

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PRÉ-NATAL

Érica de Brito Pitilin¹, Daniela Savi Geremia², Jéssica Ferreira³,
Yaná Tamara Tomasi⁴, Carine Vendruscolo⁵, Tatiane Barateri⁶,
Maicon Henrique Lentsck⁷, Janine Schirmer⁸

Destaques:

- (1) Identifica fatores gerenciais e assistenciais associados à consulta pré-natal.
- (2) A falta de fluxo/regulação e comunicação com especialistas dificultam o pré-natal.
- (3) A educação continuada e segurança no atendimento favorecem a consulta pré-natal.

RESUMO

Objetivou-se identificar os fatores associados à consulta pré-natal a partir do processo de trabalho das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Trata-se de um estudo transversal com dados secundários, oriundos de 38.865 equipes entrevistadas que participaram da avaliação externa do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2017. A variável dependente foi a realização de consulta pré-natal e as variáveis independentes, agrupadas em níveis hierarquizados. Realizou-se análise de regressão logística múltipla, sendo as variáveis classificadas em duas dimensões: gerencial e assistencial. Os fatores assistenciais, associados à realização da consulta, incluíram a educação continuada, a segurança na realização do atendimento e o número suficiente de profissionais. Na dimensão gerencial, a ausência de fluxo de comunicação institucionalizado com a equipe especializada, falta de fluxos definidos para parto/maternidade, ausência de central de regulação para encaminhamentos, dentre outros, foram fatores que contribuíram para a não realização da consulta para a gestante. A análise gera subsídios para a qualificação dos processos de trabalho na atenção pré-natal e o fortalecimento da integração da rede assistencial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; cuidado pré-natal; avaliação em saúde.

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3950-2633>

² Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2259-7429>

³ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8284-7883>

⁴ Universidade Federal da Fronteira Sul. Passo Fundo/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6034-1497>

⁵ Universidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

⁶ Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0270-6395>

⁷ Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8912-8902>

⁸ Universidade Federal de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-2961>

INTRODUÇÃO

A Atenção Pré-Natal (APN) é um dos serviços necessários à gestante para o acompanhamento e o monitoramento da evolução da gravidez, pois trata-se de um dos principais indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU)¹. Nos últimos anos diversas iniciativas foram instituídas para melhorar a qualidade da assistência à gestante na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) uma das estratégias mais relevantes de saúde e a maior proposta de avaliação de desempenho de programas já desenvolvidos no Brasil^{2,3}. Esse programa tem por objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde⁴. Apesar do PMAQ ainda ter limitações, sua potencialidade está representada pelo processo participativo de toda equipe nas ações avaliativas. Cumpre destacar que, no Brasil, a APS é designada como Atenção Básica.

Mesmo com avanços nos indicadores sociais e demográficos nos últimos anos no Brasil, persistem desigualdades no acesso e na qualidade da APN, principalmente nas regiões menos desenvolvidas⁵. Essas desigualdades são apresentadas nas formas de acesso, na resolatividade e no desfecho da APN⁶. A Atenção Básica, nesse sentido, tem ampliado sua oferta de consultas e procedimentos buscando desenvolver ações resolutivas e acolhedoras junto a rede de serviços de saúde, mas apresenta carência de estudos avaliativos, de monitoramento de indicadores e ações gerenciais que favoreçam a qualidade do cuidado da APN ofertado pelas equipes⁷.

Em diversos países, os problemas relativos à qualidade da APN também têm sido destacados. Nos sistemas de cuidados maternos da Europa Central e Oriental persistem desigualdades que padecem com barreiras no acesso e cuidados maternos, além de protocolos inadequados e desatualizados, mesmo com esses sistemas bem estabelecidos no continente⁸.

Em algumas regiões da Ásia um estudo identificou que a qualidade da APN é inadequada, especificamente devido a fatores gerenciais e assistenciais, como disponibilidade de recursos humanos, instalações, distância entre as unidades, e mais⁹. Outro estudo, realizado em contexto latino-americano, identificou baixa adesão à atenção pré-natal, bem como dificuldade de as equipes de saúde se articularem com outros pontos da rede de atenção à saúde¹⁰.

Nessa perspectiva, a avaliação da completude de um repertório de ações de saúde é valiosa para estimar a abrangência do cuidado à gestante, portanto sua qualidade¹¹. Informações sobre processos de trabalho das equipes de saúde sobre a organização do cuidado com a usuária podem subsidiar estratégias gerenciais e assistenciais que apoiarão a avaliação da qualidade da assistência pré-natal no país. Este estudo objetiva identificar os fatores associados à consulta pré-natal a partir do processo de trabalho das equipes de saúde da APS no Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal, com dados secundários das equipes de saúde da APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos profissionais responderam o componente avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB. Trata-se de um programa vinculado a repasses financeiros a partir do resultado de certificação obtido pelas equipes, e que abrangeu 93,9% de equipes da APS em 95,6% dos municípios do território brasileiro em 2017, época da coleta de dados¹².

