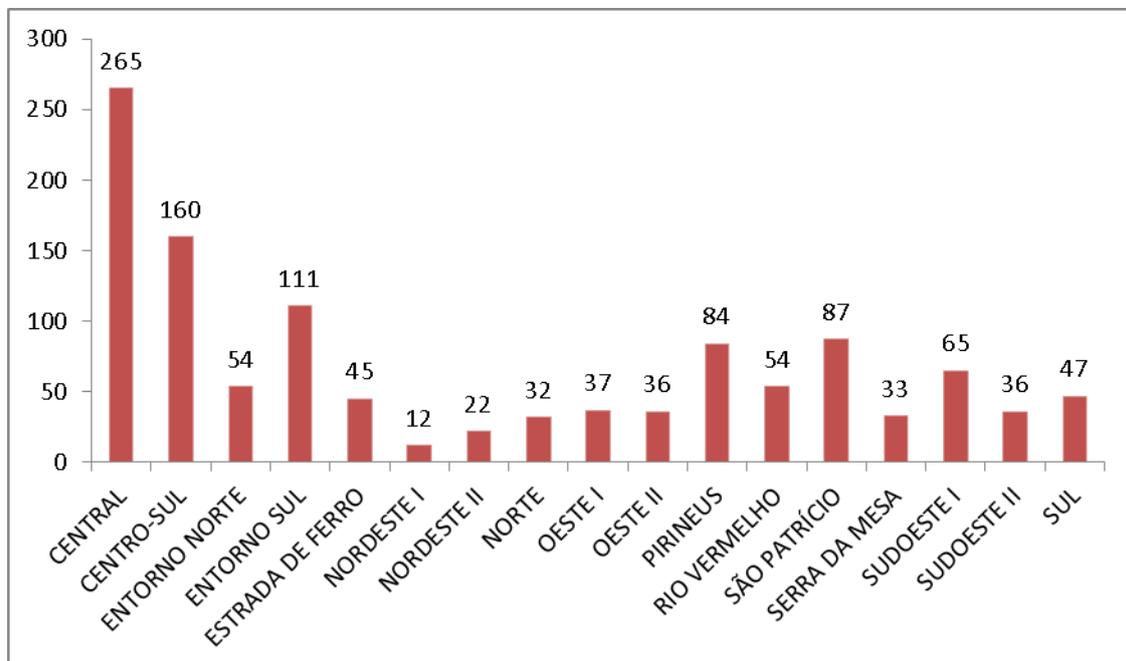


Figura 4. Número de profissionais entrevistados por região de saúde do Estado de Goiás.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 7 – Categorias profissionais participantes do PMAQ-AB, ciclo II, nas regiões de saúde do Estado de Goiás.

Região de Saúde	Médico		Enfermeiro		Outro profissional de nível superior	
	N	%	N	%	N	%
Central	27	10,2	234	88,3	04	1,5
Centro-Sul	08	5,0	152	95,0	-	-
Entorno Norte	02	3,7	51	94,4	01	1,9
Entorno Sul	06	5,4	104	93,7	01	0,9
Estrada de Ferro	03	6,7	42	93,3	-	-
Nordeste I	-	-	12	100,0	-	-
Nordeste II	-	-	21	95,5	01	4,5
Norte	01	3,1	31	96,9	-	-
Oeste I	-	-	37	100,0	-	-
Oeste II	01	2,8	35	97,2	-	-
Pirineus	06	7,1	77	91,7	01	1,2
Rio Vermelho	02	3,7	52	96,3	-	-
São Patrício	02	2,3	85	97,7	-	-
Serra da Mesa	30	90,9	03	9,1	-	-
Sudoeste I	03	4,6	62	95,4	-	-
Sudoeste II	-	-	34	94,4	02	5,6
Sul	04	8,5	43	91,5	-	-
Goiás	992	84,1	163	13,8	25	2,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Em relação à consulta pré-natal, a maioria dos profissionais respondeu que a mesma é ofertada pela equipe de saúde. No estado de Goiás, 1143 (96,9%) equipes de saúde ofertam consultas de pré-natal e 37 (3,1%) não ofertam. Dentre as 37

equipes que compõem 10 regiões, as que não ofertam consulta pré-natal são: cinco (1,9%) na região Central, uma (0,6%) na Centro-Sul, duas (1,8%) na Entorno Sul, sete (15,6%) na Estrada de Ferro, três (8,1%) na Oeste I, duas (2,4%) na Pirineus, sete (13%) na Rio Vermelho, duas (6,1%) na Serra da Mesa, cinco (7,7%) Sudoeste I e três (6,4%) Sul (Tabela 7).

Tabela 8 - Oferta de consultas pré-natal por equipe participante do PMAQ-AB, ciclo II, nas regiões de saúde do Estado de Goiás.

Região de Saúde	Sim		Não	
	N	%	N	%
Central	260	98,1	05	1,9
Centro-Sul	159	99,4	01	0,6
Entorno Norte	54	100	-	-
Entorno Sul	109	98,2	02	1,8
Estrada de Ferro	38	84,4	07	15,6
Nordeste I	12	100,0	-	-
Nordeste II	22	100,0	-	-
Norte	32	100,0	-	-
Oeste I	34	91,9	03	8,1
Oeste II	36	100,0	-	-
Pirineus	82	97,6	02	2,4
Rio Vermelho	47	87,0	07	13,0
São Patrício	87	100,0	-	-
Serra da Mesa	31	93,9	02	6,1
Sudoeste I	60	92,3	05	7,7
Sudoeste II	36	100,0	-	-
Sul	44	93,6	03	6,4
Goiás	1143	96,9	37	3,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Como já visto anteriormente, a maioria das unidades de saúde de todas as regiões sempre disponibilizam a caderneta da gestante. Quanto ao uso por parte dos

profissionais, os resultados não foram diferentes, visto que a grande maioria dos mesmos respondeu que sua equipe utiliza a caderneta para o acompanhamento. Responderam que não utilizam a caderneta apenas alguns profissionais da região Central (n=02; 0,8%), da Centro-sul (n=01; 0,6%), Estrada de Ferro (n=02; 4,4%), Pirineus (n=01; 1,2%), São Patrício (n=01; 1,1%), Sudoeste I (n=01; 1,5%) e Sul (n=02; 4,3%).

Quanto à vacina contra tétano, apenas um (0,4%) profissional da região Central, um (2,2%) da Estrada de Ferro e um (1,9%) da região Rio Vermelho respondeu que não é feita a orientação por parte da equipe para as gestantes. Nas demais equipes das 18 regiões a orientação é realizada.

A Tabela 8 e a Tabela 9 apresentam a proporção dos exames e testes rápidos que são solicitados pelas equipes de saúde na atenção ao pré-natal e são realizados pela rede de serviços de saúde. Pode-se observar que há o predomínio de oferta dos exames na rede de saúde, sendo que os de Urocultura e Urina tipo I apresentaram menor proporção nas regiões. Oito profissionais responderam que nenhum dos exames solicitados durante o pré-natal é realizado pela rede de serviços de saúde, deste, dois (0,8%) foram da região Central, um (0,6%) da Centro-Sul, dois (3,7%) da Entorno Norte, um (0,9%) Entorno Sul e dois (3,7%) da região Rio Vermelho.

Ainda em relação aos exames solicitados durante o pré-natal, em todas as regiões de saúde, houve predominância do recebimento dos exames em tempo oportuno para intervenções necessárias, sendo maior nas unidades de saúde da região Oeste I (n=36; 97,3%) e menor na região Nordeste I (n=07; 58,3%) (Tabela 10). Do total de profissionais participantes, 25 responderam que não recebem os resultados dos exames em tempo oportuno, dos quais quatro são da região Central (1,5%), quatro da Entorno Norte (7,4%), três da região Entorno Sul (2,7%), seis da Estrada de Ferro (13,3%), um da Nordeste I (8,3%), quatro da Rio Vermelho (4,8%), um da São Patrício (1,1%), um da Serra da Mesa (3,0%) e um da região Sudoeste I (1,5%).

Tabela 9- Exames solicitados durante a atenção pré-natal, que são realizados pela rede de serviços de saúde, por região de saúde do Estado de Goiás.

Região de saúde	Glicemia Jejum		Sorologias								Hemoglobina e Hematócrito		Urocultura Urina tipo I	
			Sífilis (VDRL)		HIV		Hepatite B		Toxoplasmose					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	262	98,9	263	99,2	262	98,9	261	98,5	261	98,5	258	97,4	244	92,1
Centro-Sul	159	99,4	158	98,8	157	98,1	157	98,1	155	96,9	151	94,4	14	90,6
Entorno Norte	51	94,4	51	94,4	52	96,3	52	96,3	52	96,3	52	96,3	41	75,9
Entorno Sul	108	97,3	110	99,1	109	98,2	110	99,1	110	99,1	106	95,5	90	81,1
Estrada de Ferro	43	95,6	45	100	45	100	45	100	44	97,8	40	88,9	39	86,7
Nordeste I	12	100	12	100	12	100	12	100	11	91,7	10	83,3	10	83,3
Nordeste II	22	100	22	100	22	100	22	100	21	95,5	20	90	20	90,9
Norte	32	100	31	96,9	31	96,9	30	93,8	29	90,6	27	84,4	25	78,1
Oeste I	37	100	37	100	37	100	37	100	35	94,6	35	94,6	36	97,3
Oeste II	36	100	36	100	36	100	36	100	36	100	35	97,2	32	88,9
Pirineus	84	100	84	100	84	100	84	100	84	100	82	97,6	77	91,7
Rio Vermelho	50	92,6	51	94,4	51	94,4	50	92,6	49	90,7	51	94,4	37	68,5
São Patrício	87	100	87	100	86	98,9	87	100	87	100	86	98,9	80	92
Serra da Mesa	32	97,0	33	100	33	100	33	100	33	100	31	93,9	39	90,9
Sudoeste I	63	96,9	63	96,9	63	96,9	63	96,9	64	98,5	61	93,8	53	81,5
Sudoeste II	36	100	36	100	36	100	35	97,2	36	100	35	97,2	33	91,7
Sul	46	97,9	47	100	47	100	47	100	44	93,6	45	95,7	44	93,6
Goiás	1160	98,3	1166	98,8	1163	98,6	1161	98,4	1151	97,5	1125	95,3	1036	87,8

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 10 – Testes rápidos solicitados durante a atenção pré-natal, que são realizados pela rede de serviços de saúde, por região de saúde do Estado de Goiás.

Região de saúde	Teste Rápido para Sífilis				Teste Rápido para HIV				Teste Rápido de Gravidez			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	172	64,9	93	35,1	183	69,1	82	30,9	201	75,8	64	24,2
Centro Sul	99	61,9	61	38,1	103	64,4	57	35,6	109	68,1	51	31,9
Entorno Norte	45	83,3	09	16,7	47	87,0	07	13,0	42	77,8	12	22,2
Entorno Sul	74	66,7	37	33,3	75	67,6	36	32,4	74	66,7	37	33,3
Estrada de Ferro	23	51,1	22	48,9	24	53,3	21	46,7	20	44,4	25	55,6
Nordeste I	09	75,0	03	25,0	11	83,3	02	16,7	08	66,7	04	33,3
Nordeste II	08	36,4	14	63,6	08	36,4	14	63,6	14	63,6	08	36,4
Norte	19	59,4	13	40,6	27	84,4	05	15,6	24	75,0	08	25,0
Oeste I	34	91,9	03	8,1	33	89,2	04	10,8	30	81,1	07	18,9
Oeste II	30	83,3	06	16,7	30	83,3	06	16,7	29	80,6	07	19,4
Pirineus	40	47,6	44	52,4	42	50,0	42	50,0	46	54,8	38	45,2
Rio Vermelho	38	70,4	16	29,6	38	70,4	16	29,6	41	75,9	13	24,1
São Patrício	46	52,9	41	47,1	54	62,1	33	37,9	57	65,5	30	34,5
Serra da Mesa	19	57,6	14	42,4	22	66,7	11	33,3	20	60,6	13	39,4
Sudoeste I	35	53,8	30	46,2	39	60,0	26	40,0	51	78,5	14	21,5
Sudoeste II	25	69,4	11	30,6	27	75,0	09	25,0	28	77,8	08	22,2
Sul	33	70,2	14	29,8	36	76,6	11	23,4	33	70,2	14	29,8
Goiás	749	63,5	431	36,5	799	67,7	381	32,3	827	70,1	353	29,9

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 11 – Resultados de exames em tempo oportuno para intervenções por região de saúde do Estado de Goiás.

