

ELEUZA PROCÓPIO DE SOUZA MARTINELLI

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E À
CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS NO DISTRITO FEDERAL (DF): análise dos
dados do PMAQ-AB.**

**BRASÍLIA
2019**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)
MESTRADO PROFISSIONAL**

ELEUZA PROCÓPIO DE SOUZA MARTINELLI

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E À
CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS NO DISTRITO FEDERAL (DF): análise dos
dados do PMAQ-AB.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aline Oliveira Silveira

**BRASÍLIA
2019**

M385q Martinelli, Eleuza Procópio de Souza,
Qualidade dos serviços de atenção ao pré-natal, puerpério e à criança menor
de dois anos no Distrito Federal (DF): análise dos dados do PMAQ-AB /
Eleuza Procópio de Souza Martinelli; Orientadora: Dr^a. Aline Oliveira Silveira.
– Brasília, DF, 2019.
108 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília,
Brasília, DF, 2019.

Bibliografia: p. 96-104.

1. Saúde da criança, Distrito Federal. 2. Política de saúde. 3. Serviços de
saúde pública. I. Silveira, Aline Oliveira. II. Título.

CDU 614-053.2(817.4)

ELEUZA PROCÓPIO DE SOUZA MARTINELLI

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E À CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS NO DISTRITO FEDERAL (DF): análise dos dados do PMAQ-AB.

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva.

Brasília, 14 de agosto de 2019.

Prof^a. Dr^a. Dais Gonçalves Rocha

Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Aline Oliveira Silveira
Orientadora - Presidente
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Daphne Rattner
Universidade de Brasília

Prof^o. Dr. Suderlan Sabino Leandro
Escola Superior de Ciências da Saúde - DF

Dedico este trabalho à minha família,
pelo incentivo e imenso apoio na
realização do meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido forças para concluir esse ciclo da minha vida, apesar de tantos acontecimentos inesperados. Creio terem sido os dois anos mais intensos e turbulentos da minha vida, com mudanças na vida profissional, grandes tristezas, mas também com muitos desafios e alegrias.

À minha família, em especial ao meu esposo Jayme Martinelli Junior, que não mediu esforços para me ajudar, e às minhas filhas Mariana e Rhaiane, que durante todo o tempo me estimularam a continuar.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva, que sempre me trataram com carinho e respeito, e aos colegas de curso, pelo estímulo e companheirismo sempre.

Ao Departamento de Saúde Coletiva da UnB, nas pessoas das professoras Ana Valéria Mendonça e Dais Gonçalves Rocha, por viabilizarem que a maior parte das disciplinas fosse ministrada no período noturno e pelo constante incentivo para que eu concluísse esse mestrado.

Aos professores Dr^a. Daphne Rattner, Dr. Suderlan Sabino Leandro e Dr^a. Dais Gonçalves Rocha, que se dispuseram a fazer parte da Banca Avaliadora.

À minha orientadora Aline Oliveira Silveira, por ter me amparado no meio do percurso, por me incentivar nos momentos difíceis e por ter a calma e a paciência de que precisei ao longo deste trabalho.

RESUMO

Este estudo tem o objetivo analisar a qualidade da atenção pré-natal, puerperal e de crianças menores de dois anos, na perspectiva de usuárias das Unidades Básicas de Saúde e de profissionais das equipes de saúde da família que atuam no Distrito Federal, com base nos dados da avaliação externa dos ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). É um estudo retrospectivo, quantitativo e com análise descritiva dos microdados do Programa, com recorte dos indicadores do Distrito Federal. Foram avaliados os indicadores preconizados no atendimento à gestante, puérpera e criança de até dois anos. Dentre as variáveis mais relevantes, destacam-se: no pré-natal a realização dos exames para diagnóstico de Sífilis; hepatite B; toxoplasmose e HIV; verificação da altura uterina; vacina antitetânica e prescrição de sulfato Ferroso; no puerpério: a orientação sobre cuidados com o recém-nascido e o aleitamento materno; na atenção à criança: registro das medidas antropométricas e imunização, além de orientação sobre alimentação. Os indicadores com pontuações entre intermediário e baixo no pré-natal foram o exame bucal, a orientação sobre o exame Papanicolau e sobre a maternidade de referência, a aplicação de Penicilina Benzatina e a participação em grupos; no puerpério: exame das mamas e verificação do estado emocional da puérpera; na atenção à criança: registro de acidentes e violências familiares. Quanto à certificação final, observou-se no segundo ciclo uma piora nos conceitos atribuídos às equipes em relação ao primeiro. Ficaram com o conceito regular 44,4% e 70%, no primeiro e segundo ciclos respectivamente; conceito bom, 51,9% e 27,3%; e conceito ótimo, 3,7% e 2,7%. Mostrou-se relevante conhecer os fatores intervenientes, o aprofundamento da temática por meio de estudos qualitativos e a avaliação dos dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB, com vistas à identificação do impacto do programa como ferramenta de avaliação e qualificação da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança.

Palavras-chave: Atenção ao pré-natal. PMAQ-AB. Qualidade da assistência na APS. Saúde da criança.

ABSTRACT

This study aims to analyze the quality of care services for prenatal, puerperium and children under two years of age, from the perspective of users of Basic Health Units (UBS) and professionals of family health teams working in the Federal District. It is based on the external data evaluation of the first and second cycles of the National Program for Access Improvement and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). This is a retrospective, quantitative study with descriptive analysis of PMAQ-AB microdata, with clippings of the Federal District indicators. Those advocated in the care of pregnant women, puerperal and children up to two years of age were evaluated. Among the main relevant ones, the following stand out: in the prenatal period: VDRL tests examination; hepatitis B; toxoplasmosis and HIV; uterine height verification; anti-tetanus vaccine and ferrous sulphate; in the puerperium: the guidance on newborn care and on breastfeeding; in child care: entry of anthropometric measurements and immunization, also counseling on nutrition. The indexes with intermediate to low scores during prenatal were the buccal exam, the directions on pap smear screening and on reference maternity, the Benzathine Penicillin handle and participation in groups; in the puerperium: breast exam and the puerperal's emotional state verification; in child care: register on casualties and on family rage. Regarding the final certification, it has been observed in the second cycle a worsening in the assigned concepts to teams compared to the first one. The first and the second cycles received a regular score of 44,4% and 70% respectively; fine score, 51,9% and 27,3%; and excellent score, 3,7% and 2,7%. It has been proved relevant getting acquainted with the intervening factors, the further development of the subject matter via qualitative surveys and the third cycle data evaluation of the PMAQ-AB, in order to identify the impact of the program as an evaluation and qualification tool to women in the pregnancy-childbirth cycle and child care.

Keywords: Prenatal Care. PMAQ-AB. Assistance quality in PHC. Child care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2018...	32
FIGURA 2 - ELEMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PRESENTES NO AMQ.....	44
FIGURA 3 - REGIÕES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	47

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DESEMPENHO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO 1º CICLO DO PMAQ-AB, POR REGIÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2012.	75
GRÁFICO 2 – DESEMPENHO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO 2º CICLO DO PMAQ-AB, POR REGIÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015.	76
GRÁFICO 3 – COMPARATIVO ENTRE AS RESPOSTAS DAS USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AOS INDICADORES PRESENTES NO 1º CICLO DO PMAQ-AB, DISTRITO FEDERAL, 2011 E 2014.....	90
GRÁFICO 4 – COMPARATIVO ENTRE AS RESPOSTAS DAS USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AOS INDICADORES PRESENTES NO 2º CICLO DO PMAQ-AB, DISTRITO FEDERAL, 2011 E 2014.....	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DEMONSTRATIVO DA ADESÃO DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB NO BRASIL.....	28
TABELA 2 - ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, SEGUNDO AS USUÁRIAS. DISTRITO FEDERAL, 2012 E 2014.	57
TABELA 3 - ATENÇÃO AO PUERPÉRIO NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, SEGUNDO AS USUÁRIAS. DISTRITO FEDERAL, 2012 E 2014.	60
TABELA 4 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, SEGUNDO AS USUÁRIAS. DISTRITO FEDERAL, 2012 E 2014.	63
TABELA 5 - ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2011 E 2014.	66
TABELA 6 - ATENÇÃO AO PUERPÉRIO NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2012 E 2014.	69
TABELA 7 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2012 E 2014.	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - VARIÁVEIS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DAS USUÁRIAS NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS – PMAQ-AB, DISTRITO FEDERAL, 2011 E 2014.	50
QUADRO 2 - VARIÁVEIS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS – PMAQ-AB, DISTRITO FEDERAL, 2011 E 2014.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACSCE – Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias

AIDPI – Atenção às Doenças Prevalentes na infância.

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIB – Comissões de Intergestores Bipartite

CIT – Comissão de Intergestores Tripartite

COAPS – Coordenação de Atenção Primária à Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DIRAPS – Diretoria Regional de Atenção Primária a Saúde

EAPSUS – Escola de Aperfeiçoamento para o SUS

EqAB – Equipe de Atenção Básica

EqESF – Equipes da Estratégia de Saúde da Família

GEMA – Gerência de Monitoramento e Avaliação

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IEP – Instituições de Ensino e Pesquisas

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ONU – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PAISC – Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

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

PSF – Programa Saúde da Família

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

RIDE – Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SAPS – Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	25
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	29
3.3 O LUGAR DA MULHER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	33
3.4 O LUGAR DA CRIANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	36
3.5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	39
3.6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	41
4. METODOLOGIA.....	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	45
4.2 LOCAL E PERÍODO	46
4.3 AMOSTRA DA PESQUISA	47
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	48
4.4.1. Instrumento de coleta.....	48
4.4.2. Procedimento de coleta de dados	49
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	51
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	52
5. RESULTADOS DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB	53
5.1 RESULTADOS DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMA-AB NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS DO SERVIÇO	54
5.1.1 Pré-natal – Primeiro ciclo do PMAQ-AB	54
5.1.2 Pré-natal – Segundo ciclo do PMAQ-AB	55
5.1.3 Puerpério – Primeiro ciclo do PMAQ-AB	59
5.1.4 Puerpério – Segundo ciclo do PMAQ-AB	59
5.1.5 Atenção à saúde da criança – Primeiro ciclo do PMAQ-AB	61
5.1.6 Atenção à saúde da criança – Segundo ciclo do PMAQ-AB	62

5.2 RESULTADOS DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	64
5.2.1 Pré-natal – Primeiro ciclo do PMAQ-AB	64
5.2.2 Pré-natal – Segundo ciclo do PMAQ-AB	64
5.2.3 Puerpério – Primeiro ciclo do PMAQ-AB	68
5.2.4 Puerpério – Segundo ciclo do PMAQ-AB	68
5.2.5 Atenção à saúde da criança – Primeiro ciclo do PMAQ-AB	70
5.2.6 Atenção à saúde da criança - Segundo ciclo do PMAQ-AB	70
5.3 CERTIFICAÇÃO DAS EQUIPES (1º E 2º CICLOS DO PMAQ-AB)	74
5.3.1 Primeiro ciclo do PMAQ-AB.....	74
5.3.2 Segundo ciclo do PMAQ-AB.....	76
5.3.3 Desempenho das equipes que participaram nos dois ciclos	76
6. DISCUSSÃO	77
6.1 SOBRE A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO E SEGUNDO CILCOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS.....	78
6.2 SOBRE A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO E SEGUNDO CILCOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	81
6.3 SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS.....	82
6.4 SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	84
6.5 SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO E SEGUNDO CILCOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS.....	85
6.6 SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO E SEGUNDO CILCOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	86
6.7 SOBRE A CERTIFICAÇÃO DAS EQUIPES	86
7. AVALIAÇÃO DAS USUÁRIAS X AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO 1º E 2º CICLOS DO PMAQ-AB	88
7.1 PRIMEIRO CICLO.....	88
7.2 SEGUNDO CICLO	90
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em enfermagem e atuo no serviço público de saúde, em especial na área de Atenção Básica à Saúde, há 26 anos, sendo a maior parte desse tempo como gestora nas esferas municipal, regional e estadual. Acompanhei a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país.

Sempre gostei e considero muito importante a realização do Monitoramento e Avaliação como forma de melhorar a qualidade dos serviços. Quando surgiu o Programa de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), eu me encontrava na Coordenação da Atenção Básica do Estado de Goiás e me tornei facilitadora daquele Programa. Foram realizadas várias oficinas junto aos Coordenadores de Atenção Básica das Regionais de Saúde. Em Brasília, já como Gestora da Regional de Saúde do Paranoá e juntamente com a Gerência de Monitoramento e Avaliação (GEMA) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), acompanhei o desenvolvimento das atividades realizadas pelas equipes da Regional de Saúde que haviam aderido ao AMQ.

Com o sucesso dessa estratégia, ela foi ampliada e inovada pelo Ministério da Saúde, tornando-se uma das fontes de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável e repassada ao município, proporcionalmente ao número de equipes que aderiam ao Programa e ao desempenho alcançado em sua execução. O Programa passou então a ser denominado de “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”. Nesse contexto, juntamente com a GEMA, acompanhei o desenvolvimento das atividades pelas equipes e, juntos, percebíamos que aos poucos a cultura de planejar e avaliar as ações estava sendo incorporada na rotina e no trabalho dos profissionais.

Após a reestruturação da SES-DF, ocorrida em 2015, e com a implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), as Regionais de Saúde se transformaram em Regiões. A Regional de Saúde do Paranoá, composta até então por Paranoá e Itapoã, se tornou Região Leste e a ela foram agregadas também as Regiões Administrativas-RA de São Sebastião e do Jardim Botânico. A GEMA foi desvinculada da Atenção Básica e passou a ser vinculada à área de Planejamento

da SES-DF, ampliando as ações de monitoramento para outros níveis de atenção à saúde.

Nessa ocasião, assumi a Gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 1 do ITAPOÃ-DF, que havia sido escolhida para ser a unidade piloto do Distrito Federal no processo de Planificação da Saúde, projeto coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nesse projeto foi priorizada a estruturação da Rede de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos da Região Leste, a qual teve início pela unidade do Itapoã.

Para a efetivação dessa rede, a definição da territorialização, a realização do diagnóstico local, o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde eram de suma importância. Assim, as equipes foram mobilizadas para tais atividades, sob tutorias do próprio CONASS e de profissionais da rede SES-DF que possuíam qualificação e perfil para o seu desenvolvimento.

Nesse período a Universidade de Brasília (UnB) ofertou o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e resolvi concorrer a uma vaga com um projeto passível de implementação naquela UBS. O objetivo seria analisar os indicadores de saúde e a qualidade dos serviços ofertados, na visão dos profissionais e dos usuários, após a planificação e estruturação dessa rede de atenção aos hipertensos e diabéticos. Porém, a decisão de sair da gestão e atuar como enfermeira em uma equipe rural da Estratégia de Saúde da Família fez com que o objetivo, o cenário, o instrumento e a metodologia dessa pesquisa fossem alterados.

Pensei então em um instrumento que avaliasse as ações desenvolvidas pelas equipes, visando à efetivação dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e à organização do processo de trabalho. Assim, optei por analisar os dados referentes à avaliação externa, nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB de todas as equipes do Distrito Federal. Na ocasião da avaliação, os microdados do terceiro ciclo ainda não estavam disponíveis.

Por se tratar de um documento muito amplo, apenas as dimensões referentes ao pré-natal, puerpério e saúde da criança até os dois anos de idade foram avaliados. A escolha desses eixos ocorreu devido à priorização da mulher e da criança no âmbito das políticas públicas de saúde e à premente necessidade de estruturação e qualificação dos serviços de atenção à saúde para redução da mortalidade materna e infantil, a exemplo da Rede Cegonha.

A escolha aconteceu também diante da importância do PMAQ-AB, tanto para os Gestores quanto para os trabalhadores da APS, no planejamento das ações, no monitoramento e na avaliação da carteira de serviços da Atenção Primária a Saúde e ainda, para que as Equipes de Saúde da família se fortaleçam enquanto primeiro contato para a população, com a resolutividade esperada e para que seja reconhecida de fato, como ordenadora da Rede de Atenção a Saúde e coordenadora do cuidado.

1. INTRODUÇÃO

Observa-se ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) um grande avanço da cobertura da Atenção Primária à Saúde, bem como do acesso e desenvolvimento de novos modelos de gestão no país. Porém, ainda se constata grande fragmentação do cuidar, que permanece muito direcionado às condições agudas e programáticas, fato que colabora para muitos entraves no modelo assistencial (TEIXEIRA et al., 2014).

Visando a consolidação da Estratégia Saúde da Família como o modelo de atenção capaz de cumprir os princípios do SUS e da APS, o Ministério da Saúde estruturou em 2005 a Avaliação pra Melhoria da Qualidade – AMQ. Trata-se de uma ferramenta de avaliação que, por meio de uma metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos, tinha como objetivo a melhoria contínua da qualidade, avaliando a estrutura, o processo e o resultado (BRASIL, 2005).

Essa ferramenta foi de suma importância na qualificação do trabalho das equipes de saúde da família que diante da constatação de suas fragilidades, construíam matrizes de intervenções a serem desenvolvidas para a melhoria dos indicadores de saúde que não alcançaram boa pontuação. Cada ciclo durava seis meses, quando acontecia nova avaliação.

O AMQ possuía como diretrizes a autoavaliação, a livre adesão e a ausência de punições ou premiações, relacionadas ao resultado, além da privacidade das informações (BRASIL, 2005).

Em 2011, o Ministério da Saúde reestruturou o AMQ por meio da Portaria nº 1.654/2011, criando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. Nessa Portaria continua inserida a autoavaliação, considerando os padrões de qualidade e os princípios da Atenção Básica, que enseja a atuação dos trabalhadores de saúde na identificação dos problemas, programação, monitoramento e avaliação do impacto das ações implementadas (BRASIL, 2011b).

A implantação do PMAQ-AB foi um grande avanço na ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. O Programa está estruturado em quatro fases: adesão dos gestores municipais, contrato firmado com as equipes com a realização

da autoavaliação, avaliação externa e reconstrução com as equipes, quando se inicia um novo ciclo (UCHÔA et al., 2016).

A primeira e uma das mais importantes etapas é a adesão das equipes que, a partir da autoavaliação, identificam os indicadores que necessitam de ações para melhoria e constroem matrizes de intervenções a serem desenvolvidas para o alcance das metas prioritizadas. Após essas etapas de avaliação e planejamento, ocorre a avaliação externa, realizada pelo Ministério da Saúde por meio de Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP).

Realizadas essas três etapas, as equipes são certificadas pelo Ministério da Saúde, CONASS e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que pactuam na Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) o repasse do incentivo referente ao Piso da Atenção Básica (PAB) Variável ao Fundo Municipal/Estadual de Saúde, conforme o número de equipes e o nível de desempenho alcançado por elas (TOMASI et al., 2017).

A avaliação externa do PMAQ-AB possibilita ampliar as práticas que contribuem para a melhoria da Atenção Básica à Saúde ofertada aos usuários, além de apoiar o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes e subsidiar a reconstrução, conforme suas fragilidades e potencialidades com estratégias voltadas a cada território.

A saúde materna e a saúde infantil são avaliadas no PMAQ-AB, sendo a melhoria da saúde desse binômio uma das prioridades do Ministério da Saúde. Necessita-se para isso de uma atenção qualificada no pré-natal e no puerpério, com ações de prevenção e promoção da saúde, além do acesso ao diagnóstico e ao tratamento das intercorrências em tempo hábil, conforme preconizado na Rede Cegonha (TOMASI et al., 2017).