O PMAQ-AB dispunha de instrumento de avaliação composto por três módulos que orientaram a coleta dos dados. O Módulo I retratava a observação das características estruturais e de ambiência

na unidade de saúde, o Módulo II entrevistava os profissionais sobre o processo de trabalho da equipe de saúde e analisava documentos e o Módulo III entrevistava os usuários com o objetivo de avaliar sua percepção e satisfação quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização¹². Para o presente estudo foram utilizadas variáveis contidas no Módulo II, de modo que as entrevistas ocorreram por meio de uma amostra não probabilística, em que foram entrevistados quatro usuários de cada unidade, totalizando 140.444 usuários em todo o território nacional¹².

A coleta de dados do PMAQ é feita por intermédio de um aplicativo em *tablet*, onde todos os envolvidos das equipes de saúde colaboram ativamente para o bom andamento da fase de avaliação externa do programa. O acesso às variáveis do Módulo II foi feito por meio da consulta ao *site* do PMAQ (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>), disponíveis em arquivo com extensão XLSX¹².

Para a população do presente estudo foram incluídas as equipes que responderam “sim” à pergunta: “Realiza consulta pré-natal?”, resultando em 38.865 questionários.

A realização ou não da consulta pré-natal foi considerada variável dependente e os determinantes para a realização da consulta na APS foram classificados em duas dimensões de análise: gerencial e assistencial. O modelo conceitual foi elaborado a partir do referencial teórico de Donabedian¹³ e adaptado para representar os componentes da Atenção Pré-natal (APN) propostos por Luz, Aquino e Medina¹⁴.

Os componentes da APN e suas relações entre si foram formulados em duas dimensões de análise: nível distal gerencial e nível proximal assistencial, compostas por atributos de estrutura e processo (Figura 1).

A matriz de análise do nível distal gerencial é composta de atributos de estrutura e processo e foram incluídas as variáveis: Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada? Os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre as gestantes encaminhadas pela Atenção Básica? Existem referências e fluxos definidos para o parto (maternidade)? Existe central de regulação disponível para o encaminhamento da gestante para os demais pontos de atenção? No último ano a equipe participou de ações de educação continuada? As ações de educação continuada contemplam as demandas e necessidades da equipe? A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde? Há falta de capacitação/treinamento?

Na dimensão assistencial foram consideradas as variáveis de estrutura e processo, a saber: A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? Recebe apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)? A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações? Infraestrutura inadequada? Falta de materiais/insumos? Falta de protocolos? Falta de profissionais (recursos humanos)? Falta de demanda para a oferta do serviço? Sobrecarga de trabalho? Medidas restritivas de conselho de fiscalização da profissão? Falta de segurança para realização da consulta?

Cada critério foi construído, na maioria das vezes, pela agregação de aspectos provenientes de mais de uma questão dos instrumentos do PMAQ-AB, dicotomizando as alternativas de resposta em sim e não. Para as questões relativas às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, considerou-se como resposta afirmativa apenas os casos em que foi referida a realização da ação com apresentação de confirmação documental. Finalmente, as opções de resposta “nunca disponíveis/às vezes disponíveis”, “não sabe/não respondeu” e “não se aplica” foram classificadas como “não”.

Após seleção das variáveis, a exploração do banco de dados permitiu identificar, na análise descritiva, 23.067 entrevistas que continham ausência de respostas (*missings*) em, pelo menos, uma variável. Para evitar a exclusão de participantes, utilizou-se o método de imputação múltipla, em que os dados faltantes são imputados **m** vezes, gerando **m** bancos de dados distintos e completos. Destes **m**

bancos distintos obtemos **m** resultados, de acordo com o objetivo desejado, levando em consideração a variabilidade da imputação¹⁵.

O modelo de imputação é especificado separadamente para cada variável utilizando todas as outras variáveis como preditoras. Em cada etapa do algoritmo uma imputação é gerada para a variável com dados faltantes. Estes valores imputados, então, são usados para a imputação da próxima variável. O processo continua até que se atinja a convergência. Ou seja, a ideia básica é imputar as variáveis incompletas uma de cada vez, utilizando todas as variáveis e as variáveis já imputadas na etapa anterior^{16,17}.

Utilizou-se regressão logística múltipla com entrada hierarquizada das variáveis como forma de análise. Inicialmente analisaram-se as variáveis distais, consideradas condicionantes para as variáveis do nível subsequente, e, em seguida, analisaram-se as variáveis intermediárias e proximais.