Região de Saúde	Sim		Sim, alguns exames		Não	
	N	%	N	%	N	%
Central	229	86,4	32	12,1	04	1,5
Centro-Sul	137	85,6	23	14,4	-	-
Entorno Norte	35	64,8	15	27,8	04	7,4
Entorno Sul	73	65,8	35	31,5	03	2,7
Estrada de Ferro	32	71,1	07	15,6	06	13,3
Nordeste I	07	58,3	04	33,3	01	8,3
Nordeste II	21	95,5	01	4,5	-	-
Norte	29	90,6	03	9,4	-	-
Oeste I	36	97,3	01	2,7	-	-
Oeste II	34	94,4	02	5,6	-	-
Pirineus	69	82,1	11	13,1	04	4,8
Rio Vermelho	52	96,3	02	3,7	-	-
São Patrício	80	92,0	06	6,9	01	1,1
Serra da Mesa	30	90,9	02	6,1	01	3,0
Sudoeste I	60	92,3	04	6,2	01	1,5
Sudoeste II	30	83,3	06	16,7	-	-
Sul	38	80,9	09	19,1	-	-
Goiás	992	84,1	163	13,8	25	2,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

A maioria das equipes das unidades das regiões de saúde goianas (n= 1088; 92,2%), afirmaram possuir algum sistema de monitoramento das gestantes que pariram, podendo ser a contra referência da maternidade; sistema informatizado de alerta da data provável do parto; informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); ou outros. Não possuem nenhum sistema de monitoramento de partos das equipes da região Central (21; 7,9%), da Centro-Sul (12; 7,5%), da Entorno Norte (duas; 3,7%), da Entorno Sul (seis; 5,4%), da Estrada de Ferro (oito; 17,4%), da Nordeste II (uma, 4,5%), da Norte (duas; 6,3%), da Oeste I (duas; 5,4%), da Pirineus (seis; 7,1%), da região Rio Vermelho (três; 5,6%), da São Patrício (seis; 6,9%), da Serra da Mesa (duas; 6,1%), da Sudoeste I (12; 18,5%), da Sudoeste II (cinco; 13,9%) e da região Sul (quatro; 8,5%).

É predominante, nas equipes de saúde das 17 regiões (n= 1059; 89,7%), a realização de consulta de puerpério até 10 dias após o parto. A Figura 5 mostra o percentual de realização da consulta puerperal por parte das equipes de saúde, em cada região do estado de Goiás.

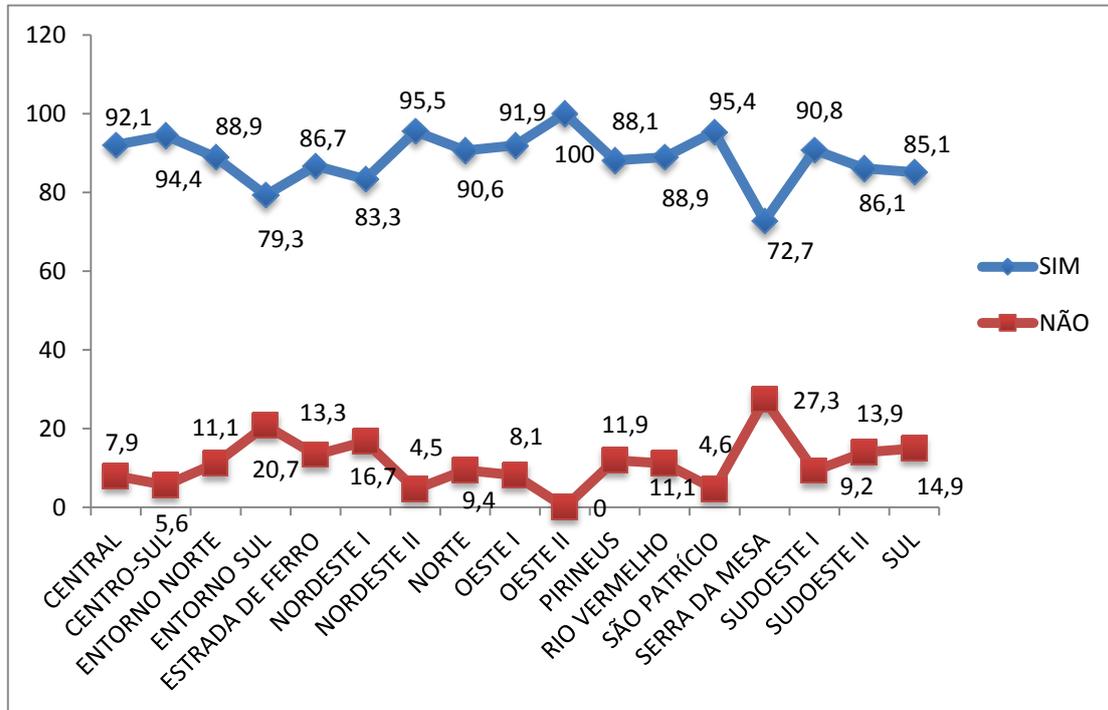


Figura 5. Percentual de realização de consulta de puerpério até 10 dias após o parto.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Dentre as ações que a equipe realiza para garantir a consulta puerperal, em todas as regiões, há o predomínio da visita domiciliar do agente comunitário de saúde, seguida da visita domiciliar de outro membro da equipe (Tabela 11).

Tabela 12 - Ações realizadas pelas equipes de saúde para garantir consulta de puerpério até 10 dias após o parto.

Região de Saúde	Visita domiciliar do ACS		Visita domiciliar de outro membro da equipe		Consulta em horário especial	
	N	%	N	%	N	%
Central	225	92,2	202	82,8	106	43,4
Centro-Sul	140	92,7	110	72,8	76	50,3
Entorno Norte	41	85,4	33	68,8	18	37,5
Entorno Sul	74	84,1	47	53,4	39	44,3
Estrada de Ferro	37	94,9	24	61,5	14	35,9
Nordeste I	08	80,0	06	60,0	06	60,0
Nordeste II	18	85,7	12	57,1	07	33,3
Norte	22	75,9	15	51,7	19	65,5
Oeste I	31	91,2	21	61,8	16	43,2
Oeste II	34	94,4	25	69,4	16	44,4
Pirineus	71	95,9	56	75,7	22	29,7
Rio Vermelho	42	87,5	33	68,8	18	37,5
São Patrício	79	95,2	59	71,1	36	43,4
Serra da Mesa	19	79,2	17	70,8	08	33,3
Sudoeste I	53	89,8	40	67,8	24	40,7
Sudoeste II	25	80,6	19	61,3	18	58,1
Sul	40	100,0	29	72,5	14	35,0
Goiás	959	90,6	748	70,6	457	43,2

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

5.3 Acesso e à utilização dos serviços de pré-natal e puerpério na rede de atenção básica

Neste subitem serão apresentadas as características referentes ao perfil socioeconômico das usuárias dos serviços de atenção ao pré-natal e puerpério do Estado de Goiás, bem como o seu acesso às ações referentes aos mesmos.

Participaram do estudo 3730 mulheres, das quais 884 (25,1%) possuem filhos menores de dois anos e, portanto, compuseram a amostra deste estudo. A Tabela

12 mostra, por região de saúde, o quantitativo total de mulheres participantes do segundo ciclo do PMAQ e, destas mulheres, quantas foram elegíveis para o presente estudo.

Tabela 13 – Mulheres participantes da avaliação externa do PMAQ-AB, segundo ciclo, 2013.

	Total de mulheres participantes		Mulheres com filho até dois anos	
	N	%	N	%
Central	845	78,6	186	22,0
Centro-Sul	488	76,8	127	26,0
Entorno Norte	178	79,1	67	37,6
Entorno Sul	375	80,1	85	22,7
Estrada de Ferro	137	74,5	20	14,6
Nordeste I	33	68,8	05	15,2
Nordeste II	62	73,8	05	8,1
Norte	96	75,0	14	14,6
Oeste I	114	76,0	36	31,6
Oeste II	121	84,0	32	26,4
Pirineus	263	75,4	70	26,6
Rio Vermelho	168	77,1	30	17,9
São Patrício	257	73,6	73	28,4
Serra da Mesa	100	73,0	26	26,0
Sudoeste I	213	81,6	59	27,7
Sudoeste II	127	84,7	24	18,9
Sul	148	71,8	25	16,9
Goiás	3730	77,4	884	25,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

5.3.1 Perfil socioeconômico de usuárias dos serviços de Atenção Básica à Saúde

A faixa etária das 884 participantes do estudo foi entre 18 e 67 anos, sendo a média de idade no estado de Goiás de 33,4 anos. Quanto à cor/raça, a maioria das mulheres, em todas as regiões de saúde, se declarou parda/mestiça (485; 54,9%). Quanto à escolaridade das mulheres com filhos menores de dois anos, no estado de Goiás, 296 (23,5%) possuem ensino médio completo, 45 (5,1%) ensino superior incompleto, 39 (4,4%) ensino superior completo, quatro (0,5%) possuem pós-graduação e uma (0,1%) mulher não respondeu à questão. Dentre as que souberam informar a renda (239; 89,2%), o predomínio (170; 71,1%) foi de um a três salários mínimos (Tabela 13).

Tabela 14 - Caracterização socioeconômica das usuárias dos serviços de pré-natal e puerpério da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Características socioeconômicas	N	%
Idade		
18-34	787	89,0
35 ou mais	97	11,0
Total	884	100,0
Escolaridade		
Não alfabetizada	03	0,3
Alfabetizada (sabe ler e escrever)	10	1,1
Ensino fundamental incompleto	185	20,9
Ensino fundamental completo	96	10,9
Ensino médio incompleto	205	23,2
Ensino médio completo	296	33,5
Ensino superior incompleto	45	5,1
Ensino superior completo	39	4,4
Pós-graduação	04	0,5
Não respondeu	01	0,1
Total	884	100,0
Cor/Raça		
Branca	220	24,9

Preta	79	8,9
Amarela	78	8,8
Parda/mestiça	485	54,9
Indígena	02	0,2
Ignorada	02	0,2
Não sabe / não respondeu	18	2,0
Total	884	100,0
Trabalho remunerado atualmente		
Sim	268	30,3
Não	616	69,7
Total	884	100,0
Renda mensal (n=268)		
Menos de 1 salário mínimo	64	23,9
De 1 a 3 salários mínimos	170	63,4
De 4 a 6 salários mínimos	04	1,5
De 7 a 9 salários mínimos	01	0,4
Não soube responder	29	10,8
Total	268	100,0

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

5.3.2 Acesso e acolhimento das usuárias nos serviços de saúde da Atenção Básica

As 884 participantes do estudo consideraram, em sua maioria (501; 56,7%), que chegar até a unidade de saúde é fácil, apenas cinco (0,6%) consideram muito difícil (Tabela 14).

Quanto ao horário de funcionamento, 775 (87,7%) mulheres responderam que a unidade possui horário fixo, 20 (2,3%) que não possui e 89 (10,1%) não souberam ou não lembraram. As participantes que responderam que não há horário fixo de atendimento na unidade são das seguintes regiões de saúde: Central (duas; 1,1%), Centro-Sul (três; 2,4%), Entorno Sul (duas; 2,4%), Estrada de Ferro (duas; 10%), Oeste I (quatro; 11,1%), São Patrício (três; 4,1%), Sudoeste I (uma; 1,7%) e Sudoeste II (três; 12,5%).

Tabela 15 – Acesso à unidade de saúde pelas usuárias das unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de saúde	Muito fácil		Fácil		Razoável		Difícil		Muito Difícil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	36	19,4	122	65,6	20	10,8	07	3,8	01	0,5
Centro-Sul	36	28,3	56	44,1	27	21,3	08	6,3	-	-
Entorno Norte	14	20,9	44	65,7	06	9,0	03	4,5	-	-
Entorno Sul	21	24,7	50	58,8	11	12,9	03	3,5	-	-
Estrada de Ferro	07	35,0	10	50,0	01	5,0	01	5,0	01	5,0
Nordeste I	01	20,0	04	80,0	-	-	-	-	-	-
Nordeste II	03	60,0	02	40,0	-	-	-	-	-	-
Norte	05	35,7	05	35,7	01	7,1	03	21,4	-	-
Oeste I	11	30,6	17	47,2	04	11,1	04	11,1	-	-
Oeste II	11	34,4	16	50,0	02	6,3	03	9,4	-	-
Pirineus	18	25,7	39	55,7	05	7,1	07	10,0	01	1,4
Rio Vermelho	10	33,3	16	53,3	02	6,7	02	6,7	-	-
São Patrício	20	27,4	41	56,2	06	8,2	04	5,5	02	2,7
Serra da Mesa	04	15,4	12	46,2	05	19,2	05	19,2	-	-
Sudoeste I	04	6,8	41	69,5	11	18,6	03	5,1	-	-
Sudoeste II	04	16,7	14	58,3	04	16,7	02	8,3	-	-
Sul	11	44,0	12	48,0	02	8,0	-	-	-	-
Goiás	216	24,4	501	56,7	107	12,1	55	6,2	05	0,6

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Ainda no que se refere ao horário de atendimento das unidades de saúde, em todas as regiões de saúde as mulheres responderam, em maioria, que o mesmo atende às suas necessidades (Figura 6).

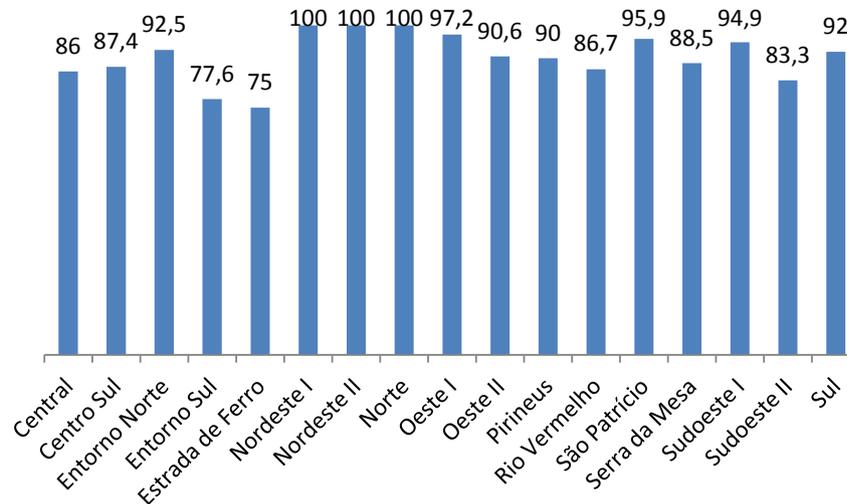


Figura 6 – Percentual de mulheres cujo horário de funcionamento da unidade de saúde atende às suas necessidades.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Do total de mulheres, 579 (65,5%) já precisaram ir à unidade de saúde sem hora marcada e, destas, a maioria refere ter sido “muito bem” ou “bem” recebida, conforme Tabela 15.