A organização das Nações Unidas (ONU) propôs como meta no âmbito dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) a redução da Taxa de mortalidade infantil (TMI) para menos de 15,7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos até o ano de 2015. O Brasil conseguiu cumprir essa meta, atingindo 15,3 óbitos no ano de 2011. A melhoria das condições socioeconômicas e a oferta de serviços de saúde, somadas às mudanças demográficas, como a redução da taxa de fecundidade, são fatores que favoreceram essa redução (BRASIL, 2019).

Mesmo que tenha ocorrido declínio da TMI em todas as regiões do Brasil de maneira uniforme, as desigualdades entre elas permanecem, consolidando um ranking de mortalidade infantil para as regiões em ordem decrescente: Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul. Existem disparidades também na TMI desagregada nos componentes neonatal precoce (0 a 6 dias de vida); Neonatal tardio (entre 7 e 27 dias de vida) e pós neonatal (entre 28 e 364 dias) (BRASIL, 2019).

Embora a desigualdade social no Brasil tenha tido uma significativa queda no período entre 2002 e 2015, o país continua sendo um dos mais desiguais do mundo. Entre 2015 e 2016, a taxa de desemprego aumentou de 8,5% para 11,5%, com 12,3 milhões de desempregados. Os determinantes sociais interferem no aumento das mortes maternas e infantis e os óbitos neonatais são os que mais contribuem em representatividade na mortalidade infantil, sugerindo a necessidade urgente de melhora na qualidade da assistência ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2019).

A mortalidade materna vem sendo reduzida nas últimas décadas, porém o número de óbitos neonatais por causas evitáveis ainda é alto. Apesar da ampliação da cobertura do acompanhamento de pré-natal, ainda se verificam morbimortalidade materna e perinatal, causada pela sífilis congênita e hipertensão arterial, entre outros fatores, agravos que podem ser controlados durante o atendimento de pré-natal (BRASIL, 2013a).

A persistência da sífilis congênita como problema de saúde pública e a busca de mais de uma maternidade até conseguir atendimento são exemplos que evidenciam questões de vulnerabilidade social e de falhas na atenção pré-natal. A peregrinação por atendimento está associada à morbidade materna grave, enquanto a sífilis, por sua vez, se associa ao óbito fetal e à elevada taxa de transmissão vertical (BRASIL, 2019).

Sabe-se que uma atenção de qualidade durante o pré-natal consegue reduzir a mortalidade materna e infantil. A classificação do risco gestacional norteia as ações dos profissionais e o seguimento da gestante na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e nas condutas adequadas em cada momento da gestação (TOMASI et al., 2017).

O primeiro ciclo do PMAQ-AB aconteceu em 2011 com término em 2013, registrando a adesão de 17.482 equipes de Saúde da Família em todo o país. No

segundo ciclo, iniciado em 2014 e finalizado em 2015, esse número saltou para 30.522 equipes de Atenção Básica (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

As equipes da Atenção Básica são responsáveis pelo acolhimento e o acesso dos usuários aos serviços no âmbito do SUS, representando o primeiro contato deles com a rede de atenção. Assim, este estudo tem como objeto a Rede Cegonha no âmbito da APS, abordando as seguintes hipóteses: **1) Se as equipes da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva dos profissionais e usuárias, estão utilizando o PMAQ-AB como uma ferramenta de avaliação no aperfeiçoamento de suas práticas e organização do processo de trabalho; 2) Se as equipes estão qualificando a atenção ao pré-natal, consultas de puerpério e à criança até dois anos de idade segundo as diretrizes da Rede Cegonha.**

Estudos avaliativos na área da saúde são indispensáveis na identificação de fragilidades e na orientação de gestores e trabalhadores nas tomadas de decisão. Espera-se que a disponibilização dos dados da avaliação externa do PMAQ-AB no Distrito Federal, presentes neste trabalho, possa colaborar para a melhoria da coleta de dados nos próximos ciclos e servir de subsídios no planejamento das ações e melhorias na atenção à saúde das gestantes, puérperas e crianças.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

- Analisar a qualidade da atenção pré-natal, puerperal e de crianças menores de dois anos, na perspectiva de usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de profissionais das equipes de saúde da família que atuam no Distrito Federal.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o desempenho das equipes de saúde da família na atenção **pré-natal**, na perspectiva de usuárias das UBS e de profissionais que atuam no Distrito Federal.
- Descrever o desempenho das equipes de saúde da família na atenção **puerperal**, na perspectiva de usuárias das UBS e de profissionais que atuam no Distrito Federal.
- Descrever o desempenho das equipes de saúde da família na atenção à **criança menor de dois anos**, na perspectiva de usuárias das UBS e de profissionais que atuam no Distrito Federal.
- Apresentar o desempenho na certificação das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal, no primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986 em Ottawa, Canadá, outros modelos de assistência foram estruturados visando atender às necessidades da população, tendo como alicerce a Atenção Primária em Saúde - APS. Em 1988, com a criação do SUS, os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção ao indivíduo, família e comunidade são preconizados e a APS passa a ser ampliada no Brasil (BARATIERI; MARCON, 2011).

A Atenção Primária à Saúde é o conjunto de serviços de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema, a atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção são os quatro atributos essenciais contemplados na Atenção Primária à Saúde. Além desses, outros três atributos derivados, como a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, norteiam os trabalhos na APS. Esses atributos são os pilares da Atenção Primária à Saúde e, quando as equipes da Estratégia de Saúde da Família conseguem cumpri-los na sua prática diária, o nível de resolução da APS aumenta consideravelmente, além de fortalecer o vínculo com a comunidade (STARFIELD, 2002).

Em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como a proposta que melhor teria condições de fazer cumprir os princípios do SUS, bem como os atributos da Atenção Primária à Saúde. O PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, teria condições de realizar as mudanças necessárias do modelo de atenção à saúde (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

No período de 1998 a 2004, verificou-se uma grande expansão do PSF, principalmente em municípios menores e com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Porém, a partir de 2003 houve um aumento da cobertura nos municípios com população acima de 100.000 habitantes, por meio do Projeto de

Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), que contou com o apoio do Banco Mundial. Esse projeto era composto por três componentes principais: expansão da estratégia em municípios de grande porte, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação (CONILL, 2008).

O PROESF foi de grande importância, não somente para a expansão do PSF, mas também para a melhoria e ou ampliação das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde e para a capacitação dos profissionais, visando ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho das equipes (CONILL, 2008).

Até o ano de 2006 já haviam sido implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família em 5.106 municípios brasileiros, com aumento da cobertura do Programa em 46,2%, correspondendo a 85,7 milhões de pessoas. Vale ressaltar que o Programa teve início em 1994 com 328 equipes e, em 2012, já ultrapassava 33.000 equipes, correspondendo a 54,8% de cobertura populacional (MENDES; MARQUES, 2014).

O PSF já era uma prioridade e necessitava de uma Política que norteasse as ações da Atenção Básica no país. Foi criado então, no Ministério da Saúde (MS), o Departamento de Atenção Básica (DAB) e, em 28 de março de 2006, após muitas discussões com Conselhos de Gestores e várias oficinas com Coordenadores da Atenção Básica de todo o país, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Essa medida significou um grande avanço para o fortalecimento da Atenção Básica no país (MENDES; MARQUES, 2014).

A PNAB de 2006 trazia como áreas prioritárias para atuação das equipes em todo o país a eliminação da hanseníase e da tuberculose, o controle da hipertensão e diabetes, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde bucal e a saúde da criança, da mulher e do idoso, além da promoção da saúde. Caberia a cada gestor definir outras áreas que julgasse importantes e pactuar a sua implantação junto às Comissões de Intergestores Bipartite (CIB) do seu Estado (BRASIL, 2006).

O PSF foi reconhecido como Estratégia Saúde da Família devido às suas potencialidades em organizar o sistema de saúde e à boa resolução das necessidades de saúde da população, além de contribuir para a mudança do modelo de assistência. Seus princípios norteadores, como a centralidade e a vinculação com a família, a integralidade, a participação social e a capacidade de coordenar a atenção à saúde dentro da rede, são pontos fortes que fazem com que essa

estratégia seja prioritária dentro da agenda política de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), em seu artigo 2º estabelece medida de forte impacto para a Estratégia de Saúde da Família, quando define o conceito de “porta de entrada” aos serviços do SUS. Esse decreto traz ainda três instrumentos especiais para as ESF: o Mapa da Saúde, com o diagnóstico da distribuição dos recursos humanos, serviços ofertados a partir de uma capacidade instalada, os investimentos e o desempenho com base nos indicadores de saúde; as Redes de Atenção à Saúde – RAS, como serviços de saúde organizados de forma articulada em diferentes níveis de complexidade; e os Protocolos Clínicos / Diretrizes Terapêuticas, mediante os quais são estabelecidos critério para o diagnóstico da doença ou agravo da saúde, o tratamento e o controle clínico, bem como o acompanhamento dos resultados terapêuticos a serem instituídos no SUS (CONILL, 2008).

A partir da revisão da PNAB, em 2011, o financiamento federal para a Atenção Básica foi implementado por um novo modelo, associado a um processo de adesão voluntária, compromisso e repasses de recursos mediante resultados alcançados no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB. Cada equipe de Atenção Básica ou Bucal receberia no mínimo R\$2.200,00 ao mês se ficasse na média ou abaixo da média; R\$6.000,00 se ficasse acima da média e até R\$11.000,00 se certificada como muito acima da média (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

No primeiro ciclo do PMAQ-AB havia um teto para as adesões das equipes. Porém, no segundo, o programa era aberto a todas as equipes que tivessem interesse em participar, incluindo as dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Com isso houve um grande incremento na contratualização, com adesão de 5.070 municípios (91%). Vale ressaltar que apenas 2% dos municípios que aderiram no primeiro ciclo não estiveram presentes no segundo. O quadro a seguir apresenta o resultado dessas adesões nos dois ciclos (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Tabela 1 - Demonstrativo da adesão de Equipes de Atenção Básica no primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB no Brasil

Tipo de equipe	Adesão 1º Ciclo	Adesão 2º Ciclo	Aumento	Participaram do 1º e seguiram no 2º Ciclo	% de equipes participantes entre o total do país no período
EqSF	17.482	30.424	74%	93%	90%
EqSB	12.436	19.898	60%	94%	89%
NASF	-	1.808	-	-	89%
CEO	-	860	-	-	87%

Fonte: Pinto, Sousa e Ferla (2014).

Legenda:

EqSF: Equipe da Estratégia de Saúde da Família;

EqSB: Equipe de Saúde Bucal;

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família;

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas.

No segundo ciclo do PMAQ-AB houve pontuações por padrões, classificados em Obrigatórios, Gerais, Essenciais e Estratégicos, os quais possuíam pesos diferentes na certificação das equipes. São as seguintes as características desses padrões:

- **Obrigatórios:** condicionam a permanência da equipe no Programa (alimentação do Sistema de Informações SIAB ou e-SUS, nos meses estipulados pelo programa; aplicação das regras de sinalização externa exigida pelo MS).
- **Gerais:** possuem pontuação menor na certificação em relação aos demais (a equipe ganha se realizar a ação).
- **Essenciais:** padrões com elevados percentuais de cumprimento pelas EAB e/ou relacionadas a condições mínimas de acesso e qualidade (não acrescentam na pontuação da certificação, porém a equipe que não estiver em conformidade com o padrão perderá ponto na certificação; as equipes devem alcançar um percentual mínimo desses padrões para garantir a permanência no Programa).
- **Estratégicos:** padrões relacionados às Políticas e ou Programas estratégicos, como a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e outras. Esses padrões têm maior peso no processo de certificação (BRASIL, 2013b).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), na revisão de 2017, preconiza que a APS deve ser estruturada como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, fato que se concretizará quando os seus atributos forem fortalecidos e ela contar com a participação da comunidade nas tomadas de decisão, bem como aumentar a integração com os outros níveis de atenção, com linhas de cuidados bem definidas (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o PMAQ-AB vem colaborando para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir de equipes mais engajadas e comprometidas na consolidação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, favorecendo a integralidade do cuidado por meio de uma rede de serviços que garanta o seguimento do usuário nos serviços do SUS.

3.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O modelo de saúde que atende aos princípios da Atenção Básica está presente no Distrito Federal desde a criação da nova capital, em 1959, quando tais princípios priorizaram a assistência hospitalar e as medidas sanitárias destinadas a minimizar os problemas de saúde decorrentes do período de construção da capital. Nessa ocasião já era prevista uma direção única dos serviços de saúde.

Na década de 1970, foi implantado um novo modelo de atenção à saúde, em que já se observava uma grande influência das propostas de Alma Ata, com prioridade para a Atenção Básica e a Regionalização dos serviços com a extensão das ações por meio dos Centros de Saúde. Com a instituição do SUS, em 1988, o Distrito Federal também consolidou os princípios da universalização, descentralização, integralidade, e participação da comunidade e, em 8 de junho de 1993, teve sua Lei Orgânica aprovada (ARAÚJO, 2013).

Entre 1997 e 1998, essa estratégia era denominada “Programa Saúde em Casa”. Nessa ocasião, era bastante nítida a dissociação entre os centros e postos de saúde implantados no início dos anos 1980. Entre 1999 e 2003, ele passou a ser chamado de “Programa Saúde da Família” e, no período de 2004 a 2006, “Programa Família Saudável”. A partir de 2006, com a publicação da PNAB, o Programa de Saúde da Família passou a ser denominado “Estratégia de Saúde da Família” e, nessa ocasião, o Distrito Federal passou a utilizar também essa nomenclatura,

continuando, porém, como um modelo à parte, dissociado dos outros pontos de atenção à saúde. Os Centros de Saúde, e principalmente os Hospitais, eram priorizados pelos Gestores (ARAÚJO, 2013).

Em Agosto de 2010, o organograma da SES-DF foi alterado, ocasião em que foi estruturada a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e as Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) nas Regionais de Saúde do Distrito Federal. Essa nova estrutura foi um marco para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal. A APS passou a ter assento nas mesas de negociação, tanto no âmbito regional como no central, ao lado do Secretário Estadual de Saúde, do Conselho Gestor da SES e do Conselho Distrital de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2010).

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família não era tida como prioridade e oscilava muito. No ano 2000, o Programa registrava 566.150 pessoas cadastradas, 27% de uma população de 2.051.271 habitantes. Nos anos subsequentes, verificou-se uma grande redução no universo de pessoas atendidas, chegando a 138.934 em 2004 e voltando, a partir desse ano, a aumentar lentamente, alcançando 331.144 pessoas em 2010 (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Foi elaborado nessa ocasião o “Plano de Reorganização da APS” no Distrito Federal. Com esse plano a APS se fortaleceu, houve avanço nas discussões do processo de trabalho, no apoio matricial e no monitoramento e avaliação, porém não a ponto de ocorrer as mudanças esperadas na cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Com o Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal alterou novamente o organograma e a SAPS foi extinta, criando-se em seu lugar a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS), vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS). Esse Decreto fortaleceu a regionalização da Saúde, transformando e unificando as Regionais em sete Regiões de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2015).

A Portaria nº 77 da SES-DF, de 14 de fevereiro de 2017, visa ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, tendo a Estratégia de Saúde da Família como prioridade e convertendo todos os serviços de atenção tradicional para esse novo modelo no prazo de um ano. Essa Portaria traz toda a organização da APS e, na seção II, aborda os itens planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. O Artigo 18 estabelece que “a avaliação deve ser um

processo sistemático para verificar trajetórias definidas, indicando, se necessário, mudanças de conduta para atingir resultados esperados” (DISTRITO FEDERAL, 2017a, p. 8).

Outro instrumento fundamental na conversão do modelo assistencial no Distrito Federal foi a Portaria nº 78 da SES-DF, de 14 de fevereiro de 2017, que disciplinou o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde para a Estratégia de Saúde da Família. Essa Portaria determinou que, no prazo de 120 dias, todas as UBS tradicionais deveriam funcionar num modelo de transição, composto de três Médicos (Pediatra, Ginecologista, Clínico Geral), três Enfermeiros, seis Técnicos de Enfermagem e ACS conforme a disponibilidade. Essa equipe de transição teria o prazo máximo de um ano para atuar como ESF (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Aos especialistas foi dada a opção de mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade, desde que fossem aprovados na avaliação do aproveitamento conforme critérios estabelecidos pelos órgãos de formação da SES. Os que não tivessem interesse, ou não fossem certificados para mudar de especialidade, tinham a opção de migrar para a rede secundária, onde atuariam em Policlínicas (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Segundo os dados do CNES/ DATASUS, houve nesse período um grande e rápido aumento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal, passando de 290 equipes em 2017 para 469 em outubro de 2018.¹

Hoje a rede de Atenção Primária à Saúde é formada por 468 equipes da Estratégia de Saúde da Família, distribuídas em 170 UBS, sendo 30 rurais. São 93 UBS tipo 01 (com uma a três equipes); 69 UBS tipo 02 (com mais de três equipes); sete UBS Prisionais; e uma UBS de Práticas Integrativas em Saúde – PIS, conforme se verifica na Figura nº 1, a seguir.²

¹ Disponível em: <https://salasit.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 3/4/2019.

² Disponível em: <https://salasit.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 3/4/2019.

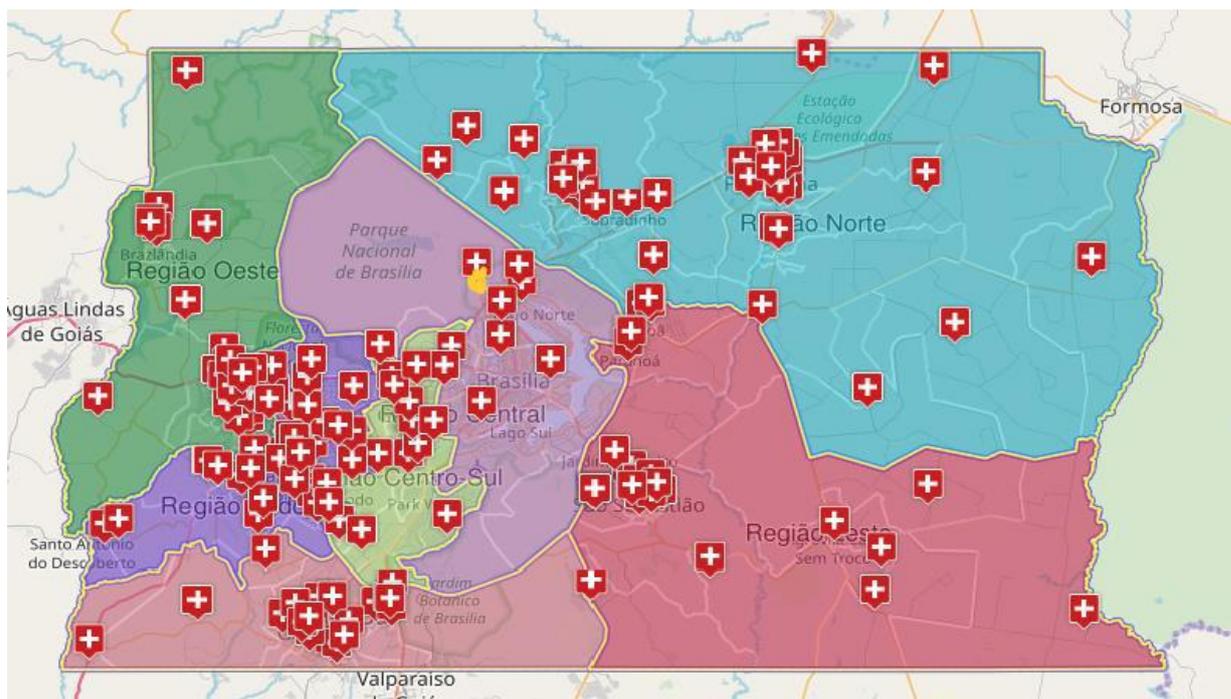


Figura 1 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde – Distrito Federal, 2018.