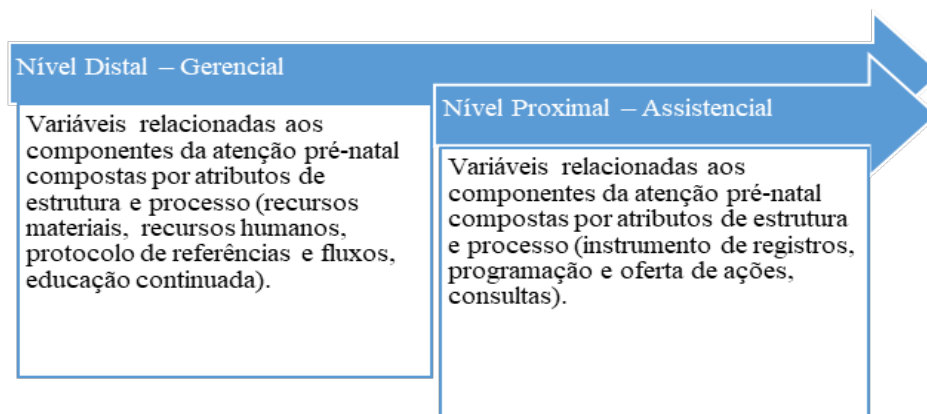


Figura 1 – Subdimensões do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2017.

Fonte: Adaptação PMAQ-AB (2017).

O modelo de regressão logística múltipla, com a inclusão das variáveis *stepwise forward*, considerou aquelas com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, e permaneceram no modelo final as variáveis com valor de $p < 0,05$ e/ou que ajustaram o modelo. A magnitude das associações foi estimada pelo *odds ratio* (OR), com intervalos de 95% de confiança (IC95%) como medida de precisão. A adequação do modelo final foi verificada a partir do teste de Hosmer-Lemeshow. O teste do pressuposto de multicolinearidade foi realizado pelo *Variance Inflation Factor* (FIV) e calculado pela regressão linear múltipla adotado como ponto de corte $FIV \geq 4$. O teste não mostrou evidência de presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes estudadas para a regressão logística múltipla. Os dados foram armazenados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0

Por se tratar de pesquisa com bancos de dados secundários, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, o presente estudo é dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com a Resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A proporção das equipes que realizaram a consulta pré-natal foi de 96,9% ($n=36.702$), sendo 35,6% ($n=13.486$) atuantes na Região Nordeste, seguido da Região Sudeste 32,9% ($n= 12.482$) e Região Sul 14,7% ($n=5.558$). A Tabela 1 mostra a análise descritiva das equipes de atenção básica quanto às suas características empregatícias. Houve predominância de profissionais enfermeiros, 93,3% ($n=35.371$), servidores públicos e com plano de carreira.

Tabela 1 – Características dos profissionais da saúde quanto ao perfil empregatício, 3º ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2017

Variáveis	População analisada	n 37.894	% 100
Região			
	Norte	3.714	9,8
	Nordeste	13.486	35,6
	Sul	5.558	14,7
	Sudeste	12.482	32,9
	Centro-Oeste	2.654	7,0
Profissional entrevistado			
	Enfermeiro	35.371	93,3
	Médico	1.869	4,9
	Outro profissional nível superior	110	0,3
Qual o tipo de vínculo			
	Servido público estatutário	16.054	42,4
	Cargo comissionado	1.078	2,8
	Contrato temporário pela administração pública	8.530	22,5
	Contrato temporário pelo tempo de serviço	4.726	12,5
	Emprego público CLT	2.321	6,1
	Contrato CLT	3.992	10,5
	Autônomo	107	0,3
	Outro	542	1,4
Plano de carreira			
	Progressão por antiguidade	8.302	21,9
	Progressão por desempenho/mérito	5.674	15,0
	Progressão por titulação e formação	8.144	21,5

Fonte: As autoras (2023).

Em relação às variáveis relacionadas ao processo de trabalho contidas no nível distal, sobre a dimensão gerencial a análise bivariada mostrou que todas as variáveis foram significativas em, pelo menos, uma de suas categorias, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise bivariada da associação das variáveis relacionadas ao nível distal na dimensão gerencial pela agregação de aspectos provenientes do PMAQ-AB e a realização da consulta pré-natal. Brasil, 2017

Realiza consulta pré-natal				
Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)	OR _{bruto} (IC95%)*	p-valor
	36.702 (96,9)	1.192 (3,1)		
Há algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?				
Sim	32.835 (87,9)	548 (1,5)	1,00	Referência
Não	3.867 (10,4)	100 (0,3)	1,54 (1,24 – 1,92)	0,000
Os especialistas entram em contato para trocar informações sobre as gestantes encaminhadas pela AB?				
Sim	26.074 (78,1)	399 (1,2)	1,00	Referência
Não	6.761 (20,3)	149 (0,4)	1,44 (1,19 – 1,74)	0,000

Há referências e fluxos definidos para o parto (maternidade)

Sim	31.425 (94,1)	493 (1,5)	1,00	Referência
Não	1.410 (4,2)	55 (0,2)	2,48 (1,87- 3,30)	0,000

Há central de regulação disponível para o encaminhamento da gestante para os demais pontos de atenção?