Quanto à marcação da próxima consulta de pré-natal, a maioria das mulheres (513; 80,5%) responderam que sempre saíam da consulta com a próxima agendada. Tal predomínio ocorreu em todas as regiões de saúde (Tabela 16).

Quanto à privacidade do atendimento no serviço de saúde, responderam que o consultório para o atendimento não é um lugar reservado: seis (3,2%) mulheres da região Central; quatro (3,1%) mulheres da região Centro-Sul; sete (10,4%) da Entorno Norte; três (3,5%) da Entorno Sul; duas (6,3%) da região Oeste II; uma (1,4%) da Pirineus; duas (6,7%) da Rio Vermelho; quatro (5,5%) da São Patrício; três (11,5%) da Serra da Mesa e duas (8,3) da Sudoeste II. As demais mulheres (850; 96,1%) afirmaram existir privacidade durante o atendimento.

Tabela 16 – Caracterização do acolhimento na unidade de saúde quando é necessário atendimento sem horário marcado pelas usuárias dos serviços de pré-natal da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de saúde	Muito bem		Bem		Regular		Ruim		Muito ruim		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Central	24	19,5	59	47,2	34	27,6	04	3,3	03	2,4	124
Centro-Sul	22	25,3	52	59,8	10	11,5	01	1,1	02	2,3	87
Entorno Norte	13	31,7	22	53,7	03	7,3	02	4,9	01	2,4	41
Entorno Sul	09	14,8	38	62,3	11	18,0	02	3,3	01	1,6	61
Estrada de Ferro	03	23,1	07	53,8	01	7,7	-	-	02	15,4	13
Nordeste I	03	75,0	01	25,0	-	-	-	-	-	-	04
Nordeste II	01	33,3	-	-	01	33,3	01	33,3	-	-	03
Norte	04	44,4	02	22,2	03	33,3	-	-	-	-	09
Oeste I	06	26,1	13	56,5	04	17,4	-	-	-	-	23
Oeste II	10	38,5	12	46,2	02	7,7	-	-	02	7,7	26
Pirineus	09	22,5	22	55,0	07	17,5	02	5,0	-	-	40
Rio Vermelho	05	31,3	09	53,3	02	12,5	01	6,3	-	-	17
São Patrício	12	30,0	24	60,0	03	7,5	01	2,5	-	-	40
Serra da Mesa	05	26,3	12	63,2	02	7,7	-	-	-	-	19
Sudoeste I	04	10,3	31	79,5	03	7,7	01	2,6	-	-	39
Sudoeste II	04	23,5	08	47,1	04	23,5	01	5,9	-	-	17
Sul	07	43,8	08	50,0	-	-	-	-	01	4,0	16
Goiás	141	24,4	320	55,1	90	15,6	16	2,8	12	2,1	579

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 17 – Frequência de agendamento da próxima consulta de pré-natal após atendimento usuárias dos serviços da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de saúde	Sempre		Na maioria das vezes		Quase nunca		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	116	86,6	05	3,7	02	1,5	11	8,2
Centro-Sul	66	72,5	04	4,4	01	1,1	20	22,0
Entorno Norte	50	92,6	02	3,7	01	1,9	01	1,9
Entorno Sul	56	87,5	03	4,7	02	3,1	03	4,7
Estrada de Ferro	09	75,0	02	16,7	-	-	01	8,3
Nordeste I	04	80,0	-	-	01	20,0	-	-
Nordeste II	02	40,0	01	20,0	02	40,0	-	-
Norte	04	50,0	01	12,5	-	-	03	21,4
Oeste I	21	77,8	01	3,7	-	-	05	18,5
Oeste II	22	73,3	01	3,3	01	3,3	06	20,0
Pirineus	18	69,2	-	-	-	-	08	30,8
Rio Vermelho	13	81,3	01	6,3	-	-	02	6,7
São Patrício	52	81,3	02	3,1	01	1,6	09	14,0
Serra da Mesa	17	89,6	-	-	-	-	02	10,4
Sudoeste I	36	76,6	01	2,1	01	2,1	09	19,2
Sudoeste II	13	86,7	01	6,7	-	-	01	6,7
Sul	14	70,0	02	10,0	-	-	04	20,0
GOIÁS	513	80,5	25	3,9	12	1,9	87	13,7

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

5.3.3 Ações voltadas ao cuidado Pré-natal na Rede de Atenção Básica à saúde

Das mulheres com filhos menores de dois anos, 637 (72,1%) realizaram consulta de pré-natal na última gestação e 247 (27,9%) não. Estão apresentados na Tabela 17 os quantitativos de mulheres que realizaram pré-natal por região de saúde.

Tabela 18 – Realização de consulta pré-natal na última gestação usuárias dos serviços de pré-natal da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, em 2013.

Região de Saúde	Sim		Não	
	N	%	N	%
Central	134	72,0	52	28,0
Centro-Sul	91	71,7	36	28,3
Entorno Norte	54	80,6	13	17,9
Entorno Sul	64	75,3	21	24,7
Estrada de Ferro	12	60,0	08	40,0
Nordeste I	05	100,0	-	-
Nordeste II	05	100,0	-	-
Norte	08	57,1	06	35,7
Oeste I	27	75,0	09	25,0
Oeste II	30	93,8	02	6,3
Pirineus	26	37,1	44	62,9
Rio Vermelho	16	53,3	14	46,7
São Patrício	64	87,7	09	12,3
Serra da Mesa	19	73,1	07	26,9
Sudoeste I	47	79,7	12	20,3
Sudoeste II	15	62,5	09	37,5
Sul	20	80,0	05	20,0
Goiás	637	72,5	247	27,5

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Na Tabela 18 estão especificados os números correspondentes aos motivos da não realização do pré-natal, também por região de saúde, sendo que pela a maioria das mulheres (191; 78,9%), eles não foram especificados neste estudo.

Tabela 19 – Motivos da não realização de consulta pré-natal pelas usuárias dos serviços da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de saúde	A equipe não faz*		Distância da Unidade*		Atendimento ruim*		Demora / Dificuldade para marcar*		Outros*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	02	4,1	06	3,2	04	8,2	02	4,1	40	75,5
Centro-sul	-	-	03	8,3	01	2,8	-	-	32	88,9
Entorno norte	-	-	03	25,0	-	-	-	-	10	75,0
Entorno sul	01	4,8	02	9,5	03	14,3	01	4,8	15	71,4
Estrada de ferro	03	37,5	01	12,5	-	-	-	-	04	50,0
Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	06	100,0
Oeste I	-	-	-	-	-	-	-	-	09	100,0
Oeste II	-	-	-	-	-	-	-	-	02	100,0
Pirineus	07	15,9	04	9,1	02	4,5	-	-	32	72,7
Rio vermelho	01	7,1	01	7,1	01	7,1	01	7,1	13	92,9
São patricio	01	11,1	01	11,1	-	-	01	11,1	07	77,8
Serra da mesa	-	-	-	-	-	-	-	-	07	100,0
Sudoeste I	01	8,3	01	8,3	01	8,3	-	-	10	83,3
Sudoeste II	01	11,1	02	22,2	-	-	-	-	06	66,7
Sul	-	-	01	20,0	01	20,0	-	-	03	60,0
Goiás	17	7,0	25	10,3	13	5,4	05	2,1	196	78,9

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

*As mulheres poderiam escolher mais de uma opção de resposta.

Quanto ao número de consultas pré-natal, em quase todas as regiões de saúde, houve predomínio de seis ou mais consultas entre o total de 637 mulheres. O número médio de consultas de pré-natal, por região de saúde, foram: 5,8 na Serra da Mesa; 7,1 na Central; 6,0 na Entorno Norte, Nordeste II, Oeste I e Sudoeste I; 6,2 na Pirineus; 6,6 na Estrada de Ferro; 7,0 na São Patrício; 7,1 na Centro Sul e na Entorno Sul; 7,7 na Oeste II; 8,2 na Norte; 8,5 na Nordeste I; 9,0 na Sul; 9,1 na Sudoeste II e 9,7 na Rio Vermelho, onde todas as mulheres realizaram mais de seis consultas pré-natal.

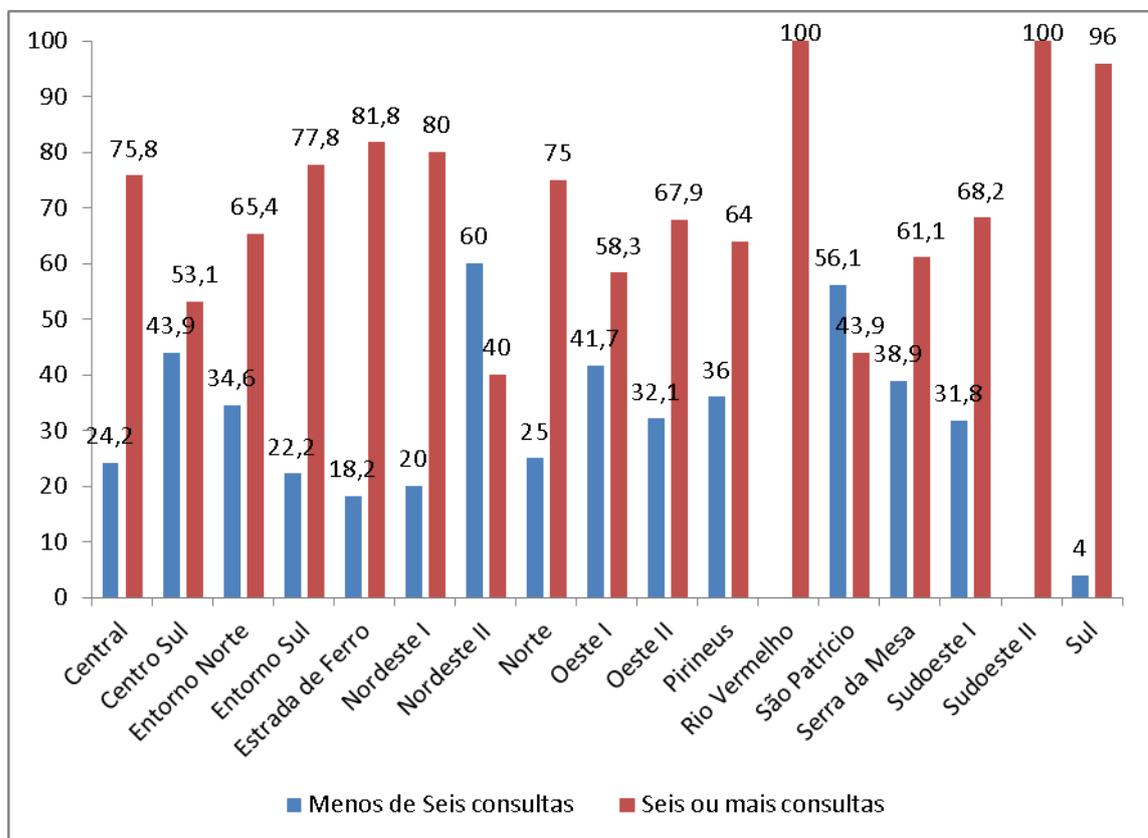


Figura 7 – Número de consultas realizadas pelas usuárias dos serviços de pré-natal da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013. Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Em relação ao acompanhamento de consultas, sempre pelos mesmos profissionais, a maioria (511; 81,2%) respondeu que se consultavam com os mesmos profissionais em todas as consultas; 102 (16,2%) que eram os mesmos profissionais em algumas consultas e 24 (3,4%) não se consultavam sempre com os mesmos profissionais.

No que se refere aos procedimentos realizados, pelos profissionais de saúde, durante as consultas de pré-natal (Tabela 19), os que as mulheres mais afirmaram terem sido realizados foram verificação da altura uterina (570; 89,5%) e aferição da pressão arterial (617; 96,9%). Exame da boca e das mamas foi referido por 252 (39,6%) participantes. O procedimento menos realizado foi a coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero, tendo sido realizado em apenas 162 (25,4%) mulheres durante a gestação.

Na tabela 20 estão apresentadas as orientações recebidas pelas participantes durante as consultas de pré-natal. Das mulheres, 542 (85,1%) afirmaram ter recebido orientação sobre alimentação e ganho de peso, 521 (77,4%) sobre amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses, 471 (73,9%) sobre cuidados com a criança e 323 (50,7%) sobre a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo. Sobre a maternidade de referência para o parto, 50,1% das mulheres referiram não terem sido informadas.

A maioria das mulheres (Figura 8) afirmou que as orientações dos profissionais da equipe as ajudaram saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança, sendo consideradas 100% efetivas nas regiões norte e nordeste I e 90% na região Central.