Fonte: Sala de Situação da SES-DF.³

Existem áreas com grandes vazios assistenciais, como as Regiões Leste e Norte, e outras com uma extensa cobertura de APS, como as Regiões Sul e Centro Sul. Uma das dificuldades em construir novas UBS é a inexistência de terrenos públicos em cidades de crescimento desordenado, como foi o caso do Itapoã. Porém, não se pode deixar de considerar que nas Regiões Leste e Norte existem as maiores áreas rurais do Distrito Federal, além da Região Administrativa (RA) de Brazlândia, na Região Oeste, o que evidencia as grandes distâncias entre as UBS.

Em vista da PNAB de 2017, que deixou sob a autonomia dos gestores estaduais e municipais a definição do quantitativo de ACS para cada equipe, considerando a vulnerabilidade da área, para que essa expansão ocorresse no Distrito Federal, os Agentes Comunitários de Saúde já existentes foram distribuídos entre as equipes novas, ficando várias microáreas descobertas (sem ACS). Equipes antes com 100% de cobertura de ACS hoje possuem um ou dois apenas, excetuando-se as áreas rurais.

Devemos considerar que várias UBS tipo 02 estão hoje com 10 equipes dividindo o espaço físico, o que dificulta a organização do processo de trabalho e o

³ Disponível em: <https://salasit.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 3/4/2019.

acesso da população, pois a área adstrita da UBS fica muito extensa. O Projeto de Lei Distrital nº 1.981, de 2018, ainda não aprovado, unifica as funções de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias (ACSCE) e cria o emprego público dessas categorias. Com a aprovação dessa lei, espera-se que sejam realizados processos seletivos públicos e regionalizados para a contratação de ACS em número suficiente para completar as equipes.

3.3.O LUGAR DA MULHER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) está a redução da mortalidade materna em 75% até 2015 (5º objetivo), tendo como referência o ano de 1990. O conceito de morte materna, segundo a Organização Mundial de Saúde (ONU), é a morte de uma mulher durante a gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, ou até 42 dias após o parto, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas decorrentes dela, exceto causas acidentais.

No período de 1990 a 2010, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi reduzida de 141/100 mil para 68/100 mil, registrando queda de 52% no número de mortes, devido principalmente a hemorragias e hipertensão. Em 2015 essa razão ficou em 56/100 mil, uma queda de 60% em relação ao período de início da avaliação, não alcançando a meta de 75% de redução estipulada pela ONU (CUNHA, 2017).

Ao longo do século XX o sistema de saúde no Brasil sofreu muitas mudanças e a Atenção Básica também passou por vários ciclos. Na década de 1960 foram estruturadas ações direcionadas exclusivamente às mulheres, estabelecendo-se como áreas prioritárias a gravidez e o parto (CUNHA, 2017).

Uma das principais ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica é o pré-natal de baixo risco. Para um atendimento de qualidade e com atenção humanizada, os aspectos estruturais e operacionais devem ser garantidos, bem como o desenvolvimento de ações educativas e assistenciais (CUNHA, 2017).

O Ministro da Saúde à época, Waldyr Arcoverde, apresentou em 1983 a proposta de criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Foi convocada especialmente na ocasião, uma comissão para a redação

do Programa, constituída por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do MS; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (OSIS, 1998, apud SOBRINHO, 1993).

A divulgação oficial do PAISM ocorreu em 1984, por meio do documento preparado pela referida comissão. Documento técnico denominado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. O Ministério da Saúde partia do pressuposto de que, até então, o cuidado dispensado pelo sistema de saúde tratava apenas do ciclo gravídico puerperal e ainda assim, de forma ineficiente frente ao papel fundamental da mulher no núcleo familiar e sua presença cada vez mais crescente na força de trabalho. (OSIS, 1998, apud MS, 1984).

A publicação do PAISM em 1984 marcou uma ruptura conceitual com os princípios que norteavam as Políticas de Saúde para as mulheres e as prioridades dessa área. O PAISM propõe ações voltadas à sua integridade e equidade e uma atenção em todos os ciclos de vida das mulheres, principalmente o pré-natal. A implementação da Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família como reestruturação do modelo de assistência, com ações voltadas à promoção, prioriza, entre outras, o período da gravidez e puerpério (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, normatizou a assistência a gestantes no país, em conformidade com os protocolos utilizados em todo o mundo, e estabeleceu número de consultas realizadas durante o pré-natal e de exames laboratoriais a serem realizados por trimestre gestacional, além de ações de educação em saúde (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Em 2011, o Programa da Rede Cegonha foi lançado com a proposta de ampliar ainda mais a qualidade e o acesso das gestantes aos serviços, principalmente nas regiões norte e nordeste, objetivando reduzir a mortalidade materna. O caderno da Atenção Básica número 32, lançado em 2013, trouxe como tema o pré-natal de baixo risco, tendo sido considerado um grande apoio às equipes de Saúde no fortalecimento da Rede Cegonha. Com esse programa, o acesso ao pré-natal foi ampliado, porém, a qualidade dos atendimentos ainda não acontece de forma equânime (MARIO et al., 2013).

O componente I da Rede Cegonha se refere ao pré-natal e nele o Ministério da Saúde prevê:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (BRASIL, 2011a).

A captação precoce da gestante deve ser implementada visando ao desencadeamento de ações frente a problemas identificados, reduzindo-se as chances de complicações diante de situações como o diagnóstico de anemia, gravidez tubária, hipertensão arterial, diabetes e, ainda, HIV e sífilis (DOMINGUES; LEAL, 2016).

No exame clínico das gestantes, devem estar presentes a medida de peso/altura, aferição da Pressão Arterial, avaliação de edemas em membros inferiores e o risco gestacional. Quanto à avaliação obstétrica, o profissional deve realizar a ausculta de batimentos cardíacos fetais, medida da altura uterina, avaliação das mamas, apresentação fetal e risco gestacional. O exame ginecológico ou citopatológico pode ser realizado na gestação, caso em que deve ocorrer nas primeiras consultas do pré-natal (BRASIL, 2013 a).

O pré-natal é fundamental para a detecção precoce de agravos e de risco gestacional, a preparação da mulher para o parto e o estabelecimento de vínculo com a maternidade de referência. Porém, apesar da capacidade de reduzir a morbimortalidade materno-infantil, estudos mostram que a atenção ao pré-natal apresenta falhas. Dentre os problemas identificados está a dificuldade no acesso, início tardio do pré-natal e número inadequado de consultas (CUNHA, 2017).

O Distrito Federal seguiu as políticas e normas nacionais, com uma coordenação central na SES responsável pela atenção à saúde nos diversos ciclos de vida e coordenadores locais que acompanhavam e monitoravam as ações desenvolvidas pelos serviços e equipes de saúde.

Como a proposta da Rede Cegonha é garantir o acesso com qualidade à atenção materna e infantil, ela foi estruturada no contexto das RAS, sendo necessário estabelecer a região de saúde, a população adstrita e os serviços ofertados no território, bem como as competências e responsabilidades de cada ponto de atenção (BRASIL, 2011a).

No Distrito Federal foi instituído o Grupo Condutor da Rede Cegonha, com o apoio do Ministério da Saúde (MS). Esse grupo mobilizou os gestores da SES-DF em cada fase, apoiando a organização dos processos de trabalho voltados à implantação, monitoramento e avaliação da rede. Cada Região de Saúde elaborou um Plano de Ação Regional com as propostas para efetivação da atenção integral à saúde materna e infantil. A Região que limitava territorialmente com municípios de Goiás e Minas Gerais, pertencentes à Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE), deveria, juntamente com os Gestores dos municípios limítrofes, construir o fluxo das gestantes (GÖTTEMS et al., 2019).

3.4. O LUGAR DA CRIANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A criança passou por várias transformações ao longo dos anos em todo o mundo, enfrentando várias situações de vida e de saúde, até ser considerada um sujeito social com características particulares e não um adulto em miniatura, como era vista no século XI (ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil a situação não foi muito diferente. Muitas barbáries que contribuíram para o aumento da mortalidade infantil aconteceram no período colonial. As crianças eram vistas como instrumento para as famílias, agentes passivos, amedrontadas pelos cruéis castigos físicos a que eram submetidas, quando não eram abandonadas em casas de caridade ou hospitais (ARAÚJO et al., 2014).

Somente no século XVII as famílias começaram a demonstrar mais sentimentos de carinho às crianças, sendo elas reconhecidas pela sociedade como o centro das famílias. Foram encontrados nessa época os primeiros registros de linguagem infantil.

A proposta de uma Política Pública de Saúde foi o resultado de muitas lutas e reivindicações. Os programas de proteção à maternidade e à infância tiveram início entre 1930 e 1940, como ações vinculadas ao Departamento Nacional da Criança.

Para as crianças, as ações eram meramente curativas e aconteciam em hospitais privados ou centros médicos das grandes indústrias. O foco seria reduzir o absenteísmo das mães ao trabalho, razão pela qual tais ações ocorriam de forma atrelada às entidades patronais e à administração pública (ARAÚJO et al., 2014).

O Departamento Nacional da Criança era vinculado ao Ministério da Saúde e Educação, porém, em 1953, o Ministério da Saúde passou a ser o único responsável por ele. Em 1970, visando à redução da morbimortalidade de mães e crianças, o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil foi implantado, porém de forma centralizada, não considerando as imensas diversidades do país.

Por volta da década de 1980, foram criados o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), com a finalidade de estabelecer ações que resolvessem os problemas que pudessem afetar a saúde materno-infantil. Foram estabelecidas então cinco ações básicas nesse sentido: aleitamento materno, orientação sobre alimentação em situação de desmame, controle de infecções respiratórias agudas, controle das diarreias e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ARAÚJO et al., 2014).

Ao se refletir sobre a infância, direitos e políticas públicas, destacam-se marcos legais importantes, como:

- **A Declaração Universal dos Direitos da Criança**, de 20 de novembro de 1959, que assegura que, por serem as crianças e adolescentes pessoas em desenvolvimento, necessitam de proteção, além de serem amparados por legislação específica. Assim, essa Declaração busca fortalecer o respeito e a dignidade do indivíduo, principalmente dentro das famílias, sem qualquer tipo de discriminação, oferecendo proteção à criança e ao adolescente (LIMA; POLI; SÃO JOSÉ, 2017).
- **O artigo 227 da Constituição Federal** de 1988, que estabelece:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 25).
- **O Sistema Único de Saúde** (Lei 8080/1990), com os princípios da integralidade, universalidade e equidade, compreendidos como

fundamentais na orientação das ações direcionadas à promoção do desenvolvimento saudável e à prevenção de doenças e agravos na infância (PAIM, 2015).

- **O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA** (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990). A adoção desse Estatuto é um marco legal e regulatório para a ampliação do direito das crianças e dos adolescentes no país.

A partir de 1990, a concepção do “ser criança” teve um novo conceito que garantiu vez e voz frente às políticas vigentes, passando a criança a ser caracterizada como sujeito social com direitos assegurados. Essa doutrina de proteção integral da criança e do adolescente, promulgada no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), traz o processo e a concepção de direitos e deveres, marcando importantes diferenças no “ser criança”, ente que passa a ter reponsabilidades como sujeito social (SANINE; CASTANHEIRA, 2018).

Na área da saúde observaram-se também mudanças importantes, como a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e a descentralização das ações por meio da municipalização, o que favoreceu a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Esse maior acesso às ações voltadas às mães e crianças permitiu a redução das desigualdades regionais e a melhoria dos indicadores de saúde. A atenção à criança passou a incluir ações de promoção da saúde e de acompanhamento do desenvolvimento e crescimento e não apenas o cuidado com demandas individuais, principalmente aos segmentos de maior vulnerabilidade social (SANINE; CASTANHEIRA, 2018).

Outra ação importante teve origem na Portaria GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que implantou a Rede Cegonha, buscando qualificar a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança nos dois primeiros anos de vida. Essa Portaria destaca a necessidade de implementar a triagem sorológica da gestante e a realização de encontros para a pactuação, sensibilização e capacitação dos servidores, objetivando a melhoria da assistência no pré-natal, parto, puerpério e crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011a).

Em agosto de 2015, a Portaria GM/MS nº 1.130 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, abordando o cuidado da criança à luz da sua integralidade, com ações de atenção, promoção e prevenção em saúde. Essa

Política foi distribuída em sete eixos estratégicos, de maneira transversal nos diferentes níveis de atenção:

- Eixo I – atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido;
- Eixo II – aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- Eixo III – promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- Eixo IV – atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- Eixo V – atenção integral à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz;
- Eixo VI – atenção à saúde de crianças com deficiências ou em situações específicas de vulnerabilidade;
- Eixo VII – vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (SOUZA; VIEIRA; LIMA JÚNIOR, 2019).

3.5. FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Espera-se que a Atenção Básica seja resolutive a ponto de que 85% das demandas apresentadas sejam resolvidas nesse nível de atenção. Para isso, ela deve possuir uma capacidade ampliada de escuta e uma ampla carteira de serviços, de modo a permitir o enfrentamento dos complexos problemas da população aos quais as equipes de saúde estão expostas.

A qualificação dos trabalhadores da saúde teve, ao longo dos anos, várias estratégias de operacionalização. Algumas ações importantes para a reorganização e a humanização do sistema foram implantadas e entre elas estão a Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Na década de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apresentou uma perspectiva técnica e metodológica para a efetivação de Programas de Educação Permanente em Saúde. Em 1996, os Estados foram convocados a

apresentar projetos de desenvolvimento de Recursos Humanos com ações voltadas ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica.

Em 1997, ocorreu a criação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da Família. A partir desses polos, surgiram algumas propostas que definiam a ordenação dos Recursos Humanos para a Saúde como atributo do SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, a Educação Permanente em Saúde se torna uma ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, viabilizando o desenvolvimento de ações indutoras significativas no interior do SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A Portaria nº 198/GM/MS, de 2004, publicada pelo Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Educação Permanente como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores, ação extremamente importante na qualificação das práticas de saúde e organização das ações e serviços (BRASIL, 2004).

Na atenção ao pré-natal e puerpério, um profissional qualificado é de suma importância na redução da mortalidade materna, além de proporcionar uma vida saudável à mulher e à criança. O profissional qualificado é aquele treinado com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes normais e períodos pós-parto imediatos (CUNHA et al., 2009).

O Ministério da Saúde possui normas de atenção ao pré-natal e oferece aos profissionais a padronização de procedimentos e condutas que devem ser realizados em cada consulta de pré-natal. Esses protocolos nacionais definem o tipo de cuidado que se deve oferecer em cada nível do sistema de saúde e são essenciais para uma atenção de qualidade (CUNHA et al., 2009).

O treinamento de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi implantado em 1996, em conformidade com a proposta da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, e ainda hoje é realizado pelos profissionais da Atenção Básica (SALES, 2013).

O AIDPI possui como principal finalidade a garantia de melhoria da qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, com ações de promoção à saúde e prevenção e redução de agravos infecciosos, como pneumonia, diarreia, meningites,

parasitoses intestinais, malária, sarampo e distúrbios nutricionais e mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade (SALES, 2013).

Em 2002, o MS lançou o Caderno da Atenção Básica – Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Esse caderno estabelece as medidas a serem adotadas para garantir o direito da população e o cumprimento do dever do Estado no crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

O crescer e o desenvolver saudáveis são referenciais para as demais atividades de atenção à criança e ao adolescente em todos os aspectos (biológico, social, afetivo e psíquico). O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento foi sendo incorporado gradativamente às atividades do PACS e do PSF (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

A partir da publicação da Portaria MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, o Distrito Federal qualificou os profissionais da saúde no atendimento dos binômios mãe e filho e, para isso, foram realizadas várias oficinas sobre o Protocolo de atendimento ao pré-natal e de crianças menores de dois anos. As capacitações para realização dos testes rápidos para sífilis e HIV foram realizadas em cada Regional de Saúde, juntamente com o treinamento para coleta em papel filtro do teste de triagem do pré-natal.

Com a criação da Escola de Aperfeiçoamento para o SUS (EAPSUS), em 2014, houve maior articulação de cursos direcionados ao atendimento das necessidades apontadas pelos gestores. Essa escola reforça a prática clínica dos profissionais por meio da educação permanente, com atividades de matriciamento das equipes (GÖTTEMS et al., 2019).

3.6. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliar programas públicos não é algo novo. Esse conceito surgiu logo após a segunda guerra mundial e se tornou o papel desempenhado pelo Estado, frente aos programas ligados às áreas da educação, saúde e social. O Estado deveria encontrar meios para o emprego mais eficaz dos recursos, levando os economistas a desenvolver métodos capazes de identificar os custos e as vantagens dos programas públicos, tornando-os pioneiros da avaliação (HARTZ, 1997).

Essas abordagens, no entanto, foram insuficientes, principalmente quando utilizadas em programas sociais e de educação, requerendo, assim, a incorporação de uma perspectiva interdisciplinar com foco nos aspectos metodológicos. Na década de 1970 verificou-se a necessidade de se avaliar as ações sanitárias. A implantação de programas ligados ao seguro médico havia encerrado e, com a queda do crescimento econômico, o papel do Estado se tornou fundamental para o financiamento de serviços de saúde, tornando-se indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem afetar, porém, o acesso aos serviços de qualidade (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Uma avaliação possui quatro objetivos oficiais: fornecer subsídios para o planejamento e elaboração de uma intervenção; auxiliar na melhoria dessa intervenção durante a execução (caráter formativo); conhecer o resultado de uma intervenção para avaliar se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida (caráter somativo); e, ainda, contribuir para o progresso dos conhecimentos na elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Existem três enfoques básicos para a avaliação de qualidade: estrutura, processo e resultado. A estrutura se refere aos instrumentos e recursos necessários à atenção e estes podem ser humanos, físicos e financeiros. É considerada também como parte da estrutura, a qualificação profissional e a sua satisfação. As atividades ocorridas entre profissionais e pacientes representam o processo e este pode ser avaliado por meio de verificação dos registros escritos ou por meio da observação direta (CASTRO, 2000 apud DONABEDIAN, 1984).

O resultado pode ser a cura da doença ou a interrupção de sua progressão; o alívio da dor ou do sofrimento, além da satisfação do paciente; o sucesso dos cuidados e, portanto a qualidade. Poderá ser medido pelo alcance dos resultados (CASTRO, 2000 apud DONABEDIAN, 1984; VUORI, 1991).

Castro (2000) apud Donabedian (1988:174) postula a qualidade como "a capacidade de chegar a metas desejáveis através de meios legítimos".

Quanto à pesquisa avaliativa, podemos defini-la como um processo que tem como objetivo julgar uma intervenção por meio de métodos científicos. Ela faz uma análise da pertinência, da produtividade, dos fundamentos teóricos, dos efeitos e do rendimento dessa intervenção, bem como das relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela situa. Seu objetivo, geralmente, é colaborar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A criação do SUS foi um dos fatores que favoreceu o desenvolvimento da área de avaliação no Brasil, pois os conceitos de acesso, integralidade e qualidade foram motivo de lutas desde a Reforma Sanitária, sendo posteriormente integrados à Lei Orgânica da Saúde, passando, também, a ser objeto de interesse para avaliação (STENZEL, 1996 apud ALVES, 2008).