Sim	34.844 (93,3)	598 (1,6)	1,00	Referência
Não	1.858 (5,0)	50 (0,1)	1,56 (1,17 – 2,10)	0,000

No último ano a equipe participou de ações de educação continuada?

Sim	35.668 (95,5)	600 (1,6)	0,36 (0,26 – 0,48)	0,000
Não	1.034 (2,8)	49 (0,1)	1,00	Referência

As ações de educação continuada contemplam as demandas e necessidades da equipe?

Sim	35.371 (97,5)	587 (1,6)	1,00	Referência
Não	297 (0,8)	13 (0,0)	2,63 (1,50 – 4,62)	0,000

A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?

Sim	32.375 (86,7)	468 (1,3)	1,00	Referência
Não	4.327 (11,6)	180 (0,5)	2,87 (2,41 – 3,42)	0,000

Há falta de capacitação/treinamento

Sim	2.553 (6,9)	37 (0,1)	1,20 (0,86 – 1,67)	0,160
Não	33.948 (91,4)	591 (1,6)	1,00	Referência

*IC 95%: intervalo de 95% de confiança, OR: *odds ratio* – valor bruto.

Fonte: As autoras (2023).

Das variáveis do nível proximal relacionadas à dimensão assistencial inseridas na análise bivariada, aquelas que apresentam diferenças significativas ao desfecho do estudo foram: apoio de outros profissionais da rede de atenção na resolução de casos complexos, apoio do Nasf-AB, atividades de planejamento das ações em saúde, recursos humanos disponíveis e segurança para a realização do atendimento à gestante (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise bivariada da associação das variáveis relacionadas ao nível proximal assistencial pela agregação de aspectos provenientes do PMAQ-AB e a realização da consulta pré-natal. Brasil, 2017

Realiza consulta pré-natal				
Variáveis	Sim n (%) 36.702 (96,9)	Não n (%) 1.192 (3,1)	OR _{bruto} (IC95%)*	p-valor
A equipe recebe apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos?				
Sim	35.923 (96,2)	624 (1,7)	1,00	Referência
Não	779 (2,1)	24 (0,1)	1,77 (1,17 – 2,68)	0,008
Há apoio do Nasf-AB?				
Sim	26.887 (73,6)	326 (0,8)	1,00	Referência
Não	9.036 (24,7)	298 (0,8)	2,70 (2,32 – 3,18)	0,000
A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?				

Sim	35.478 (95,0)	549 (1,5)	1,00	Referência
Não	1.224 (3,3)	99 (0,3)	5,22 (4,18 – 6,52)	0,000
Há infraestrutura inadequada?				
Sim	7.785 (21,0)	140 (0,4)	1,00	Referência
Não	29.716 (77,3)	488 (1,3)	0,94 (0,78 – 1,14)	0,296
Há falta de materiais/insumos?				
Sim	7.961 (21,4)	138 (0,4)	1,00	Referência
Não	28.540 (76,9)	490 (1,3)	0,99 (0,81 – 1,19)	0,480
Há falta de protocolos?				
Sim	4.539 (12,2)	81 (0,2)	1,00	Referência
Não	31.962 (86,1)	547 (1,5)	0,95 (0,75 – 1,21)	0,387
Há falta de profissionais (recursos humanos)?				
Sim	2.406 (6,5)	52 (0,1)	1,00	Referência
Não	34.095 (91,8)	576 (1,6)	0,78 (0,58 – 1,04)	0,054
Há falta de demanda para a oferta do serviço?				
Sim	5.295 (14,3)	91 (0,2)	1,00	Referência
Não	31.206 (84,0)	537 (1,4)	1,00 (0,80 – 1,25)	0,518
Há sobrecarga de trabalho?				
Sim	1.865 (5,0)	29 (0,1)	1,11 (0,76 – 1,61)	0,321
Não	34.636 (93,3)	599 (1,6)	1,00	Referência
Há medidas restritivas de conselho de fiscalização da profissão?				
Sim	1.092 (2,9)	22 (0,1)	0,84 (0,55 – 1,30)	0,265
Não	35.409 (95,4)	606 (1,6)	1,00	Referência
Há falta de segurança para realização do atendimento à gestante?				
Sim	1.622 (4,4)	35 (0,1)	0,78 (0,55 – 1,11)	0,104
Não	34.978 (93,9)	593 (1,6)	1,00	Referência

*IC 95%: intervalo de 95% de confiança, OR: *odds ratio* – valor bruto.

Fonte: As autoras (2023).

A Tabela 4 apresenta os modelos da análise múltipla hierarquizada pela agregação de aspectos provenientes do PMAQ-AB e a realização da consulta pré-natal. O Modelo A, referente às variáveis do nível distal e o Modelo B, referente às variáveis do nível proximal, contemplam todas as variáveis que mantiveram significância estatística ao realizar a análise múltipla.