Quanto aos exames preconizados para a assistência pré-natal, 604 (96,5%) mulheres realizaram exame de urina; 595 (95,5%) realizaram exame de HIV/AIDS; 570 (94,8%) realizaram exame de sífilis (VDRL); 571 (92,8%) fizeram ultrassonografia; 501 (78,6%) exame de glicemia. A realização de vacina contra tétano durante a gestação ocorreu em 82,3% das participantes. A tabela 21 apresenta o quantitativo de mulheres que realizaram exames durante o pré-natal, bem como a vacinação contra tétano, por região.

Tabela 20 - Condutas clínicas dos profissionais de saúde no atendimento pré-natal às usuárias dos serviços de Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013, por região de saúde.

Região de saúde	Altura uterina		Aferição da Pressão arterial		Exame bucal		Exame das mamas		Preventivo de câncer de colo de útero		Exame Ginecológico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	116	86,6	128	95,5	45	33,6	47	35,1	41	30,6	48	35,8
Centro-Sul	83	91,2	89	97,8	42	46,2	32	35,2	22	24,2	28	30,8
Entorno Norte	49	90,7	51	94,4	25	46,3	26	48,1	17	31,5	21	38,9
Entorno Sul	63	98,4	63	98,4	32	50,0	34	53,1	13	20,3	32	50,0
Estrada de Ferro	12	100,0	12	100,0	05	41,7	07	58,3	06	50,0	06	50,0
Nordeste I	05	100,0	05	100,0	01	20,0	01	20,0	03	60,0	02	40,0
Nordeste II	05	100,0	05	100,0	03	60,0	03	60,0	02	40,0	02	40,0
Norte	07	87,5	08	100,0	05	62,5	02	25,0	01	12,5	01	12,5
Oeste I	26	96,3	27	100,0	09	33,3	13	48,1	05	18,5	03	11,1
Oeste II	28	93,3	30	100,0	19	63,3	19	63,3	08	26,7	09	30,0
Pirineus	21	80,8	25	96,2	08	30,8	12	46,2	07	26,9	09	34,6
Rio Vermelho	15	93,8	16	100,0	05	31,3	05	31,3	04	25,0	09	56,3
São Patrício	52	81,3	62	96,9	18	28,1	19	29,7	10	15,6	19	29,7
Serra da Mesa	15	78,9	17	89,5	08	42,1	06	31,6	03	15,8	06	31,6
Sudoeste I	39	83,0	44	93,6	11	23,4	12	25,5	10	21,3	12	25,5
Sudoeste II	14	93,3	15	100,0	08	53,3	07	46,7	03	20,0	04	26,7
Sul	20	100,0	20	100,0	08	40,0	07	35,0	07	35,0	06	30,0
Goiás	570	89,5	617	96,9	262	39,6	252	39,6	162	25,4	217	34,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 21 – Orientação do profissional de saúde durante as consultas de pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB, em 2013.

Região de saúde	Alimentação e ganho de peso		Amamentação exclusiva até os 06 meses		Cuidados com a criança		Exame preventivo de Câncer de colo de útero		Maternidade do parto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	114	85,1	106	79,1	98	73,1	60	44,8	63	49,6
Centro-Sul	74	81,3	72	79,1	64	70,2	52	57,1	43	42,7
Entorno Norte	47	87,0	46	85,2	39	72,2	33	61,1	17	31,5
Entorno Sul	55	85,9	53	82,8	49	76,6	29	45,3	12	18,8
Estrada de Ferro	11	91,7	11	91,7	10	83,3	05	41,7	06	50,0
Nordeste I	05	100,0	05	100,0	05	100,0	02	40,0	01	20,0
Nordeste II	04	80,0	05	100,0	04	80,0	02	40,0	03	60,0
Norte	07	87,5	07	87,5	08	100,0	05	62,5	06	75,0
Oeste I	27	100,0	25	92,6	22	81,5	16	59,3	20	74,1
Oeste II	25	83,3	25	83,3	21	70,0	15	50,0	19	63,3
Pirineus	22	84,6	21	80,8	18	69,2	12	46,2	11	42,3
Rio Vermelho	15	93,8	14	87,5	12	75,0	10	62,5	14	87,5
São Patrício	52	81,3	49	76,6	47	73,4	31	48,4	25	39,0
Serra da Mesa	15	78,9	13	68,4	12	63,2	09	47,4	10	52,6
Sudoeste I	36	76,6	37	78,7	35	74,5	22	46,8	22	46,8
Sudoeste II	15	100,0	14	93,3	14	93,3	10	66,7	12	80,0
Sul	18	90,0	18	90,0	13	65,0	10	50,0	09	45,0
Goiás	542	85,1	521	81,8	471	73,9	323	50,7	293	46,0

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

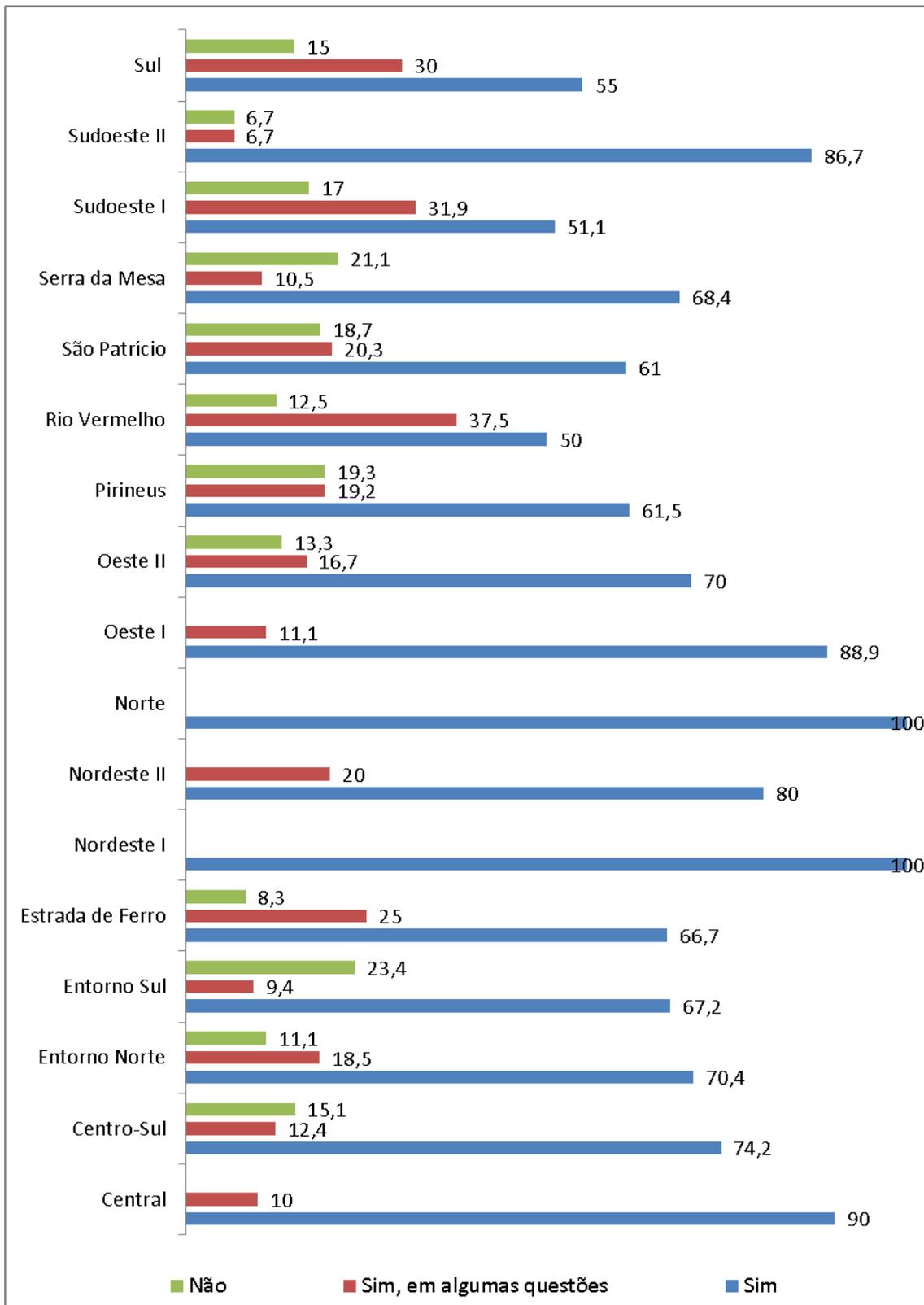


Figura 8 – Efetividade das orientações dos profissionais das equipes de saúde para a gestante sobre a gravidez e o cuidado com a criança.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Tabela 22 - Exames no pré-natal e imunização realizados pelas usuárias no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de saúde	Exame de urina		HIV/AIDS		Sífilis (VDRL)		Ultrassonografia		Glicemia		Vacina contra tétano	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Central	129	97,0	128	96,2	124	95,4	123	93,9	113	89,7	105
Centro-Sul	87	96,7	87	98,9	84	98,8	79	86,8	65	71,4	80	87,9
Entorno Norte	52	96,3	50	92,6	49	90,4	47	87,0	44	81,5	43	79,6
Entorno Sul	59	92,2	62	96,9	56	87,5	54	84,4	51	79,7	56	87,5
Estrada de Ferro	12	100,0	12	100,0	12	100,0	12	100,0	11	91,7	11	91,7
Nordeste I	04	80,0	03	60,0	02	40,0	04	80,0	02	40,0	05	100,0
Nordeste II	05	100,0	05	100,0	05	100,0	05	100,0	05	100,0	04	80,0
Norte	08	100,0	07	87,5	06	75,0	08	100,0	05	62,5	07	87,5
Oeste I	24	88,9	25	96,2	26	96,3	25	92,6	20	74,1	22	81,5
Oeste II	29	96,7	29	96,7	29	96,7	29	96,7	26	86,7	23	76,7
Pirineus	23	88,5	24	92,4	20	76,9	24	92,4	19	73,1	23	88,5
Rio Vermelho	16	100,0	16	100,0	15	93,8	15	93,8	14	87,5	14	87,5
São Patrício	59	92,2	53	82,8	50	78,1	53	82,8	48	75,0	54	84,4
Serra da Mesa	18	94,7	17	89,6	16	84,2	16	84,2	16	84,2	14	73,7
Sudoeste I	44	93,6	44	93,6	42	89,4	43	91,4	32	68,1	38	80,8
Sudoeste II	15	100,0	13	86,7	14	93,3	15	100,0	13	86,7	10	66,7
Sul	20	100,0	20	100,0	20	100,0	19	95,0	17	85,0	15	75,0
Goiás	604	96,5	595	95,5	570	94,8	571	92,8	501	78,6	524	82,3

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

A prescrição de Sulfato Ferroso e Ácido fólico durante a gestação ocorreu para a maioria das mulheres em todas as regiões de saúde, conforme dados da tabela 22.

Tabela 23 – Prescrição de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico por profissional de saúde, durante o pré-natal nas unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de Saúde	Prescrição de Sulfato Ferroso		Prescrição de Ácido Fólico	
	N	%	N	%
Central	129	96,3	122	91,7
Centro-Sul	84	92,3	82	90,1
Entorno Norte	54	100,0	50	92,6
Entorno Sul	61	95,3	58	90,6
Estrada de Ferro	12	100,0	11	91,7
Nordeste I	05	100,0	05	100,0
Nordeste II	05	100,0	05	100,0
Norte	07	87,5	06	75,0
Oeste I	27	100,0	26	96,3
Oeste II	29	96,7	29	96,7
Pirineus	23	88,5	24	92,4
Rio Vermelho	14	87,5	14	87,5
São Patrício	60	93,8	55	85,9
Serra da Mesa	18	94,7	17	89,4
Sudoeste I	41	87,2	39	83,0
Sudoeste II	15	100,0	15	100,0
Sul	20	100,0	18	90,0
Goiás	604	94,8	576	90,4

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Participaram de grupo e/ou atividade educativa durante o pré-natal apenas 221 (34,7%) das mulheres do total das regiões do estado de Goiás (Figura 9). Dentre essas, responderam que a participação as ajudaram saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança 36 (90,0%) mulheres da região Central, 35 (85,4%) da Centro-Sul, cinco (100%) da Entorno Norte, três (75%) da Entorno Sul, nove (100%)

da Estrada de Ferro, duas (100%) da Nordeste II, duas (66,7%) da Norte, 14 (93,3%) da Oeste I, 17 (89,5%) da Oeste II, oito (100%) da Pirineus, cinco (83,3%) da Rio Vermelho, 18 (78,3%) da São Patrício, oito (80%) da Serra da Mesa, 17 (77,3%) da Sudoeste I, cinco (100%) da Sudoeste II e oito (100%) da Sul. Responderam que a participação no(s) grupo(s) ajudou em algumas questões: quatro (10,0%) mulheres da região Central, quatro (9,8%) da Centro-Sul, uma (25%) da Entorno Sul, uma (33,3%) da Norte, uma (6,7%) da Oeste I, duas (10,5%) da Oeste II, uma (16,7%) da Rio Vermelho, quatro (17,4%) da São Patrício, uma (10,0%) da Serra da Mesa e cinco (22,7%) da Sudoeste I. A participação no grupo não ajudou duas mulheres da região Centro-Sul (4,8%), uma na São Patrício (4,3%) e uma da região Serra da Mesa (10%).