Foi na Atenção Básica, principalmente no Programa Saúde da Família, que a institucionalização da avaliação em saúde foi ganhando força e, a partir de 2003, o MS criou departamentos e coordenações de avaliação em saúde em todas as secretarias (FELISBERTO, 2004 apud ALVES, 2008).

A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, proposta pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), assume oficialmente a institucionalização da avaliação como imagem objetivo dos seus projetos, perseguindo a construção do desenho de uma política para avaliação de políticas e programas (BRASIL, 2005). Pela primeira vez, no setor saúde do Brasil, o objetivo de institucionalizar a avaliação no SUS é transformado em uma política de governo, envolvendo claramente o gestor estadual no processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica, descentralizando mais uma ação (a de avaliar) (ALVES, 2008, p. 20).

Em 2005, o Ministério da Saúde cria o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que tinha como objetivo fomentar a avaliação e monitoramento, além de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, levando a apropriação de princípios, métodos e ferramentas aos atores envolvidos, tornando-os protagonistas no processo (BRASIL, 2005).

O AMQ possibilitou uma avaliação de maneira sistêmica e integrada, visando ao aprimoramento gerencial, técnico e científico. A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família utiliza o modelo proposto por Donabedian, baseado no sistema em que considera os elementos de estrutura, de processo e de resultado com foco na avaliação dos serviços de saúde e as práticas assistenciais (BRASIL, 2005). (Figura 2).

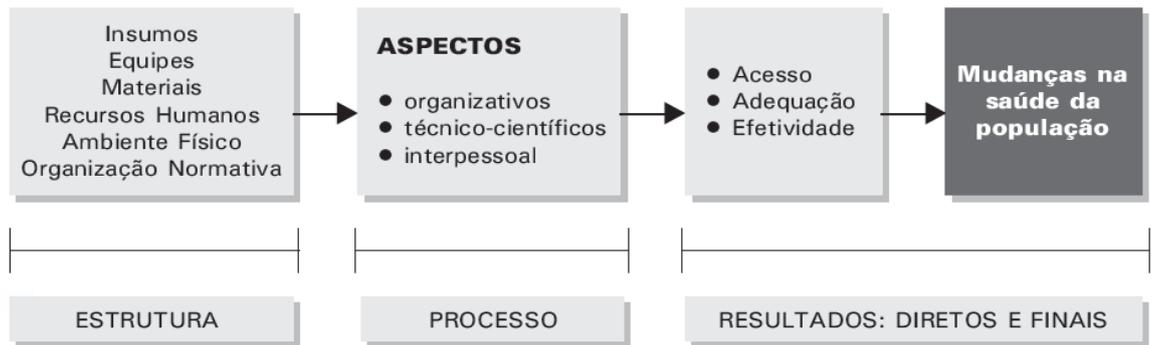


Figura 2 - Elementos de avaliação das equipes de Saúde da Família presentes no AMQ.

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

A partir de 2011, quando o AMQ foi reestruturado e denominado PMAQ-AB, a avaliação externa foi incorporada no processo avaliativo, possibilitando ampliar as práticas que contribuem para a melhoria da Atenção Básica à Saúde ofertada aos usuários, subsidiando a recontractualização das equipes conforme suas fragilidades e potencialidades, com estratégias direcionadas a cada território.

4. METODOLOGIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, com recorte dos dados da pesquisa avaliativa realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde por meio do PMAQ-AB.

Os estudos descritivos são utilizados para analisar um agravo distribuído ao longo do tempo e no espaço e procura encontrar sua associação com horários, periodicidade, sazonalidade, dentre outras variáveis. Visa encontrar também uma associação com a distribuição geográfica, sexo, idade, etnia e condições socioeconômicas, dentre outros fatores. Descrevem as características de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de um agravo, (HOCHMAN, 2005).

Os estudos transversais apresentam-se como uma fotografia ou um corte instantâneo, realizado numa população por meio de amostragem, verificando-se nos integrantes dessa amostra a presença ou não da exposição e do efeito. Nesse tipo de estudo, a exposição à causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado e possui como vantagens ser de baixo custo e não haver perdas significativas de seguimento (HOCHMAN, 2005).

Na pesquisa quantitativa, os dados são coletados e analisados sobre variáveis, identificando-se a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. A pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada. (ESPERÓN, 2017).

4.2. LOCAL E PERÍODO

O estudo foi realizado nas UBS das Regiões de Saúde do Distrito Federal onde atuavam as equipes de Atenção Básica que aderiram ao primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB. Atualmente o Distrito Federal possui sete Regiões de Saúde, com as seguintes denominações e populações: Sudoeste – 811.607 habitantes; Oeste – 539.621 habitantes; Leste – 237.699 habitantes; Norte – 387.524 habitantes; Sul – 296.932 habitantes; Centro Sul – 359.326 habitantes; e Central – 406.735 habitantes.

Essas áreas são compostas pelas Regiões Administrativas discriminadas a seguir e apresentadas na Figura 3, na sequência:

- Região de Saúde Centro-Sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural.
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia.
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria.
- Região de Saúde Central: Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul, Lago Sul.
- Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal.
- Região de Saúde Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião.
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia e Brazlândia.



Figura 3 - Regiões de Saúde do Distrito Federal

Fonte: Sala de Situação da SES-DF.⁴

A coleta de dados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ aconteceu no ano de 2012 e, no segundo ciclo, em 2015.

4.3. AMOSTRA DA PESQUISA

O estudo é um recorte da Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizada pelo Ministério da Saúde e aplicada em âmbito nacional. Ela avaliou toda a carteira de serviço da Atenção Primária à Saúde. A amostra consistia de um profissional e quatro usuários por equipe.

Assim, no primeiro ciclo do PMAQ-AB a amostra esperada era de 28 profissionais de saúde e 112 usuários do serviço e, no segundo ciclo, seria de 110 profissionais de saúde e 440 usuários. Para responder sobre a atenção ao pré-natal, puerpério e saúde da criança, foram identificadas entre os usuários presentes mulheres que possuíam filhos menores de dois anos na ocasião. Entretanto, por se tratar de um processo de amostragem por conveniência, a amostra final ficou menor, sendo composta por 17 usuárias e 28 profissionais de saúde no primeiro ciclo e 43 usuárias e 110 profissionais no segundo.

No Distrito Federal, 28 equipes participaram do primeiro ciclo, correspondendo a 29,3% do total de equipes existentes na ocasião (117). As

⁴ Disponível em: <https://salasit.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 3/4/2019.

equipes participantes estavam distribuídas em seis Regiões de Saúde: Região Norte: três; Região Leste: quatro; Região Sul: onze; Região Centro Sul: quatro; Região Sudoeste: três; e Região Oeste: duas.

No segundo ciclo, participaram 110 equipes, correspondendo a 45,4% do total existente na ocasião (242). As 110 equipes participantes pertenciam às sete Regiões de Saúde, nos seguintes quantitativos: Região Sudoeste: 21; Região Centro Sul: 19; Região Sul: 25; Região Oeste: 10; Região Norte: 20; Região Leste: 14; Região Central: uma equipe.

4.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada a partir da Base de Dados da avaliação externa do PMAQ-AB, do Ministério da Saúde, do primeiro⁵ e do segundo ciclos de avaliação⁶, com recorte para os dados do Distrito Federal, incluindo todas as Regiões de Saúde, Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Equipes da Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB em pelo menos um dos dois primeiros ciclos.

4.4.1. Instrumento de coleta

O instrumento utilizado para a coleta de dados do PMAQ-AB é composto por três módulos e dividido em dimensões e padrões de qualidade que devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, de forma a garantir os princípios preconizados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O módulo I se refere à observação da Unidade Básica de Saúde, em que é avaliada a estrutura física, fluxo, acessibilidade, equipamentos, insumos, medicamentos da Farmácia Básica e controlados, além da rede de informática e veículos.

O módulo II é aplicado a um profissional de nível superior da equipe e avalia os serviços segundo sua visão, além de verificar a existência ou não de documentação que comprove as ações.

⁵ Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>. Acesso em: 10/5/2019.

⁶ Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>. Acesso em: 10/5/2019.

O Módulo III busca avaliar a satisfação dos usuários, principalmente no que se refere a acesso e utilização do serviço, e deve ser aplicado a quatro usuários residentes no território de cada equipe, presentes na UBS no dia da avaliação. Para as perguntas relacionadas a grupos como Hipertensos, Diabetes e Rede Cegonha, os questionários deveriam ser aplicados obedecendo-se aos perfis relacionados (BRASIL, 2013c).

4.4.2. Procedimento de coleta dos dados

Os dados foram importados da base de dados do Ministério da Saúde e organizados em planilhas, utilizando-se o programa Microsoft Excel®. A partir desses dados, foram realizadas as seguintes etapas:

- a) Seleção das variáveis de interesse para o estudo (pré-natal; puerpério e atenção à criança), tanto no questionário aplicado às usuárias, quanto ao aplicado aos profissionais;
- b) Identificação das variáveis presentes nos dois ciclos, considerando-se a opinião das usuárias e dos profissionais;
- c) Seleção das variáveis comuns no questionário das usuárias e dos profissionais (1º e 2º ciclos), para averiguação de correlação entre o grau de satisfação das usuárias e a avaliação dos profissionais;
- d) Identificação das equipes participantes (cada uma tinha um código específico), associando-as às Regiões Administrativas – RA a que pertenciam, com posterior agrupamento dos dados das RA às suas respectivas Regiões de Saúde, para avaliação do desempenho final em nível de Região de Saúde;
- e) Detecção das fragilidades e potencialidades das equipes participantes, na visão dos dois grupos estudados.

Na ocasião da coleta dos dados, ainda não estavam definidas formalmente as Regiões de Saúde do Distrito Federal. Porém, nesse estudo, as equipes de saúde que participaram no primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB já foram distribuídas conforme o desenho atual formado por sete regiões.

4.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Na análise dos dados foram selecionadas todas as variáveis relacionadas à gestação, parto, puerpério e saúde da criança até dois anos de idade, tanto do questionário aplicado aos servidores quanto do aplicado às usuárias, conforme Quadro 1 e Quadro 2, apresentados a seguir.

Quadro 1 - Variáveis relacionadas à avaliação das Usuárias no primeiro e segundo ciclos – PMAQ-AB, Distrito Federal, 2011 e 2014.

TEMAS	VARIÁVEIS	ITENS
Pré-natal	Realização de exames;	HIV, Glicemia em jejum, exame de urina, Papanicolau e ultrassonografia.
	Exame Clínico e procedimentos	Exame ginecológico, aferição da altura uterina, exame da cavidade oral, exame da mama, aferição da Pressão Arterial.
	Orientações	Aleitamento materno, cuidados com o recém - nascido, maternidade de referencia, alimentação/ganho de peso, antitetânica, realização do preventivo de câncer de colo uterino, grupos de gestantes.
	Prescrição de medicamentos	Acido Fólico e Sulfato Ferroso
	Acesso	Agendamento de consultas de retorno
Puerpério	Orientações	Uso de chupeta, amamentação, métodos anticoncepcionais.
	Exame clínico	Ginecológico e das mamas
	Vinculação	Visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto, realização de consulta de puerpério em até sete dias, local da consulta de puerpério e profissional que realizou a consulta.
Atenção à Criança	Primeira consulta do RN	Medidas antropométricas; aleitamento materno; caderneta da criança; teste do pezinho; imunização; certidão de nascimento e outros registros.
	Consultas de seguimento	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, medidas antropométricas, imunização, violência doméstica.
	Orientações	Alimentação até os dois anos de idade, melhor posição para dormir, uso de chupetas e mamadeiras.

Quadro 2 - Variáveis relacionadas à avaliação dos Profissionais de Saúde no primeiro e segundo ciclos – PMAQ-AB, Distrito Federal, 2011 e 2014.

TEMAS	VARIÁVEIS	ITENS
Pré-natal	Realização de exames	HIV, VDRL, Sorologia para Hepatite B e Toxoplasmose, Glicemia em jejum, de Urina e Papanicolau, tempo para recebimento dos exames.
	Orientações	Maternidade de referência, registro de atendimento odontológico, registro das gestantes de alto risco e aplicação de Penicilina Benzatina na UBS.
Puerpério	Vinculação	Visita domiciliar do ACS, visita domiciliar de outro membro da equipe na primeira semana após o parto; realização de consulta de puerpério em até sete dias, local da consulta de puerpério; consulta a qualquer dia e horário; consulta com enfermeiro (a) e consulta com médico (a).
Atenção à Criança	Primeira consulta do RN	Medidas antropométricas, aleitamento materno, caderneta da criança, teste do pezinho, imunização, certidão de nascimento e outros registros.
	Registro na caderneta da criança	Medidas antropométricas e desenvolvimento, acidentes; violências.
	Busca ativa	Faltosos prematuros e de baixo peso, faltosos à imunização e puericultura.
	Consultas de seguimento	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, medidas antropométricas, imunização.
	Orientações	Alimentação até os dois anos de idade, melhor posição para dormir, uso de chupetas e mamadeiras.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados analisados são recortes dos microdados do primeiro e do segundo ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB referentes ao Distrito Federal e estão disponíveis no sítio eletrônico do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

As planilhas foram analisadas com utilização do programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)®, versão 24.0. Após a importação dos dados para SPSS, as planilhas passaram por um processo de conferência, visando à detecção e correção de possíveis erros de digitação. Com os devidos ajustes, procedeu-se à identificação e tratamento de casos omissos (*missing data*), compreendidos como ausência de resposta a determinada pergunta do questionário.

Na avaliação dos dados referentes às respostas das usuárias, após a realização do cálculo geral e a identificação do número elegível delas, os cálculos

foram todos refeitos a partir do novo número (n), que variou no decorrer do questionário.

As análises estatísticas realizadas foram descritivas, utilizando-se as frequências absoluta e relativa, e, para sua apresentação, foram construídos quadros e gráficos.

Para a avaliação do desempenho final das certificações das equipes, por Regiões de Saúde, os dados que possibilitaram sua identificação foram repassados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética da SES-DF e ao Comitê de Ética da UnB, por se tratar de análise de banco de dados secundários e públicos. Porém tomou-se o cuidado de preservar a identidade das equipes participantes do PMAQ-AB.

Os dados serão disponibilizados aos gestores da SES-DF para que sejam implementados o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes, bem como para a Instituição de Ensino e Pesquisa responsável pela coleta de dados no Distrito Federal, como subsídio para o aperfeiçoamento desse processo nos próximos ciclos de avaliação do PMAQ-AB.

5. RESULTADOS DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB

No primeiro ciclo do PMAQ-AB, o questionário de avaliação externa foi respondido por 28 profissionais de saúde, sendo um por equipe, escolhido pela própria equipe aquele que agregasse maior conhecimento sobre o trabalho. O instrumento foi respondido por 23 enfermeiros, quatro médicos e um odontólogo.

A satisfação do usuário foi avaliada pelas respostas de 17 mulheres elegíveis a responder o questionário, ou seja, aquelas que possuíam, na ocasião, filhos menores de dois anos de idade.

Quanto ao tipo de equipe que aderiu ao PMAQ-AB, 17 eram da Estratégia de Saúde da Família (eqESF), sendo que 11 delas possuíam equipes de Saúde Bucal (eqSB). Participaram também 10 equipes de Atenção Básica (eqEAB), sendo nove com eqSB e uma delas sem essa categoria. Uma equipe foi registrada como “outros”, não ficando claro qual seria a modalidade (provavelmente a que fora desclassificada na certificação final).

No segundo ciclo, o questionário foi respondido por 26 médicos e 84 enfermeiros integrantes das equipes e igualmente identificados pelas respectivas equipes como os profissionais que mais agregavam conhecimento sobre o trabalho. Os odontólogos não participaram.

O instrumento destinado aos usuários foi respondido por 43 usuárias elegíveis na ocasião.

Quanto ao tipo de equipe que participou do segundo ciclo, 78 eram eqSF sem eqSB e 32 eram eqSF com eqSB. No relatório de consolidação dos dados do MS, as equipes da Estratégia de Saúde da Família com equipe de Saúde Bucal foram denominadas de ESB e as demais de ESF, sendo, assim, 78 ESF e 32 ESB.

5.1. RESULTADOS DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS DO SERVIÇO

5.1.1. Pré-natal – Primeiro ciclo do PMAQ-AB

Dentre as 17 usuárias entrevistadas, 16 (94,1%) relataram que haviam realizado o pré-natal na sua última gestação e 13 (81,3%) o fizeram na UBS de referência. O motivo apontado para não realização das consultas na UBS do território seria o fato de a equipe não realizar pré-natal (33,3%).

Todas as usuárias (100%) que consultaram na UBS informaram ter realizado consultas com o médico e 69,2% disseram que haviam se consultado também com o enfermeiro. Perguntadas se consultavam sempre com os mesmos profissionais, 61,5% responderam que sim, 30,8% disseram que somente em algumas consultas e 7,7% referiram que não.

As situações de urgência aconteceram em 23,5% das gestantes e estas procuraram o hospital público. Questionadas quanto ao motivo que as levaram a não procurar a UBS, a grande maioria (75%) referiu que a UBS não atendia urgências e 25% disseram que a UBS se encontrava fechada no momento.

No que se refere à participação das usuárias em algum grupo, cinco (38,5%) referiram que participaram e, dessas, 66,7% acharam que os grupos ampliaram seus conhecimentos sobre a gravidez e cuidados com o bebê.

Quanto à verificação da Pressão Arterial e da altura uterina, todas as usuárias (100%) referiram que foram verificadas e 92,3% tiveram as mamas examinadas. Sobre a orientação da importância da realização da coleta de citopatológico, apenas 46,2% das usuárias foram orientadas, porém, 61,5% delas o realizaram e em 6,2% foi realizado o exame ginecológico. Quanto à Saúde Bucal, apenas 53,8% referiram que tiveram suas bocas examinadas (Tabela 2).

Dentre as orientações recebidas dos profissionais, os cuidados com a criança aconteceram para todas (100%) e o aleitamento materno exclusivo, bem como a orientação sobre alimentação e ganho de peso foram abordados para 84,6% delas (Tabela 2).

Sobre a participação em grupos de gestantes e a maternidade de referência, essa orientação aconteceu para 46,2% das gestantes. Para 92,3% das usuárias

entrevistadas, as informações recebidas durante o pré-natal ampliaram seus conhecimentos sobre a gravidez (Tabela 2).

Todas as entrevistadas referiram ter realizado os exames de Urina, HIV e Sífilis durante o pré-natal. Porém, o exame de glicemia foi realizado somente em 69,2% e a ultrassonografia em 61,5% (Tabela 2).

O Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico, bem como a realização da vacina contra tétano, foram prescritos para 92,3% das entrevistadas. Quanto à consulta de retorno, todas elas (100%) referiram que já saíam com ela agendada (Tabela 2).

5.1.2. Pré-natal – Segundo ciclo do PMAQ-AB

Em relação à última gravidez, 65,1% das 43 usuárias entrevistadas realizaram o pré-natal na UBS de referência; dessas, 39,3% responderam ter consultado com o médico e 21,5% com o enfermeiro (questão com mais de uma escolha). Perguntadas se consultavam sempre com os mesmos profissionais, 67,9% responderam que sim, 25% disseram que somente em algumas consultas e 7,1% referiram que não.

Sobre ocorrência de algum tipo de urgência no pré-natal, 37,2% disseram que tiveram, sendo que 50% dessas procuraram atendimento no hospital público, 31% foram atendidas na própria UBS e 19% em outros pontos de atenção. Os motivos relatados para não procurarem a própria UBS foram: não atendiam urgências (36,4%), estavam fechadas (18,2%) e não responderam ou não souberam dizer (45,4%).

Quanto à participação em grupos, 46,4% referiram ter sido orientadas sobre a importância dessa integração, mas somente 14% participaram. Dessas, 100% consideraram que os grupos ampliaram seus conhecimentos sobre os cuidados com a criança.

Todas as entrevistadas referiram que durante as consultas de pré-natal a Pressão Arterial foi verificada e 82,1% que a altura uterina foi medida. Porém, o exame ginecológico foi realizado em apenas 46,4% das entrevistadas (Tabela 2).

A coleta de citopatológico foi realizada em 39,3%; o exame das mamas em 32,5%; e o exame da boca em 32,1%. Sobre a prescrição de medicamentos, o sulfato ferroso e o ácido fólico foram receitados para 89,3% das usuárias (Tabela 2).

A vacinação contra o tétano foi realizada em 85,7% das entrevistadas, 10,7% não a fizeram e 3,6% não souberam ou não responderam. Quanto às orientações recebidas nas consultas de pré-natal, 96,4% das usuárias referiram que ter sido orientadas sobre a importância do aleitamento materno até o 6º mês de vida e, quanto aos cuidados com a criança, 89,3% das usuárias disseram que foram orientadas (Tabela 2).

A alimentação e o ganho de peso foram abordados por 75% e a importância da coleta de material para realização do exame preventivo do câncer de colo uterino foi relatada por 67,9%. Perguntadas sobre a importância das orientações recebidas durante o pré-natal, 78,6% responderam que as ajudaram saber mais sobre a gravidez e cuidados com o recém-nascido (Tabela 2).

Durante as consultas de pré-natal todas referiram que realizaram o exame de HIV e o de urina. O exame de Sífilis foi realizado em 85,8% delas e 7,2% não sabiam ao certo se o haviam feito. O exame de glicose foi realizado em 85,7% das usuárias, 10,7% não realizaram e 3,6% não souberam ou não responderam (Tabela 2).

A ultrassonografia foi realizada em 75% das usuárias e a consulta de retorno foi agendada para 92,9% delas. Sobre o local de referência para o parto, 50% delas foram orientadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Atenção ao Pré-natal na avaliação externa do Primeiro e Segundo Ciclos do PMAQ-AB, segundo as usuárias. Distrito Federal, 2012 e 2014.

Itens Avaliados	1º CICLO (n = 17)						2º CICLO (n=43)					
	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR
Exame Clínico e Procedimentos												
A senhora fez pré-natal?	16	94,1	01	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Realizou pré-natal nesta UBS?	13	81,3	03	18,7	-	-	28	65,1	14	32,6	1	2,3
Mediram a altura uterina?	13	100	0	0	-	-	23	82,1	1	3,6	4	14,3
Mediram sua pressão arterial?	13	100	0	0	-	-	28	100	0	0	-	-
Examinaram sua boca?	07	53,8	6	46,2	-	-	09	32,1	19	67,8	-	-
Examinaram suas mamas?	12	92,3	1	7,7	-	-	14	50	14	50	-	-
Realizaram preventivo de câncer de colo uterino?	08	61,5	5	38,5	-	-	11	39,3	17	60,7	-	-
Realizaram exame ginecológico?	09	69,2	4	30,8	-	-	13	46,4	15	53,6	-	-
Orientações												
Orientaram sobre Alimentação e ganho de peso?	11	84,6	2	15,4	-	-	21	75	7	25	-	-
Orientaram sobre Aleitamento materno até completar 6 meses?	11	84,6	2	15,4	-	-	27	96,4	1	3,56	-	-
Orientaram sobre os cuidados com a criança?	13	100	0	0	-	-	25	89,3	3	10,7	-	-
Orientaram sobre a importância da prevenção do câncer de colo uterino?	06	46,2	7	53,8	-	-	19	67,9	9	32,1	-	-
Orientaram sobre grupo de gestantes?	06	46,2	7	53,8	-	-	13	46,4	15	53,6	-	-
Orientaram sobre o local onde teria o bebê?	06	46,2	7	53,8	-	-	14	50	14	50	-	-
As orientações a ajudou saber mais sobre a gravidez/cuidados com a criança?	12	92,3	1	7,7	-	-	22	78,6	06	21,4	-	-
Realização de exames												
Realizou exame de Urina?	13	100	0	0	-	-	28	100	0	0	-	-

Realizou exame de HIV/Aids?	13	100	0	0	-	-	28	100	0	0	-	-
Realizou exame de Sífilis?	13	100	0	0	-	-	24	85,8	2	7,2	2	7,2
Realizou exame de Ultrassonografia?	08	61,5	5	38,5	-	-	21	75	5	17,8	2	7,2
Realizou exame para medir o açúcar do sangue (Glicose)?	09	69,2	4	30,8	-	-	24	85,7	3	10,7	1	3,6
Prescrição de medicamentos/ vacinação/ acesso												
Receitou Sulfato Ferroso?	12	92,3	1	7,7	-	-	25	89,3	3	10,7	-	-
Receitou Ácido Fólico (1º Trimestre)?	12	92,3	1	7,7	-	-	25	89,3	3	10,7	-	-
Realizou / encaminhou para a vacina contra Tétano?	12	92,3	1	7,7	-	-	24	85,7	4	14,3	-	-
Já tinha a próxima consulta agendada?	13	100	0	0	-	-	26	92,9	2	7,1	-	-

5.1.3. Puerpério – Primeiro ciclo do PMAQ-AB

Quanto ao puerpério, 70% das usuárias referiram que receberam a visita do ACS na primeira semana após o parto e 58,8% delas fizeram a consulta de revisão de parto, sendo que 60% lembram que se consultaram com o médico, 20% com o enfermeiro e outras 20% com outro profissional. Ainda, 50% realizaram a consulta em até sete dias depois do parto.

Sobre o local da consulta de revisão de parto, 60% informaram ter realizado na própria UBS, 20% em outra e 20% no hospital onde realizou o parto.

Na primeira consulta após o parto, o assunto mais abordado foi a importância da amamentação (76,5%), seguido do uso de mamadeiras (64,7%) e de chupetas (41,2%) (Tabela 3).

A oferta de métodos anticoncepcionais aconteceu para 58,8% das usuárias e os exames das mamas e ginecológico ocorreram em 35,3%. Apenas 47,1% das entrevistadas foram questionadas sobre o estado emocional delas no pós-parto (Tabela 3).

5.1.4. Puerpério – Segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo ciclo do PMAQ-AB, 42,9% das usuárias entrevistadas responderam que receberam a visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto e 100% referiram ter realizado a consulta nesse período. Sobre o profissional que as atenderam, 57,1% lembraram ter se consultado com o médico e 42,9% com o enfermeiro.

Na consulta de puerpério, 74,6% das usuárias relataram que haviam tido a oferta de métodos anticoncepcionais e em 32,5% delas foi realizado o exame ginecológico. Apenas 30,2% das entrevistadas foram avaliadas sobre o estado emocional delas no pós-parto; 11,6% disseram referiram que não e 58,1% não responderam ou não souberam responder (Tabela 3).

Quanto à importância da amamentação, 90,7% delas foram orientadas e 34,9% tiveram as mamas examinadas. Para 72% delas, foi perguntado se a criança estava usando mamadeira e para 62,8% se usavam chupetas (Tabela 3).

Tabela 3 - Atenção ao Puerpério na avaliação externa do Primeiro e Segundo Ciclos do PMAQ-AB, segundo as usuárias. Distrito Federal, 2012 e 2014.

Itens Avaliados	1º CICLO (n = 17)						2º CICLO (n=43)					
	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR
Visita do ACS e consulta de Puerpério												
A senhora recebeu a visita do ACS na primeira semana após o parto?	07	41,2	03	17,6	07	41,2	18	41,9	24	55,8	01	2,3
Foi perguntado se a senhora estava triste, desanimada ou com depressão?	08	47	09	53	-	-	13	30,2	05	11,6	25	58,1
Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar?	10	58,8	07	41,8	-	-	32	74,4	11	25,6	-	-
Foi realizado o exame ginecológico?	06	35,3	10	58,8	01	5,9	14	32,5	29	67,5		
Suas mamas foram examinadas?	06	35,3	11	64,7	-	-	15	34,8	28	55,2	-	-
Foi falado sobre a importância da amamentação?	13	76,5	04	23,5	-	-	39	90,6	04	9,4	-	-
Foi perguntado se a criança estava usando chupetas?	07	41,2	09	53	01	5,9	27	62,8	16	37,2	-	-
Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	11	64,7	05	29,4	01	5,9	31	72	12	23	-	-

5.1.5. Atenção à saúde da criança – Primeiro ciclo do PMAQ-AB

A consulta em até sete dias de vida da criança ocorreu para 64,7% das usuárias. Dentre os motivos que levaram o bebê a não consultar nessa primeira semana, o fato de estar na casa de parentes foi responsável por 33,3%; outros 16,7% ainda estavam internados; 33,3% tiveram outros motivos e 16,7% referiram não ter recebido a visita da equipe.

Sobre as consultas de seguimento referente ao Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança, a maioria das entrevistadas (76,5%) respondeu que essas ocorriam sempre com os mesmos profissionais e eram realizadas por médico (88,2%) e enfermeiro (70,6%). Apenas em 5,9% das equipes aconteceram consultas com o odontólogo.

Para 76,5% das usuárias, as orientações alimentares das crianças foram realizadas e 70,6% delas disseram que o desenvolvimento da criança foi avaliado conforme a idade e elas já saíam com a próxima consulta agendada.

As usuárias referiram que 35,3% das crianças necessitaram de atendimento de urgência e 83,3% das mães procuraram a própria UBS para esse atendimento, sendo atendidas mesmo sem estarem agendadas. Sobre os profissionais que realizaram o atendimento, 80% dessas crianças consultaram com médico e 20% com enfermeiro.

Todos que consultaram na primeira semana de vida tiveram as medidas antropométricas realizadas; 81,8% dos recém-nascidos foram colocados para mamar e foi perguntado às mães se o bebê já possuía certidão de nascimento; 90,9% tiveram o umbigo examinado; e 81,8% das mães foram orientadas sobre a melhor posição para colocar o bebê para dormir (Tabela 4).

Perguntadas sobre a certidão de nascimento da criança, 100% das usuárias responderam que seus bebês já a possuíam na primeira semana de vida e todas também referiram que já tinham realizado alguma vacina no RN (Tabela 4).

A caderneta da criança foi recebida por 94,1% das usuárias. Quanto à realização do teste do pezinho, 82,4% das entrevistadas responderam que haviam feito, sendo que dessas 92,9% tinham sido realizados na primeira semana de vida.

Quanto às vacinas da criança, 94,1% referiram que essas se encontravam em dia e 88,2% haviam sido vacinadas na própria UBS da equipe. (Tabela 4).

5.1.6. Atenção à saúde da criança – Segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo ciclo do PMAQ-AB, 46,5% das mães entrevistadas informaram que tiveram uma consulta para o bebê até o sétimo dia de vida. Quanto às medidas antropométricas, 100% referiram que suas crianças foram pesadas e em 95% foi verificada a estatura. O umbigo foi examinado em 90% dos filhos (Tabela 4)

Nessa consulta 65% das mães entrevistadas disseram que os profissionais colocaram o bebê para sugar. Quanto à certidão de nascimento, 70% referiram que foram questionadas se o bebê já a possuía. Para 95,4% das mães entrevistadas, o teste do pezinho já havia sido realizado na primeira semana de vida do bebê; 100% das crianças já possuíam a caderneta da criança (Tabela 4).

Nas consultas de seguimento, 81,3% das mães disseram não lembrar se as consultas da criança eram realizadas sempre pelos mesmos profissionais e se já saíam da consulta com a próxima agendada. Sobre a imunização das crianças de até dois anos, 97,7% das usuárias referiram que já haviam realizado alguma vacina na primeira consulta de seguimento e 95,4% estavam com o esquema vacinal em dia (Tabela 04).

Quanto ao desenvolvimento da criança, 79% das mães disseram que os profissionais avaliavam e 74,4% afirmaram ter recebido orientações sobre a alimentação da criança até os dois anos. Sobre a melhor posição para dormir, 53,5% referiram que foram orientadas a respeito (Tabela 4).

Apenas 30,3% das mães disseram que os filhos apresentaram alguma situação de urgência nos últimos seis meses, necessitando de atendimento, e 61,5% dessas consultas aconteceram na própria UBS e em 25% dos casos foram atendidos pelo enfermeiro, 37,5% por outros profissionais e outros 37,5% não se lembraram de quem realizou o atendimento.

Quando perguntadas se conseguiram o atendimento sem estar agendado, 50% referiram que sim; 12,5% disseram que quase sempre e 12,5% disseram que quase nunca. Outros 25% não souberam responder.

Tabela 4 - Atenção à saúde da criança na avaliação externa do Primeiro e Segundo Ciclos do PMAQ-AB, segundo as usuárias. Distrito Federal, 2012 e 2014.

Itens Avaliados	1º CICLO (n = 17)						2º CICLO (n=43)					
	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR
Consulta até sete dias de vida												
A equipe fez uma consulta até o sétimo dia de vida do bebê?	11	64,7	6	35,3	-	-	20	46,5	21	48,8	2	4,7
A criança foi pesada?	11	100	0	0	-	-	20	100	0	0	-	-
A criança foi medida?	11	100	0	0	-	-	19	95,0	1	5	-	-
Foi colocada para mamar?	9	81,8	2	18,2	-	-	13	65,0	7	35	-	-
Teve o umbigo examinado?	10	90,9	1	9,1	-	-	18	90,0	2	10	-	-
Foi conversado sobre a melhor posição para a criança dormir?	09	81,8	2	18,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Foi perguntado se a criança tinha Certidão de nascimento?	09	81,8	2	18,2	-	-	14	70,0	6	30	-	-
Consulta de seguimento – Crescimento e Desenvolvimento												
Foi realizado teste do pezinho na criança na primeira consulta do Recém - Nascido?	14	82,4	3	17,6	-	-	41	95,4	1	2,3	1	2,3
O teste do pezinho foi realizado até os 7 dias de vida?	16	94,1	1	7,1	-	-	40	93,0	1	2,3	2	4,6
A senhora recebeu a caderneta de saúde da criança?	16	94,1	1	5,9	-	-	43	100	0	0	-	-
Foi conversado sobre a melhor posição para a criança dormir?	-	-	-	-	-	-	23	53,5	20	46,5	-	-
A criança já havia feito alguma vacina na primeira consulta?	17	100	0	0	-	-	42	97,7	1	2,3	-	-
A criança está com as vacinas em dia?	16	94,1	1	5,9	-	-	41	95,4	1	2,3	1	2,3
Foi perguntado se a criança estava se desenvolvendo conforme a idade?	12	70,6	5	29,4	-	-	34	79	9	21	-	-
Recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois anos?	13	76,5	4	23,5	-	-	32	74,4	11	25,6	-	-
A criança teve alguma urgência nos últimos seis meses e precisou de atendimento?	6	35,3	11	64,7	-	-	13	30,3	29	64,4	1	2,3

5.2. RESULTADOS DO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

5.2.1. Pré-natal – Primeiro ciclo do PMAQ-AB

Segundo os profissionais, 82,1% das equipes que aderiram ao PMAQ-AB organizavam o serviço considerando a classificação de risco das gestantes. 60,7% possuíam o registro das gestantes de risco do território e 64,3% as atendiam em situações urgentes (Tabela 5).

A caderneta da gestante era utilizada por 89,3% das equipes e, 92,9% possuíam cartão espelho na unidade. Em 96,4% era efetuada a identificação do profissional que fez o atendimento. O registro da consulta odontológica acontecia em 32,1% das equipes. Os profissionais referiram que 71,4% orientavam as gestantes sobre a maternidade de referência para o parto, o registro das vacinas estava presente em 85,7% das equipes e o exame citopatológico em 82,1% (Tabela 5).

Quanto à orientação da vacina contra tétano e a realização de exames de rotina (sífilis, HIV, hemograma, hepatite B, toxoplasmose e glicemia), todas as equipes alcançaram percentuais acima de 92%. Apenas o exame simples de urina ficou em 89,3%. Quanto o tratamento com benzetacil, 57,1% das equipes a realizava (Tabela 5).

Sobre os exames, 43,9% dos profissionais referiram que os recebiam em tempo oportuno e 39,3% responderam apenas alguns chegavam.

5.2.2. Pré-natal – Segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo ciclo do PMAQ-AB, 75,5% dos profissionais que participaram da avaliação externa afirmaram que alimentavam o sistema SIS-PRENATAL; 100% utilizavam a caderneta da gestante no acompanhamento do pré-natal; e 95,5% dos profissionais realizavam o registro do atendimento. A vacinação foi orientada por 96,4% das equipes. Já a consulta odontológica foi registrada em 40% das equipes e o exame citopatológico em 85,5% delas. Em 75,5% das equipes eram administradas as injeções de penicilina benzatina (Tabela 5).

Quanto aos exames solicitados durante o pré-natal, 32,7% dos profissionais afirmaram que recebiam os resultados em tempo oportuno; no entanto, 58,2% referiram que recebiam apenas alguns e 9,1% disseram que não os recebiam em tempo para a realização das intervenções necessárias durante o pré-natal.

Tabela 5 - Atenção ao Pré-natal na avaliação externa do Primeiro e Segundo Ciclos do PMAQ-AB, segundo os profissionais de Saúde. Distrito Federal, 2011 e 2014.

Itens Avaliados	1º CICLO (n = 17)						2º CICLO (n=43)					
	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR
A equipe organiza a oferta de serviços à gestante baseado na classificação de risco?	23	82,1	05	17,9	-	-	-	-	-	-	-	-
A equipe possui registro com o número de gestantes de risco?	17	60,7	10	35,7	01	3,6	-	-	-	-	-	-
A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências das gestantes de risco?	18	64,3	10	35,7	-	-	-	-	-	-	-	-
A equipe alimenta regularmente o SISPRENATAL?	18	64,3	09	32,1	01	3,6	83	75,5	27	24,5	-	-
A equipe utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	25	89,3	03	10,7	-	-	110	100	00	00	-	-
A equipe tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Há registro sobre qual o profissional responsável pelo acompanhamento da gestante?	27	96,4	01	3,6	-	-	105	95,5	05	4,5	-	-
As gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto?	20	71,4	08	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Há registro sobre a consulta odontológica da gestante?	09	32,1	19	67,9	-	-	44	40	66	60	-	-
Há registro sobre a vacinação em dia da gestante?	24	85,7	04	14,3	-	-	106	96,4	04	3,6	-	-
Há registro sobre a coleta de exame citopatológico realizada na gestante?	23	82,1	05	17,9	-	-	94	85,5	16	14,5	-	-
A equipe orienta as gestantes em relação à vacina tétano?	27	96,4	01	3,6	-	-	109	99,1	01	0,9	-	-
É realizada a injeção de penicilina Benzatina na unidade?	16	57,1	12	42,9	-	-	83	75,5	27	24,5	-	-
Exame sorológico para sífilis (VDRL)	25	89,3	02	7,1	01	3,6	-	-	-	-	-	-

Exame sorológico para hepatite B	27	96,4	01	3,6	-	-	-	-	-	-	-
Exame sorológico anti-HIV	27	96,4	01	3,6	-	-	--	-	-	-	-
Exame sorológico para toxoplasmose	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-
Exame de hemoglobina e hematócrito	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-
Exame de glicose	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)	25	89,3	03	10,7	-	-	-	-	-	-	-

5.2.3. Puerpério – Primeiro ciclo do PMAQ-AB

Para garantir a consulta de puerpério na primeira semana do pós-parto, 89,3% das equipes referiram que realizaram a visita do ACS no domicílio e outras 71,4% realizaram a visita por outro membro da equipe. A consulta de puerpério em horário especial ou em qualquer dia da semana ocorria em 60,7% das equipes (Tabela 6).

Quanto aos profissionais da equipe que realizavam a consulta de puerpério, 92,9% referiram ser o enfermeiro e 71,4% o médico. Ressalta-se que essa pergunta poderia ter mais de uma resposta.

5.2.4. Puerpério – Segundo ciclo do PMAQ-AB

Sobre as consultas de puerpério, 84,5% das equipes responderam que as realizaram em até 10 dias depois do parto. Para a captação da puérpera, 80,9% das equipes realizavam a visita domiciliar do ACS e para 64,5% a visita era realizada por outro membro da equipe. As consultas eram ofertadas em livre demanda, sem agendamento e dia específico, em 38,2% das equipes e 15,5% não souberam responder a esse questionamento. Perguntados se realizavam alguma outra ação para garantir a consulta de puerpério em até 10 dias, 21,8% disseram que sim e 15,5% não souberam responder (Tabela 6).

Em 31,8% das equipes o monitoramento das gestantes que tiveram partos era realizado por meio de contra-referência da maternidade; outras 11,8% responderam que possuíam sistema informatizado que os avisava da data provável do parto das gestantes do território; e 10,9% eram informados pela gestão local.

Tabela 6 - Atenção ao Puerpério na avaliação externa do Primeiro e Segundo Ciclos do PMAQ-AB, segundo os profissionais de Saúde. Distrito Federal, 2012 e 2014.

Itens Avaliados	1º CICLO (n = 28)						2º CICLO (n=110)					
	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR
Ações desenvolvidas para garantir a consulta de puerpério na primeira semana do pós-parto												
Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	25	89,3	03	10,7	-	-	89	80,9	04	3,6	17	15,5
Visita domiciliar de outro membro da equipe	20	71,4	08	28,6	-	-	71	64,5	22	20,0	17	15,5
Consulta de puerpério (até dez dias) em horário especial em qualquer dia da semana	17	60,7	11	39,3	-	-	42	38,2	51	46,4	17	15,5
Outras ações	00	00	28	100	-	-	24	21,8	69	62,7	17	15,5

5.2.5. Atenção à saúde da criança – Primeiro ciclo do PMAQ-AB

No atendimento à criança de até dois anos de idade 92,9% dos profissionais relataram que realizavam a consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD) e utilizavam a caderneta da criança nesse acompanhamento. Eles também possuíam o cadastro atualizado dessas crianças e realizavam a busca ativa das crianças prematuras, de baixo peso e com vacinas em atraso (Tabela 7).

Nesse acompanhamento, a situação vacinal e o crescimento e desenvolvimento foram registrados em 100% dos atendimentos. O estado nutricional foi registrado em 96,9% das consultas e a realização do teste do pezinho em 78,6% das equipes (Tabela 7).

Para as consultas de puericultura em atraso, 89,3% das equipes realizavam a busca ativa. No entanto, a busca ativa por outros motivos além dos citados acima era realizada por apenas 7,1% das equipes (Tabela 7).

Outras situações, a exemplo de violência familiar, foram registradas em 53,6% das equipes e os acidentes em 42,9%. Quando perguntados se registravam outros problemas, apenas 3,6% referiram que sim (Tabela 7).

5.2.6. Atenção à saúde da criança – Segundo ciclo do PMAQ-AB

O acompanhamento das crianças de até dois anos foi realizado por 98,2% das equipes e 99,1% utilizavam a caderneta de saúde da criança para registro. Do total de equipes, 96,4% registravam o crescimento e desenvolvimento das crianças e o estado nutricional (Tabela 07).

O registro da realização do teste do pezinho era feito em 73,6% das equipes; violências familiares em 53,6%; e acidentes em 51,8%. Outras situações eram registradas somente em 16,4% das equipes (Tabela 7).

Quanto à alimentação da criança até dois anos de idade, 71,8% das equipes realizavam ações de vigilância alimentar e 83,6% monitoravam as taxas de aleitamento materno e alimentação saudável. Porém, apenas 69,1% dos respondentes conheciam a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

Entre os entrevistados que conheciam a norma citada anteriormente, todos referiram que evitam receber e distribuir doações de fórmulas infantis, bem como bicos e chupetas. 97,4% evitam receber materiais educativos sobre alimentação de lactentes, bicos, chupetas e mamadeiras, e 89,5% evitam receber amostras de produtos, patrocínios e ou participação em eventos promovidos pela indústria de alimentos infantis.

Tabela 7 - Atenção à Saúde da Criança na avaliação externa do Primeiro e Segundo Ciclos do PMAQ-AB, segundo os profissionais de saúde. Distrito Federal, 2012 e 2014.

Itens Avaliados	1º CICLO (n = 28)						2º CICLO (n=110)					
	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	NS/ NR
Realização de Busca Ativa												
De crianças prematuras?	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Existe documento que comprove?	21	75,0	07	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-
De crianças com baixo peso?	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
De crianças com consulta de puericultura atrasada?	25	89,3	03	10,7	-	-	-	-	-	-	-	-
De crianças com calendário vacinal atrasado?	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Busca ativa por outros motivos?	02	7,1	26	92,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Cadastramento e Puericultura												
Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?	26	92,9	02	7,1	-	-	109	99,1	01	0,9	-	-
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	20	71,4	08	28,6	-	-	82	74,5	18	25,5	-	-
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	26	92,9	02	7,1	-	-	108	98,2	02	1,8	-	-
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Registros sobre acompanhamento das crianças												
Vacinação em dia da criança.	28	100	0	0,0	-	-	107	97,3	03	2,7	-	-
Crescimento e desenvolvimento.	27	96,4	01	3,6	-	-	106	96,4	04	3,6	-	-
Estado nutricional.	27	96,4	01	3,6	-	-	106	96,4	04	3,6	-	-

Teste do pezinho.	22	78,6	06	21,4	-	-	81	73,6	29	26,4
Violência familiar.	15	53,6	13	46,4	-	-	59	53,6	51	46,4
Acidentes.	12	42,9	16	57,1	-	-	57	51,8	53	48,2
Outros temas.	01	3,6	27	96,4	-	-	18	16,4	92	83,6
Existe documento que comprove?	26	92,9	02	7,1	-	-	-	-	-	-

5.3. CERTIFICAÇÃO DAS EQUIPES (1º E 2º CICLOS DO PMAQ-AB)

A certificação é um processo por meio do qual um órgão governamental ou não avalia e reconhece uma organização ou pessoa que cumpriu os critérios preestabelecidos em um determinado programa (BRASIL, 2005).

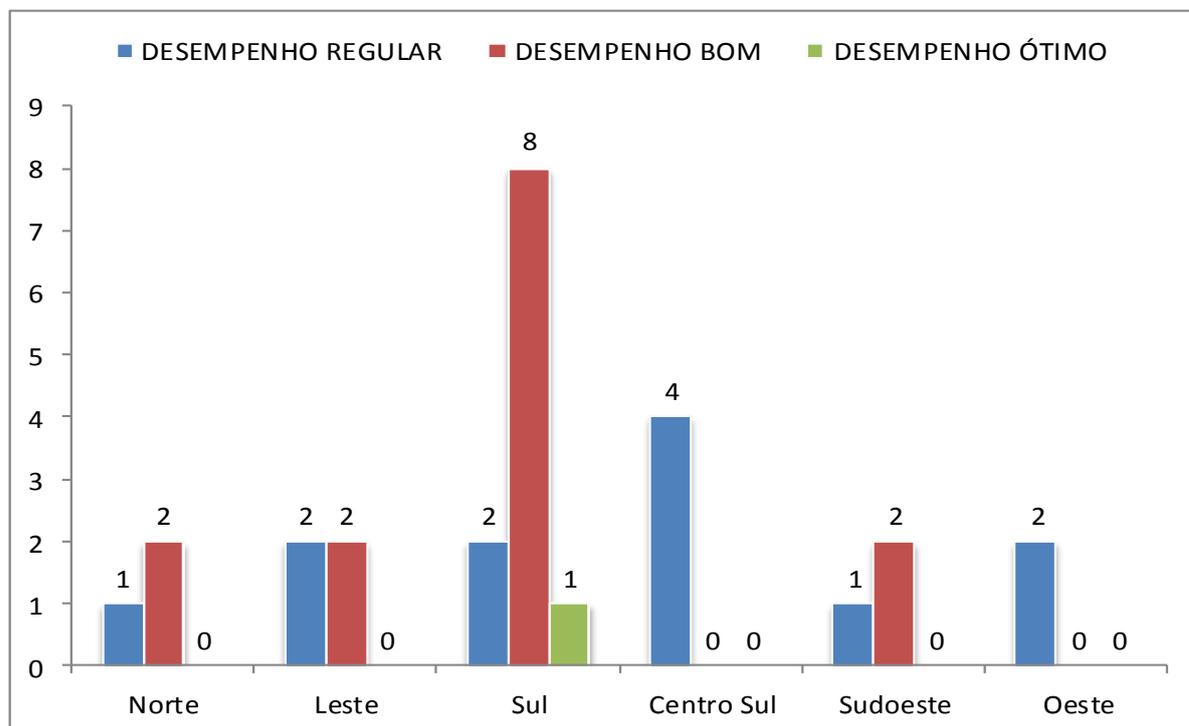
A avaliação externa é responsável por 70% do desempenho alcançado na certificação das equipes, porém nem todas as variáveis de cada dimensão são analisadas. As variáveis selecionadas na atenção ao pré-natal, puerpério e da criança foram:

- **Pré-natal:** utilização do cartão de gestante; registro do profissional que fez o atendimento; consulta de odontologia; vacinação e coleta de citopatológico;
- **Puerpério:** ações que garantam a consulta na primeira semana;
- **Acompanhamento da criança:** puericultura até os dois anos de idade; espelho do cartão de vacina; registro sobre vacina; registro do crescimento e desenvolvimento; registro do teste do pezinho; violência familiar; acidentes; outros.

5.3.1. Primeiro ciclo PMAQ-AB

Das 28 equipes de Saúde da Família do Distrito Federal que aderiram ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, 12 (42,8%) foram certificadas com o conceito mediano ou abaixo da média (Regular); 14 (50%) classificadas com o conceito acima da média (Bom); uma (3,6%) foi classificada com o conceito muito acima da média (Ótimo); e uma desclassificada (3,6%). Houve a certificação de 27 equipes. Resultado este, representado no Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 – Desempenho das Equipes da Estratégia de Saúde da Família no 1º Ciclo do PMAQ-AB, por Região de Saúde do Distrito Federal, 2012.



Esse resultado diverge levemente dos dados nacionais, nos quais se registra que 2,1% das equipes ficaram com conceito “insatisfatório ou desclassificado”; 35,3% alcançaram o conceito “regular”, 44,7% foram classificadas com o conceito “Bom”; e 17,9 % com o conceito “Ótimo”.

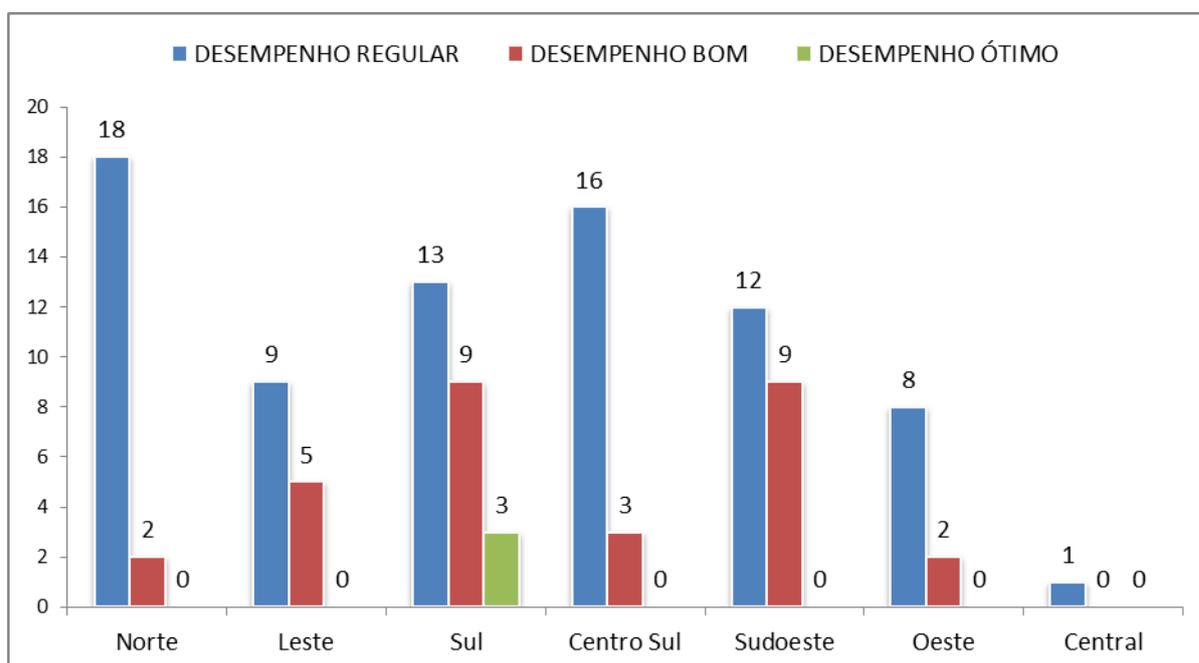
Observa-se que a Região de Saúde Sul foi a que teve o maior número de equipes participando do PMAQ e, dessas, 72,7% ficaram com o conceito “Bom”. A única equipe a alcançar o conceito “ótimo” também pertence a essa região.

Ressalta-se, porém que o desempenho final alcançado é o resultado da avaliação externa (70%); da implementação de processos auto avaliativos (10%); da alimentação do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) nas competências de março, abril e maio de 2012; e do monitoramento de vinte indicadores de saúde relacionados à atuação das Equipes de Atenção Básica (20%).

5.3.2. Segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo ciclo do PMAQ-AB, 110 equipes do Distrito Federal participaram. Dessas, 77 (70%) ficaram com o conceito de mediano ou abaixo da média (regular); 30 (27,3%) alcançaram o conceito de acima da média (Bom); e três (2,7%) tiveram o conceito de muito acima da média (ótimo), conforme apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Desempenho das Equipes da Estratégia de Saúde da Família no 2º Ciclo do PMAQ-AB, por Região de Saúde do Distrito Federal, 2015.



5.3.3. Desempenho das equipes que participaram nos dois ciclos

No primeiro ciclo foram certificadas 27 equipes, das quais sete (25,9%) não aderiram ao segundo ciclo. Das 20 que participaram do segundo ciclo, 11 (55%) sofreram queda no desempenho, sendo que 10 saíram do conceito “bom” no primeiro ciclo para “regular” no segundo e uma do conceito “ótimo” para “regular”.

Uma equipe (5%) que alcançou o conceito “ótimo” no primeiro ciclo foi certificada como “regular” no segundo. Apenas uma equipe (5%) melhorou seu desempenho, passando de “bom” para “ótimo”.

Oito equipes (40%) mantiveram os mesmos conceitos, sendo seis com o conceito “regular” e duas com o conceito “bom”.

6. DISCUSSÃO

A avaliação externa do PMAQ-AB no Distrito Federal, embora com uma amostra pequena das equipes da Estratégia de Saúde da Família e de usuárias do serviço, apresentou o retrato do trabalho das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, não se podendo generalizar esse resultado para todo o Distrito Federal, uma vez que não foi uma pesquisa aleatória e sim por adesão.

O estudo comparativo ocorreu apenas com o desempenho das vinte equipes que participaram dos dois ciclos, observando se houve melhora ou não nos indicadores avaliados. A grande diferença na amostra entre um ciclo e outro inviabilizou uma avaliação comparativa dos dois ciclos.

Alguns pontos requerem melhorias no processo de trabalho, na condução da aplicação dos questionários e coleta de dados e no comprometimento dos profissionais e da gestão. Outros indicadores mostram uma prática já consolidada e que já se tornou rotina do pré-natal há vários anos.

Nos dois ciclos, constatou-se que o enfermeiro foi o profissional que mais representou as equipes ao responder ao questionário, correspondendo, no primeiro ciclo, a 82% dos entrevistados e 73% no segundo, sendo ele, assim, reconhecido como o profissional que agrega maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe.

Nos dois ciclos, no âmbito nacional, verificou-se também o predomínio de enfermeiros como respondentes, registrando-se 92,3% no primeiro e 93,4% no segundo ciclo (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

No Distrito Federal o enfermeiro geralmente assume a função de “coordenador de equipe”, cabendo a ele desempenhar suas funções na assistência, supervisionar/capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ser o responsável técnico pela equipe de enfermagem e, ainda, responder por todas as demandas administrativas.

O enfermeiro encontrou na Estratégia de Saúde da Família um espaço que ampliou sua inserção e favoreceu um protagonismo muito grande em relação aos demais profissionais de saúde. Ele desenvolve atividades administrativas e educativas, além das assistenciais (COSTA; MIRANDA, 2008 apud MENDES, 2016).

A seguir, algumas considerações a respeito das respostas das usuárias e dos profissionais de Saúde nos dois ciclos do PMAQ-AB.

6.1. SOBRE A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS.

A atenção à mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal é fundamental, pois aborda ações de educação em saúde e de prevenção, centradas em suas necessidades, incluindo a abordagem psicossocial. Além disso, essas ações colaboram para uma gestação saudável, parto e nascimento seguros e respeitosos, além de assegurar a saúde psíquica no pós-parto.

A captação precoce das gestantes, o acolhimento com classificação de risco, a oferta de maior número de consultas e o acesso aos exames estão entre as recomendações do Ministério da Saúde e no Protocolo de Atenção à Saúde Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Observou-se nas respostas das usuárias uma facilidade de acesso aos exames de urina, HIV, Sífilis, Hepatite B e Toxoplasmose. Esse êxito pode ser devido ao fato de a maioria desses exames ser realizada pelos próprios profissionais (Testes Rápidos de Sífilis e HIV) e pelo Programa de Triage no pré-natal (colhido em papel filtro pelas equipes no dia da abertura do pré-natal), sendo as amostras enviadas a laboratório terceirizado que presta serviço para a SES-DF.

As ações relacionadas ao pré-natal e puerpério que devem ser realizadas na APS do Distrito Federal estão presentes na carteira de serviços da APS, elaborada em junho de 2014. Em sua revisão, ocorrida em 2016/2017, as ações relacionadas ao pré-natal e puerpério são: oferta de exame de gravidez; assistência ao pré-natal de risco habitual (da adesão ao parto); análise da situação vacinal no pré-natal; avaliação nutricional; aplicação de suplementos de micronutrientes no pré-natal; consulta puerperal realizada por enfermeiro e/ou médico; e extração de leite (ordenha mamária) no puerpério (DISTRITO FEDERAL, 2016/2017).

Houve uma redução na realização do exame de sífilis no segundo ciclo do PMAQ-AB (14,2%). Esse fato é preocupante, uma vez que a sífilis em gestante e a sífilis congênita vêm aumentando em todo o país. Em 2011, foram notificados no

Distrito Federal 112 casos de sífilis em gestante e 121 de sífilis congênita. Em 2015, esses números subiram significativamente, passando para 462 casos em gestantes e 391 congênitas. Outro pico da doença ocorreu em 2018, conforme se verifica na Sala de Situação do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico (nº 36 de 2017) do Ministério da saúde, o Brasil apresentou nos últimos cinco anos um aumento no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Em parte, esse aumento pode ser atribuído ao aumento da cobertura de testagem, à redução do uso de preservativo, à resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, além do desabastecimento mundial de penicilina. Além disso, a melhoria do sistema de vigilância pode refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Em 2016, foram notificados no Brasil 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, dos quais foram registrados 185 óbitos. Nos últimos cinco anos observa-se no Brasil um aumento dos casos de sífilis, com uma evolução das taxas de detecção dos agravos notificados entre os anos de 2010 e 2016. A taxa de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentou cerca de três vezes nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2017).

Quanto aos grupos de gestantes organizados pelas equipes, a participação foi pequena, embora cerca de 50% delas tenham sido orientadas quanto à sua importância. No primeiro ciclo, a presença das gestantes nos grupos foi de apenas 38,5%, reduzindo ainda mais no segundo ciclo (14,3%). Nesse sentido, não ficou claro se as equipes organizavam os grupos e as gestantes não tiveram interesse em participar ou se essa atividade não fazia parte da rotina do pré-natal de algumas equipes.

Esses dados impõem uma reflexão sobre os grupos, os temas discutidos e a forma de abordagem. Deve-se, portanto, pensar em estratégias para tornar as atividades mais dinâmicas, com participação ativa das gestantes e utilização de temas mais relevantes, que vão além dos assuntos já abordados na consulta e que de fato fazem sentido na vida delas.

Segundo Kessler et al (2018), as atividades de promoção da saúde e de ações educativas diminuem conforme o aumento do porte do município. Nos municípios pequenos, onde há maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família,

embora as condições econômicas não sejam as melhores, observam-se melhores resultados. Há maior dificuldade na organização do processo de trabalho das equipes nas grandes cidades, pois ele ocorre em um contexto muito complexo.

A maioria das mulheres (87,5% no primeiro ciclo e 68% no segundo) realizaram o pré-natal na UBS de referência e praticamente todas não necessitaram retornar àquela unidade para marcar a consulta subsequente. Esses dados demonstram o vínculo da gestante com a equipe e a facilidade no acesso à UBS. No entanto, não se observou essa vinculação com a maternidade, pois menos da metade das entrevistadas no primeiro ciclo e 50% no segundo disseram ter recebido a orientação sobre o hospital onde iriam ter o bebê.

Na opinião das usuárias, as orientações sobre o cuidado com o bebê e a importância do aleitamento materno estão bem presentes nas consultas de pré-natal, assim como a prescrição de sulfato ferroso e da vacina antitetânica.

A alimentação durante a gestação e o ganho de peso também foram bastante abordados, porém com queda no segundo ciclo, diferentemente das orientações sobre a coleta de citopatológico, que passou de 46,2% no primeiro ciclo para 67,9% no segundo. A baixa cobertura da realização do exame citopatológico, principalmente no segundo ciclo, pode ser atribuída à ausência ou descontinuidade de fornecimento dos insumos necessários, como luvas, lâminas e espéculos ou mesa ginecológica.

Esse fato foi constatado no censo realizado pelo Ministério da Saúde em 2012, o qual mostrou que 17% das UBS do país não dispunham de mesa ginecológica e 8% não tinham mesa de exame clínico e, além disso, em 5% das UBS onde as mulheres realizaram o pré-natal as mesas não dispunham de perneiras. O exame clínico está previsto nos protocolos específicos para serem realizados por médicos e enfermeiros, devendo essas atribuições ser revistas no processo de trabalho das equipes (TOMASI et al., 2017).

6.2. SOBRE A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Na avaliação dos profissionais de saúde, observou-se melhora do primeiro para o segundo ciclo em alguns indicadores relacionados ao pré-natal. A aplicação da penicilina benzatina nas UBS, embora ainda estivesse muito aquém do ideal, apresentou aumento de 18,4%.

A aplicação da penicilina benzatina na UBS é um procedimento muito importante e necessário, uma vez que a sífilis em gestante/congênita vem aumentando em número alarmante, como já mencionado anteriormente. A aplicação desse injetável está vinculada a uma estrutura mínima na UBS e a sua falta pode às vezes causar insegurança na equipe quanto aos resultados esperados.

Cardoso (2018), em sua Tese de Doutorado, avaliou a qualidade do pré-natal no Estado do Piauí no contexto do PMAQ-AB e também cita que muitas vezes as equipes não administram a penicilina nas UBS por receio às reações alérgicas, que raramente ocorrem, não se justificando a não administração do antibiótico. A Portaria GM/MS nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a administração de penicilina na Atenção Básica, devendo as equipes ser encorajadas a administrá-la, de modo a favorecer o acesso da gestante e do parceiro ao tratamento.

A utilização da caderneta da gestante, a orientação sobre a vacina antitetânica e a coleta de material citopatológico são exemplos de outros indicadores que apresentaram melhoria entre um ciclo e outro, na opinião dos trabalhadores.

Verificou-se na pesquisa baixo registro do exame da cavidade oral, podendo ser justificado pela ausência do odontólogo na equipe e, ainda, devido à falta desse serviço na rede, não tendo para onde se encaminhar as gestantes. Assim, esse exame deixa de ser prioridade no momento da consulta.

Além de não se ter uma referência para encaminhamento da gestante, a baixa cobertura de exames da cavidade oral se deve ao entendimento de que avaliar as necessidades em saúde bucal não está entre as funções do médico ou enfermeiro (TOMASI et al., 2017).

Sobre o Pré-Natal de Alto Risco – PNAR, pouco mais da metade dos profissionais (60,7%) no primeiro ciclo referiram possuir registro desse exame na UBS e ter realizado o atendimento às urgências apresentadas (64,3%). O atendimento ao pré-natal de alto risco está preconizado na Portaria da Rede Cegonha em Unidade de Saúde secundária/terciária (Portaria PRT MS/GM nº 1459/2011, do Ministério da Saúde). A equipe de atenção básica deve ter conhecimento dessa rede, fazer o encaminhamento e viabilizar o seu seguimento. Porém, o acompanhamento deve acontecer de forma conjunta, entre as equipes de saúde e a Unidade de referência para o PNAR (BRASIL, 2011).

O fato de nem todas as equipes possuírem registro das gestantes encaminhadas ao Pré-Natal de alto risco mostra distanciamento da equipe com a rede secundária, evidenciando o entendimento de que a responsabilidade no acompanhamento deixou de ser da equipe, que não deve mais se preocupar com aquela gestante. No entanto, a Atenção Primária em Saúde deve ser a ordenadora da rede e coordenar o cuidado das pessoas adstritas em seu território (BRASIL, 2010).

Mais de 70% das equipes afirmaram ter orientado as gestantes quanto à maternidade de referência. A divergência nas repostas dos profissionais e das usuárias retrata a necessidade de se reforçar essa informação nas consultas de pré-natal, favorecendo a visita de vinculação ao hospital, com agendamento prévio e comprovação se ela aconteceu de fato.

A vinculação da gestante à maternidade de referência está prevista na Portaria da Rede Cegonha, composta por quatro componentes (Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e Atenção integral à saúde da criança; Sistema logístico, transporte sanitário e regulação). No componente I, que se refere ao pré-natal, uma das ações preconizadas é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (KESSLER et al., 2018).

6.3. SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS.

A consulta de puerpério apresentou melhoria no segundo ciclo, porém a realização dessa consulta em até 10 dias ainda se encontra com percentuais

medianos. Essa consulta foi implementada na Portaria da Rede Cegonha e, na ocasião da avaliação do primeiro ciclo, essa rede ainda estava sendo implantada no Distrito Federal.

O estudo mostrou uma redução do percentual de visitas dos ACS às puérperas na primeira semana após o parto. Entende-se, portanto, que não houve correlação da visita do ACS com a realização da consulta de puerpério e que outras ações foram realizadas para garantir essa consulta, uma vez que esse indicador apresentou melhoria do primeiro para o segundo ciclo.

Essa consulta deve ser realizada por médico ou enfermeiro em até 10 dias após o parto, quando o binômio (mãe e filho) é avaliado. Percebe-se um aumento considerável no percentual de consultas com o profissional enfermeiro, porém o atendimento ainda é centrado no médico, contrariando os princípios da Estratégia de Saúde da Família, que estabelecem essa atuação dos profissionais como uma equipe (BRASIL, 2011).

A consulta de enfermagem é, em muitos casos, o primeiro contato com o paciente, quando, a partir da escuta, se reconhecem as condições de vida das pessoas e suas necessidades em saúde, fato que define os determinantes dos perfis de saúde e doença. Essa consulta se mostra um instrumento de qualidade no atendimento ao usuário no serviço de saúde, capaz de responder às complexidades dos indivíduos (CUNHA; SOUZA, 2017).

A utilização do cartão da criança, a realização das medidas antropométricas do recém-nascido (RN) e a verificação das condições do umbigo ocorreram com bons percentuais nos dois ciclos avaliados, bem como as orientações quanto à melhor forma de o RN dormir.

Segundo os profissionais, no primeiro ciclo, 81,8% colocaram o RN para sugar no primeiro ciclo e 65% no segundo. Porém, essa afirmação diverge das respostas das usuárias, pois, quando indagadas se os profissionais examinaram suas mamas, apenas 35,3% responderam que sim no primeiro ciclo e 34,9% no segundo.

Verificou-se que a atenção do profissional está mais voltada para o planejamento familiar da puérpera e o cuidado adequado com o bebê, com forte incentivo ao aleitamento materno. Porém, não se registrou a preocupação em examinar a situação das mamas da mãe e nem em orientar quanto à pega correta

para a amamentação. A saúde mental da mãe também foi pouco observada/avaliada em nenhum dos dois ciclos.

Observa-se que a atenção puerperal ainda não está consolidada, pois a maioria dos profissionais ainda dispensa maior atenção à avaliação da saúde do recém-nascido e à sua imunização (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

6.4. SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

As variáveis relacionadas ao puerpério que foram avaliadas pelos profissionais de saúde se resumem mais à Visita Domiciliar (VD) após o parto e à consulta de puerpério. Tanto a VD feita pelo ACS quanto a feita por outro membro da equipe sofreram reduções do primeiro para o segundo ciclo.

Porém, as equipes se mobilizaram com outras ações que garantissem a consulta em até 10 dias após o parto. Deve-se considerar que 100% das usuárias entrevistadas no segundo ciclo responderam que realizaram a consulta de puerpério em até 10 dias após o parto.

Um dos problemas enfrentados pelas equipes de saúde da família no Distrito Federal é a não disponibilidade de veículos e motoristas para a realização das visitas domiciliares. As equipes mais prejudicadas são as que atuam nas áreas rurais. Entretanto, muitos profissionais dessas equipes possuem autorização para dirigir veículos oficiais e, dessa forma, conduzem as equipes no processo de visita.

No estudo do Censo de Estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil, em 2012: estimativa de coberturas potenciais, apenas 7% das equipes do Distrito Federal possuíam veículos para realização de atividades externas e ou Visitas Domiciliares, sendo essa a menor cobertura do país, enquanto que o estado do Piauí liderava com 98,6% das equipes com veículos (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Quanto à garantia da consulta do binômio em até 10 dias, essa continua sendo um gargalo na Rede Cegonha. Eles devem ser atendidos como demanda espontânea no mesmo período em que chegam à UBS, porém isso não ocorre em muitas equipes que ainda possuem agendas engessadas, tendo dias específicos

para cada grupo. Esse agendamento dificulta o acesso e muitas mães e bebês não retornam.

Por outro lado, muitas usuárias, mesmo sendo orientadas no momento da alta na maternidade a procurar a UBS para consultas de puerpério ou revisão de parto, não procuram a UBS no período recomendado de 10 dias. Nesse caso, deveria acontecer a busca ativa ou a consulta deveria ocorrer no próprio domicílio.

Como forma de se garantir o monitoramento do momento do parto pelas equipes, algumas estratégias foram pensadas e, no segundo ciclo do PMAQ-AB, os profissionais foram abordados sobre esse aspecto. Apenas um terço das equipes recebem a contrarreferência da maternidade sobre os partos realizados e as demais possuem outras formas de monitoramento, não sendo especificado como esse controle ocorre.

É muito importante que as equipes saibam quando as gestantes tiveram o bebê para acompanhá-las nos primeiros 10 dias de puerpério, quando possuem risco de complicações tanto para ela quanto ao recém-nascido.

6.5. SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS.

Na consulta do recém-nascido na primeira semana de vida, a partir das respostas das usuárias, observou-se uma queda no segundo ciclo em praticamente todos os indicadores avaliados, mantendo-se igual (100%) apenas a verificação do peso.

Nas consultas de seguimento (CD) percebemos que os indicadores se mantiveram, sendo que as questões relacionadas à vacina alcançaram percentuais maiores. As orientações sobre a alimentação e desenvolvimento da criança ficaram abaixo de 80% nos dois ciclos, devendo esse indicador ser melhorado, uma vez que nessa idade podemos detectar atrasos importantes no desenvolvimento infantil que, quando corrigidos em tempo hábil, podem não deixar sequelas.

Quando questionadas se a criança teve algum problema de urgência nos últimos seis meses que antecederam a pesquisa, cerca de 30% responderam que sim e o percentual de mães que procuraram a própria UBS para atendimento

apresentou uma queda de 21,8%. Quanto ao atendimento sem ter agendado anteriormente, esse também apresentou queda significativa (30,3%).

6.6. SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS DO PMAQ-AB, NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

A atenção à criança, segundo os profissionais, apresenta bons indicadores (acima de 90%) nos dois ciclos: realização da consulta de Crescimento e Desenvolvimento até os dois anos de idade; utilização da caderneta da criança; registro da situação nutricional e vacinal e do crescimento e desenvolvimento.

Porém, o registro do teste do pezinho apresenta dados inferiores (78,6% no primeiro ciclo e 73,6% no segundo). O resultado do teste do pezinho está disponível para o profissional de saúde em tempo real (on-line) e deve ser impresso e entregue para a mãe na consulta de um mês de vida do RN. Os registros de acidentes e de violência familiar ainda são pouco efetuados, correspondendo a cerca de 50% nos dois ciclos.

O baixo registro do teste do pezinho, dos acidentes ocorridos e das violências familiares são indicadores que precisam ser implementados. Surge à tona que as consultas de CD, para a maioria das equipes, infelizmente ainda se configuram na realização e registro das medidas antropométricas e na verificação do estado vacinal, necessitando, assim, uma ampliação do cuidado no sentido de contemplar todos os fatores impactantes na evolução da saúde do binômio.

Ainda encontramos lacunas e limites no cuidado à criança, cujo foco, na maioria das vezes, é centrado na doença. Esse fato sugere que o cuidado deve ser reestruturado a partir do fortalecimento das políticas públicas, mudanças no processo de trabalho e na educação em saúde (ARAÚJO et al., 2014).

6.7. SOBRE A CERTIFICAÇÃO DAS EQUIPES

No desempenho das equipes na certificação do PMAQ-AB, não foi observada melhoria nos conceitos do primeiro ciclo para o segundo, mas sim o contrário. Em todas as Regiões de Saúde o conceito mediano prevaleceu no segundo ciclo. Mais

de 50% das equipes que participaram dos dois ciclos migraram do conceito “bom” ou “ótimo” no primeiro ciclo para “mediano” no segundo.

Um fato que pode ter colaborado para esse resultado foram as eleições para governo em 2014, com a conseqüente mudança de gestão na SES-DF e dos condutores do Programa nas Regiões de Saúde, evidenciando uma descontinuidade administrativa, com interrupção nos processos e projetos já iniciados.

Um estudo quantitativo não consegue evidenciar o que de fato ocorreu para esse resultado, requerendo outras análises. Sabe-se, no entanto, que aconteceram mudanças no organograma da SES-DF e uma que possivelmente pode ter impactado nesse resultado foi a extinção da Gerência de Monitoramento e avaliação – GEMA, que no primeiro ciclo monitorou os indicadores durante todo o processo, juntamente com a gestão local.

Observou-se também que o processo de certificação das equipes sofreu mudanças no segundo ciclo, tornando-se mais rigoroso em alguns aspectos. Quanto às variáveis dessa subdimensão, analisadas na certificação final das equipes, as que alcançaram percentuais de relevância em ambos os ciclos, relacionadas ao pré-natal, foram: utilização do cartão de gestante, registro do profissional que realizou o atendimento e vacinação. Com percentuais intermediários e baixos: coleta de material citopatológico e consulta em odontologia.

No puerpério, todas as variáveis que garantiam a consulta em até 10 dias não alcançaram percentuais relevantes.

No acompanhamento da criança, a puericultura até os dois anos alcançou percentuais satisfatórios: o registro da vacina e o registro do crescimento. Com percentuais intermediários e baixos: o registro do teste do pezinho, de violência familiar, de acidentes e outros registros importantes para a criança.

7. AVALIAÇÃO DAS USUÁRIAS X AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO 1º E 2º CICLOS DO PMAQ-AB.

Houve muitas alterações entre os questionários utilizados na coleta dos dados no primeiro e no segundo ciclos do PMAQ-AB. Algumas questões tiveram alteradas as formas de abordagem, outras foram suspensas e outras acrescentadas, como já mencionado anteriormente. Questões antes com as opções apenas de “sim” ou “não” foram acrescidas de outras possibilidades de respostas, visando talvez à obtenção de dados mais fidedignos.

Algumas questões se repetiram nos questionário das usuárias e dos profissionais, principalmente no primeiro ciclo. Isso possibilitou um estudo comparativo das percepções desses dois atores. Nesse item foram colocadas apenas as variáveis que se apresentaram idênticas nos dois questionários. Porém, nas questões relativas à saúde da criança, nenhuma permaneceu igual para os dois públicos da pesquisa, não aparecendo nessa análise.

No segundo ciclo a realização de exames de sífilis, HIV, hepatite e toxoplasmose ficou no caderno de avaliação da questão de insumos, não sendo objeto de avaliação pelos profissionais.

7.1. PRIMEIRO CICLO

Observa-se que em alguns indicadores as respostas praticamente coincidiram, com poucos percentuais de diferença, como nos exames de sífilis e HIV, na orientação da vacina contra o tétano e na consulta de puerpério até 10 dias após o parto (todos com percentuais acima de 90%). Esses são indicadores já consolidados e que tradicionalmente fazem parte do protocolo do pré-natal e puerpério.

Em outros indicadores ocorreram diferenças importantes, como na coleta de citopatológico que, segundo as usuárias, foi realizada em 61,5% delas, enquanto que para os profissionais de saúde essas coletas foram realizadas em 82,1% das gestantes. Quanto ao exame de glicemia, para as usuárias o exame foi realizado em 69,2% e para os profissionais em 92,9%.

Sobre a glicemia em jejum, podemos pensar se realmente as gestantes têm certeza da realização ou não desse exame, uma vez que são solicitados vários exames, dificultando saber ao certo quais foram colhidos, diferentemente do Teste Rápido para Sífilis e HIV, que são realizados na própria UBS com aconselhamento pré e pós-testes.

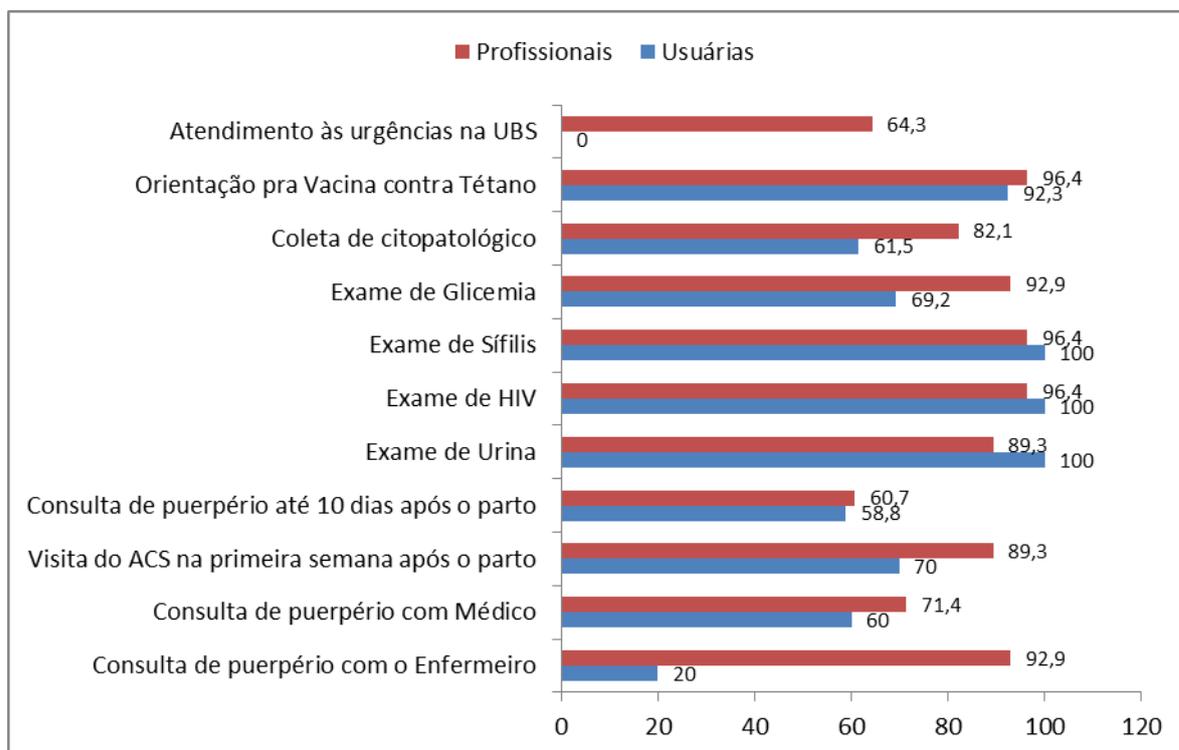
Na visita do ACS na primeira semana após o parto, somente 70% das usuárias disseram ter recebido essa visita, porém para os profissionais de saúde ela ocorreu em 89,3% dos casos.

Quanto à consulta de puerpério com o médico, houve uma discreta diferença, sendo 60% relatado pelas usuárias e 71,4% pelos profissionais de saúde. Em relação à consulta com o enfermeiro, esse item apresentou uma grande discordância, sendo referida por 20% das usuárias (nessa pergunta havia outra opção “com outro profissional” que também obteve 20%) e, segundo os profissionais de saúde, 92,9% das gestantes consultaram com o enfermeiro.

A Portaria da Rede Cegonha preconiza que as consultas do pré-natal de baixo risco sejam intercaladas com uma consulta médica e outra do enfermeiro, porém as respostas das usuárias talvez retrate que o cuidado ainda continua centrado no médico, sendo esse profissional lembrado com maior frequência pelas usuárias.

Outro indicador que destacou de forma expressiva foi o que refere às consultas de urgência no pré-natal, pois, segundo as usuárias, 100% desse atendimento foram realizados em hospital público, enquanto que, para os profissionais de saúde, o atendimento ocorreu em 64,3% dessas intercorrências. Nesse item cabe a reflexão sobre o conceito de urgência, que pode ter entendimentos diferentes entre um profissional de saúde e uma usuária (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Comparativo entre as respostas das usuárias e profissionais de saúde quanto aos indicadores presentes no 1º ciclo do PMAQ-AB, Distrito Federal, 2011 e 2014.



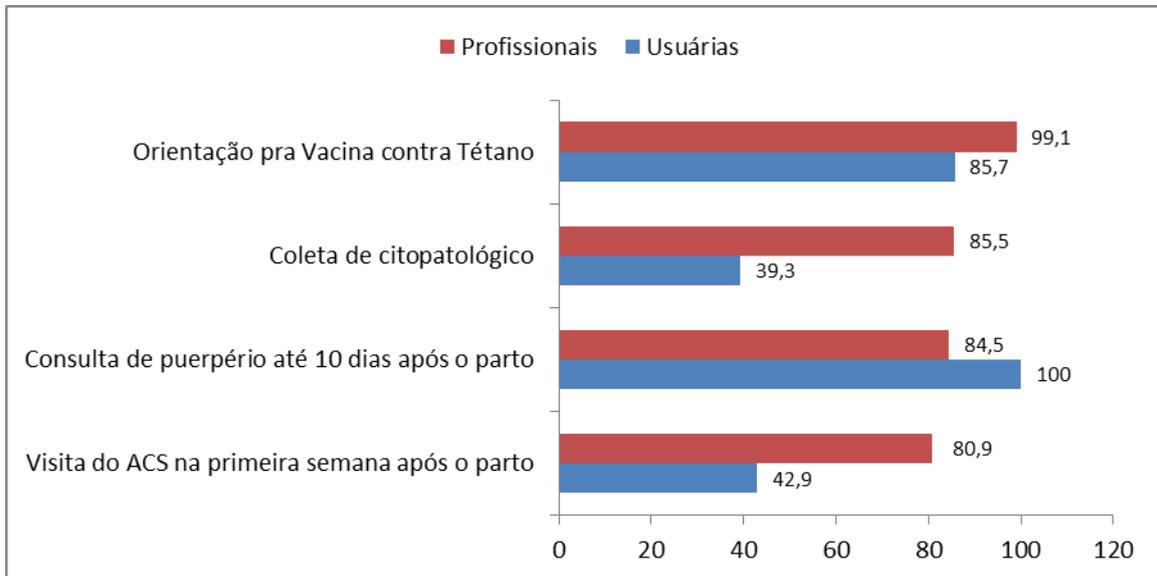
7.2. SEGUNDO CICLO

Foram poucas as questões comuns ao questionário das usuárias e dos profissionais nesse ciclo, o que dificultou uma análise comparativa mais ampla. Porém, foi possível constatar diferenças significativas, como, por exemplo, na coleta de material citopatológico, que segundo as usuárias foi realizada em apenas 39,3% delas, enquanto para os profissionais de saúde ela foi coletada em 85,5% das gestantes.

Outra diferença ocorreu na visita do ACS na primeira semana após o parto, que 42,9% das usuárias disseram ter recebido a visita e, para os profissionais de saúde, ela aconteceu em 80,9%.

Quanto à consulta de puerpério, 100% das usuárias referiram que a realizaram em até 10 dias após o parto e, segundo os profissionais de saúde, esse percentual foi de 84,5%. A orientação para realização da vacina contra tétano não apresentou diferenças significativas, ficando em 99,1% para as usuárias e 85,7% para os profissionais de saúde (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Comparativo entre as respostas das usuárias e profissionais de saúde quanto aos indicadores presentes no 2º ciclo do PMAQ-AB, Distrito Federal, 2011 e 2014.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou os objetivos propostos quando fez uma análise descritiva do resultado da avaliação externa do PMAQ-AB nos dois primeiros ciclos desse programa. Foi apresentado um retrato da atenção dispensada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal ao pré-natal, puerpério e à criança de até dois anos de idade, na perspectiva das usuárias do serviço e dos profissionais de saúde da APS que aderiram ao PMAQ-AB.

Quanto à hipótese levantada, se os profissionais estão utilizando o PMAQ-AB como uma ferramenta de avaliação e qualificação do processo de trabalho, observou-se que os indicadores que tradicionalmente já fazem parte da rotina de atenção ao pré-natal, puerpério e consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança, apresentaram percentuais altos nos dois ciclos, o que não deixa de ser extremamente importante. Porém, os que necessitavam de mudanças ou qualificações permaneceram iguais, não sendo evidenciado se houve algum planejamento para melhorá-los.

Nessa hipótese cabe uma reflexão. Se realmente os profissionais aderiram ao PMAQ-AB por livre adesão ou se por ser uma fonte de recurso do PAB Variável, eles não sofreram alguma influência por parte da gestão e, dessa forma, não realizarem as etapas que antecedem a avaliação externa, como a autoavaliação, por exemplo.

O estudo é importante e poderá subsidiar as equipes de saúde e os gestores para que, diante das fragilidades apresentadas, possam estabelecer estratégias adequadas e capazes de qualificar melhor a atenção à saúde, bem como repensar as práticas do pré-natal, do puerpério e da atenção à criança.

Observou-se ao longo da implantação da Estratégia de Saúde da Família um distanciamento das equipes de Saúde Bucal dos demais profissionais da estratégia, como um “não pertencimento”, e ainda hoje se percebe isso em algumas equipes, devendo ser estruturadas ações que favoreçam a integração e com isso melhorem os indicadores de saúde bucal.

No Distrito Federal há uma necessidade de implantação de novas equipes de Saúde bucal e o fato de as equipes existentes atuarem na proporção de uma equipe

de saúde bucal para duas de Saúde da Família dificulta a integração, além de não se obter sucesso em dispensar uma atenção de qualidade a todos os grupos.

Quanto à realização da coleta de citopatológico em gestantes, evidencia-se a necessidade de se fortalecer essa prática durante a consulta de pré-natal, aproveitando a oportunidade da vinda mensal da mulher à UBS e, ainda, rever a agenda de pré-natal do profissional enfermeiro, que deve contar com maior tempo entre uma consulta e outra, pois, na maioria das equipes, ele é o responsável por essa coleta.

O baixo vínculo das gestantes com a maternidade de referência deve ser melhorado por meio de programações de visitas da mulher, juntamente com o parceiro, ao hospital ou casa de parto. O estudo indica que essa vinculação melhorou bastante nos últimos anos no Distrito Federal, pois tem se investido muito no fortalecimento da Rede Cegonha e na integração da APS com a rede secundária.

Uma estratégia utilizada na região em que atuo foi a constituição de um grupo responsável pelo acolhimento e acompanhamento das gestantes durante as visitas à maternidade e casa de parto. Tais visitas são marcadas por meio de disponibilização de agendas online para todas as equipes da Estratégia Saúde da Família da região que, durante o atendimento, já pactuam junto com as gestantes a melhor data para ela e o parceiro realizarem essa visita.

Embora seja percebido um retorno positivo por parte das gestantes que realizam a visita, no sentido de que houve redução da ansiedade ao momento do parto, essa prática deve ser reforçada junto aos profissionais que ainda não a entendem como um procedimento importante na construção do vínculo e na preparação da mulher pra hora do parto.

Quanto à consulta de revisão de parto, esta deve ser priorizada junto às equipes, pois a maioria das complicações, tanto para a mãe quanto para o RN, acontece nos primeiros 10 dias de puerpério. Deve-se considerar também o custo da ida da puérpera à UBS, o que provavelmente será determinante para que ela não retorne para uma próxima consulta.

Além das consultas de puerpério acontecerem no tempo certo, elas devem ser qualificadas para mudar o quadro apresentado no estudo, quando a atenção ficou voltada principalmente ao RN, como, por exemplo, no incentivo ao aleitamento materno, muito presente no Distrito Federal. Quanto às puérperas, a maioria não

teve as mamas examinadas durante a consulta, não sendo observada a existência de ingurgitamento mamário ou fissuras no mamilo.

A saúde mental das puérperas foi outro ponto que chamou a atenção no estudo. Poucas equipes abordam esse problema na consulta, necessitando mudar a prática frente àquela mulher que está ali, insegura, ansiosa e cansada e que, muitas vezes, é abordada apenas com perguntas sobre o seu bebê.

Nas consultas de seguimento das crianças até dois anos, a avaliação externa apontou que a maioria dos atendimentos está voltada para as medidas antropométricas e imunização, requerendo que outras ações seja, implementadas e qualificadas para um atendimento integral de fato.

Quanto à certificação das equipes, o estudo favorece a análise da gestão das fragilidades apontadas no processo de trabalho e do papel dos próprios gestores na utilização do PMAQ-AB, como uma ferramenta importante de avaliação e monitoramento, e não apenas como mais uma fonte de recursos para muitos.

O número reduzido de usuários que estavam presentes na UBS no momento da coleta de dados, nos dois ciclos, mostra que possivelmente essa ação tenha ocorrido em horários de esvaziamento nas UBS e, ainda, que a logística não tenha sido pactuada e explicada aos gestores e profissionais.

Dentre as principais limitações do estudo, destaca-se a análise de dados secundários, gerados a partir de um estudo amplo, de abrangência nacional, disponibilizados em base de dados pública do Ministério da Saúde. A fonte de dados e o desenho metodológico possibilitaram uma análise restrita da qualidade da atenção primária à saúde da mulher ao longo do ciclo gravídico e puerperal e atenção à saúde da criança menor de dois anos de idade.

Sugere-se a ampliação e o aprofundamento do conhecimento sobre a temática a partir de estudos locais e regionais, com amostras mais representativas e sob diferentes enfoques metodológicos.

Outra limitação identificada foi a baixa adesão das equipes, que resultou numa amostra muito pequena, principalmente de usuárias elegíveis, ficando um número significativo de equipes participantes do PMAQ-AB sem avaliação no eixo da Rede Cegonha.

Espera-se que os gestores, de posse dessas informações e juntamente com os profissionais de saúde, avaliem se as fragilidades apontadas no estudo ainda persistem e que possam desencadear ações que viabilizem a ampliação da carteira

de serviços da Atenção Primária à Saúde, atendendo aos princípios do SUS e garantindo de fato o acesso a serviços de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. **Institucionalização da avaliação na Atenção Básica**: análise da implantação do programa em uma gestão estadual. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008alves-cka.pdf>. Acesso em: 3 abril. 2019.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.499-1.509, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 mar. 2019.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 1.000-1.007, nov./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000. Acesso em: 12 mar. 2019.
- ARAÚJO, Rosânia de Lourdes. **Atributos da Atenção Primária à Saúde no DF**: estudo comparado entre unidades básicas de saúde tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.
- BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, out./dez. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 mar.2019.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 abril. 2019.
- BERTUSSO, Francielle Regina; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, abr./jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811705>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000200408&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2019.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, p. 1-32, 5 out. 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde], 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em 05. Março. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. [Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde], 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico – Sífilis, Volume 48, nº 36, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8.080/90. [Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde], 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 9 Maio. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. [Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde], 2011b. (Revogada). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde], 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 d. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-3161-de-27-de-dezembro-de-2011>. Acesso em 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015**. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 05 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013 a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 08 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_revisado_em_22_de_out.pdf. Acesso em: 9 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde mais Perto de Você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf. Acesso em: 08 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf. Acesso em: 10.mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 07.mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. Acesso em 05 maio.2019.

CARDOSO, Tauani Zampieri. **Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28012019-105025/pt-br.php>. Acesso em: 09 mar. 2019.

CASTRO, CGSO, coord. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p. ISBN 85-85676-89-2. Available from SciELO Books . Acesso em 09 mai. 2019.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S16, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 7.mar. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>. Acesso em: 05.abr. 2019.

CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014. DOI: 10.4034/RBCS.2014.18.01.14. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>. Acesso em: 07.mai. 2019.

CUNHA, Ana Carolina. **Avaliação da atenção ao pré-natal na atenção primária à saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/186796/PGSC0192-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 20.mai. 2019.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SOUZA, Inês Leoneza de. **Guia de trabalho para o enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba: CRV, 2017.

CUNHA, Margarida de Aquino *et al.* Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, jan./mar. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100020. Acesso em: 21 mai. 2019.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015**. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: SINJ-DF, 2015. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/18d4937a92aa49eba6b56ecc14a31b76/exec_de_c_36918_2015_rep.html. Acesso em: 02 jun. 2019.

DISTRITO FEDERAL, **Protocolo de Atenção à Saúde Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido**. Portaria SES-DF Nº 342 de 28.06.2017, publicada no DODF Nº 124 de 30.06.2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: SINJ-DF, 2017 a. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-nº-77-2017-Estabelece-a-Política-de-Atenção-Primária-à-Saúde-do-Distrito-Federal.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária a Saúde, Versão Profissional – Gestor**. Brasília, 2016/2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: SINJ-DF, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-nº-78-de-14-de-fevereiro-de-2017.Regulamenta-o-art.-51-da-Portaria-nº-77-de-2017-para.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde. **Plano distrital**: reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: estratégia de apoio à consolidação de redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Governo do Distrito Federal, 2010. Disponível em: http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas_publicas/Plano_atencao_primaria_df.pdf. Acesso em: 23 mai. 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-12, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jul. 2019.

ESPERÓN, Julia Maricela. Torres. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1-2, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20170027. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2019.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1.171-1.176, 2007. DOI: 10.1590/s0104-11692007000600018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_17.pdf. Acesso em: 25. jun. 2019.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1.997-2.008, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601997. Acesso em: 15 mar. 2019.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2019.

HOCHMAN B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras* [serial online] 2005;20 Suppl. 2:02-9. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/acb> Acesso em agosto.2019.

KESSLER, Marciane *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 1-12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000200312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 mai. 2019.

LIMA, Renata Mantovani de; POLI, Leonardo Macedo; SÃO JOSÉ, Fernanda. A evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente: da insignificância jurídica e social ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 313-329, ago. 2017. DOI: 10.5102/rbpp.v7i2.4796. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4796>. Acesso em: 15.jun. 2019.

MARIO, Débora Nunes *et al.* Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1.223-1.232, jan./mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301223&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10. mai. 2019.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, out./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000400900&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 abr. 2019.

MENDES, Cássia Regina Alves. Atenção à saúde da mulher na Atenção Básica: potencialidades e limites. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 20, n. 2, p. 65-72, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26046651002>. Acesso em: 18 mai. 2019.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1-10, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00072317>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000405003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 mar. 2019.

OSIS, M J M D, **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): 25-32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde Interativa). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 08.mar. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

PIOLA, Sérgio Francisco; GOULART, Flávio Alberto de Andrade; VIANNA, Solon Magalhães. **Estudo Delphi sobre a Estratégia de Saúde da Família e seu processo de trabalho**. Brasília, DF: UnB: ObservaRH, 2014. Disponível em:

http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/14_EstudoDelphi_ESF.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 275-284, abr./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200275&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 16 abr. 2019.

SALES, Maria Lucélia da Hora *et al.* Qualidade da atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 151-153, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822013000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2019.

SANINE, Patricia Rodrigues; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 199-215, jan./mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000100012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-59702018000100199&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jul. 2019.

SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014.

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JÚNIOR, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2.075-2.084, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602075&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jul. 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 52-68, out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600052&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2019.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2019.

UCHÔA, Severina Alice da Costa *et al.* Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 1-30, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100304&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 abr. 2019.