A análise múltipla mostrou que os fatores como a ausência de fluxo de comunicação institucionalizado com a equipe especializada, bem como contato de especialistas com os profissionais da APS sobre as gestantes, ausência de fluxos definidos para parto/maternidade, ausência de central de regulação disponível para encaminhamento em outros pontos de atenção, não monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde e ausência de capacitação/treinamento, apresentaram mais chance de as equipes não realizarem a consulta pré-natal. Ressalta-se que a ausência de planejamento das ações da equipe apontou uma chance de 2,95 vezes de não realização do atendimento à gestante (OR 2,95, IC 95% 2,67 – 3,26) (Tabela 4).

Por outro lado, fatores como educação continuada, número suficiente de profissionais/recursos humanos e segurança na realização do atendimento à gestante atuaram como favoráveis para a realização da consulta pré-natal (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de regressão logística múltipla hierarquizada pela agregação de aspectos provenientes do PMAQ-AB e a realização da consulta pré-natal. Brasil, 2017

Variáveis	Modelo A*		Modelo B**		p-valor
	OR _{ajustado} (IC95%)***	p-valor	OR _{ajustado} (IC95%)		
Ausência de fluxo de comunicação institucionalizado com a equipe especializada	1,18 (1,07 – 1,30)	0,001	1,10 (1,00 – 1,20)		0,034
Ausência do contato de especialistas com os profissionais da Atenção Básica (AB) sobre as gestantes	1,15 (1,07 – 1,23)	0,000	1,08 (1,01 – 1,16)		0,025
Ausência de fluxos definidos para parto/maternidade	1,83 (1,64 – 2,05)	0,000	1,83 (1,64 – 2,05)		0,000
Ausência de central de regulação disponível para encaminhamento em outros pontos de atenção	1,16 (1,03 – 1,31)	0,011	1,15 (1,02 – 1,30)		0,019
Educação continuada	0,54 (0,47 – 0,62)	0,000	0,66 (0,58 – 0,76)		0,000
Ações de educação continuada contemplam as demandas e necessidades da equipe	1,69 (1,34 – 2,14)	0,000	0,41 (0,12 – 1,79)		0,304
Não monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	2,28 (2,12 – 2,46)	0,000	1,75 (1,62 – 1,90)		0,000
Ausência de capacitação/treinamento	1,15 (1,01 – 1,30)	0,030	1,45 (1,25 – 1,68)		0,000
Ausência de apoio Nasf-AB	-	-	2,16 (2,03 – 2,30)		0,000
Ausência de planejamento das ações da equipe AB	-	-	2,95 (2,67 – 3,26)		0,000
Número suficiente de profissionais/recursos humanos	-	-	0,78 (0,69 – 0,88)		0,000
Segurança na realização do atendimento à gestante	-	-	0,70 (0,60 – 0,82)		0,000

* Modelo das variáveis relacionadas ao nível distal na dimensão gerencial.

** Modelo das variáveis relacionadas ao nível proximal da dimensão assistencial ajustado pelas variáveis de nível distal.

 ***IC95%: intervalo de 95% de confiança, OR: *odds ratio* – valor ajustado.

Fonte: As autoras (2023).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou fatores importantes no processo de trabalho das equipes de saúde da APS para a realização ou não da consulta pré-natal no país, tanto na dimensão gerencial quanto assistencial. No Brasil, a maioria dos estudos relacionados com a atenção pré-natal centraram suas análises em critérios clássicos de avaliação por parte dos usuários^{2,6,18}.

O uso de dados do PMAQ-AB permitiu fortalecer o processo de avaliação no SUS e revelar, à luz da abordagem de Donabedian¹³, as condições de gestão e organização do processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde e o desenvolvimento das ações em saúde no âmbito da APS¹⁴. Do ponto de vista teórico e metodológico, o PMAQ-AB ampliou o escopo das análises relativas à APNs no país, com a disponibilidade de indicadores e informações que percorrem as questões de acesso ao desfecho no atendimento materno.

Apesar da alta cobertura da APN e de sua institucionalização há muitos anos, em normas e protocolos, no Brasil ainda persistem problemas de diversas naturezas gerenciais e condições de trabalho com potenciais prejuízos à saúde materno-infantil^{2,6}.

Cabe destacar que a dificuldade no desenvolvimento de ações gerenciais nas unidades de saúde e de gestão das políticas no âmbito municipal são desafios para a melhoria da APN em todo o país. Quanto às condições de gestão que têm potencial de oferecer suporte para as ações assistenciais, foi possível identificar, neste estudo, dificuldades na realização do planejamento, na organização dos fluxos na rede para acompanhamento da gestante, falta de regulação e déficit no uso de indicadores, monitoramento e análise de dados que subsidiem as atividades afins da APN.