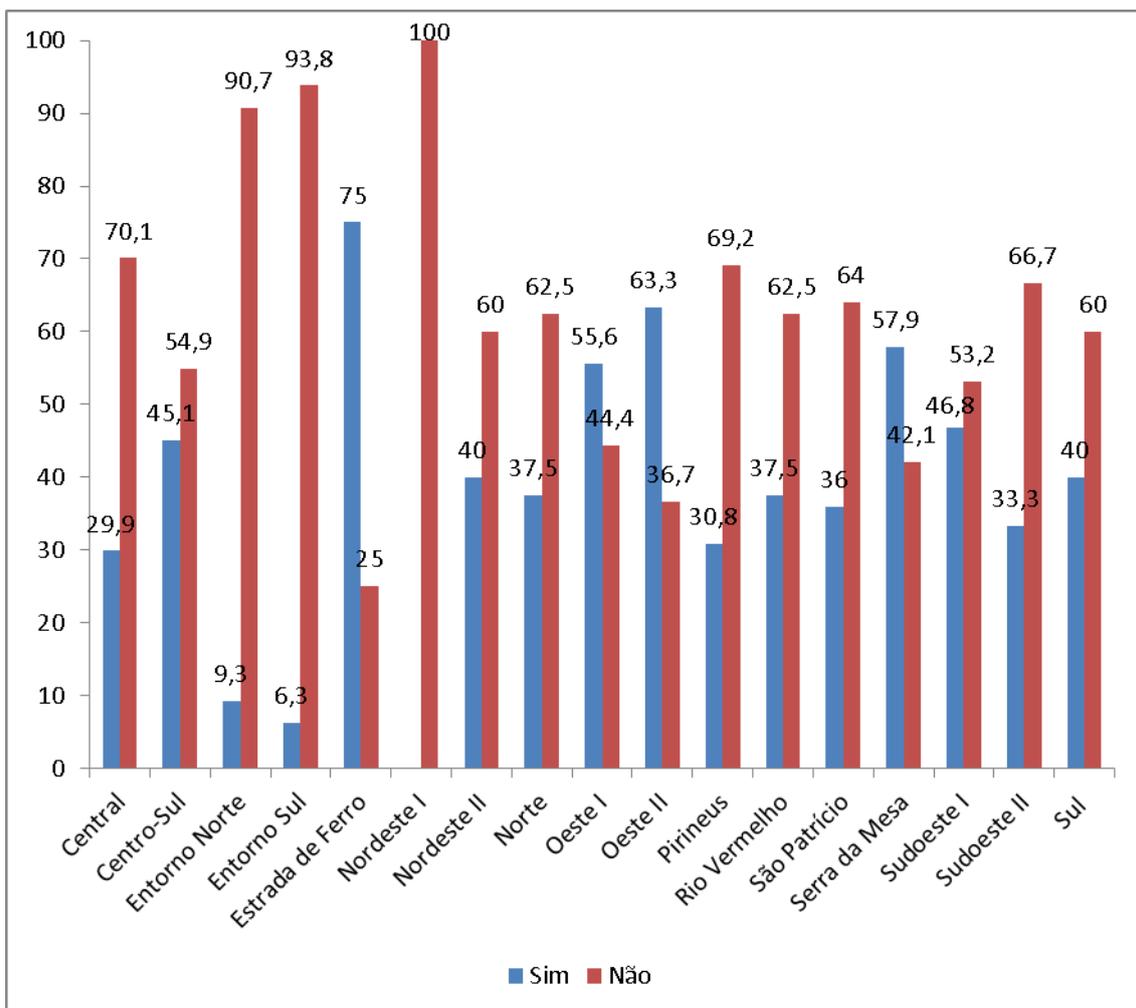


Figura 9 - Participação das usuárias em grupos/atividades educativas durante o pré-natal nas unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

5.3.4 Ações voltadas ao cuidado puerperal na Rede de Atenção Básica à saúde

Do total de mulheres com filhos menores de dois anos (n=884), 316 (35,7%) realizaram consulta de revisão de parto (consulta de puerpério), 568 (64,3%) não realizaram. O maior percentual de realização de consulta puerperal foi na região de saúde Sudoeste II (75%) e o menor na Serra da Mesa (19,2%), como pode ser observado na Tabela 23.

Tabela 24 – Consulta de puerpério realizada pelas usuárias das unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de Saúde	Sim		Não	
	N	%	N	%
Central	75	40,3	111	59,7
Centro-Sul	44	34,6	83	65,3
Entorno Norte	23	34,3	44	65,7
Entorno Sul	24	28,2	61	71,1
Estrada de Ferro	09	45,0	11	55,0
Nordeste I	02	40,0	03	60,0
Nordeste II	03	60,0	02	40,0
Norte	05	35,7	09	64,3
Oeste I	07	19,4	29	80,6
Oeste II	10	31,3	22	68,8
Pirineus	33	47,1	37	52,9
Rio Vermelho	13	43,3	17	56,6
São Patrício	15	20,5	58	79,5
Serra da Mesa	05	19,2	21	80,8
Sudoeste I	21	35,6	38	64,4
Sudoeste II	18	75,0	06	25,0
Sul	09	36,0	16	64,0
Goiás	316	35,7	568	64,3

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013

Dentre as usuárias que receberam assistência puerperal, 149 (50,9%) realizaram a consulta até 10 dias após o parto, 132 (45,0%) realizaram de 11 a 42 dias de pós-parto; 35 (6,7%) realizaram a consulta de 43 a 90 dias após o parto (Tabela 24).

Tabela 25– Tempo decorrido para a realização da consulta de revisão de parto (consulta de puerpério). N= 316.

Região de Saúde	Até 10 dias		11 a 42 dias		43 a 90 dias	
	N	%	N	%	N	%
Central	42	56,0	27	36,0	06	8,0
Centro-Sul	19	43,2	17	38,6	08	18,2
Entorno Norte	10	43,5	13	56,5	-	-
Entorno Sul	04	16,7	13	54,1	07	29,2
Estrada de Ferro	06	66,7	02	22,2	01	11,1
Nordeste I	02	100,0	-	-	-	-
Nordeste II	03	100,0	-	-	-	-
Norte	03	60,0	01	20,0	01	20,0
Oeste I	04	57,1	03	42,9	-	-
Oeste II	04	40,0	06	60,0	-	-
Pirineus	17	51,5	11	33,3	05	15,2
Rio Vermelho	09	69,2	04	30,8	-	-
São Patrício	07	46,7	06	40,0	02	13,3
Serra da Mesa	01	20,0	02	40,0	02	40,0
Sudoeste I	08	38,1	13	61,9	-	-
Sudoeste II	09	50,0	06	33,3	03	16,7
Sul	01	11,1	08	88,9	-	-
Goiás	149	50,9	132	45,0	35	4,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013

Quanto ao local de realização da consulta puerperal, no estado de Goiás, 130 (41,3%) mulheres responderam que foi realizada na unidade de saúde onde foi

realizada a entrevista, 37 (11,7%) realizaram em outra unidade de saúde, 108 (34,1%) no hospital onde foi o parto, 12 (3,8%) em clínica ou consultório particular, 20 (6,3%) em Hospital particular, nove (2,9%) fizeram em casa com um profissional de saúde da unidade onde foi realizada a entrevista.

Apenas nas regiões de Saúde Nordeste I (dois; 100%) e Nordeste II (dois; 66,7%) houve predomínio de consulta puerperal realizada pelo enfermeiro, em todas as demais regiões a maioria das consultas foram realizadas pelo profissional médico (Figura 10).

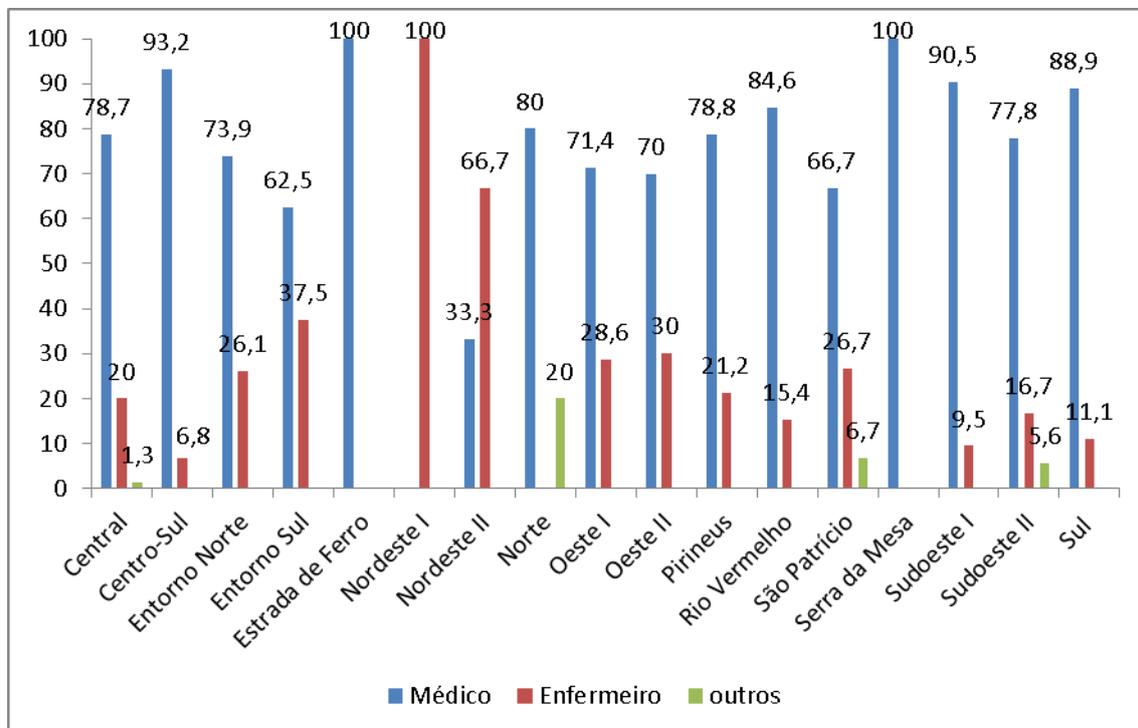


Figura 10 - Profissional responsável pela consulta puerperal das unidades de Atenção Básica à Saúde no estado de Goiás, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

A Tabela 25 apresenta dados referentes à visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e suas ações nos primeiros 10 dias de pós-parto para o total de mulheres com filhos menores de dois anos ($n= 884$). Quanto à visita domiciliar do ACS, na primeira semana após o parto 269 (30,4%) mulheres responderam que receberam a visita, 506 (57,2%) não receberam a visita e 109 (12,3%) não

souberam se aconteceu nos primeiros 10 dias. Das mulheres que receberam a visita do ACS, 210 (78,1%) responderam que foi perguntado à elas sobre como estavam se sentindo, se estavam com algum problema de desânimo, tristeza ou depressão; 59 (21,9%) não foram questionadas sobre o assunto.

Tabela 26 – Ações dos profissionais de saúde na primeira semana após o parto.

Região de Saúde	Realização da visita domiciliar		Investigação quanto aos aspectos emocionais	
	N	%	N	%
Central	56	30,1	45	24,2
Centro-Sul	49	38,6	35	71,4
Entorno Norte	16	23,9	12	75,0
Entorno Sul	15	17,6	12	80,0
Estrada de Ferro	06	30,0	03	50,0
Nordeste I	03	60,0	02	66,7
Nordeste II	03	60,0	03	100,0
Norte	03	21,4	03	100,0
Oeste I	14	38,9	10	71,4
Oeste II	07	21,9	06	85,7
Pirineus	19	27,1	15	78,9
Rio Vermelho	15	50,0	12	80,0
São Patrício	19	26,0	17	89,5
Serra da Mesa	05	19,2	04	80,0
Sudoeste I	23	39,0	17	73,9
Sudoeste II	06	25,0	06	100,0
Sul	10	40,0	08	80,0
Goiás	269	30,4	210	78,1

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

Na primeira consulta após o parto, 427 (48,3%) das mulheres referiram que o profissional da saúde forneceu orientações sobre métodos contraceptivos e 564 (63,8%) sobre amamentação. Mais da metade das mulheres 592 (67,0%)

participantes deste estudo não foram submetidas ao exame ginecológico e 633 (71,6%) não tiveram suas mamas examinadas (Tabela 26).

Tabela 27 – Atendimento puerperal pelos profissionais das equipes de Atenção Básica à Saúde, participantes do PMAQ-AB em 2013.

Região de Saúde	Oferta de métodos contraceptivos		Exame ginecológico		Exame das mamas		Orientação sobre amamentação	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Central	102	60,4	40	23,5	40	23,5	136	78,6
Centro-Sul	59	46,5	23	18,1	15	11,8	77	60,6
Entorno Norte	23	34,3	10	14,9	06	9,0	31	46,3
Entorno Sul	36	42,4	12	14,1	12	14,1	53	62,4
Estrada de Ferro	14	70,0	04	20,0	03	15,0	15	75,0
Nordeste I	02	40,0	02	40,0	-	-	03	60,0
Nordeste II	04	80,0	03	60,0	01	20,0	04	80,0
Norte	08	57,1	03	21,4	02	14,3	12	85,7
Oeste I	17	47,2	06	16,7	04	11,1	20	55,6
Oeste II	10	31,5	06	18,8	07	21,9	15	46,9
Pirineus	42	60,0	21	30,0	16	22,9	50	71,4
Rio Vermelho	13	43,3	11	36,7	10	33,3	25	83,3
São Patrício	23	31,5	13	17,8	06	8,2	24	32,9
Serra da Mesa	11	42,3	06	23,1	06	23,1	13	50,0
Sudoeste I	30	50,8	05	8,5	05	8,5	41	69,5
Sudoeste II	19	79,2	05	20,8	04	16,7	24	100
Sul	14	56,0	06	24,0	04	16,0	21	84,0
Goiás	427	48,3	176	19,9	141	16,0	564	63,8

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2013.

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como finalidade a análise das ações e serviços de saúde na assistência pré-natal e puerperal oferecida pela rede de Atenção Básica à Saúde, no estado de Goiás. A análise dos dados, por região de saúde, demonstra que as mesmas se comportam, quase sempre, de maneira uniforme quanto à assistência pré-natal e puerperal oferecida no estado de Goiás. Portanto não foram apresentadas diferenças discrepantes entre uma região de saúde e outra, na maioria das variáveis analisadas.

A regionalização da assistência à saúde no Brasil se deu pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 (BRASIL, 2001), que regulamentou as diretrizes gerais para essa organização regionalizada. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) define as regiões de um estado e o Ministério da Saúde (MS) e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada um (BRASIL, 2002).

A assistência à saúde, em nível das regiões, deve ser organizada no âmbito de municípios-sede com capacidade de ofertar um conjunto de ações de média complexidade para a sua população e a população dos municípios a ele adscritos. Também exige que todas as unidades da federação elaborem seus PDRs, apontando o papel de cada município na rede estadual de saúde (BRASIL, 2002). A homogeneidade aqui observada demonstra o funcionamento coeso dos PDRs nos municípios goianos e o interesse de fazê-los cumprir.

Em se tratando de redes de saúde, a Rede Cegonha engloba ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado a todas as mulheres. Dentre os componentes da Rede Cegonha estão o Pré-natal e o puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A assistência pré-natal é caracterizada pelo conjunto de procedimentos clínicos e educativos visando o acompanhamento da gestação e a promoção da saúde materno-infantil. A avaliação dessa assistência, com a proposta de aprimorá-la, demanda esforços constantes dos gestores, profissionais responsáveis pelas ações e também da população alvo (SUCCI et al., 2008).

A oferta de consultas pré-natal é predominante nos serviços de saúde, chegando a ser em 100% em sete (41,2%) das unidades participantes das regiões do estado. Em todo o estado, 37 equipes de saúde não ofertam consulta regular de pré-natal, dado inferior ao encontrado na análise do primeiro ciclo do PMAQ, em 2012, onde 115 equipes não ofertavam o programa de atenção pré-natal (SODRE, 2015).

Houve diferença entre as regiões de saúde quanto à realização de consulta pré-natal por parte das usuárias. Os dados variaram de 37,1% na região de Pirineus a 100% na Nordeste I e na Nordeste II. Dentre as usuárias que não realizaram o pré-natal, 17 responderam que não o fizeram porque a equipe de saúde da sua unidade de referência não oferta consultas de pré-natal, dentre as quais estão unidades de saúde das regiões São Patrício e Sudoeste II, cujos profissionais responderam que a oferta é positiva em todas as unidades.

Tais dados conotam a importância da comunicação entre a unidade de saúde e a população a ela adscrita, para que a população tenha maior conhecimento dos serviços que a unidade oferece e possa fazer uso dos mesmos, favorecendo a promoção da saúde.

A maioria das mulheres realizou seis ou mais consultas, em consonância com o estudo realizado por Leal et al. (2015), onde o percentual foi de 75,4% das participantes e superior ao apresentado por SOUTO et al. (2013), 52,7%. Também para a maioria (81,2%) das mulheres, a consulta foi realizada sempre com os mesmos profissionais, dado um pouco superior ao apresentado por CESAR et al., (2012), que foi 72,1%.

Para a maioria das participantes do estudo, chegar à unidade de saúde é fácil; o horário de atendimento satisfaz suas necessidades; são “muito bem” ou “bem” atendidas quando precisam ir à unidade sem terem agendado consulta, saem da consulta com a próxima já agendada e há privacidade no local de atendimento. O fato de a maioria das mulheres não exercerem atividade remunerada/ emprego, ou seja, terem mais tempo disponível para comparecerem a unidade de saúde pode se associar à satisfação quanto ao horário de atendimento das unidades de saúde. A associação de tais variáveis favorece a realização de consultas por parte das mulheres, garantindo o número mínimo recomendado pelo MS, para a maioria delas.

Para que a Atenção Básica (AB) cumpra com seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde (UBS) estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Facilidade de acesso, cumprimento de protocolos baseados em evidências científicas e elevada cobertura populacional, são condições que contribuem para redução da mortalidade materna e infantil, além de favorecer intervenções oportunas que objetivam garantir a saúde materna (YOUNES et al., 2012).

O acesso tem como um dos alicerces o acolhimento, que se traduz em atitudes e condutas humanizadas que valorizam as usuárias e garantem sua privacidade, entre outras (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009). De outro lado, a falta privacidade limita as ações dos profissionais e interfere na qualidade da assistência prestada, uma vez que atitudes como ouvir e assistir a gestante, além do atendimento clínico, ficam prejudicadas (ARANTES et al., 2014).

Segundo Donabedian (1988), para favorecer o acesso às ações, melhores resultados, qualificação e satisfação do usuário e, conseqüentemente, garantir a qualidade no serviço de saúde, é preciso assegurar infraestrutura adequada, o que requer existência de recursos humanos capacitados e suficiência em equipamentos, materiais e insumos.

Quanto aos materiais e insumos necessários à adequada assistência pré-natal e puerperal (caderneta da gestante, oferta de vacinação e imunobiológicos; exames laboratoriais), houve oferta e disponibilidade dos mesmos na maioria dos serviços das regiões de saúde do Estado de Goiás. A menor oferta acontece na macrorregião de saúde Sudoeste, formada pelas regiões de saúde Estrada de Ferro e Sul. As maiores ofertas estão nas macrorregiões Centro-Oeste e Centro-Norte, isso pode se dar pela características dos municípios pertencentes à essas regiões de saúde, seja em aspectos populacional, sendo capital ou municípios vizinhos, bem desenvolvidos.

A caderneta da gestante ou cartão da gestante é um documento cujo uso é obrigatório nos serviços de saúde, devendo ser mantida sempre disponível para o

adequado acompanhamento e fornecimento de informações, garantindo integração na rede de assistência por meio da comunicação entre os profissionais nos diferentes níveis de atenção (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013). A utilização da caderneta por parte dos profissionais é de suma importância. Segundo Zanchi et al. (2013), a ausência de informações no Cartão da Gestante prejudica a comunicação na rede de assistência gravídico-puerperal e gera desperdício de recursos, uma vez que, por exemplo, a falta do registro de exames realizados torna necessária uma nova realização no momento do parto, ocasionando maior custo. A grande maioria dos profissionais de saúde participante do estudo referiu utilizar a caderneta da gestante para registro durante a atenção pré-natal.

Por meio dos exames laboratoriais preconizados na atenção pré-natal, é possível identificar morbidades de maneira precoce e proporcionar tratamento eficaz que resulte em cura ou controle da doença na gestante, para prevenção de transmissão vertical (TV) e, conseqüentemente, infecção fetal e possíveis óbitos maternos, fetais e infantis (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013). A oferta dos exames laboratoriais preconizados para o pré-natal pela rede dos serviços de saúde é alta na grande maioria das regiões do estado, sendo que as menores frequências estão na oferta de exame de Urina tipo I, nas regiões Entorno Norte e Rio Vermelho (75,9% e 68,5%, respectivamente). Em todos os demais a oferta está acima de 81%.

É necessário que as equipes de Atenção Básica realizem os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem de Sífilis durante a atenção ao pré-natal para a gestante e seus parceiros sexuais uma vez que o diagnóstico oportuno da infecção durante o período gestacional é fundamental para a queda das taxas de transmissão vertical do HIV e para a eliminação da sífilis congênita. No componente pré-natal da Rede Cegonha estão inseridos esses testes como uma das ofertas que visam a qualificação do cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

A oferta de testes rápidos é acima de 80% apenas na região Oeste I, em todas as demais os valores estão abaixo de 38% das unidades de saúde. A baixa disponibilidade de testes rápidos para sífilis pode prejudicar o diagnóstico precoce daquela gestante, comprometendo seu tratamento que pode ter por consequência a sífilis congênita que, em Goiás, no ano de 2014 apresentou maior taxa de incidência em menores de um ano de idade desde 2000, sendo 2,53 casos por 1.000 nascidos

vivos, seguido pelo ano de 2013 (1,54 casos por 1.000 nascidos vivos) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2015).

Outro aspecto relevante em relação aos exames é o recebimento dos mesmos pelo profissional responsável pelo atendimento pré-natal em tempo oportuno, o que também acontece para a maioria das equipes de saúde participantes. O não recebimento dos exames em tempo adequado gera desperdício de recursos, já que foram realizados, porém não houve tempo oportuno para intervenções (DOMINGUES et al., 2012).

O atendimento pré-natal foi realizado predominantemente pelo médico em todas as regiões de saúde, resultado também observado no estudo de Sodré (2015) referente ao Ciclo I do PMAQ-AB, também realizado no estado de Goiás. O enfermeiro possui respaldo legal para realizar o acompanhamento pré-natal de risco habitual, sendo assim os resultados destes estudos indicam a necessidade deste profissional atuar mais nessa área (SODRE, 2014). A maioria (81,2%) referiu se consultar com os mesmos profissionais em todas as consultas, frequência maior que a encontrada por Cesar (2012), 72,1%. A realização de consultas com os mesmos profissionais favorece o vínculo profissional-gestante.

Quanto aos indicadores de cuidado, aferição de pressão arterial foi a conduta mais realizada em todas as regiões de saúde, assim como em outros estudos (LEAL et al., 2015; SODRE, 2015; CESAR et al., 2012; CARVALHO; NOVAES, 2004; POLGLIANE et al., 2014). Outra conduta que foi realizada em grande parte das mulheres (89,5%) foi a verificação da altura uterina (AFU), achado superior aos apresentados por Melo, Oliveira, Mathias (2015) e Polgliane et al. (2014), com 71,9% e 42,5% de realização respectivamente. O exame das mamas foi pouco realizado, apresentando dados menores que os estudos realizados por Leal et al. (2015) e Cesar et al. (2012). Quanto ao exame bucal e exame ginecológico, estes também apresentaram baixa realização. Em relação ao exame preventivo de câncer de colo de útero, foi observado que apenas cerca de um quarto das mulheres o realizaram durante a gestação, corroborando com os estudos de Sodré (2015) e inferior ao resultado (62,9%) apresentado por Costa et al. (2012).

A saúde bucal da gestante interfere no estado de saúde geral da mesma e na saúde geral e bucal do recém-nascido. Sendo assim, a oferta e efetivação de assistência odontológica por parte dos serviços de saúde é de extrema importância (BRASIL, 2012a).

A importância do exame ginecológico está na detecção de lesões precursoras do câncer de colo de útero, por meio do exame colpocitológico (COP) e o exame clínico das mamas pode apresentar achados precursores e indicativos de câncer de mama (SODRÉ, 2015). Soma-se o fato de detecção precoce de alterações cutâneas (fissuras) que podem prejudicar a prática de aleitamento materno. Quanto ao exame de preventivo de câncer de colo de útero, a recomendação do MS é que seja realizado pelo menos uma vez a cada três anos e durante a gestação se o intervalo entre os exames estiver ultrapassado ou a gestante apresentar sintomatologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os casos de infecções durante a gestação não são raros e a gravidade de suas complicações depende do tipo e época do acometimento, podendo afetar o binômio mãe e filho. O diagnóstico e o tratamento de gestantes com risco de transmissão vertical (TV) se dá por meio da realização de exames durante a assistência pré-natal (BAUMGARTEN et al., 2011). A classificação do risco pré-natal é, também, monitorada pelos resultados dos exames laboratoriais (PARIS; PELOSO; MARTINS, 2013).

Dos exames preconizados para assistência pré-natal investigados neste estudo, o que apresentou menor frequência de realização durante a gestação foi o exame de glicemia e o de maior frequência foi o de urina, seguido do de HIV/AIDS. No estudo realizado por Cesar et al. (2012) os dados foram contrários, sendo o exame de glicemia mais frequente (75,6%) entre as mulheres do que os de Urina comum (69,4%) e Anti-HIV (62,8%). Observa-se nesse estudo que, apesar de o exame de urina ser o que apresentar menor proporção de oferta na rede de saúde das regiões, ele é o mais realizado pelas gestantes.

Com relação à detecção de infecção do trato urinário (ITU), sabe-se que dentre as intercorrências durante a gestação, essa é a principal e, por ser um fator de risco para sepse neonatal, implica em trabalho de parto e parto pré-termo, RNs de baixo

peso, ruptura prematura de membranas amnióticas e corioamnionite (SANTOS et al, 2014).

A realização de sorologias durante o pré-natal visa prevenir a TV das infecções. Acerca da realização das sorologias investigadas neste estudo, no caso do HIV, quando diagnosticado durante a gestação e sendo adotadas as medidas apropriadas, a TV pode reduzir de 25,5% para de 0 a 2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2009). Em relação à sífilis, o tratamento imediato após o diagnóstico pode reduzir a TV e, conseqüentemente, diminuir os casos de abortamento tardio, natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A imunização da gestante está entre as ações de promoção da saúde no período pré-natal (CALDERON, CECATTI, VEGA; 2006). Quanto à orientação sobre a vacina antitetânica, apenas três (0,3%) dos profissionais participantes responderam não fazê-la.