De mais a mais, este estudo corrobora os resultados encontrados em outra avaliação de APN em âmbito nacional⁷ no aspecto que se refere à inadequação da (infra)estrutura das unidades básicas para atenção materna, atingindo aproximadamente 43% das unidades pesquisadas, o que é apontado como uma barreira para a qualidade da APS em cenários locais do país¹⁹.

Para além da dimensão gerencial, a investigação dos determinantes da não realização da consulta de pré-natal dos profissionais nas equipes pode influenciar negativamente na longitudinalidade do cuidado, nas relações das equipes com as populações assistidas e na aderência das gestantes ao cuidado pré-natal e, por conseguinte, na ineficiência da APS²⁰. A longitudinalidade tem como princípio a atenção continuada, pois implica a confiança entre usuário e profissional. Esse atributo da APS é de uma grande importância no pré-natal para haver uma continuidade no cuidado à gestante, assegurando o vínculo entre a mulher e os profissionais de saúde, com vistas a obter uma boa evolução da gestação e o bem-estar das puérperas²¹. É importante garantir, portanto, a disponibilidade da consulta e o acompanhamento da evolução da gestação para todas as gestantes em todas as unidades do país.

Pesquisas avaliaram a qualidade da atenção pré-natal e identificaram fragilidades na assistência quando as equipes não possuem o apoio matricial de outros profissionais e/ou outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como ausência de planejamento e organização do processo de trabalho, fluxos e diretrizes bem-definidos, entre outros^{18,22,23}.

Neste estudo, a inexistência desse apoio apresentou duas vezes mais chance de os profissionais das equipes da APS não realizarem a consulta pré-natal. O apoio matricial tem ajudado a melhorar a qualidade da APS no Brasil, e elevados graus de apoio matricial corresponderam a chances elevadas de as equipes obterem uma melhor certificação na atenção à mulher pelo PMAQ-AB²⁴.

O ideário que caracteriza o apoio matricial está articulado à equipe de referência – discussão apresentada por Campos²⁵ – sendo modo operante distinto do tradicional, no qual os profissionais “especializados” são responsabilizados pelo apoio pedagógico aos profissionais das equipes generalistas da APS²⁵. Os resultados do processo de trabalho dos Nasf-AB representaram uma evolução interessante no trabalho das equipes da APS em termos de atuação colaborativa²⁶.

A mudança na Política Nacional de Atenção Básica, em 21 de setembro de 2017, na organização e no financiamento para os Núcleos, gerou extinção em muitos locais, não garantindo que a lógica de apoio matricial permaneça, mesmo nos territórios nos quais as equipes multiprofissionais “de apoio” persistam²⁷.

Outros fatores, como a ausência de fluxos de atendimento, a central de regulação disponível, o monitoramento e a análise dos indicadores de informações de saúde, também foram importantes para a não realização da consulta pré-natal por parte das equipes da APS. Esses aspectos são importantes para estabelecer a base para o sistema de referência para a população de gestantes no país, o que leva à descontinuidade da assistência e à fragmentação dos cuidados²⁸. Isso implica a necessidade da continuidade à discussão sobre os atributos da APS quanto à coordenação do cuidado (neste caso, à falta de).

A definição de coordenação do cuidado foi, em grande medida, inspirada no modelo conceitual que ilustra com exatidão o sentido atribuído à coordenação do cuidado: *anything that bridges gaps*. Nessa direção, coordenar significa estabelecer conexões para atender às necessidades e preferências

dos usuários na oferta de cuidado com qualidade. Na APS a ausência de papéis e fluxos claramente agrava essa desarticulação dos cuidados e da assistência, implicando qualidade dos processos de regulação, inclusive pela insuficiente oferta de atenção especializada no SUS²⁹.

A fragmentação da rede, a indefinição dos fluxos e a desarticulação dos serviços de saúde, fragilizam ainda mais a APN em exercer sua função de porta de entrada preferencial para o cuidado à gestante. Cada ponto de atenção da rede deve estar adequadamente estruturado para que seja possível organizar o processo de trabalho de modo que seja seguida, no mínimo, uma linha de cuidado para as demandas das gestantes.

Apesar das diretrizes para o alcance da integralidade da APN, como a Rede Cegonha e a Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), é preciso repensar formas de instituir essas políticas e repensar os modelos de atenção pré-natal a partir da singularidade de cada mulher, família e território³⁰.

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho está vinculada à qualidade da APN a fim de garantir a sustentabilidade das ações e a agilidade no fluxo do atendimento materno (dimensão gerencial vs dimensão assistencial). Mesmo a maioria das equipes entrevistadas referindo dispor de protocolos assistenciais e ordenamento de fluxos bem-definidos dentro da rede de atenção, reforça-se a necessidade de garantir e disponibilizar uma atenção integral e resolutive para todas as gestantes do país.

A regulação assistencial da gestante é uma atribuição dos gestores permeada por motivações e interesses públicos, privados e individuais, mas impacta no processo de trabalho da equipe da APS. Os gestores, portanto, devem oportunizar espaços de diálogo e planejamento conjunto entre os profissionais da rede de serviços e centrais de regulação, visando à integração sistêmica e à desfragmentação do fluxo de atendimento.

Por outro lado, fatores como educação continuada, segurança na realização do atendimento à gestante e o número suficiente de profissionais/recursos humanos, atuaram como fatores que reforçam a realização da consulta pré-natal pelas equipes da APS neste estudo. Trata-se, entretanto, de uma iniciativa importante para o cuidado em saúde (e isso inclui o atendimento pré-natal), devendo ser instituído com regularidade nas instituições.

Investir na qualificação dos profissionais de saúde fortalece a capacidade de planejamento, trabalho coletivo, colaborativo, bem como a potencialização das ferramentas cognitivas como o acolhimento, a garantia do fluxo ágil e a articulação entre os distintos pontos de atenção à saúde fundamentais para a realização da consulta pré-natal. Ainda, o número suficiente de profissionais entre as equipes potencializa o uso dessas ferramentas, favorecendo o processo de trabalho dos profissionais e garantindo atendimento integral e coordenado para a gestante²⁶.

Coloca-se em evidência o importante papel que as equipes da AB têm no cuidado e no monitoramento das gestantes no Brasil e sua relação direta com melhores indicadores de morbidade e mortalidade.

CONCLUSÃO

O processo de trabalho das equipes de APS na atenção pré-natal esteve associado a fatores tanto no âmbito gerencial quanto no assistencial. Foram bastante expressivos os percentuais de equipes identificados neste estudo com recursos e estratégias disponíveis para a realização do cuidado pré-natal nas unidades. Faz-se necessário e importante, no entanto, garantir a disponibilidade da consulta e o acompanhamento da evolução da gestação por meio da consulta pré-natal para todas as gestantes do país.

Educação continuada, segurança na realização do atendimento à gestante e o número suficiente de profissionais/recursos humanos atuaram como fatores dentro da dimensão assistencial que favorecem e reforçam a realização da consulta pré-natal pelas equipes de saúde. Por outro lado, fatores da dimensão gerencial, como a ausência de fluxo de comunicação institucionalizado com a equipe especializada, falta de contato de especialistas com os profissionais da APS sobre as gestantes, ausência de fluxos definidos para parto/maternidade, falta de central de regulação disponível para encaminhamento em outros pontos de atenção, entre outros, contribuíram para a não realização da consulta para a gestante pelas equipes analisadas.

O PMAQ-AB mostrou-se uma ferramenta útil para avaliar a maioria dos itens relativos ao processo de trabalho dos profissionais de saúde das equipes de atenção básica no Brasil, mesmo esse instrumento tendo sido desenvolvido para avaliação da AB como um todo, e não exclusivamente para a avaliação do pré-natal. Foi possível extrair um conjunto extenso de elementos referentes à gestão e organização para análise da APN. A avaliação por meio do PMAQ-AB, porém, é realizada por adesão das equipes, ou seja, não representa a sua totalidade, podendo ter o viés de seleção ao concentrar mais as respostas em algumas regiões do que em outras, podendo ser uma limitação do estudo.

O caráter inovador da análise do processo de trabalho com indicadores do PMAQ-AB ante a saúde materna, destaca-se por identificar fatores positivos e negativos das condições de gestão e da própria organização (ou falta de) das equipes no planejamento de um cuidado que permita às usuárias um percurso terapêutico ou fluxo assistencial amparado por uma linha de cuidado e garantido acesso de qualidade, gerando, assim, subsídios para repensar processos de trabalho e fortalecer a integração da rede assistencial a partir de iniciativas entre gestores, centrais de regulação e equipes de saúde.

Sugere-se que outras pesquisas possam avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes no país a partir das subseqüentes avaliações externas do PMAQ-AB para a observação das adequações ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

- ¹ Santos LKR, Oliveira F, Bastos JL. Iniquidades da assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. *Physis*. 2024;34:e34004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434004pt>
- ² Medeiros GAR, Nickel DA, Calvo MCM. Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(3):e2018281. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300006>
- ³ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB): documento síntese para avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, 2 out. 2015 [acesso 6 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
- ⁵ Russo LX, Powell-Jackson T, Maia Barreto JO, Borghi J, Kovacs R, Gurgel Junior GD, et al. Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009-2018. *BMJ Global Health*. 2021;6(7):e005429. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005429>
- ⁶ Rosa VM, Roxana Knobel, Traebert ESA, Iser BPM. Assessment of prenatal care adequacy using different normative criteria in a municipality in Santa Catarina, Brazil. *International Journal of Population Studies*. 2024;10(3):17-33. DOI: <https://doi.org/10.36922/ijps.1422>
- ⁷ Silva JP, Fernandes Costa D. O impacto dos fatores socioeconômicos na qualidade da assistência do pré-natal na atenção primária no Brasil. *Rev Cereus*. 2024;16(2):333-351. DOI: <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v16n2p333-351>
- ⁸ Lunda P, Minnie CS, Lubbe W. Factors influencing respectful perinatal care among healthcare professionals in low-and middle-resource countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;442. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06625-6>

- ⁹ Sarikhani Y, Najibi SM, Razavi Z. Key barriers to the provision and utilization of maternal health services in low-and lower-middle-income countries, a scoping review. *BMC Women's Health*. 2024;325. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03177-x>
- ¹⁰ Simarmata M. Basic Maternal Care for Pregnant Women Under The Regulation of Minister of Health Number 4 of 2019. *Proceedings: International Forum Research on Education, Social Sciences Technology and Humanities*. 2024;1(2):118-127. Disponível em: <https://journal.berpusi.co.id/index.php/POE/article/view/850>
- ¹¹ Nahidi F, Hajifoghaha M, Simba M, Nasiri M. Assessment of Prenatal Care Providers' Competencies From the Perspective of Pregnant Women: An Iranian Study. *J Patient Exp*. 2022;9:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1177/23743735221092559>
- ¹² Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [site]. 2017 [acesso em: 23 nov. 2020]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>
- ¹³ Donabedian A. Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
- ¹⁴ Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(2):111-126. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>
- ¹⁵ Nunes LN, Klück MM, Fachel JMG. Comparação de métodos de imputação única e múltipla usando como exemplo um modelo de risco para mortalidade cirúrgica. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):596-606. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400005>
- ¹⁶ Horton NJ, Kleinman KP. Much ado about nothing: A comparison of missing data methods and software to fit incomplete data regression models. *Am Stat*. 2007;61(1):79-90. DOI: <https://doi.org/10.1198/000313007X172556>
- ¹⁷ Dong Y, Chao-Ying JP. Principled missing data methods for researchers, SpringerPlus 2013;2(1):222. DOI: <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>
- ¹⁸ Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(esp):13-33. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
- ¹⁹ Ferreira J, Geremia DS, Geremia F, Celuppi IC, Thomas TLH, Souza JB. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. *Av Enferm*. 2021;39(1):63-73. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85939>
- ²⁰ Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis*. 2018;28(2):e280206. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
- ²¹ Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00103221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>
- ²² Baratieri T, Chaves ACP, Oliveira IB, Pelazza BB, Lentsck MH, Sangaleti CT, Pitilin EB, Malaquias TSM. Fatores de acesso associados à adesão à consulta pós-parto na atenção primária à saúde. *Revista Contexto & Saúde*. 2024;(48):e14651. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14651>
- ²³ Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014;38(esp):124-139. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010>
- ²⁴ Oliveira JS, Filho JBC. Avaliação da atenção pré-natal na rede básica de saúde em Sergipe – Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica PMAQ. *Rev. Rede cuid. Saúde*. 2021;15(1):13-27.
- ²⁵ Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
- ²⁶ Vendruscolo C, Metelski FK, Maffisconi AL, Tesser CD, Trindade LL. Characteristics and performance of professionals of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03554. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>
- ²⁷ Melo EA, Almeida PF de, Lima de LD, Giovanella L. Reflections on changes in the federal funding model of Primary Health Care in Brazil. *Saúde Debate*. 2019;43(5):137-144. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>
- ²⁸ Marrafon CB, Alcantra DS, Magalhães CCRGN, Buges NM, Melo MP, Costa GD. Referência e contrarreferência na atenção primária. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*. 2024;6(8):e5020. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n8-001>
- ²⁹ Marini JM, Ronchetti R, Romero SS. Redes de atenção à saúde: a importância da referência e contrarreferência para a atuação integral na medicina. *Revista Perspectiva*. 2024;48(7):49-62. DOI: <https://doi.org/10.31512/persp.v48.n.7.2024.402.p.49-62>
- ³⁰ Barbieri MRB, Barildi NG, Fumincelli L, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC. Cuidado pré-natal e integralidade: revisão de escopo. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e429101220639. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20639>

Submetido em: 26/5/2023

Aceito em: 6/9/2024

Publicado em: 10/4/2025

Contribuições dos autores

Érica de Brito Pitilin: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Disponibilização de ferramentas, Supervisão, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Daniela Savi Geremia: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Jéssica Ferreira: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Yaná Tamara Tomasi: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Carine Vendruscolo: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Tatiane Baratieri: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Maicon Henrique Lentsck: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Janine Schirmer: Conceituação, Curadoria dos dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Financiado por: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Autor correspondente

Jéssica Ferreira

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

SC-459, km 2, s/n. Saída para Guatambu – Fronteira Sul – sala 306 – CEP 89812270

Chapecó/SC – Brasil

jessicaferreira2603@gmail.com

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