A cobertura vacinal antitetânica encontrada neste estudo (82,2%) foi inferior durante a gestação a de estudos realizados por Sodré (2015), Cesar et al. (2012) e Souto et al. (2013). Quando associados à oferta de vacinação nos serviços de saúde, com a disponibilidade da vacina antitetânica e as orientações feitas pelos profissionais acerca da temática podemos ver que este resultado se encontra na média.

As prescrições de ácido fólico e sulfato ferroso ocorreram sem grandes diferenças nas frequências de todas as regiões do estado de Goiás, estando entre 87,2% e 100% para o Sulfato Ferroso e entre 75,5% e 100% para o Ácido Fólico. Estudos apontam prescrições inferiores as neste apresentado (POGLIANE et al., 2014; CESAR et al., 2012)

O ácido fólico (AF) é uma vitamina do complexo B importante para a manutenção da saúde e prevenção de doenças (STELUTI, 2011). Na gestação, a rápida divisão celular embrionária e o aumento da diurese pela gestante fazem com que sua necessidade aumente. A deficiência de ácido fólico em mulheres na idade fértil pode resultar em defeitos de fechamento do tubo neural no feto (DANTAS; DINIZ; ARRUDA, 2010). Quanto ao ferro, sua deficiência pode ocorrer principalmente pela ingestão insuficiente na dieta devido à maior necessidade desse nutriente nesse período, resultando em anemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Ministério da Saúde recomenda a administração preventiva de ácido fólico desde o período pré-concepcional até a 14^a semana gestacional e o uso de sulfato ferroso desde o início da gravidez. Na primeira consulta pré-natal esses medicamentos devem ser prescritos pelos profissionais da atenção básica, com objetivo de prevenir as clínicas anteriormente citadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As atividades educativas têm a finalidade de orientar a gestante quanto às ações necessárias para um pré-natal e parto adequados. Por meio de ações educativas há o aconselhamento quanto à importância da realização dos exames laboratoriais, quanto à imunização, qual unidade de saúde procurar no momento do parto ou em casos de intercorrência, quanto à amamentação, dentre outras questões que a mulher ou a família possa ter (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essas ações educativas devem estar presentes tanto no momento da consulta quanto na realização de grupos educativos.

Houve variação na oferta de orientações para as gestantes por parte dos profissionais, as mais frequentes foram quanto à alimentação e ganho de peso e amamentação exclusiva até os 06 meses, seguidas de orientações quanto aos cuidados com a criança, dados semelhantes aos encontrados por Carvalho e Novaes (2004). Orientação quanto ao exame preventivo de câncer de colo de útero foi a menos referida na grande maioria das regiões, esta baixa efetividade pode ter ligação direta com a baixa realização do exame preventivo (COP) por parte das mulheres.

Para a maioria das mulheres, as orientações feitas pelos profissionais de saúde foram positivas e contribuíram para seu conhecimento quanto à gestação e aos cuidados com a criança. Essa variável se correlaciona com a de escolaridade das mulheres participantes do estudo (maioria acima do ensino fundamental completo) uma vez que, segundo Ferraz e Bordignon (2012), a habilidade de compreensão do receptor, além do modo como a mensagem é passada, favorece resultados positivos quanto ao repasse de informação.

De acordo com Rios e Vieira (2007) é importante promover ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, mas é no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada objetivando uma vivência positiva do parto,

menores riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado à criança e na amamentação.

A adesão das gestantes às atividades educativas é um importante indicador do processo de assistência pré-natal que, neste estudo e no estudo de Souto et al. (2013), mostrou-se inadequado mesmo a maioria das mulheres, em todas as regiões de saúde, considerarem a unidade de saúde ser de fácil acesso, não trabalharem e o horário de funcionamento atender às suas necessidades. Tais aspectos apontam para necessidade de reformulação de tais atividades educativas, de modo que motivem a participação de gestantes das atividades.

Estudos evidenciam a importância das atividades educativas e afirmam que as chances da gestante cuidar de si própria e do bebê sem ansiedade e medo são maiores quando são inseridas em algum grupo no pré-natal (ANDREUCCI; CECATI, 2011; GONÇALVES et al, 2011). Os estudos apontam que o vínculo e o acolhimento das gestantes nos serviços de atenção à saúde favorecem a implementação das práticas educativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; DOMINGUZ; HARTZ; LEAL, 2012; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

A oferta de consulta puerperal é altamente referida pelos profissionais entrevistados, em todas as regiões de saúde. No entanto, a realização da mesma por parte das usuárias do SUS está aquém do esperado e do encontrado no estudo feito por Corrêa et al.(2014), onde o percentual foi de 89%. O percentual das usuárias participantes do PMAQ-AB, 2º ciclo em Goiás que realizaram consulta puerperal foi de 37,4%.

O período puerperal vem a ser um momento em que há transição na vida da mulher, marcada por modificações intensas, tanto biológicas, como psicológicas, comportamentais e sociais. O resultado de todas essas alterações são situações de vulnerabilidade para as mulheres que vivenciam esse período. Portanto, necessita-se organizar a assistência utilizando-se de conhecimentos técnico-científicos existentes e de meios e recursos específicos para cada caso, num contexto de assistência humanizada. Nesta fase, a puérpera necessita de apoio e orientação, dessa forma a consulta torna-se imprescindível (PEREIRA; GRADIM, 2014).

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal. O MS propõe a “Primeira Semana de Saúde Integral”, voltada ao cuidado clínico e educativo da mulher e do recém-nascido na primeira semana pós-parto. Para isso, recomenda a visita domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e/ou enfermeiro na primeira semana pós-alta do recém-nascido ou nos primeiros três dias pós-alta em caso de classificação de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OLIVEIRA et al., 2013).

Dentre as usuárias que realizaram consulta puerperal, a grande maioria a fizeram dentro do prazo preconizado pelo MS, que é de até 42 dias do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). O local de maior realização das consultas foi na própria unidade de saúde onde estava sendo realizada a entrevista e, exceto na região Nordeste I, o médico foi o profissional responsável pela consulta. Na região Nordeste I o responsável por todas as consultas de puerpério foi o enfermeiro. Quanto à realização de visita domiciliar pelo ACS nos primeiros 10 dias de pós-parto, apenas 269 (30,4%) mulheres afirmaram terem recebido esta visita. A visita domiciliar pode proporcionar à puérpera mais conforto e oportunidade de apresentação de suas reais condições de vida, permitindo que o profissional se aproxime da realidade vivida por ela (SOSSAI; PINTO, 2010; BERNARDI et al., 2011).

Durante o atendimento puerperal, a conduta mais referida pelas mulheres como realizada foi a orientação sobre a amamentação, em todas as regiões de saúde. Os benefícios do leite materno para o bebê, principalmente nos primeiros seis meses de vida, são incontestáveis, supera os demais leites com vantagens nutritivas que promovem o crescimento e desenvolvimento da criança (BRITO; OLIVEIRA, 2004). Além das vantagens ao bebê, a lactação também oferece vantagens à mãe, por reduzir alguns tipos de fraturas ósseas, prevenir contra o câncer de mama e de ovários, além de redução no risco de morte por artrite reumatoide; à família, por não ser oneroso, pela praticidade e estímulo ao vínculo mãe e filho; e ao Estado, para o qual a maior vantagem é o baixo custo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; REA, 2004; ARAÚJO et al., 2004). Em contrapartida, o exame das mamas foi realizado em apenas 16% das mulheres, o que dificulta a intervenção dos próprios profissionais de saúde em possíveis alterações clínicas que prejudiquem a amamentação.

Por meio deste estudo, foi possível reconhecer lacunas presentes na rede de Atenção Básica ao pré-natal e puerpério e reconhecer a homogeneidade das ações e serviços no estado de Goiás. Pontos inadequados e que chamaram a atenção neste estudo foram as práticas de educação em saúde e o estímulo ao acompanhamento puerperal e sua qualificação. Tais pontos merecem uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, para maior qualificação da assistência, haja vista suas importâncias reconhecidas. A ausência e limitações de algumas variáveis, como o caso de várias mulheres não responderem ou não lembrarem a resposta de algumas perguntas, dificultaram algumas associações e conclusões acerca da assistência prestada.

7. CONCLUSÕES

- As regiões de saúde apresentam, em sua maioria, características uniformes quanto ao cuidado pré-natal e puerperal. As mais centralizadas se destacam em algumas das variáveis aqui estudadas.
- A cobertura da Atenção Básica, no estado de Goiás, se dá principalmente por meio de Unidades Básicas de saúde, seguido de postos de saúde. Os serviços de saúde oferecem boa oferta de cadernetas da gestante e imunobiológicos recomendados no cuidado pré-natal e puerperal, com exceção dos testes rápidos nas unidades de saúde, que apresentam baixa disponibilidade. Os exames preconizados para a assistência pré-natal são, em sua maioria, ofertados na rede de saúde dos municípios e os resultados chegam para os profissionais de saúde em tempo oportuno.
- A maioria das equipes de saúde ofertam consultas de pré-natal e puerpério, sendo essas realizadas predominantemente pelo profissional médico.
- O acesso foi um fator favorável à utilização do serviço pelas participantes do estudo, visto que para a maioria das usuárias era fácil chegar à unidade; as unidades possuíam horário fixo que atendia às necessidades das usuárias. Quanto às consultas, a maioria já saía da unidade com agendamento.
- A média de idade das usuárias dos serviços de pré-natal e puerpério da rede de Atenção Básica do Estado de Goiás foi de 33,4 anos; foram em maioria pardas, com escolaridade superior à seis anos de estudo, não exerciam trabalho remunerado e a renda mensal era de um a três salários mínimos.
- A maioria das mulheres realizou consultas de pré-natal e o número de consultas, também para a maioria foi de seis ou mais. Apesar da garantia do número mínimo de consultas pré-natal para a maioria das usuárias, aferição da pressão arterial, verificação da altura uterina, solicitação de exames, prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico e imunização foram as condutas clínico-obstétricas que tiveram destaque; as demais (exame bucal, exame das mamas, coleta de material para exame preventivo e exame ginecológico) foram pouco realizadas. As consultas eram

realizadas pelos mesmos profissionais, havendo predominância pelo profissional médico.

- As orientações recebidas pelas mulheres durante a gestação eram em sua maioria sobre alimentação, ganho de peso e amamentação. Apenas metade das mulheres participantes afirmaram ter sido orientadas quanto ao exame preventivo do câncer de colo de útero e frequência de realização. A participação em grupo e/ou atividade educativa durante o pré-natal foi baixa.

- Há baixa integração entre a unidade de realização do pré-natal com a unidade de parto, visto que durante as consultas poucas gestantes eram informadas pelos profissionais sobre a unidade de referencia para o parto.

- A maioria das mulheres não realizaram consulta de puerpério e não receberam visita domiciliar do agente comunitário de saúde na primeira semana após o parto.

- Para mulheres que receberam atendimento puerperal, houve maior proporção de consultas com o médico do que com o enfermeiro; e a conduta mais realizada pelo profissional foi orientação sobre amamentação, sendo baixa a oferta de métodos contraceptivos, exame ginecológico e das mamas.

- A atenção básica cumpre, no geral, seu papel como rede ordenadora do cuidado pré-natal e puerperal. Porém, apresenta aspectos que necessitam de atenção maior por parte dos gestores de demais profissionais das equipes de saúde, são esses: disponibilidade de teste rápidos em todas as unidades de saúde, maior disponibilidade de medicamentos preconizados para o cuidado pré-natal e puerperal, incentivo à realização e participação de grupos educativos, incentivo à realização de consulta puerperal.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo retrata o cenário do cuidado pré-natal e puerperal das regiões de saúde do estado de Goiás, apontando as potencialidades e fragilidades dos serviços de Atenção Básica que podem subsidiar tomada de decisão para qualificar e reorientar as ações nessa área de atuação.

A avaliação dos serviços mostra que as unidades de atenção básica à saúde participantes do segundo ciclo do PMAQ apresentam boa infraestrutura organizacional quanto à oferta de consultas pré-natal e de puerpério; ao acesso, horário de funcionamento e acolhimento; disponibilidade de imunobiológicos e exames preconizados, com exceção dos testes rápidos cuja oferta é baixa em todas as regiões do estado de Goiás e dos medicamentos preconizados para este cuidado.

A partir da análise dos dados, foi observado que as equipes de saúde e a rede de atenção se organizam de modo a realizar grande parte das preconizações e diretrizes estabelecidas nos programas e políticas relacionadas ao cuidado pré-natal e puerperal. Entretanto, o estudo aponta a necessidade de aperfeiçoamento de algumas condutas clínicas durante o pré-natal e o puerpério, para garantir um cuidado integral à gestante e à puérpera e promover uma atenção qualificada e humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal. Tais condutas são: realização do exame preventivo de câncer de colo uterino no acompanhamento pré-natal; exame bucal da gestante ou encaminhamento à consulta odontológica, quando necessário; estímulo à participação das gestantes grupos e/ou atividades educativas para promoção da saúde e prevenção de agravos na gestação, parto e pós-parto; busca ativa da puérpera pela equipe multiprofissional para seguimento da assistência.

Como enfermeira, reconheço a necessidade de inserção cada vez maior dessa categoria nas ações de prevenção e promoção da saúde e na realização de consultas de pré-natal e puerpério, que se destacaram como uma fragilidade neste estudo. A consulta médica não substitui a de enfermagem, as duas se complementam e desempenham papel fundamental no cuidado.

9. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. 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**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Ago. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Junho de 2014.
- ALVES, J. A. L. A Conferência do Cairo sobre População. 1995. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm#_ftn1 Acesso em 25 de maio de 2016.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1053-1064, June 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Abril 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>.
- ANTIQUERA, V. M. A. A evitabilidade do óbito materno e proposições políticas e legais voltadas à atenção à saúde reprodutiva [dissertação]. Mato Grosso (MT): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.
- ANVERSA, E. T. R. et al . Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, p. 789-800, Apr. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de junho de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312009000400006&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de maio de 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400006>.

BRANDAO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 .

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm> (acesso em 08/09/2014).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). **Saúde Legis**, 2012c. Disponível em:
 <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1089_28_05_2012.html>.
 Acesso em 23 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União (DOU) Brasília, DF; 2000 jun 8, Seção I, p.112-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids** . Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF); 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - **SUS, a Rede Cegonha** [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2011. Disponível em :

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm> (acesso em 08/09/2014).

CASTANHEIRA, E. R. L. et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 935-947, Dec. 2011 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de novembro de 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 477-506, Jun 2012 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Julho de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200005>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006.

COSTA, C. S. C.; et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.15, n.2, p.516-22, abr/jun 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>. Acesso em 11 de novembro de 2013

DUARTE, J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, June 2008 .

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, junho, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>. Acesso em 11 de novembro de 2014.

FELISBERTO, E. et al . Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 9, n. 3, p. 339-357, Set. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Junho 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000300013>.

FREITAS, GL; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em 11 de novembro de 2014.

FONTANELLE, LF. Mudanças recentes na PNAB. **Rev bras med família**. Florianópolis, v.7, n. 22, 2012.

GIOVANELLA, L. et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-794, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 12 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

GOUVEIA, G. L. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**. v. 12, n. 3, p. 281-

96, 2009. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm.

Acesso em 11 de novembro de 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**, 2010. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, Supl. 1, p. S23-S32, dez., 2005

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Escola de Saúde Pública de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Apr 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDONÇA, M. H. M.; VASONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 24 Sup 1:S4-S5, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): O Ministério; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da

Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. 2004b. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/avaliacao.php>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil.. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil.. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Guia de Implantação Municipal AMQ.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2005c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Relatório de gestão 2003 a 2006.** Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.:. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N.. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 1825-1833, Sept. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jun 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900013>.

OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas américas.** Ago 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet.** May, Serie 1, p. 11 -31, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em: 07 ago. 2014.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol 8, n. 1, p. 113-124, jan. / mar., 2008.

PINHEIRO, R. S. et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2014.

POLGLIANE, R. B. S. et al . Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 1999-2010, July 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2014.

SANTOS, J.. Os caminhos da Atenção Básica à Saúde. **Revista RET-SUS**. Ano VII - nº 63, agosto/setembro de 2013, p.10-17. Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Brasil. Disponível em: <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista63.pdf> Acesso em: 09 set. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS (SES-GO). Mapa da Saúde de Goiás. Assessoria de Informação em Saúde. 2015. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/page/75/mapa-da-saude>. Acesso em: 03 fev, 2016.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de abril de 2015.

SIMÕES, A. V. et al. Modelos de atenção à saúde e estratégias de controle social. **Rev. Saúde. Com.** Vol. 7, n. 1, p. 33-43, 2011.

SODRÉ, RLR. **Atenção Básica ao pré-natal e puerpério no Estado de Goiás** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2015.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n.22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 4, n. 3, Sept. 2004 .

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

TRAVASSOS, C. et al . Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 11, n. 5-6, June 2002 .

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade da Estratégia de Saúde da Família, **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. V 13, n2, p. 375-85, 2012.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, n. 3, p. 359-367, Sept. 2010 .

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):
Avaliação externa do PMAQ ciclo II

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21494013.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 487.055

Data da Relatoria: 02/12/2013

APÊNDICE 1 - Questionário adaptado do Instrumento De Avaliação Externa Do Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

I.3	Identificação da modalidade e profissionais da Equipe de Atenção Básica		
I.3.1	Qual o tipo de Unidade de Saúde ?		Posto de saúde
			Centro de saúde/UBS
			Posto avançado
			Outros

I.13	Material impresso para Atenção à Saúde		
I.13.1	Caderneta da gestante	Sim Não	Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis

I.18	Medicamentos componentes da Farmácia Básica Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais		
I.18.13	Ácido fólico	Em quantidade suficiente?	
I.18.14	Sulfato Ferroso	Em quantidade suficiente?	

Imunobiológicos na Unidade de Saúde			
Dupla tipo adulto - dT	Sim Não		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis
Influenza sazonal	Sim Não		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis
Hepatite B	Sim Não		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis

I.15	Testes diagnósticos na Unidade de Saúde		
I.15.1	Teste rápido de Sífilis	Sim Não	Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
I.15.3	Teste rápido HIV	Sim Não	Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
I.15.2	Teste rápido Gravidez	Sim Não	Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

II.3	Informações sobre o entrevistado	
II.3.2	Profissão	Médico (a)
		Enfermeiro (a)
		Outro profissional nível superior

II.8	Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	
II.8.7	A sua equipe já participou do PMAQ?	Sim Não
II.8.8	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Sim Não

II.13	Organização da Agenda		
II.13.2	Para quais grupos a equipe oferta ações?	(A)	Gestantes

II.14	Atenção à Saúde Agendamento para consultas especializadas		
II.14.3	A equipe programa oferta de consultas para quais situações?	(A)	Pré-natal
II.14.7	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações	(D)	Pré-natal

II.15	Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde		
II.15.2	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?		Glicemia de jejum
			Sorologia para sífilis (VDRL)
			Sorologia para HIV
			Sorologia para hepatite B
			Exame sorológico para toxoplasmose
			Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito

			Teste rápido de gravidez
			Teste rápido de sífilis
			Teste rápido de HIV
			Urocultura ou Sumário de Urina (urina tipo I)
			Nenhuma das anteriores

I.18	Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério			
I.18.1	A Equipe de Atenção Básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?		Sim	
			Não	
			Não sabe/Não respondeu	
II.18.3	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano para gestantes		Sim	
			Não	
			Não sabe/Não respondeu	
II.18.4	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno?		Sim	
			Sim, algumas vezes	
			Não	
			Não sabe/Não respondeu	
II.18.6	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?		Sim	
			Não	
II.18.7	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	S	N	Visita do Agente Comunitário de Saúde para captação da mulher
		S	N	Visita domiciliar de membro da equipe
		S	N	Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
		S	N	Outras: _____
II.18.8	Como a equipe monitora as gestantes que pariram?		Recebe a contra referência da maternidade	
			Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto	
			Recebe informação da	

			secretaria municipal de saúde
			Outros
			Não possui sistema de monitoramento

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

III.3	Identificação do usuário		
III.3.1	Sexo		Feminino
			Masculino
III.3.2	Qual é a Idade do (a) Senhor (a)?		Anos
III.3.3	Dentre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?		Branca
			Preta
			Amarela
			Parda/mestiça
			Indígena
			Ignorada
III.3.4	Até quando o(a) senhor(a) estudou?		Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
			É alfabetizado (sabe ler e escrever)
			Ensino fundamental incompleto
			Ensino fundamental completo
			Ensino médio incompleto
			Ensino médio completo
			Ensino superior

			incompleto
			Ensino superior completo
			Pós-graduação
III.3.5	O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?		Sim
			Não
III.3.6	Qual o valor?		Menos de 1 salário mínimo
			De 1 a 3 salários mínimos
			De 4 a 6 salários mínimos
			De 7 a 9 salários mínimos
			Mais de 10 salários mínimos

III.5	Acesso aos Serviços de Saúde		
III.5.2	Chegar até essa unidade de saúde é:		Muito fácil
			Fácil
			Razoável
			Difícil
			Muito difícil
III.5.7	O horário de funcionamento desta Unidade atende às suas necessidades?		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu

III.7	Acolhimento a Demanda Espontânea		
III.7.1	O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?		Sim
			Não
III.7.2	O que o (a) Senhor (a) acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/Não respondeu

III.8	Atenção integral à saúde		
III.8.1	Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe		Sempre
			Na maioria das

	busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?		vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/Não respondeu
III.8.2	O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu

III.9	Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado		
III.9.1	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu
III.9.2	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu
III.9.3	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/Não respondeu
III.9.4	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo enfermeiro?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/Não respondeu

III.13	Gravidez e Pré-natal		
III.13.1	A Senhora já ficou grávida alguma vez?		Sim
			Não
III.13.2	A criança tem até dois anos?		Sim
			Não
III.13.3	Em relação a sua última gravidez, a Senhora fez		Sim
			Não

	pré-natal?		Não sabe/Não respondeu
III.13.4 III.13.4.1 III.13.4.2 III.13.4.3 III.13.4.4 III.13.4.2	Por que a Senhora não fez pré-natal?		A equipe não faz pré-natal
			A Unidade de Saúde fica longe de casa
			O atendimento é ruim na Unidade de Saúde
			Demora/Difícil para marcar
			Outro
III.13.5	Em relação à sua última gravidez, a Senhora fez quantas consultas de pré-natal?	—	Consultas
III.13.6	Com qual (ais) profissional (ais) a Senhora fez o pré-natal:	S N	Médico
		S N	Enfermeiro
			Não sabe/Não respondeu
III.13.7	A Senhora sempre se consultava com o(s) mesmo (s) profissional (is) da equipe de saúde?		Sim, em todas as consultas
			Sim, em algumas consultas
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.8 III.13.8.1 III.13.8.2 III.13.8.3 III.13.8.4 III.13.8.5 III.13.8.6	Na (s) consulta (s) de pré-natal, os profissionais de saúde:	S N	Mediram sua barriga (altura do útero)
		S N	Mediram sua pressão arterial
		S N	Examinaram sua boca
		S N	Examinaram suas mamas
		S N	Realizaram exame preventivo de câncer de colo de útero (exame papanicolaou)
		S N	Realizaram exame ginecológico
		S N	Realizaram exame ginecológico
III.13.9 III.13.9.1 III.13.9.2	Na (s) consulta (s) de pré-natal, a Senhora foi orientada sobre:	S N	Alimentação e ganho de peso
		S N	Amamentação no peito para a criança
		S N	Amamentação no peito para a criança

III.13.9.3 III.13.9.4 III.13.9.5				exclusivamente até completar seis meses	
		S	N	Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo)	
		S	N	A importância do exame preventivo do câncer do colo de útero (exame papanicolaou) e quando deve fazer o próximo	
		S	N	Não sabe/não respondeu/não lembra	
III.13.10	As orientações dos profissionais da equipe ajudaram a Senhora saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança?			Sim	
				Sim, ajudou em algumas questões	
				Não	
				Não sabe/não respondeu/não lembra	
III.13.11 III.13.11/1 III.13.12 III.13.12/1 III.13.13 III.13.13/1 III.13.14 III.13.14/1 III.13.15 III.13.16	Durante o pré-natal, a Senhora fez?	S	N	Exame de urina	T=__ dias
		S	N	Exame de HIV/AIDS	T=__ dias
		S	N	Exame de sífilis (VDRL)	T=__ dias
		S	N	Exame de ultrassom (ultrassono gra-fia)	T=__ dias
		S	N	Exame para medir o açúcar no sangue (exame de glicose)	
		S	N	Vacina contra tétano	
III.13.17	Durante o pré-natal, o profissional receitou sulfato de ferro (comprimido para evitar anemia) para a Senhora			Sim	
				Não	
				Não sabe/não respondeu/não	

	tomar?		lembra
III.13.18	Durante o pré-natal, o profissional receitou ácido fólico (vitamina B9) para a Senhora tomar no início da gravidez (3 primeiros meses)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.19	Durante o pré-natal, a Senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.20	A Senhora participou de algum grupo e/ou atividade educativa?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.21	A (s) participação (ões) no (s) grupo (s) ajudou a Senhora saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança?		Sim
			Sim, ajudou em alguma questões
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.22	Na consulta de pré-natal, a Senhora já saía com a próxima consulta marcada?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
III.13.24	A senhora foi orientada sobre o lugar (maternidade) que faria o parto?		Sim
			Não

III.14	Acolhimento Específico à Gestante		
III.14.4	A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não

			lembra
III.14.6	Qual o profissional atendeu a senhora?		Médico
			Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Outro
			Não sabe/não respondeu

III.15	Informações Sobre o Pós-parto		
III.15.1	A Senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.2	A consulta revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?		Dias
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.3	A Senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?		Nesta Unidade básica de saúde
			Em outra unidade básica de saúde
			No hospital do parto
			Consultório particular
			No hospital particular
			Em casa com profissional desta unidade
III.15.4	Com qual profissional a Senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?		outros
			Médico
			Enfermeiro
III.15.5	A Senhora recebeu, na sua casa, a visita do Agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?		Outro
			Sim
			Não
III.15.6	Foi perguntado sobre como a Senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de		Não sabe/não respondeu/não lembra
			Sim
			Não
Na primeira consulta após o parto a Senhora lembra se:			
III.15.6	Foi perguntado sobre como a Senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de		Sim
			Não
			Não sabe/não

	desânimo, tristeza, depressão?		respondeu/não lembra
III.15.7	Foram ofertadas formas para a Senhora não engravidar? (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.8	Foi realizado exame ginecológico na Senhora?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.9	Foram examinadas as mamas da Senhora?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.10	Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.11	Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.12	Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra