

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Ana Lúcia dos Reis Lima e Silva

**Associação da qualidade do pré-natal na atenção primária da rede SUS-BH e
diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na gravidez**

Belo Horizonte
2021

Ana Lúcia dos Reis Lima e Silva

Associação da qualidade do pré-natal na atenção primária da rede SUS-BH e diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na gravidez

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Alaneir de Fátima dos Santos

Coorientadora: Profa. Dra. Rosângela Durso Perillo

Belo Horizonte
2021

SI588a Silva, Ana Lúcia dos Reis Lima e.
Associação da qualidade do pré-natal na atenção primária da rede SUS-BH e diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na gravidez [manuscrito]. / Ana Lúcia dos Reis Lima e Silva. - - Belo Horizonte: 2021.
139f.
Orientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Coorientador (a): Rosângela Durso Perillo.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Depressão Pós-Parto. 2. Transtornos de Ansiedade. 3. Cuidado Pré-Natal. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Estratégia Saúde da Família. 7. Dissertação Acadêmica. I. Santos, Alaneir de Fátima dos. II. Perillo, Rosângela Durso. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 500

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-8/2897



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

"ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NA REDE SUS-BH E DIAGNÓSTICOS RELATIVOS A TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ"

ANA LÚCIA DOS REIS LIMA E SILVA

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia 13 de maio de 2021, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Prof(a). Alaneir de Fátima dos Santos - Orientadora

UFMG

Prof(a). Rosângela Durso Perillo - Coorientadora

PBH

Prof(a). Elaine Thume

Universidade Federal de Pelotas

Prof(a). Fernanda Moura Lanza

UFSJ

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira

UFMG

Belo Horizonte, 13 de maio de 2021.



Documento assinado eletronicamente por Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior, em 14/05/2021, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º do [Decreto nº 10.743, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Fernanda Moura Lanza, Usuário Externo, em 17/05/2021, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º do [Decreto nº 10.743, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Elaine Thumé, Usuário Externo, em 20/05/2021, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º do [Decreto nº 10.743, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Alaneir de Fátima dos Santos, Coordenador(a), em 20/05/2021, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º do [Decreto nº 10.743, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Rosângela Durso Perillo, Cidadã, em 23/05/2021, às 09:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º do [Decreto nº 10.743, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0722251 e o código CRC 7896B184.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Alaneir de Fátima dos Santos pela orientação com tanta competência, compromisso e conhecimento, e pela acolhida nesse momento difícil de pandemia.

À Dra. Rosângela Durso Perillo pela coorientação com colaborações muito pertinentes e importantes.

Ao Prof. Dr. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado pelas contribuições durante a elaboração e execução deste estudo.

A Silvana, Eliane e Eura pela qualificação.

Aos colegas do curso de pós-graduação em Saúde Pública pelas colaborações.

Aos funcionários da Prefeitura de Belo Horizonte por possibilitarem a obtenção dos dados necessários a este estudo.

À Renata, minha irmã, por me socorrer, sempre tão solícita, em minhas numerosas dúvidas em informática. Imprescindível.

À Maria, por cuidar tão bem de tudo.

Ao Edinho, por estar ao lado.

À minha família, sempre.

Aos amigos pelo incentivo.

À minha mãe e ao meu pai, que, com imensa dedicação, me possibilitaram desbravar um mundo muito além daquele que conheciam.

À Sofia, minha querida filha, que, pela maravilha de existir, me trouxe um mundo muito além daquele que eu conhecia.

Com todo meu amor.

RESUMO

Introdução: Vários estudos têm demonstrado associação entre depressão e ansiedade no período gravídico puerperal e desfechos negativos como baixo peso ao nascer, prematuridade e alterações comportamentais e emocionais na criança. A atenção pré-natal (APN) visa contribuir para redução da morbimortalidade materno-infantil. Uma atenção pré-natal de qualidade deve incluir a abordagem destes referidos diagnósticos. **Objetivo:** Verificar a associação entre qualidade da APN no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) e a realização de diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico. **Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa. A primeira etapa consistiu em avaliação da qualidade da APN oferecida pela Estratégia de Saúde da Família da Rede SUS-BH mediante dados obtidos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) 3º Ciclo. A segunda, análise de dados advindos do prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte concernente a gestantes acompanhadas, diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão e encaminhamentos a serviços de saúde mental, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. **Resultados.** Quanto ao pré-natal, observou-se que 6,47% das equipes de saúde da família participantes foram classificadas na categoria ótima, 51,92% na categoria muito boa, 48,08% boa e 3,60% na regular. Nenhuma das equipes avaliadas foi classificada na categoria ruim. Somente 4,93% das gestantes possuíam registros quanto a diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na APN, aquém de estudos no Brasil e em diversos países, que apontam prevalências maiores destes transtornos no ciclo gravídico. Não foi constatada correlação entre a qualidade do pré-natal ofertada pelas equipes de saúde da família, aferidas através do PMAQ, e o registro de diagnósticos relativos à saúde mental das gestantes. **Conclusão:** Apesar da qualidade de pré-natal em Belo Horizonte de um modo geral ser satisfatória, ainda há pouco registro quanto a aspectos vinculados à saúde mental na gravidez.

Descritores: Depressão pós-parto; depressão; transtornos de ansiedade; cuidado pré-natal; qualidade da assistência à saúde; atenção primária; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Introduction: Several studies have shown an association between depression and anxiety in the postpartum pregnancy period and negative outcomes such as low birth weight, prematurity, and behavioral and emotional changes in children. Prenatal care (APN) aims to contribute to reducing maternal and child morbidity and mortality. Quality prenatal care should include addressing these diagnoses. **Objective:** To verify if there is an association between quality of APN in SUS-BH and the realization of diagnoses related to anxiety and depression disorders in the pregnancy period. **Methods:** Cross-sectional study with a quantitative approach. The first stage consisted of assessing the quality of the APN in the SUS-BH Network using data obtained from the PMAQ-AB 3rd Cycle. The second, analysis of data from the electronic record of the Municipal Health Department of Belo Horizonte concerning pregnant women monitored, diagnoses related to anxiety and depression disorders and referrals to mental health services, from January 2017 to December 2018. **Results:** As for prenatal care, it was observed that 6.47% of the participating family health team were classified in the excellent category, 51.92% in the particularly good category, 48.08% good and 3.60% in the regular category. None of the teams evaluated were classified in the bad category. Only 4.93% of pregnant women had records regarding diagnoses related to anxiety and depression disorders in the APN, which is below studies in Brazil and in several countries that point to a higher prevalence of these disorders in the pregnancy cycle. No correlation was found between the quality of prenatal care offered by the family health team, measured through the PMAQ, and the record of diagnoses related to the mental health of pregnant women. **Conclusion:** Although the quality of prenatal care in Belo Horizonte is generally good, there is still little record regarding aspects related to mental health during pregnancy.

Keywords: Postpartum depression; depression; anxiety disorders; antenatal care; quality of health care; primary health care; family health strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Mapa das Regionais de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais	67
Figura 2:	Modelo lógico da qualidade da Atenção Pré-Natal.....	72
Figura 3:	Processamento da base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo e de dados das gestantes atendidas na APS da Rede-SUS BH.....	77

LISTA DE TABELA

Tabela 1:	Instrumentos de triagem para depressão na gravidez e pós-parto.....	51
Tabela 2:	Distribuição da população segundo Regional de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.	67
Tabela 3:	Distribuição de Unidades Básicas de Saúde segundo Regional de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.....	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	atenção básica
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APN	atenção pré-natal
APS	Atenção Primária a Saúde
APNCU	<i>Adequacy of Prenatal Care Utilization</i>
ArG	Ansiedade relacionada à gravidez
ASTIS-SA	Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde
BH	Belo Horizonte
CAB-PN	Cadernos de Atenção Básica. Pré-Natal de Baixo Risco
CEM	Centros de Especialidades Médicas
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CERSAMi	Centros de Referência em Saúde Mental infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMDI	Centro Municipal de diagnóstico por imagem
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/MG	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais
CPN	cuidados pré-natais
CREAB	Centros de Reabilitação
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CS	Centro de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DPN	depressão perinatal
DPP	depressão pós-parto

DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição
eAB	Equipes de Saúde da Atenção Básica
EDPS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
EqSF	Equipes de Saúde da Família
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMAP-GPV	Equipe Multidisciplinar de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade
GAD-2	<i>Generalized Anxiety Disorder 2- itens</i>
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INE	Identificador Nacional de Equipe
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NINFEA	Nascita e INFanzia: gli Effetti dell'Ambiente
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-BH	Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte
TAG	transtorno de ansiedade generalizada
TDAH	transtorno de déficit de atenção hiperativo
TDAH-H	transtorno de déficit de atenção hiperativo - impulsivo
TDAH-I	transtorno de déficit de atenção hiperativo - desatento
TEPT	transtorno de estresse pós-traumático
TMC	transtorno mental comum
TOC	transtorno obsessivo compulsivo
TP	transtorno de pânico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
URS	Unidades de Referência Secundária
USF	Unidade de Saúde da Família
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVA	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	<i>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE</i>	22
3.2	<i>PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)</i>	25
3.3	<i>PRÉ-NATAL NO BRASIL E EM BELO HORIZONTE</i>	36
3.3.1	Breve histórico	36
3.3.2	Qualidade da APN no Brasil	41
3.3.3	Morbimortalidade materno-infantil	45
3.3.4	Pré-natal em Belo Horizonte	46
3.3.5	Índices e processos de avaliação da qualidade da APN	48
3.4	<i>DEPRESSÃO PERINATAL (DPN)</i>	49
3.4.1	Prevalência e fatores de risco	52
3.4.2	Consequências obstétricas e neonatais	54
3.4.3	Consequências no crescimento e desenvolvimento da criança	55
3.5	<i>TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO PERÍODO PERINATAL</i>	58
3.5.1	Prevalência e fatores de risco	59
3.5.2	Consequências obstétricas e neonatais	61
3.5.3	Consequências no crescimento e desenvolvimento da criança	61
4	HIPÓTESE	64
5	OBJETIVOS	65
5.1	<i>OBJETIVO GERAL</i>	65
5.2	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	65
6	MÉTODOS	66
6.1	<i>DELINEAMENTO DA PESQUISA</i>	66
6.2	<i>CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO</i>	66
6.3	<i>PERÍODO DE ESTUDO</i>	70
6.4	<i>POPULAÇÃO DO ESTUDO</i>	70
6.5	<i>FONTES DE DADOS</i>	71
6.6	<i>PRIMEIRA ETAPA</i>	71
6.6.1	Construção da matriz de análise	71
6.6.2	Processamento da base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo	75
6.7	<i>SEGUNDA ETAPA</i>	75

6.8	<i>VARIÁVEIS DO ESTUDO</i>	78
6.9	<i>ANÁLISE DOS DADOS</i>	78
6.10	<i>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</i>	79
6.11	<i>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</i>	79
7	RESULTADOS	81
7.1	<i>ARTIGO</i>	81
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
	APÊNDICE A - CRITÉRIOS E PADRÕES	113
	APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DA SMSA-BH	129
	APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFMG	135

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os avanços quanto à ampliação da cobertura da atenção pré-natal (APN) observados nos últimos anos não se distribuíram de forma homogênea em todo território, persistindo grandes desigualdades. Estudos têm demonstrado dificuldades de acesso para mulheres com menor escolaridade, sem companheiro, múltíparas e gestantes adolescentes, ressaltando a manutenção das disparidades sociais e étnicas (DOMINGUES et al., 2015; NUNES et al., 2014; GOUDARD et al., 2016). Estudos de abrangência nacional evidenciaram que o cuidado à gestante é universal no Brasil, porém, persistem desigualdades sociais e a inadequação da atenção, apesar de sua institucionalização, já consolidada, em normas e protocolos (VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017). Estes fatores corroboram para a persistência de problemas de diversas naturezas com potenciais prejuízos à saúde materno-infantil. Adicionalmente, a literatura internacional tem destacado problemas relativos à qualidade da APN em diversos países de diferentes continentes, o que reforça a relevância de estudos sobre a temática (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Iniciativas governamentais foram implementadas para melhorar a qualidade da APN (BRASIL, 2012) e da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017), sendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) uma das estratégias mais relevantes. Este programa compreendeu esforços para fortalecer a avaliação em saúde no Brasil, direcionados para o desempenho global da Atenção Básica (AB), e possibilitou a geração de um conjunto de informações sobre o pré-natal (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). O PMAQ-AB pretendeu impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB (GUIMARÃES et al., 2018).

As características e finalidades do PMAQ-AB permitiram efetuar um recorte mais amplo do que é habitualmente encontrado na literatura sobre a APN, pois compreenderam dados tanto sobre a infraestrutura disponível à atenção pré-natal na rede de AB, quanto sobre condições de gestão, oferecendo o suporte necessário à melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal (GUIMARÃES et al., 2018). Esses dados permitem identificar aspectos relacionados com a atenção ao pré-natal e puerpério, que podem subsidiar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, sendo fontes importantes para o desenvolvimento de pesquisas (GUIMARÃES et al., 2018).

O pré-natal compreende um dos mais completos conjuntos de cuidados em saúde oferecido a um grupo populacional específico. Seu potencial de impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil é amplamente conhecido. O conhecimento das ações de pré-natal é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria dos indicadores de saúde materna. Dentre os desafios à melhoria da qualidade da APN, aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina de suas ações, implementadas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) e da APS (GUIMARÃES et al., 2018).

Segundo Portela (2000, p. 259), avaliação em saúde pressupõe:

- a seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e econômico;
- a medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população;
- o julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível; e
- a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental.

Sob essa perspectiva, a avaliação da qualidade em saúde é capaz de abastecer os complexos e importantes campos técnico-científico, político-administrativo, econômico, social e ético na área da saúde.

Estudos relativos à qualidade da APN realizados no Brasil têm utilizado diversos indicadores de conteúdo da APN, tais como: diretrizes de APN da Organização Mundial de Saúde (OMS); indicadores de avaliação das intervenções maternas e fetais, de atividades essenciais da APN, medidas preventivas e de promoção da saúde materna, além do número de consultas realizadas (MÓRON-DUARTE et al., 2019). Idade gestacional de início do PN e número de consultas ajustado à idade gestacional também compõem indicadores utilizados nos estudos (SAAVEDRA; CESAR, 2015). Procedimentos, conforme manual técnico do Ministério da Saúde (MS), têm sido empregados (ANVERSA et al., 2012; BRASIL, 2006). Atualmente, tem-se observado uma corrente de estudos que aplica dados do PMAQ-AB (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Dentre os desfechos a serem melhorados pela APN destacam-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Estudos sugerem associação entre ansiedade na gestação e os referidos desfechos (ARAÚJO, PEREIRA; KAC, 2007; BETTS et al., 2011). A depressão pós-parto

(DPP) ou depressão perinatal (DPN) aumenta o risco de intercorrências obstétricas e neonatais como as citadas, e sintomas depressivos graves durante a gravidez têm sido associados a baixa adesão à APN (EVANS et al., 2001). Uma revisão sistemática e meta-regressão de efeitos aleatórios, para determinar as fontes de heterogeneidade nas estimativas de prevalência entre os estudos, encontrou uma prevalência de DPN de 19,2% em países de média e baixa renda e 10,9% naqueles de alta renda. Porém, há um número limitado de estudos em países em desenvolvimento, destacando-se a necessidade de mais pesquisas e disponibilidade de serviços em países de baixa renda (WOODY et al., 2017).

Até o presente momento, em busca na literatura por meio do portal de periódicos CAPES, utilizando-se os descritores qualidade, atenção pré-natal, atenção primária (AP), saúde da família, saúde mental, depressão, ansiedade, transtornos mentais, transtornos psiquiátricos, gestação e gravidez, não foram encontrados estudos de avaliação da qualidade do pré-natal associada à capacidade de diagnóstico de transtornos relacionados a ansiedade e depressão no período perinatal. A busca foi realizada nos idiomas português e inglês, compreendendo o período de janeiro de 2005 a maio de 2021.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a cobertura da APN é universal e, tradicionalmente, numerosos estudos têm sido empregados no país para avaliação da qualidade desta atenção. O aumento da cobertura da APN e do número de consultas por gestantes no país tem sido observado nos últimos anos; todavia, não se refletiu na distribuição igualitária tanto do acesso a serviços de saúde quanto da qualidade do cuidado oferecido. Ambos variam significativamente entre regiões, municípios e usuárias, conforme especificado nos parágrafos que se seguem.

Estudos têm demonstrado aspectos positivos e negativos quanto à qualidade da APN no Brasil. Segundo Cunha et al. (2019), em pesquisa avaliativa com análise de 4.059 municípios que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB em 2013-2014, utilizando modelo avaliativo composto por 19 indicadores agrupados nas dimensões aspectos estruturais e aspectos operacionais, observaram que a maior parte dos municípios brasileiros avaliados apresentou baixa adequação na APN, com melhor desempenho dos aspectos estruturais. Destaque para infraestrutura, onde o espaço físico apresentou adequação em mais da metade dos municípios (69,6%). Quanto aos recursos humanos, destaque positivo para o suporte especializado, pois 86,4% dos municípios ofertaram apoio de especialistas às equipes da AB, e para a cobertura populacional que mostrou adequação em 53,3% dos municípios.

Quanto à distribuição por regiões geopolíticas, observou-se uma relação direta entre adequação da infraestrutura e contextos sociais com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e renda mais elevados (GUIMARÃES et al., 2018). Com relação às ações clínicas do cuidado, Guimarães et al. (2018), em estudo transversal derivado do componente de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, observaram que as equipes de todas as regiões obtiveram índices baixos de adequação, tendo sido encontrados resultados discretamente mais elevados nas regiões Norte e Sul. Este estudo priorizou a análise organizacional dos serviços do pré-natal, nas subdimensões ações gerenciais, para garantir a qualidade do cuidado e cuidados clínicos ofertados.

Estudo mediante dados obtidos pelo PMAQ-AB observou que a estrutura das unidades básicas e as ações prestadas pelas equipes na APN no Brasil não obedeciam à maioria dos padrões, destacando-se a existência de barreiras estruturais, indisponibilidade de medicamentos e exames essenciais, problemas na oferta do elenco de ações assistenciais, envolvendo a atenção individual e o cuidado clínico, bem como de promoção da saúde e ações coletivas e domiciliares ofertadas (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Desigualdades na qualidade da APN quanto às usuárias também têm sido demonstradas. Estudos observaram que o percentual de mulheres assistidas pela APN no Brasil foi menor em mulheres de nível econômico mais baixo, mais jovens e naquelas menos escolarizadas (VIELLAS et al., 2014). Menor adequação da APN em mulheres de pele preta, múltiparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado, de classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (DOMINGUES et al., 2015).

Por outro lado, a qualidade da APN também pode ser avaliada por desfechos materno-infantis, dentre os quais prematuridade e baixo peso ao nascer podem ser destacados. Estudos têm sugerido que a DPN e a ansiedade podem estar associadas a tais desfechos (STEIN et al., 2014; UGUZ et al., 2019; YONKERS et al., 2017; COSTA et al., 2018). Aditivamente, uma das finalidades da APN, ordinariamente negligenciada em estudos de avaliação de qualidade, é “a remoção da ansiedade e do medo das mentes de pacientes grávidas, parturientes e puérperas, e a remoção de desconfortos, que muitas vezes levam ao sofrimento” (BALLANTYNE¹, 1923 apud BROWNE, 1934). A temática sobre agravos e problemas relacionados à saúde mental no ciclo gravídico puerperal tem sido avaliada em estudos internacionais, denotando uma prevalência de DPN de 19,2% em países de média e baixa renda (WOODY et al., 2017), e de 17% de transtornos de ansiedade (NATH et al., 2018). Artigo de revisão salienta estudos sobre as consequências da DPN na criança e no adolescente (STEIN et al., 2014). Pesquisas nacionais sobre a temática são crescentes, mas ainda incipientes. Contudo, análises de associação entre a qualidade da APN e diagnósticos ou frequência desses transtornos no período perinatal não têm sido objeto de estudos.

Belo Horizonte (BH), capital do Estado de Minas Gerais (MG), possui uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) complexa, com alta cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2017, a ESF em BH era composta por 588 EqSF e 152 Unidade Básica de Saúde (UBS), promovendo uma cobertura populacional de 80,38% (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Estudos quanto à qualidade da APN no município são ainda exíguos, bem como em avaliação de transtornos mentais no período gravídico puerperal. Análises cujo escopo contemple avaliar se equipes mais bem estruturadas na APN têm uma conformação que propicie melhor atenção a agravos relacionados à saúde mental no pré-natal não têm sido descritas.

¹ BALLANTYNE, J. W. An Address on the New Mid Wifery Preventive and Reparative Obstetrics. **British Medical Journal.**, London, v. 1, n. 3250, p. 617-621, 1923.

A importância do presente estudo consiste em trazer à tona essa discussão em um município cuja AB está bastante estruturada e consolidada. É de se esperar que as equipes que possuem uma APN de boa qualidade estejam estruturadas para acolher a gestante em suas necessidades psicoemocionais e, por conseguinte, apresentem maior registro de diagnósticos e mais ações direcionadas à saúde mental das gestantes acompanhadas. À vista disso, a presente pesquisa propõe avaliar a qualidade da APN em um polo avançado de AB no Brasil e verificar se existem diferenças quanto à visibilidade e abordagem dos transtornos de ansiedade e depressão conforme a qualidade da APN oferecida pelas EqSF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliar, dentre outros significados, compreende o ato de realizar julgamento de valor a respeito de uma ação, característica ou, no caso dos serviços de saúde, uma intervenção e seus componentes, com o objetivo de contribuir para a tomada de decisões (UCHIMURA; BOSI, 2002). Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (apreciação normativa) ou, conforme Arreaza e Moraes (2010, p. 2629), da “aplicação sistemática de procedimentos para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e sua implementação” (pesquisa avaliativa).

A avaliação contemporânea é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções. Distinguem-se, em geral, quatro gerações e seis períodos na história da avaliação. A primeira delas compreende os períodos do “Reformismo” (1800-1900) e da “Eficiência e Testagem” cuja principal característica era a medida. A segunda constitui-se no período “Idade da Inocência” (1930-1960), onde predominou a descrição. A terceira nos períodos “Expansão” (1960-1973) e “Profissionalização e Institucionalização” (1973-1990), onde predominou o julgamento. A quarta e última geração, de 1990 até os dias atuais, compreende o período denominado “Dúvidas”, e caracteriza-se, principalmente, pela negociação (DUBOIS, 2011).

O termo qualidade engloba várias dimensões e sentidos, de forma objetiva ou subjetiva, visto que a “qualidade varia de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, considerando-se seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão” (UCHIMURA, 2002, p. 1567).

Para Donabedian (1966, p. 692):

Avaliação da qualidade deve basear-se numa definição conceitual e operacionalizada do que significa a ‘qualidade da assistência médica’. Muitos problemas estão presentes neste nível fundamental, pois a qualidade do atendimento é uma noção notavelmente difícil de definir.

Talvez por essa complexidade e subjetividade, a avaliação de qualidade em serviços de saúde possa ser considerada um campo em construção.

Os primeiros estudos sobre qualidade em saúde datam de 1916, inaugurando a corrente de estudos que utiliza o estado de saúde como um meio de medir a qualidade. Codman² (1916 apud DONABEDIAN, 1966) foi pioneiro na compreensão de que o chamado “*end result*” do cuidado na avaliação da prática clínica não dependia somente da atividade profissional, mas também das interfaces organizacional, administrativa e econômica.

A segunda corrente de estudos de qualidade inclui as avaliações do processo de cuidado. Lee e Jones³ (1933 apud DONABEDIAN, 1966), em trabalho publicado em 1933 sobre "Fundamentos da Boa Assistência Médica", estabeleceram a fundamentação científica da boa prática médica, a saber: prevenção; cooperação entre consumidores e prestadores de serviço; tratamento integral do indivíduo; relação estreita e contínua entre o médico e o paciente; serviços médicos integrais e coordenados; coordenação entre atenção médica e serviços sociais; acessibilidade da atenção para toda a população (SERAPIONI, 2009).

A terceira corrente de estudos consiste na avaliação dos atributos de estrutura, fundada pelo trabalho de Goldmann e Graham⁴ (1954 apud DONABEDIAN, 1966), um modelo detalhado para avaliar um programa de atendimento ambulatorial por meio de uma variedade de características estruturais.

Em artigo publicado em 1978, Donabedian⁵ (1978 apud REIS, 1990) sugere que a avaliação dos serviços de saúde compreende duas dimensões: desempenho técnico e relacionamento pessoal com o paciente. A primeira engloba a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica com o objetivo de maximizar os benefícios e minimizar os riscos, conforme as preferências do paciente. A segunda, intenciona satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. Portanto, o objeto a ser avaliado no campo da qualidade em saúde, dentro do entendimento proposto pelo referido autor, apresenta a complexidade dos campos subjetivos comportamentais aos campos objetivos técnicos específicos.

Segundo Donabedian (1990), sete atributos da atenção à saúde definem sua qualidade: (1) eficácia: capacidade para o cuidado, na melhor forma de contribuição possível para a melhoria das condições de saúde; (2) efetividade: o grau em que as melhorias de saúde alcançáveis são realizadas; (3) eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria de saúde ao

² CODMAN, E. A. **A Study in Hospital Efficiency**. Boston: Thomas Todd, 1916.

³ LEE, R. I.; JONES, L. W. **The fundamentals of good medical care**. Chicago: University of Chicago Press, 1933.

⁴ GOLDMANN, F.; GRAHAM, E. A. **The quality of medical care provided at the Labor Health Institute, St. Louis, Missouri**. St. Louis: The Labor Health Institute, 1954.

⁵ DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

menor custo; (4) otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios; (5) aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente em relação a acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, efeitos do cuidado e custo do atendimento; (6) legitimidade: conformidade com as preferências sociais sobre todos os itens acima; e (7) equidade: justiça na distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde (SCHIFF; RUCKER, 2001). Conseqüentemente, os profissionais de saúde devem levar em consideração as preferências do paciente, bem como as preferências sociais, na avaliação e garantia da qualidade. Nessa perspectiva, a qualidade em saúde se refere à relação entre meios e fins, em que os meios compreendem o conjunto das estratégias técnicas, psicológicas e sociais de intervenção (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Nas últimas duas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian, segundo sua sistematização da avaliação qualitativa da atenção médica nos três aspectos referidos nos parágrafos anteriores: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1966; DONABEDIAN; WHEELER; WYSZE-WIANSKI, 1982; REIS et al., 1990). O estudo da estrutura compreende a avaliação dos recursos empregados na atenção considerando a organização administrativa, instalações e equipe de assistência, no que se refere ao perfil, tipo, preparação e experiência dos profissionais. A avaliação de processo expende sobre as atividades do serviço de atenção médica, tangendo a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde. Compara os procedimentos empregados com os estabelecidos como normas pelos próprios profissionais de saúde, através de observação direta da prática e estudos baseados nos registros médicos. Já a avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população resultante da interação ou não com os serviços de saúde (REIS et al., 1990).

Particularmente no campo da saúde, há a ação combinada do desenvolvimento das tecnologias, da crise das finanças públicas e do envelhecimento populacional, o que exige dos gestores a tarefa de conciliar o controle do crescimento dos custos e a manutenção do acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, em um contexto de expectativas crescentes. Nesse cenário, a tomada de decisões enfrenta, com frequência, lógicas contraditórias que se refletem em diferentes níveis de ação: os princípios organizadores do sistema, as modalidades de organização da oferta de cuidados e as decisões clínicas. Soma-se a esse quadro a complexidade do sistema de saúde: as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los, por vezes contidas em incertezas, onde as regras econômicas de alocação de recursos não se aplicam. Nesta conjuntura, a avaliação dos serviços de saúde torna-se arsenal e mecanismo imprescindíveis para subsidiar decisões clínicas, organizacionais, normativas e de

gestão em saúde. A avaliação no campo da saúde, portanto, demanda a composição de conceitos integradores, na busca por conciliar tradições diversas e por vezes divergentes: avaliação econômica, avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica, e avaliação advinda das ciências sociais (CHAMPAGNE et al., 2011).

As finalidades de uma avaliação são numerosas, dentre as quais distinguem-se:

- finalidade estratégica: auxiliar o planejamento e a elaboração de uma intervenção;
- finalidade formativa: fornecer informações para melhorar a intervenção no curso das atividades;
- finalidade somativa: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se deve ser mantida, transformada de modo importante ou interrompida;
- finalidade transformadora: utilizar o processo de avaliação como alavanca para transformar uma situação injusta ou problemática, pois a avaliação tem por objetivo a melhoria do bem-estar coletivo;
- finalidade fundamental: contribuir para o avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intervenção, assim como a construção e validação de normas (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 51).

A avaliação da qualidade em saúde produz informações quanto à adequação e efeitos (bem como custos) associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde. Desta forma, tem o potencial de subsidiar a tomada de decisão, aprimorar e estabelecer práticas, programas, protocolos e políticas de saúde.

3.2 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB foi criado pelo Governo Federal, em 19 de julho de 2011, na perspectiva de aprimoramento do SUS e com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade na APS. Foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, a fim de alcançar um nível de qualidade semelhante em todas as regiões do País. O PMAQ-AB pretendeu impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB.

Dentre os objetivos específicos do PMAQ-AB, destacam-se:

- I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de

saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VII - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.” (BRASIL, 2017).

O PMAQ-AB fundamentou-se na proposta de avaliação e certificação do trabalho de equipes e gestores da AB. Com base em seus objetivos específicos, o MS, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do PMAQ-AB norteado por sete diretrizes: I. Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde; II. Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes; III. Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V. Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; VII. Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito dependia da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Conforme a portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, os processos e fases do programa contemplaram quatro fases distintas que compuseram cada ciclo, a saber:

- Fase 1 - Adesão e Contratualização: nesta fase todas as Equipes de Saúde da Atenção Básica (eAB), incluindo as Equipes de Saúde Bucal (eSB), independente do modelo pelo qual se organizavam, puderam aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrassem em conformidade com os princípios da AB e com os critérios definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB, observadas as seguintes etapas: I - Formalização da adesão pelo Município e pelo Distrito Federal, realizada por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico indicado pelo

PMAQ-AB; II - Contratualização da equipe de saúde da atenção básica e do gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB; e III - Informação sobre a adesão do Município encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional, com posterior homologação na Comissão Intergestores Bipartite (Portaria nº 1.654 GM/MS) (BRASIL, 2011a).

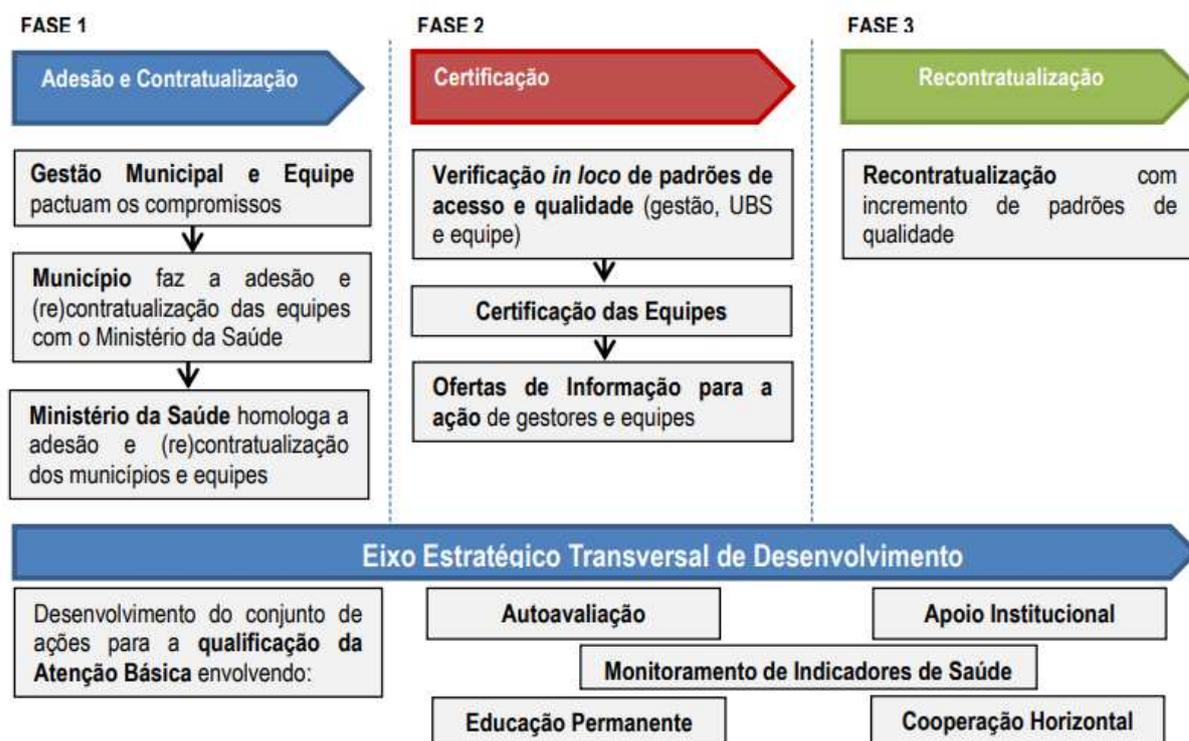
- Fase 2 - Desenvolvimento: implementada por meio dos itens a seguir: I - Autoavaliação, realizada pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde; II - Monitoramento, realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo MS em parceria com as Comissões Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB; III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes, pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais e nas Comissões Intergestores Bipartite; e IV - Apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais (COSEMS/MG) e Comissões Intergestores Regionais, com auxílio do MS (Portaria nº 1.654 GM/MS) (BRASIL, 2011a).
- Fase 3 - Avaliação Externa: composta por:
 - I - Certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados, e pelo MS a partir do monitoramento de indicadores; II - Avaliação não relacionada ao processo de certificação, com a finalidade de apoiar a gestão local, que contemplou: a) avaliação da rede local de saúde pelas equipes da atenção básica; b) avaliação da satisfação do usuário; e c) estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde (Portaria nº 1.654 GM/MS) (BRASIL, 2011a).

- Fase 4 - (Re)contratualização: caracterizou-se pela pactuação singular dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB.

Os ciclos de avaliações junto aos gestores e unidades de saúde tiveram a duração média de 24 meses cada. Desde o início do programa foram realizados três ciclos: o primeiro em 2012, o segundo em 2013/2014 e o terceiro em 2017/2018. O terceiro ciclo, objeto do presente projeto, foi organizado em 3 fases: 1- Adesão e contratualização, 2- Certificação (na qual está a avaliação externa) e 3: (Re)contratualização, além de um conjunto de ações desenvolvidas durante todo o ciclo chamado de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (Quadro 1).

Este eixo consistiu em um conjunto de ações a serem empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado para produzir a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esse eixo foi transversal a todas as fases do programa e procurou assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade pudessem ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo. Foi organizado em cinco dimensões: 1- Autoavaliação; 2- Monitoramento; 3- Educação Permanente; 4- Apoio Institucional e 5- Cooperação Horizontal (BRASIL, 2018).

Quadro 1: Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 3º Ciclo.



A primeira fase do PMAQ consistiu na etapa de adesão ao programa e contratualização de compromissos firmados entre as eAB, incluindo as eSB e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), gestores municipais e MS (BRASIL, 2018). A adesão ao PMAQ compreendeu o caráter voluntário. O município foi autônomo na inclusão de todas ou apenas uma parte de suas equipes, inexistindo um teto máximo para a sua adesão, num processo de discussão entre equipes e gestores para pactuação da participação. Um dos focos do programa foi a construção coletiva, com formalização da participação das equipes e indicação de metas e compromissos a serem realizados pelos gestores municipais (BRASIL, 2011).

Para as adesões ao 3º ciclo do programa foi necessário que o município tivesse eAB ou AB com saúde bucal ativas em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que não fossem participantes do segundo ciclo do programa. Para essas equipes, o gestor municipal realizou o ranqueamento levando em consideração a sua prioridade para participar do programa. As equipes com médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil tiveram prioridade na homologação feita pelo MS. A adesão e (re)contratualização das modalidades de eAB com Saúde Bucal se deu de forma conjunta, não sendo possível aderir e (re)contratualizar uma sem a outra. Para os NASF, mesmo os que já haviam participado do segundo ciclo, foram realizadas novas adesões. Dessa forma, foi necessário que o município possuísse NASF ativos em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES (BRASIL, 2017).

A segunda fase – Avaliação externa e certificação – foi composta pela avaliação de desempenho das equipes de saúde e da gestão da atenção básica, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados (avaliação externa), pela avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados (indicadores) e pela verificação da realização de momento auto avaliativo (autoavaliação). Ao final, as equipes contratualizadas foram avaliadas e classificadas de acordo com seu desempenho: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular e Ruim. Nesta fase, o resultado obtido na avaliação externa pode alcançar, a depender do desempenho da equipe, o equivalente a 60% da nota de certificação; o cálculo dos indicadores pactuados a 30%; e, finalmente, a realização da autoavaliação a 10% (BRASIL, 2018).

A terceira fase – (Re)contratualização – conduziu as equipes a processos de repactuação entre as eAB e gestores municipais, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na 2ª fase do PMAQ-AB (BRASIL, 2018).

A autoavaliação, no âmbito do PMAQ-AB, foi percebida como o ponto de partida para a reorganização da equipe e da gestão visando a melhoria da qualidade dos serviços. Entendeu-se que processos auto avaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade eram potencializadores dos demais processos de desenvolvimento do PMAQ-AB. Nesta etapa, o MS disponibilizou o instrumento a “Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade - AMAQ” para as equipes realizarem sua autoavaliação, porém instrumentos como a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) ou outros desenvolvidos pelo estado, pelo município ou pela própria equipe também poderiam ser utilizados. As equipes participantes deveriam realizar processos avaliativos de sua própria prática, visando estabelecer a cultura da avaliação e reconhecer a importância dos pontos fortes e fracos de sua atuação, numa proposta de melhoria contínua. A AMAQ foi organizada em dimensões e subdimensões para um conjunto de parâmetros de qualidade que abrangeu qualidade da gestão e da assistência à saúde no âmbito da AB. Após esta etapa, sugeriu-se que fossem construídas Matrizes de Intervenção considerando, em um primeiro momento, os problemas prioritários e sob responsabilidade dos atores em questão, com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade (BRASIL, 2018).

Na dimensão Monitoramento foi preconizado o acompanhamento dos indicadores contratualizados, orientando a pactuação das metas e dos compromissos entre as equipes e municípios e destes com estados e governo federal (BRASIL, 2013a).

Outra dimensão do desenvolvimento foi a educação permanente. Consistiu em uma estratégia de apoio à gestão do cuidado pelas equipes na medida em que se orientou pelas demandas e necessidades dos profissionais, devendo garantir o aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades práticas que estivessem relacionados com o cotidiano das equipes e suas necessidades. Essas ações de educação permanente puderam ser demandadas, propostas e desenvolvidas pelas EqSF ou UBS (BRASIL, 2015).

O apoio institucional constituiu-se em uma função gerencial que buscou a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele assumiu como objetivo a mudança nas organizações, orientando sobre como lidar com os problemas e tensões do cotidiano. O apoiador institucional teve como papel principal aproximar os profissionais prestadores de assistência ao usuário daqueles responsáveis pela gestão, considerando o propósito de avaliação integrada para melhoria do acesso e da qualidade. O apoio institucional foi, portanto, uma medida importante para auxiliar as equipes no planejamento, fornecendo apoio técnico, visando alcançar as metas contratualizadas e

promover melhoria contínua da assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017).

Quanto à Cooperação Horizontal, o programa considerou que parte significativa dos avanços observados na AB eram fruto das experimentações dos atores locais nas adequações cotidianas das ofertas por eles realizadas à população. Neste sentido, o terceiro ciclo do PMAQ, buscando valorizar o protagonismo local, propôs que as equipes participantes do PMAQ compartilhassem suas experiências e possibilitassem o aprimoramento de suas práticas, entrando em contato com experiências de outras equipes. Ampliou e valorizou as iniciativas já existentes no cotidiano de trabalho das equipes, tendo em vista seu potencial transformador (BRASIL, 2017).

A avaliação externa do programa constituiu-se em importante instrumento de geração de informações sobre a AB no Brasil. Compreendeu as condições da infraestrutura das unidades (características estruturais e de ambiência), a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos, os aspectos do processo de trabalho, gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, com vistas à certificação das equipes de saúde que aderiram voluntariamente ao Programa. Compreendeu três módulos que orientaram a coleta de dados: Módulo I - observação na Unidade de Saúde da Família (USF); Módulo II - entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da EqSF e verificação documental; Módulo III - entrevista com usuário na unidade de saúde (BRASIL, 2017).

Os componentes da avaliação externa no terceiro ciclo do PMAQ-AB foram distribuídos em cinco dimensões: I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica; II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS; III - Valorização do Trabalhador; IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho; e V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário. Estas dimensões, por sua vez, foram distribuídas em 34 sub dimensões (Quadro 2) e 893 itens padrões de qualidade, que avaliaram múltiplos aspectos da atenção básica (BRASIL, 2017).

O processo de avaliação externa possibilitou: reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão; fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores; subsidiar a (re)contratualização das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades; considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS; conhecer em escala e profundidade as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil,

registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis; elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2017).

Quadro 2: Síntese dos componentes da avaliação externa das Equipes de Saúde da Família do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	Funcionamento da Unidade de Saúde
	Características Estruturais, Ambiente e Sinalização da UBS
	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	Informatização e Conectividade
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	Educação Permanente e Telessaúde
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	Plano de Carreira Remuneração por Desempenho
	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso
	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde
	Rede de Atenção à Saúde
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Atenção à Saúde
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	Saúde Mental
	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	Promoção da Saúde
	Participação do Usuário e Controle Social
	Áreas Específicas*
	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
Programa Saúde na Escola	
Práticas Integrativas e Complementares	
Dimensão V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
Satisfação e Participação do Usuário	

Fonte: Brasil (2017).

Na dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho – vale ressaltar a sub dimensão Saúde da Mulher e da Criança. Nesta subdimensão verificou-se, entre outros aspectos, os seguintes itens: registro de mulheres com citopatológico; utilização de protocolo para rastreamento de câncer de colo de útero e mama; realização de busca ativa em casos de citopatológico e exames de mama alterados ou atrasados; recebimento do exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) em tempo oportuno para acompanhamento da gestante; atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco; realização da consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe; existência de aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde; realização de consulta de puericultura nas crianças de até dois anos; acompanhamento de casos de violência familiar com outros profissionais, intersetorialmente; e realização de busca ativa das crianças prematuras, com baixo peso, consulta de puericultura e calendário vacinal.

Para a realização da avaliação externa, o MS buscou o apoio de Instituições de ensino e/ou pesquisa de reconhecida experiência em pesquisas avaliativas na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação de entrevistadores. A avaliação externa, bem como a certificação das equipes, teve coordenação tripartite: MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A esta fase teve um peso muito importante na certificação de desempenho das equipes. O instrumento utilizado nessa fase constituiu-se de 893 padrões de qualidade, que avaliaram múltiplos aspectos da atenção básica. Para o processo de certificação foi construída uma matriz de pontuação, orientada pela divisão em cinco dimensões: gestão municipal para desenvolvimento da AB; estrutura e condições de funcionamento da UBS; valorização do trabalhador; acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e acesso, utilização, participação e satisfação do usuário. Esse instrumento agregou os padrões de qualidade contidos nos módulos do instrumento de avaliação externa e no módulo eletrônico. A escolha dos itens que compuseram cada uma das sub dimensões, bem como a relevância do item para a sub dimensão e a consequente pontuação para o item foi feita por técnicos do MS, pelo CONASS e pelo CONASEMS, tendo como base a relevância técnica, estratégica e política (BRASIL, 2015).

Após a avaliação externa ocorreu a certificação das equipes. O processo de certificação do PMAQ constituiu-se em um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da AB. A certificação foi norteadada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre equipes e, considerando a

diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, foram consideradas, no processo de certificação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde. Portanto, para a classificação de desempenho das equipes, os municípios foram distribuídos em seis diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes é comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (BRASIL, 2013c).

A divisão dos municípios por estratos levou em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos. Foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; densidade demográfica (BRASIL, 2013c).

Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos. Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e seu porte populacional (Quadro 3).

Quadro 3: Estratos do PMAQ-AB.

Estrato	Crítérios da estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e até 20 mil habitantes
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e até 50 mil habitantes
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Município com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85

Fonte: Brasil (2013c).

As equipes participantes do 2º ciclo do PMAQ foram certificadas conforme o seu desempenho, considerando a implementação de processos auto avaliativos (10% da nota final), a avaliação dos indicadores contratualizados (20%) e a avaliação externa (70%). De acordo com a Portaria GM/MS nº 535, de 3 de abril de 2013 (BRASIL, 2013c), a partir da avaliação externa, as equipes seriam classificadas em quatro categorias:

“I. Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e com as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;

II. Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

III. Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, serão consideradas com o desempenho acima da média; e

IV. Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, serão consideradas com o desempenho muito acima da média. (Portaria GM/MS nº 535, de 03 de abril de 2013) (BRASIL, 2013c).

Equipes que não passaram pela avaliação externa, seja por recusa; por não haver profissional de nível superior para responder a avaliação; pelo gestor municipal ter desistido da avaliação externa para a equipe contratualizada; ou, ainda, por não haver cadeira odontológica para a eSB foram desclassificadas do programa” (BRASIL, 2015).

O processo de certificação das equipes teve importância fundamental para o PMAQ-AB, pois além de ser um marcador do nível de acesso e qualidade da assistência prestada ao usuário, também teve relação direta com o repasse financeiro atribuído às equipes participantes do programa. Ao se inscreverem no PMAQ-AB, os municípios passavam a receber o chamado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, que pode ser incrementado de acordo com a classificação das equipes na certificação do programa. Nas situações em que a equipe foi classificada como mediana ou abaixo da média, o gestor permaneceu recebendo 20% do Componente de Qualidade. Quando a equipe foi classificada como acima da média, o repasse referente a essa equipe passou a ser de 60% do Componente de Qualidade e, quando a equipe foi classificada como muito acima da média, o repasse foi de 100%. Entretanto, quando a equipe foi desclassificada ou teve desempenho insatisfatório, o município deixou de receber o Componente de Qualidade (BRASIL, 2015).

Os indicadores para contratualização e certificação das equipes consideraram os princípios da AB presentes na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e sua relevância para melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Foram selecionados, no terceiro ciclo do PMAQ, onze indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica subdivididos em quatro grupos: Acesso e continuidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Resolutividade da equipe de atenção básica e Abrangência da oferta de serviços (BRASIL, 2018).

A última fase do PMAQ constituiu o processo de (re)contratualização que ocorreu após a certificação da eAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, foi realizada uma

nova contratualização de indicadores e compromissos, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

No primeiro ciclo do PMAQ-AB foram 3.972 municípios aderidos, com a participação de 17482 eAB e 12.436 eSB, não foram avaliados os NASF. No segundo, participaram do programa 30.523 eAB e 19.946 eSB dos 5.077 municípios aderidos, além de 1813 equipes do NASF (BRASIL, 2017). No terceiro ciclo, 5.324 municípios brasileiros aderiram ao programa, o que corresponde a 95,6%. Todas as equipes elegíveis que fizeram as solicitações no sistema de adesão foram homologadas. Isso inclui as equipes (re)contratualizadas, participantes do último ciclo, e as equipes ranqueadas no momento da adesão. Foram computadas no terceiro ciclo 38.865 (93,9%) eAB. Destas, 25.090 (95,9%) eSB e 4.110 (91,2%) NASF (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019).

Em BH, as eAB participantes do PMAQ-AB 3º Ciclo que responderam ao componente de avaliação externa e foram classificadas pelo programa, de acordo com a Portaria MS nº 874, de 10 de maio de 2019 (BRASIL, 2019b), segunda lista de certificação do 3º Ciclo do PMAQ-AB por equipe, compreenderam um total de 418 equipes.

As características e finalidades do PMAQ-AB permitiram efetuar um recorte mais amplo do que é habitualmente encontrado na literatura sobre a APN, pois compreendem dados tanto sobre a infraestrutura disponível à APN na rede de AB, quanto sobre condições de gestão, oferecendo o suporte necessário à melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal. Esses dados permitem identificar aspectos relacionados com a APN e puerpério, que podem subsidiar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, sendo fontes importantes para o desenvolvimento de pesquisas (GUIMARÃES et al., 2018).

3.3 PRÉ-NATAL NO BRASIL E EM BELO HORIZONTE

3.3.1 Breve histórico

Durante longo período da história os partos e seus cuidados foram, tradicionalmente, realizados por mulheres – as aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas. Estas mulheres detinham o saber empírico e assistiam às gestantes durante a gestação, parto e puerpério, além de firmarem os cuidados com o recém-nascido. Grandes conselheiras, eram de inteira confiança do grupo feminino da época e consultadas sobre vários temas, desde cuidados com o corpo e doenças venéreas, até a prática do aborto. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas portuguesas e pertenciam aos setores populares (BRENES, 1991). A parturição como um fenômeno

feminino tinha como auxiliares as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

A medicina, enquanto instituição, apoderou-se desta prática exclusivamente feminina nos séculos XVII e XVIII, incorporando-a a uma das suas atribuições – a “Arte Obstétrica”. Denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais formados. Transferiu, assim, para o controle masculino o cuidado da mulher, na sua sexualidade e autonomia. Este processo ocorreu inicialmente na Europa, estendendo-se ao Brasil nas escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. A introdução da medicina neste espaço estabeleceu a experimentação clínica alicerçada na anatomopatologia, e consolidou a produção de um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber e prática obstétricos (BRENES, 1991). Somente em 1887 forma-se a primeira médica no Brasil, a Dra. Rita Lobato Velho Lopes, na Faculdade da Bahia.

Na primeira metade do século XX constata-se a consolidação do conhecimento e da prática obstétrica e neonatal, culminando com a redução significativa da mortalidade materno infantil, particularmente nos países desenvolvidos (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014). No Brasil, em 1960 ocorre a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase às demandas relativas à gravidez, ao parto, e à criança (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Em 1984 é publicado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propõe ações voltadas a integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do ciclo vital da mulher, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto no resultado perinatal. (BRASIL, 1984).

Em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu o número de consultas, a idade gestacional de ingresso aos cuidados, elencou exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (BRASIL, 2000).

O PHPN foi instituído através da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000), subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;

- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

O objetivo primordial do PHPN foi assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Estruturado, segundo o programa, nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e à assistência à gestante e à puérpera o PHPN preconizava a realização mínima de dez atividades, a saber:

- 1 Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2 Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
 - 2.2 Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
 - 2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta.
 - 2.4 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
 - 2.5 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
 - 2.6 Realização de atividades educativas.

2.7 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Neste programa, considera-se concluída a APN quando tiverem sido realizados e registrados no SisPreNatal seis consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios (um ABO-Rh, dois VDRL, duas urinálises, duas glicemias de jejum, uma hemoglobina e um hematócrito), a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério. Ao término do pré-natal, após o parto e a consulta de puerpério é encerrado o ciclo de atenção à gestante.

Em 2005, o MS publicou um manual técnico sobre a atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerpério, baseado nas recomendações do PHPN e orientou procedimentos clínicos obstétricos a serem realizados nas consultas. Esse instrumento foi uma estratégia para alcançar as metas estabelecidas no Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, que buscava uma redução de 75% nessas taxas de mortalidade para o ano de 2015, comparada com as de 1990. Conforme este manual, a APN de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de AB, bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno à atenção básica e a outros níveis de atenção da rede de serviços de saúde, buscando garantir a oferta adequada de cuidados com a gestação e o parto (BRASIL, 2005). Em 2006, o Brasil adotou a ESF como modelo assistencial para reorganizar a AB (ANVERSA et al., 2012).

Mediante a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o MS institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS:

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro Componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, sendo o componente pré-natal compreendido nos seguintes termos:

a) realização de pré-natal na 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 de 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 em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

No âmbito da Rede Cegonha, como visto acima, a atenção à mulher durante a gravidez e pós-parto preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. A manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil, portanto, são alguns dos objetivos definidos pelo MS. Para tal, é essencial adequada atenção pré-natal e puerperal, sob a responsabilidade do SUS.

Em 2016, a OMS observa que: a experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natais e para criar famílias e comunidades prósperas; a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez continuam excessivamente elevadas; apesar dos substanciais progressos alcançados, os países precisam de consolidar e aumentar os seus avanços e de alargar as suas agendas para além da sobrevivência, com vista a maximizar a saúde e o potencial das suas populações. Diante dessas considerações, propõe um guia abrangente sobre os cuidados pré-natais (CPN) de rotina para mulheres e adolescentes grávidas. Segundo a OMS:

Estas orientações destinam-se a refletir e dar resposta à natureza complexa dos problemas decorrentes da prática e prestação de CPN, e a priorizar a saúde e o bem-estar centrados nas pessoas – não apenas a prevenção da morte e a morbidade – de acordo com uma abordagem baseada nos direitos humanos.” Amplificando a significância dos cuidados da mulher que gesta para além da abordagem biomédica, a OMS propõe que “uma experiência positiva durante a gravidez significa uma normalidade física e sociocultural, uma gravidez saudável para a mãe e o bebé (incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte), uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia).” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016, p. 1)

O conhecimento das ações de pré-natal é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados pelo SUS na melhoria dos indicadores de saúde materna. Dentre os desafios à melhoria da qualidade da APN, aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina de suas ações, implementadas pelas EqSF (GUIMARÃES et al., 2018).

O potencial de impacto do pré-natal sobre a morbimortalidade materno-infantil é amplamente conhecido, tanto pela redução na ocorrência de trabalho de parto prematuro, doença hipertensiva específica da gestação e diabetes gestacional quanto pela diminuição da severidade dos casos. O pré-natal inadequado foi associado a chances aumentadas de natimorto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, crescimento intrauterino restrito, internação nas unidades de tratamento intensivo, transtornos depressivos/ansiosos pós-parto. Estima-se que um quarto dos óbitos infantis decorram da ausência da oferta de pré-natal adequado (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Revisão demonstra a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na APN para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (VICTORA et al., 2011). Estudos observacionais têm também demonstrado benefícios dessa assistência, geralmente correlacionando o maior número de consultas a desfechos mais favoráveis (DEBIEC et al., 2010). Pesquisa realizada em 75 países da América Latina, Ásia e África, demonstrou não haver diferenças significativas em relação ao resultado gestacional entre mulheres com uma mediana de cinco consultas de pré-natal quando comparadas àquelas com mediana de oito consultas (ANVERSA et al., 2012). Apesar dessas evidências, a OMS ampliou o número de consultas de quatro para oito, tendo como base as evidências científicas que relacionaram o aumento do número de encontros com menor probabilidade de natimortos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Mchenga, Burger e von Fintel (2019) encontraram subutilização da APN no Malawi com ponto de corte definido em quatro visitas, sugerindo ser improvável que oito visitas sejam viáveis em ambientes com poucos recursos.

3.3.2 Qualidade da APN no Brasil

Nos últimos anos, observou-se um aumento da cobertura da APN e do número de consultas por gestantes no Brasil. Em 2017, dos 2.923.535 nascidos vivos, em apenas 69.935 não havia registro de atendimento pré-natal, caracterizando uma cobertura de 97,6%. No entanto, apenas em 71% foram realizadas entre quatro e sete consultas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019). Tanto o acesso a serviços de saúde quanto a qualidade do que é oferecido no país varia significativamente entre regiões, municípios e usuárias, conforme estudos apresentados a seguir.

Vários aspectos da APN no Brasil têm sido descritos, como a qualidade dos registros (SILVEIRA; SANTOS; DIAS-DA-COSTA, 2001), a falta de solicitação de exames laboratoriais (ANVERSA et al., 2012), de exames clínico-obstétricos padronizados e de

orientações sobre a gestação, como complicações da gravidez, preparação para o parto, aleitamento materno e cuidado com o recém-nascido (CARVALHO; NOVAES, 2004), apontando de forma consistente as desigualdades socioeconômicas na APN (TOMASI et al., 2017). De acordo com os parâmetros utilizados, Tomasi et al. (2017) observaram que apenas 15% das pacientes assistidas na APN receberam uma atenção de qualidade, menos de um quarto das gestantes realizou exame físico apropriado e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas. Neste estudo foi significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no quartil superior. Persistem, portanto, desigualdades sociais e individuais que podem ser objeto de ações de qualificação dos processos de trabalho das equipes.

Conforme estudo realizado por Viellas et al. (2014), o percentual de mulheres assistidas pela APN no Brasil foi menor em mulheres de nível econômico mais baixo, nas mais jovens e naquelas menos escolarizadas.

Domingues et al. (2015), em estudo com o objetivo de verificar o grau de adequação da APN no Brasil e sua associação com características sociodemográficas das mulheres, observaram que o início precoce da APN ocorreu em 53,9% das gestantes, número adequado de consultas em 73,2%, registro de pelo menos um exame preconizado em 62,9%, orientação para maternidade de referência em 58,7% e APN global adequada em 21,6%. Menor adequação da APN foi observada em mulheres mais jovens, de pele preta, múltíparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado, com menos anos de estudo, de classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país. Após ajuste para características maternas, não foram observadas diferenças entre serviços públicos e privados quanto ao grau de adequação do cuidado pré-natal.

Guimarães et al. (2018) observaram importantes inadequações em investigação do acesso e da qualidade da APN na ESF no Brasil e na Região Norte, mediante avaliação de aspectos de infraestrutura nas unidades de saúde, gestão e oferta do cuidado prestado pelas equipes. Neste estudo transversal, avaliativo de tipo normativo, derivado do componente de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, a escolha das questões do banco de dados foi orientada pelo manual técnico do pré-natal. A estratégia avaliativa priorizou a disponibilidade de infraestrutura das USF e as ações gerenciais das EqSF, voltadas para garantir o acesso ao cuidado. Os resultados evidenciaram inadequação da infraestrutura da rede AB, baixa adequação de ações clínicas para a qualidade do cuidado e baixa capacidade de gestão das equipes para garantir o acesso e a qualidade do cuidado. Na distribuição por regiões

geopolíticas, os achados relativos à infraestrutura apontaram uma relação direta entre adequação da infraestrutura e contextos sociais com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e renda mais elevados. Para as ações clínicas do cuidado, as equipes de todas as regiões obtiveram índices baixos de adequação, tendo sido observado resultados discretamente mais elevados nas regiões Norte e Sul. Houve diferenças expressivas entre os estados da Região Norte, obtendo melhor adequação as unidades federadas com melhores condições de renda e de desenvolvimento humano.

Em estudo de avaliação da qualidade da APN por meio de dados do PMAQ-AB primeiro ciclo, concluiu-se que a estrutura das UBS e as ações prestadas pelas equipes não obedeciam à maioria dos padrões estabelecidos em protocolos nacionais, tanto na dimensão gerencial quanto na dimensão assistencial. Destaque para a existência de barreiras estruturais, indisponibilidade de medicamentos e exames essenciais, problemas na oferta do elenco de ações assistenciais, envolvendo a atenção individual e o cuidado clínico, bem como de promoção da saúde e ações coletivas e domiciliares ofertadas, revelando baixa qualidade da APN e ao puerpério no Brasil (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). Pontos positivos foram evidenciados, tais como a presença de coordenadores para a gerência das unidades e de profissionais de saúde de diversas categorias para o desenvolvimento de atividades clínicas e de promoção da saúde, além de desenvolvimento de ações como captação da gestante e puérpera para início precoce da assistência, orientação quanto à situação vacinal e oferta de vacina do calendário básico, bem como alimentação do SisPreNatal.

No município de Vitória, capital do Espírito Santo, Polgliane et al. (2014) observaram que nenhuma gestante teve um processo de APN totalmente adequado aos critérios da OMS, e menos de 5% das gestantes realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN, sendo que 44,7% das gestantes não iniciaram o pré-natal até o 4º mês.

Nunes et al. (2014) observaram problemas na atenção prestada pelos serviços de saúde, especialmente entre a população que utilizava unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Pelotas. A falta de acesso e o maior tempo na fila de espera foram mais frequentes entre os mais pobres, indicando iniquidades potencialmente evitáveis a partir de uma AB mais efetiva. Quanto à cor da pele, Niterói apresentou desempenho semelhante a Pelotas, onde houve associação entre etnia e qualidade da APN: em ambas, mulheres da raça negra apresentaram um menor número de consultas de pré-natal. Já em Porto Alegre, após ajustes de variáveis socioeconômicas, não se observou a associação entre etnia “não branca” e pré-natal inadequado.

Goudard et al. (2016) observaram uma alta taxa de inadequação (60,2%) do conteúdo da APN realizado pelas gestantes de São Luís, capital do Estado do Maranhão, mostrando

associação com classe econômica mais baixa, trabalho não qualificado ou desemprego, baixa escolaridade, usuárias de álcool na gestação, sem religião e que fizeram atendimento pré-natal em serviço público de saúde. A primiparidade e a idade de 35 anos ou mais demonstraram menores taxas de inadequação dessa assistência. Os itens do conteúdo da APN com menores taxas de utilização foram número de consultas por idade gestacional, exame das mamas e início do pré-natal até o quarto mês de gestação.

Fonseca et al. (2014) em estudo na cidade de Niterói, observaram que mulheres com maior vulnerabilidade para riscos maternos e perinatais foram as que tiveram menor frequência de cuidado pré-natal, constatando que a disponibilidade da assistência variou inversamente com as necessidades da população servida.

Estudo de caso-controle em Teresina mostrou que as mães que apresentaram inadequação da APN tiveram chance aumentada para a ocorrência dos desfechos baixo peso ao nascer e prematuridade, evidenciando a necessidade de adequação de políticas públicas de saúde e atenção às gestantes. A análise multivariada mostrou que baixa escolaridade, não realizar atividade remunerada, parto cesáreo, oligo-hidrânio, descolamento prematuro da placenta e pré-eclâmpsia são fatores independentes associados com a prematuridade e/ou baixo peso ao nascer. Para adequação do pré-natal, a variável realização da rotina de exames laboratoriais básicos permaneceu significativa, mostrando que as mães que apresentaram inadequação da APN tiveram chance aumentada para a ocorrência do desfecho (GONZAGA et al., 2016).

Leal et al. (2015) observaram que as mulheres usuárias de serviços públicos residentes nos 252 municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil na Amazônia Legal e Nordeste tiveram níveis muito baixos de adequação da atenção ao pré-natal e ao parto. Quanto à adequação do pré-natal, de acordo com os critérios definidos pelo estudo, constataram baixa proporção de pré-natal classificado como adequado, e predomínio de classificação como parcialmente adequado. A adequação do pré-natal relacionou-se com a condição social e demográfica da gestante, sendo pior para as de baixa condição social.

Cunha et al. (2019), em pesquisa avaliativa com análise de 4.059 municípios que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB em 2013-2014, mediante modelo avaliativo composto por 19 indicadores agrupados nas dimensões aspectos estruturais e aspectos operacionais validado em conferência de consenso, observaram que, quanto aos aspectos estruturais da APN, 39,1% dos 4.059 municípios brasileiros avaliados foram classificados como pouco adequados. Na análise da infraestrutura, o espaço físico apresentou mais da metade dos municípios (69,6%) adequados. Quanto aos recursos humanos, destaque positivo para o suporte especializado com

86,4% dos municípios que oferecem apoio de especialistas às equipes da AB e para a cobertura populacional que mostrou adequação em 53,3% dos municípios. A padronização da atenção apresentou o maior percentual de municípios inadequados (62,0%), em especial no indicador normatização da atenção. Menos de um quarto dos municípios apresentaram adequação do pré-natal na AB, com piores condições nos de maior porte populacional e localizados na região Norte. Os aspectos estruturais apresentaram maior número de municípios classificados como adequados. Na análise de infraestrutura, pode ter contribuído para o resultado de adequação do espaço físico, incentivos financeiros do MS oferecidos aos municípios desde 2011 para reforma, ampliação e construção de UBS, com vistas à melhoria das condições de trabalho, acesso e qualidade da AB. O elevado percentual de municípios com oferta de suporte especializado foi outro ponto positivo encontrado nesse estudo. No entanto, foram identificados problemas na adequação de pessoal e cobertura populacional.

Apesar dos avanços evidenciados nos indicadores nacionais de pré-natal, importantes desigualdades foram identificadas entre subgrupos da população, sem que houvesse redução da magnitude dessas diferenças no período estudado. O Brasil apresenta importantes desigualdades sociais, que ainda se refletem em persistentes desigualdades em saúde. A descrição e monitoramento dessas desigualdades são fundamentais para o direcionamento de políticas de saúde, com foco em grupos mais vulneráveis que vêm sendo abandonados (SILVA et al., 2018).

3.3.3 Morbimortalidade materno-infantil

A mortalidade materna no Brasil apresenta ainda valores elevados, em torno de 50 por 100 mil nascidos vivos. Os óbitos maternos registrados em BH entre 2003 e 2010 estiveram associados a questões possivelmente evitáveis, relacionadas aos direitos reprodutivos da mulher, à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, em estudo baseado em relato dos familiares (RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015).

No período de 1997 a 2006 houve um declínio das causas de morte potencialmente reduzíveis pela ação dos serviços de saúde em todas as regiões do país, entretanto este declínio foi desigual. Verificou-se que a redução mais acentuada ocorreu na Região Sudeste (45,5%). Estas variações geográficas das causas reduzíveis podem estar relacionadas não à melhoria dos serviços de saúde e sim à melhoria de outros fatores socioeconômicos. A mortalidade por causas reduzíveis por adequada atenção ao parto declinou em 27,7%; por adequada atenção ao recém-nascido, 42,5%; e por adequada atenção à gestação cresceu 28,3%. Concluiu-se que os serviços

de saúde contribuíram para a redução da mortalidade infantil. O declínio das causas mal definidas de morte indica ampliação do acesso aos serviços de saúde. O aumento do acesso e atenção ao parto e aos cuidados com recém-nascido contribuíram para a redução de óbitos infantis. O aumento da mortalidade por adequada atenção à gestação revela a necessidade de aprimoramento da atenção pré-natal (MALTA et al., 2010).

Outro estudo, sobre óbitos fetais ocorridos em BH de 2008 a 2010, observou uma elevada proporção de mortes evitáveis, sugerindo a necessidade de melhoria da APN e ao parto (ASSIS et al., 2014). Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (TOMASI et al., 2017).

No período de 2003 a 2017, verificou-se incremento da taxa de incidência de sífilis congênita de 1,7 para 8,6 casos por mil nascidos vivos no Brasil. De 2005 a 2017, a taxa de detecção de sífilis em gestantes passou de 0,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos, enquanto a taxa de detecção de sífilis adquirida passou de 2,0 para 58,1 casos por 100 mil hab., de 2010 a 2017. Diante desses números, apesar dos avanços em relação à testagem rápida, administração de penicilina na AB e qualificação da vigilância epidemiológica, ainda há muitos desafios quanto à integração entre Vigilância em Saúde e AB, organização das RAS para assistência a crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita, acesso das populações-chave a serviços de saúde, promoção de ações de informação, comunicação e educação em saúde, intersetorialidade, entre outros aspectos para fortalecimento da vigilância, da prevenção e do controle da sífilis (BRASIL, 2019a).

Pitilín e Pelloso (2017), analisando as internações por condições sensíveis à AB em gestantes e os fatores associados a partir do processo da APN em um município polo do Centro-oeste paranaense, observaram que o percentual de internações foi de 70,97% (n = 59), com destaque para as internações específicas do período gravídico (51,17%), das quais as internações por infecções do trato geniturinário foram as mais frequentes. Associaram-se ao risco de internar por condição sensível: registro incompleto do cartão da gestante, início tardio da APN (a partir do 2º trimestre), número insuficiente de consultas e conduta clínica inadequada durante a consulta.

3.3.4 Pré-natal em Belo Horizonte

Em BH, em 2017 foram registrados 32.080 nascidos vivos por residência da mãe, sendo que em 24.774, que corresponde a 77,25% dos nascidos vivos, foram realizadas sete ou mais

consultas de pré-natal (BRASIL, 2019c). Estes dados corroboram a necessidade de avaliação da qualidade desse serviço de saúde prestado no município.

Em 2006, Friche et al. realizaram estudo ecológico no município e identificaram concentração dos piores indicadores materno-infantis nas regiões com baixo nível socioeconômico: comparecimento a menos de quatro consultas pré-natais, mães com menos de oito anos de estudo e maior número de mulheres adolescentes. Quanto à proporção de mães com menos de quatro consultas pré-natais, evidenciaram pequenos conglomerados do tipo alto-alto em parte das regiões nordeste e leste e uma pequena área no extremo sul, mostrando uma distribuição mais aleatória desse indicador.

Em avaliação da prevenção da transmissão vertical do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) em 2010, observou-se uma baixa captação precoce de gestantes, o que gerou comprometimento da qualidade da assistência prestada, na medida em que ocorre a redução do número de consultas durante o pré-natal e de gestantes que realizam os exames básicos. Observou-se ainda nesse estudo que a assistência pré-natal não foi finalizada no banco de dados SisPreNatal, pois a maioria das gestantes não retornou para a realização da consulta de puerpério (LANA; LIMA, 2010).

Estudo de coorte histórica realizado entre novembro/2010 e setembro/2013, com dados obtidos dos prontuários eletrônicos da capital, observou que a incidência de sífilis congênita sugeriu falhas na APN e indicou serem necessárias novas estratégias para reduzir a transmissão vertical da doença (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A RAS do SUS de BH conta atualmente com 152 UBS, 588 ESF, o Hospital Metropolitano Odilon Behrens, o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro. Possui oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), três Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM-AD), dois Centros de Referência em Saúde Mental infantil (CERSAMi), e nove Centros de Convivência. Na atenção especializada, são cinco Unidades de Referência Secundária (URS), nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação (CREAB), dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de diagnóstico por imagem (CMDI). A rede de Urgência e Emergência é composta por nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP) e o SAMU. A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, nove laboratórios de UPA. A Vigilância em Saúde tem em sua estrutura um Laboratório de Bromatologia, um Centro de

Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, quatro Centros de Esterilização de Cães e Gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante. Na promoção à saúde, são 76 Academias da Cidade em funcionamento e 127 locais que promovem a prática Lian Gong (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Constitui-se, portanto, em uma rede complexa e abrangente, o que corrobora a necessidade e pertinência de estudos de qualidade em saúde para aprimoramento da atenção ao usuário do SUS na capital.

3.3.5 Índices e processos de avaliação da qualidade da APN

Vários índices são sugeridos pela literatura para avaliar a qualidade da APN, entre os quais destacam-se o índice de Kessner 13, proposto em 1973, e o *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), proposto por Kotelchuck (1994). No Brasil, Takeda (1993) modificou o índice de Kessner, reduzindo o número de consultas e aumentando a idade gestacional para antes de vinte semanas do início do pré-natal (ANVERSA et al., 2012). Todos esses índices baseavam-se no número de consultas realizadas e na idade gestacional de início do pré-natal. Em 2001, Silveira, Santos e Dias-da-Costa acrescentaram ao pré-natal adequado a realização de hemograma, exame de urina e sorológico para sífilis. Coimbra et al. (2007) criaram, baseando-se em recomendações do MS, um índice que, além do número de consultas e mês de início do pré-natal, incluía o número de consultas ajustadas à idade gestacional do parto (SAAVEDRA; CESAR, 2015). Estudos têm avaliado a qualidade da APN pelo número de consultas, início do pré-natal e procedimentos conforme manual técnico do MS (ANVERSA et al., 2012).

Atualmente, numerosos indicadores de conteúdo da APN estão sendo usados para avaliar a qualidade da APN. No entanto, é necessário usar indicadores padronizados entre os países e esforços para melhorar a avaliação da qualidade. Morón-Duarte et al. (2019), em revisão de literatura, verificaram que do total de estudos incluídos, 69% avaliaram pelo menos um tipo de indicador de processo de APN. De acordo com as diretrizes de APN da OMS, 8,7% dos artigos relataram aconselhamento sobre alimentação saudável e 52,2% suplementação de ferro e ácido fólico. Os indicadores de avaliação das intervenções maternas e fetais foram: teste de sífilis (55,1%), teste de HIV (47,8%), triagem de diabetes mellitus gestacional (40,6%) e ultrassonografia (27,5%). A avaliação das atividades essenciais da APN variou entre 26,1% dos casos de som cardíaco fetal, 50,7% do peso materno e 63,8% da pressão arterial. Em relação às medidas preventivas recomendadas pela OMS, a vacina antitetânica foi relatada em 60,9% dos

artigos. As intervenções realizadas pelos serviços de saúde para melhorar o uso e a qualidade dos cuidados na APN, a promoção da saúde materna e fetal e o número de visitas foram avaliadas em 65,2% dos estudos.

O enfoque mais tradicional de avaliação, proposto por Donabedian, é baseado na teoria dos sistemas, que considera os elementos de estrutura, processo e resultados. A avaliação do processo refere-se às ações desenvolvidas nos serviços de saúde, orientada essencialmente para a análise da atuação profissional no cuidado do binômio saúde/doença da população. Avaliar o processo requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas (ANVERSA et al., 2012).

O termo tecnologias, em saúde, refere-se ao aglomerado de ações que incluem métodos, procedimentos, práticas, técnicas, instrumentos e equipamentos utilizados com conhecimento e saber técnico científico, e que envolvem habilidades e sensibilidade para reconhecer qual das tecnologias e como utilizá-las para a melhor abordagem em saúde. As tecnologias são divididas em três dimensões: tecnologias leves (comunicação, acolhimento, vínculo e escuta); tecnologias leves duras (epidemiologia, clínica e outras com saberes estruturados) e as tecnologias duras (equipamentos e máquinas, material utilizado no ato de cuidado em saúde) (ALMEIDA; FÓFANO, 2016). A maioria dos estudos de qualidade da APN referem-se a tecnologias duras e leves duras (BALSELLS et al., 2018).

Uma corrente de estudos atuais vem utilizando dados do PMAQ-AB o que permite revelar, à luz da abordagem de Donabedian, as condições das UBS e o desenvolvimento das ações das EqSF no âmbito da AB, ampliando, do ponto de vista teórico e metodológico, o escopo das análises relativas à APN no país (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

3.4 *DEPRESSÃO PERINATAL (DPN)*

Embora a gravidez seja culturalmente um momento feliz e saudável na vida de uma mulher, também pode corresponder a um período de maior vulnerabilidade a múltiplos transtornos mentais. Os transtornos mentais não psicóticos estão entre as morbidades mais comuns da gravidez e do puerpério. As alterações de saúde mental da mulher no período gravídico puerperal adquirem particular importância visto estarem associadas a eventos adversos na mãe, no filho e na família (HOWARD et al., 2014).

A DPN tem sido alvo de investigações científicas devido à sua alta prevalência e gravidade e por suas repercussões negativas na puérpera e na criança. O Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição (DSM-5) define depressão perinatal como um episódio depressivo maior com início no periparto, ou seja, início dos sintomas durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Embora fora do prazo previsto para o diagnóstico do DSM-5, os estudos epidemiológicos consideram períodos variáveis do início do quadro. O tempo de rastreio em geral é definido em 0-3 meses pós-parto em 43% dos estudos, < 6 meses (19%), e ≤ 12 meses (38%) (MORAES et al., 2017).

Sabe-se que esse distúrbio é sub detectado e sub tratado; muitas mulheres não procuram ajuda para os sintomas para evitar estigmas percebidos ou não podem procurar ajuda devido ao acesso limitado a recursos (PEREIRA et al., 2014). Como os períodos pré-natal e pós-natal geralmente estimulam a procura da mulher por serviços de saúde, a possibilidade de melhorar os programas de rastreamento da DPN nesse cenário pode ser explorada. A identificação precoce da DPN é entendida como importante para os resultados de mães e filhos; programas de triagem que utilizam profissionais de saúde bem treinados e ferramentas apropriadas podem fornecer resultados mais efetivos (MILGROM; GEMMILL, 2014). No entanto, apenas 22% das mulheres com rastreamento positivo para sintomas depressivos perinatais iniciarão o tratamento, quando a triagem for implementada sem apoio adicional para promoção da adesão à abordagem em saúde mental (BYATT et al., 2015; SIU et al., 2016). A inclusão desses apoios pode aumentar a porcentagem de mulheres que iniciam o tratamento para perto de 90% (BYATT et al., 2015). Diretrizes de várias organizações apoiam a triagem rotineira para DPN durante a gravidez e o puerpério e questionários validados são ferramentas eficazes. Programas universais de triagem podem superar com sucesso as barreiras das mulheres, do médico e dos sistemas de saúde e reduzir o fardo das doenças. A implementação de triagem universal deve ser uma prioridade para todos os sistemas de saúde que oferecem cuidados obstétricos (LEARMAN, 2018). O rastreamento tem o potencial de detectar quadros de depressão que de outra forma ficariam sem diagnóstico, devido aos sintomas iniciais serem, por vezes, inespecíficos e insidiosos.

Várias ferramentas de triagem para depressão na gravidez e pós-parto têm sido utilizadas em estudos e protocolos de APN (Tabela 1) (LEARMAN, 2018). O método de triagem mais frequentemente usado nos estudos é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS) (68%) – questionário de autorrelato de dez itens (incluindo um sobre autoagressão) validado para uso no pré-natal e no pós-parto, seguida pelo Inventário de Depressão de Beck (27%), e o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (18%) (MORAES et al., 2017).

Tabela 1: Instrumentos de triagem para depressão na gravidez e pós-parto

Instrumento de triagem para depressão	Número de itens	Tempo de execução (minutos)	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	10	<5	59-100	49-100
Postpartum Depression Screening Scale	35	5-10	91-94	72-98
Patient Health Questionnaire-9	9	<5	75	90
Beck Depression Inventory	21	5-10	47,6-82	85,9-89
Beck Depression Inventory II	21	5-10	56-57	97-100
Center for Epidemiologic Studies	20	5-10	60	92
Zung Self-Rating Depression Scale	20	5-10	45-89	77-88

Fonte: Learman (2018).

O'Connor et al. (2016), em relatório de evidências e revisão sistemática para a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos da América, observaram que entre mulheres grávidas e puérperas de 18 anos ou mais, seis ensaios (n = 11.869) mostraram 18% a 59% de reduções relativas de depressão perinatal com programas de rastreamento, ou 2,1% a 9,1% de reduções absolutas no risco de depressão no acompanhamento (3 - 5 meses) após a participação em programas envolvendo rastreio de depressão, com ou sem componentes de tratamento adicionais, em comparação com os cuidados habituais. Com base em 23 estudos (n = 5398), um ponto de corte de 13 na Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo demonstrou sensibilidade variando de 0,67 (IC de 95%, 0,18-0,96) a 1,00 (IC de 95%, 0,67-1,00) e especificidade consistentemente 0,87 ou superior. Os dados foram escassos para os instrumentos "Patient Health Questionnaire Instruments". Os resultados combinados para o benefício da terapia cognitiva comportamental em mulheres grávidas e puérperas com depressão mostraram um aumento na probabilidade de remissão (risco relativo combinado, 1,34 [IC 95%, 1,19-1,50]; número de estudos [K] = 10, I² = 7,9%) em comparação com os cuidados habituais, com aumentos absolutos variando de 6,2% a 34,6%. Evidências observacionais mostraram que o uso de antidepressivos de segunda geração durante a gravidez pode estar associado a pequenos aumentos nos riscos de danos potencialmente graves. Evidências diretas e indiretas sugeriram que o rastreamento de depressão em mulheres grávidas e no pós-parto pode reduzir os sintomas depressivos em mulheres com depressão e reduzir a prevalência de depressão em uma determinada população. A evidência para mulheres grávidas foi mais escassa, mas foi consistente com a evidência para mulheres no pós-parto em relação aos benefícios do rastreamento, os benefícios do tratamento e a precisão do instrumento de rastreamento.

3.4.1 Prevalência e fatores de risco

Woody et al. (2017), em revisão sistemática e meta-regressão de efeitos aleatórios para determinar as fontes de heterogeneidade nas estimativas de prevalência entre os estudos, não encontraram diferenças significativas entre as estimativas de prevalência para os períodos pré-natal e pós-parto nos países de baixa e média renda e nos países de alta renda. No entanto, a prevalência combinada foi significativamente maior nos países de baixa e média rendas em comparação com os países de alta renda no pré-natal (19,2%, IC 95% 18,0 a 20,5 vs. 9,2%, IC 95% 8,4 a 10,0, respectivamente) e no pós-parto (18,7 %, IC 95% 17,8–19,7 vs. 9,5%, IC95% 8,9-10,1, respectivamente). A prevalência global combinada de DPN foi de 11,9% (IC95% 11,4–12,5%). Essa revisão sistemática da literatura disponível sobre a prevalência e incidência de DPN fornece estimativas atualizadas sobre a prevalência global de DPN e destaca o status de renda e o tipo de diagnóstico como dois preditores significativos de prevalência. Porém, há um número limitado de estudos em países em desenvolvimento, destacando-se a necessidade de mais pesquisas e disponibilidade de serviços em países de baixa renda.

Apesar de haver pesquisas substanciais sobre fatores de risco para distúrbios perinatais, particularmente transtornos depressivos, existem poucas revisões sistemáticas e uma escassez de pesquisas usando medidas de diagnóstico, abordagens longitudinais e grupos de comparação. Os estudos frequentemente excluem mulheres com histórico de doença mental ou grupos específicos de mulheres, como aquelas que estão infectadas pelo HIV ou portadoras de doenças crônicas, o que restringe a compreensão de riscos e comorbidades sobrepostos. No entanto, uma história de qualquer psicopatologia e adversidades psicossociais, incluindo o espectro de baixo apoio e abuso social, são preditores de transtornos mentais durante e após a gravidez, e devem sugerir a prevenção, identificação e tratamento (HOWARD et al., 2014).

Os principais fatores de risco associados à DPN podem ser classificados em baixo, moderado e alto risco, conforme revisão de literatura realizada por Howard et al. (2014). Os fatores de risco elevado são violência doméstica, história prévia de psicopatologia e história de abuso. Risco moderado a alto: eventos estressantes e eventos negativos de vida, baixo status econômico, baixo suporte social, baixo suporte do parceiro e dificuldades conjugais, migração, ansiedade na gravidez. E risco baixo a moderado: gravidez não planejada, abuso de substâncias, multiparidade e doença crônica.

Em estudo de coorte realizado no município de Pelotas, a prevalência de sintomas depressivos significativos durante a gravidez foi de 20,5% e no período pós-parto de 16,5%. As mulheres com depressão pré-natal apresentaram um risco maior de DPP. Os autores concluíram

que nível de pobreza, a história psiquiátrica, a ausência do parceiro e eventos vitais estressantes devem ser considerados fatores de risco importantes para sintomas depressivos pós-parto relevantes (SILVA et al., 2012).

Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) em rastreamento de DPP em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família encontrou uma prevalência de transtorno mental comum (TMC) e de DPP de 37,1%. Este mesmo estudo não encontrou significância estatística para as variáveis explicativas idade materna, cor, escolaridade, ocupação e estado civil, além de idade, ocupação e instrução do companheiro, renda familiar, número de gestações, paridade, abortamentos, filhos vivos, partos prematuros, idade gestacional, tipo do parto, planejamento da gestação, Apgar de 1º e 5º minuto, sexo e peso do recém-nascido e aleitamento materno. Porém, observou que quanto maior a percepção de suporte social do parceiro, menor a prevalência de DPP ($p = 0,03$).

Abdollahi e Zain (2015) em estudo prospectivo de coorte investigaram a taxa de incidência e os preditores obstétricos associados de DPP ao longo de doze semanas após o parto em 1801 mulheres grávidas não deprimidas que frequentavam os centros de AB. Encontraram que as proporções de incidência de depressão durante um período de 12 semanas após o parto foram de 12,3%. Nessa coorte o risco de DPP foi aumentado por infecção urinária recorrente [OR = 2,25 (IC95%: 1,15-4,38), gravidez indesejada [OR = 1,97 (IC95%: 1,15-3,35)] e diabetes gestacional [OR = 3,41 (IC95% = 1,46-5,88)], sendo o tipo de parto não preditivo para DPP.

Zaconeta et al. (2013), em um estudo de coorte prospectivo, determinaram a prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de puérperas da cidade de Brasília, discriminando os casos com surgimento após o parto daqueles já presentes durante a gestação. Observaram que 10,3% apresentaram sintomas depressivos significativos na gestação e 11,2%, no período pós-parto. A frequência global de depressão foi significativamente maior entre as mulheres solteiras em comparação com mulheres casadas. O risco de depressão não foi influenciado pela idade, paridade e escolaridade.

Estudo realizado na cidade de São Paulo avaliou a prevalência de DPP e fatores associados em mulheres que deram à luz em dois hospitais, sendo um público e outro privado. Foram aplicados questionários padronizados, a EDPS e a Escala de Apoio Social de MOS a 462 mulheres, 205, no hospital público e 257, no privado. Foram obtidos dados sociodemográficos, psicossociais, obstétricos e do recém-nascido. Consideraram-se deprimidas mulheres com 12 ou mais pontos na EDPS, aplicada no 3º ou 4º mês após o parto. No hospital público, a prevalência de DPP foi de 6% e, no privado, de 9%. Características dos recém-nascidos foram semelhantes nas duas amostras; porém, idade, escolaridade, número de visitas

de pré-natal e de cesarianas das mães foram maiores no hospital privado. Análise de regressão envolvendo características psicossociais das participantes revelou associação positiva de DPP com depressão anterior e com frequência de conflitos com o parceiro e relação negativa com anos de escolaridade e escore de apoio social (MORAIS et al., 2015).

Santos, Xianming e Salomon (2017) em revisão sistemática de literatura concluíram que fatores de risco social e psicológico foram o grupo mais comum de preditores relacionados a uma maior carga (alta soma de escores) de sintomas depressivos.

Kettunena e Hintikkab (2017) realizaram um estudo controlado compreendendo 104 mães com um episódio atual de DPP e um grupo controle de 104 mães sem um episódio. Nas análises multivariadas ajustadas à idade, experiências adversas na infância, baixo nível de apoio atual em relacionamentos próximos e um baixo status socioeconômico foram associados significativamente à DPP. A adversidade infantil foi associada ao novo episódio e à depressão recorrente. No entanto, baixo nível de apoio e baixo status socioeconômico também foram associados à depressão recorrente. Um quarto das mães com um episódio depressivo maior no período pós-parto frequentou serviços psiquiátricos. Nas mães com novo episódio de depressão, essa proporção foi de apenas 5%.

Martini et al. (2015), em estudo prospectivo longitudinal com 306 gestantes recrutadas em ambulatórios ginecológicos na Alemanha, encontraram que os preditores mais fortes de ansiedade perinatal e transtornos depressivos foram ansiedade e transtornos depressivos antes da gravidez, mas fatores psicossociais (por exemplo, educação materna), individuais (por exemplo, baixa autoestima) e interpessoais (por exemplo, satisfação do parceiro, apoio social) também foram relacionados.

Estudo amostral realizado em BH (FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011) encontrou uma prevalência de 26,9% de DPP, não sendo observadas diferenças entre as características sociodemográficas das mulheres com e sem o referido diagnóstico. Entretanto, diversas variáveis clínicas e psicossociais se mostraram significativamente diferentes entre os dois grupos, tais como história de depressão, vivência de estresse ou presença de sintomas depressivos ou ansiosos durante a gravidez, ocorrência de complicações maternas ou na criança no pós-parto e insuficiência de suporte nos cuidados pós-natais.

3.4.2 Consequências obstétricas e neonatais

Existem evidências de que a saúde mental materna perinatal deficiente, especialmente em mulheres com uma desvantagem socioeconômica, está ligada a um crescimento infantil

inadequado. Embora alguns estudos, especialmente aqueles realizados em países de alta renda, não tenham notado essas associações ou a percebam apenas em subgrupos, dados crescentes de populações que vivem em países de baixa renda sugerem que a DPN está associada ao baixo peso e à baixa estatura na infância (STEIN et al., 2014).

Duas metanálises avaliaram a associação entre depressão pré-natal e desfechos fetais e neonatais. Ambos os relatórios mostraram que os sintomas de depressão pré-natal estão associados a um risco aumentado de parto prematuro (<37 semanas de gestação). Os efeitos da depressão pré-natal na prematuridade (e baixo peso ao nascer) foram maiores em estudos com quadros de depressão de maior gravidade (STEIN et al., 2014).

Os achados relacionados a associação de DPN e baixo peso ao nascer são ainda discrepantes. Estudos de metanálise sugerem que a proporção de baixo peso ao nascer é mais alta em países de baixa renda do que naqueles de alta renda. O baixo peso ao nascer pode, portanto, ser um fator substancial nos países de baixa renda, mas não nos de alta renda, exceto possivelmente em comunidades socioeconomicamente desfavorecidas (STEIN et al., 2014). A DPP nos países de baixa renda pode estar associada a altas taxas de doenças diarreicas em crianças, o que poderia contribuir para seu baixo crescimento.

3.4.3 Consequências no crescimento e desenvolvimento da criança

Os transtornos mentais perinatais estão associados a um aumento de uma série de distúrbios psicológicos e de desenvolvimento em crianças. Considera-se que a depressão perinatal tem um impacto negativo na saúde da criança, porque coincide com um período de desenvolvimento cerebral substancial durante o qual os bebês são totalmente dependentes de seus cuidadores primários para cuidados físicos, segurança e regulação emocional (GLOVER, 2014).

A DPN afeta significativamente a interação mãe-bebê com consequente dificuldade na regulação emocional e no comportamento social precoces dos lactentes (JUNGE et al., 2017). Em crianças e adolescentes filhos de mães diagnosticadas com DPP podem ser observados transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (VAN BATENBURG-EDDES, 2013), afetividade infantil negativa (ROUSE; GOODMAN, 2014), distúrbio desafiador e de oposição, transtorno de conduta, depressão, atraso no cumprimento de etapas do desenvolvimento e linguagem, dificuldade de aprendizado (STEIN et al., 2014). Humor depressivo, irritabilidade e desesperança em mães deprimidas persistem no período pós-natal e podem afetar a capacidade dos pais de cuidar e, portanto, afetar indiretamente o desenvolvimento infantil (KVALEVAAG

et al., 2013). A DPN tem, portanto, implicações importantes e potencialmente duradouras para mães, bebês e famílias (KATON et al., 2017).

As dificuldades emocionais e comportamentais das crianças são frequentemente conceituadas como internalizantes ou externalizantes. As dificuldades internalizantes incluem sintomas ou diagnósticos de depressão e ansiedade (por exemplo, ansiedade de separação e fobias). Desenvolvimento social refere-se ao desenvolvimento de habilidades sociais de uma criança, como tomada de decisão, empatia e cooperação. Estudos longitudinais mostraram que a depressão perinatal está associada a um risco aumentado de problemas emocionais da criança, depressão clínica no final da adolescência e dificuldades na regulação emocional precoce e no comportamento social, com baixa competência social no período escolar (STEIN et al., 2014).

As dificuldades externalizantes incluem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, distúrbio desafiador e de oposição e transtorno de conduta, ou sintomas de qualquer um deles. Vários grandes estudos longitudinais forneceram evidências que apoiam a hipótese de que sintomas e distúrbios de DPP estejam associados ao comportamento externalizante na criança, particularmente sintomas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (STEIN et al., 2014).

Pearson et al. (2013) observaram impacto da depressão materna perinatal na depressão dos filhos aos 18 anos de idade, e uma associação independente de depressão pré-natal e pós-parto com depressão dos filhos.

Junge et al. (2017), em estudo de coorte de 1.235 díades mãe-filho, encontraram que a depressão perinatal materna afetou substancialmente o desenvolvimento socioemocional de crianças de dois anos de idade. Filhos de mães que estavam deprimidas no pré-natal, pós-parto ou nos dois momentos apresentaram três a quatro vezes mais risco de desenvolvimento de problemas sociais e emocionais. As mães deprimidas no pré-natal, mas não no pós-parto, eram mais propensas a ter filhos com problemas socioemocionais, resultado que também se aplicou às mães deprimidas no pós-natal, mas não no pré-natal.

Vizzini et al. (2019), em estudo que incluiu 3.634 mulheres da coorte italiana *Nascita e INFanzia: gli Effetti dell'Ambiente (NINFEA)*, encontraram que ansiedade materna, depressão e distúrbios do sono estão associados a um aumento relativo no número de sintomas de escores de transtornos de déficit de atenção hiperativo - impulsivo (TDAH-H), transtornos de déficit de atenção hiperativo - desatento (TDAH-I) e total de transtorno de déficit de atenção hiperativo (TDAH) em pré-escolares. Todas as estimativas foram aprimoradas quando os distúrbios estavam ativos durante a gravidez e atenuados para distúrbios ativos apenas durante o período pré-gestacional.

Abdollahi, Abhari e Zarghami (2017), em estudo de caso controle a partir de coorte de 1.801 gestantes atendidas em centros de AP da província de Mazandaran, no norte do Irã, encontraram que deficiências de desenvolvimento infantil na comunicação e nos domínios motor e pessoal-social graves foram associados a sintomas depressivos maternos atuais e simultâneos. As deficiências do desenvolvimento infantil neste estudo foram significativamente relacionadas à cronicidade ou recorrência da depressão materna. Além disso, as dificuldades da criança foram mais prevalentes em associação com a depressão materna, independentemente do tempo de início.

O vínculo parental (ou apego) tem um papel fundamental no desenvolvimento de diferentes recursos socioemocionais da criança, do adolescente e do adulto. O apego é quando uma criança pequena usa um cuidador como uma base segura para explorar e, quando necessário, como um refúgio de segurança e fonte de conforto. Esse apego baseia-se em experiências iniciais com a extensão da capacidade de resposta dos cuidadores com a criança. A DPN está associada ao apego desorganizado (uma forma de apego inseguro), independentemente da DPP. E esta está associada a um risco aumentado de apego inseguro (especialmente desorganizado) mãe-bebê (STEIN et al., 2014). É concebível que sintomas de depressão materna, como ruminação ou distúrbio de humor, afetem as capacidades dos pais e dificultem o foco de sua atenção, impedindo que respondam adequadamente às demandas das crianças e apreciem seus sentimentos. Menos responsividade, maior abstinência ou mesmo interrupção da disponibilidade dos pais estão associados à segurança do apego da criança, que é um indicador do desenvolvimento socioemocional (STEIN et al., 2014).

Como os transtornos mentais perinatais podem ter sérias consequências em termos de morbimortalidade materna e resultados adversos nos filhos, há muito interesse em melhorar a identificação desses transtornos para aumentar as taxas de tratamento. Organizações recomendam a triagem para sintomas de depressão perinatal durante a gravidez usando um instrumento padronizado como parte de uma referência de boas práticas (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE, 2015; SIU et al., 2016). No entanto, as mulheres frequentemente enfrentam barreiras para procurar os serviços de saúde e aderir aos cuidados em saúde mental devido à falta de acesso ou ao estigma social (BYATT et al., 2012). Em vista da crescente evidência de que experiências nos primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento e a produtividade saudáveis na vida adulta e do número de pessoas afetadas, intervenções e estratégias de prevenção devem ser uma prioridade em saúde pública. É necessário reconhecer que o tratamento dos transtornos mentais perinatais pode contribuir substancialmente para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM),

especificamente aqueles relacionados à nutrição infantil e desenvolvimento precoce, educação e saúde materna (incluindo atendimento pré-natal) (STEIN et al., 2014). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram fixados em 2015 pela Organização das Nações Unidas como um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade. Trata-se de uma agenda de ação até 2030, com 17 objetivos e 169 metas construídas sobre o legado dos ODM.

Os ODS são integrados e indivisíveis e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, social e ambiental. Eles estimularão a ação para os próximos anos em áreas de importância crucial para a humanidade e para o planeta e abrangem um conjunto mais amplo de temas que os ODM no que diz respeito à saúde. O ODS 3, por exemplo, visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Abrange os principais temas de saúde, incluindo saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, saúde mental, cobertura universal de saúde e fortalecimento dos sistemas de saúde. A meta 3.1 propõe reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. Reduzir a mortalidade materna depende crucialmente de garantir que as mulheres tenham acesso a cuidados de qualidade antes, durante e após o parto (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2021). Já a meta 3.7 propõe assegurar, até 2030 o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. É importante incluir temas em saúde mental da gestante e puérpera como seguimento importante das estratégias e programas em saúde reprodutiva.

3.5 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO PERÍODO PERINATAL

Os sintomas de ansiedade na gravidez podem estar relacionados a vários tipos de transtornos, tais como ansiedade geral, transtornos de ansiedade e ansiedade relacionada à gravidez (ArG), esta última caracterizada por medos específicos e preocupações relacionados à gestação. Tanto a ansiedade geral quanto a ArG estão associadas a desfechos negativos maternos como, por exemplo, aumento da náusea. A ArG é mais frequentemente associada a resultados negativos para a criança, como parto prematuro. Adicionalmente, a ArG é potencialmente um fator de risco para a depressão pós-parto. A avaliação da ArG na APN constitui-se em uma oportunidade de intervenção potencialmente significativa (BRUNTON et

al., 2015). Estudos apontam que a ansiedade e os distúrbios relacionados são mais comuns do que a depressão entre mulheres grávidas e pós-parto (FAIRBROTHER et al., 2016).

Embora a depressão durante a gravidez e o pós-parto seja frequentemente rastreada, os transtornos de ansiedade não o são. O rastreamento da DPN é amplamente recomendado, no entanto, existem poucas pesquisas sobre o rastreamento da ansiedade perinatal. Este rastreamento pode aumentar as taxas de encaminhamento para profissionais de saúde mental, ampliando a possibilidade de diagnóstico e tratamento. O instrumento *Generalized Anxiety Disorder 2- itens* (GAD-2), constituído de duas perguntas referentes a sintomas presentes ao longo das últimas semanas (1 - sentindo-se nervoso, ansioso ou no seu limite; 2 - não ser capaz de interromper ou de controlar as preocupações) tem sido utilizado, porém, mais pesquisas são necessárias para entender como o rastreamento da ansiedade perinatal deve ser melhor implementado (LIEB et al., 2020). Estudo realizado com mulheres canadenses utilizando as escalas EDPS, EDPS 3-A (componente de ansiedade ocluída), GAD-7 itens e GAD-2 itens concluiu que nenhum desses instrumentos pode ser recomendado para uso generalizado como ferramenta de rastreamento de ansiedade perinatal. No entanto, o alto desempenho da ferramenta Transtorno de Ansiedade - 13, no referido estudo, atendeu a padrões de medida de triagem clinicamente útil (FAIRBROTHER et al., 2019).

3.5.1 Prevalência e fatores de risco

As taxas de prevalência de transtornos de ansiedade durante a gravidez variam consideravelmente entre os estudos disponíveis.

Rouse e Goodman (2014) em uma revisão sistemática relataram que, embora a taxa de prevalência de transtornos de ansiedade tenha sido alta entre as mulheres grávidas, a evidência sobre se a prevalência de transtornos de ansiedade entre as mulheres grávidas diferia daquela nas populações femininas não grávidas era inconclusiva. O número limitado de estudos disponíveis utilizando grupos de controle para comparar a prevalência de morbidade psiquiátrica em gestantes versus não gestantes parece ser uma razão importante para essa dicotomia.

Nath et al. (2018) encontraram uma prevalência de transtornos de ansiedade de 17% (IC95% 12% a 21%), sendo 5% para transtorno de ansiedade generalizada (TAG), 4% para fobia social, 8% para fobia específica e 2% para transtorno obsessivo compulsivo (TOC). A prevalência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) não foi clara devido aos níveis

mais altos de relutância em responder às perguntas da entrevista, mas as análises de sensibilidade sugeriram uma prevalência da população de até 4%.

Recente revisão sistemática concluiu que os transtornos de ansiedade são comuns durante a gravidez, com a prevalência de transtorno de pânico (TP) e TOC neste período maior do que a prevalência ao longo da vida em mulheres na população em geral (VISWASAM; ESLICK; STARCEVIC, 2019). Entre 13% e 39% das mulheres grávidas com TOC tiveram o início do TOC durante a gravidez, e isso ocorreu principalmente no 2º trimestre. O início de TP foi mais comum no 1º e 2º trimestres da gravidez. Esses achados sugerem que a gravidez pode ser um fator de risco específico para a ocorrência e/ou exacerbação de TP e de TOC e ressaltam a importância de seu diagnóstico e tratamento precoces, incluindo a necessidade de prevenção, visto que os transtornos de ansiedade durante a gravidez, como mencionado, têm sido associados a vários desfechos adversos.

Uguz et al. (2019) em estudo de caso-controle encontraram taxa de prevalência de qualquer transtorno de humor ou ansiedade de 18,2% durante a gravidez. TAG, TOC, TP e comorbidade entre os transtornos de ansiedade foram mais prevalentes durante a gravidez em comparação com os indivíduos controle.

Em um estudo longitudinal prospectivo, Martini et al. (2015) encontraram que os preditores mais fortes de ansiedade e transtornos depressivos perinatais foram ansiedade e transtornos depressivos antes da gravidez; mas fatores psicossociais (por exemplo, educação materna), individuais (por exemplo, baixa autoestima) e interpessoais (por exemplo, satisfação do parceiro, apoio social) também foram relacionados. Buist, Gotman e Yonkers (2011) observaram que episódios anteriores de transtornos de ansiedade, nível educacional, apoio social e histórico de abuso infantil relacionavam-se com transtornos de ansiedade na gravidez.

Fairbrother et al. (2016) observaram que mulheres com gravidez de moderado e alto riscos apresentaram maior probabilidade de desenvolver um transtorno de ansiedade na gestação em comparação com as mulheres com gravidez de risco habitual. Nesse mesmo estudo, os autores não encontraram evidências de que a idade materna, status socioeconômico, raça ou paridade agiam como fatores de confusão.

Fonseca-Machado et al. (2015) notaram que as gestantes vítimas de violência apresentaram maiores escores dos sintomas de ansiedade-traço e de estado do que as não vítimas.

3.5.2 Consequências obstétricas e neonatais

Transtornos de ansiedade durante a gravidez têm sido associados a vários resultados adversos, tais como parto prematuro. Mulheres com TP não tratado durante a gestação, por exemplo, apresentaram risco de parto prematuro mais precoce, com peso ao nascer significativamente menor (UGUZ et al., 2019). Entretanto, as evidências são inconsistentes para associações entre ansiedade pré-natal e resultados fetais adversos.

A escassez de estudos e frequente comorbidade de ansiedade com depressão e estressores da vida podem confundir associações encontradas em algumas metanálises, como ansiedade relacionada à gravidez e idade gestacional jovem ao nascimento, e ansiedade e parto prematuro e baixo peso ao nascer (STEIN et al., 2014).

Yonkers et al. (2017), em estudo de coorte de 2.654 gestantes acompanhadas durante a gravidez e no período pós-parto, relataram que TP e TAG não foram associados a desfechos maternos ou neonatais de interesse.

Costa et al. (2018) indicaram que de 300 gestantes entrevistadas, 76 (25,3%) apresentaram diagnóstico provável de transtorno mental, sendo que 46 (15,3%) apresentavam sintomas de depressão/distímia e 58 (19,3%), ansiedade/pânico. Observaram baixo peso ao nascer e prematuridade em 14 e 19 dos recém-nascidos, respectivamente, porém, não foi verificada associação com prováveis diagnósticos de transtorno mental.

3.5.3 Consequências no crescimento e desenvolvimento da criança

Após o nascimento, os bebês dependem do comportamento sensível de seus pais para regular os estados afetivos e a excitação fisiológica. A regulação dos efeitos diádicos tem sido associada a vários padrões de desenvolvimento até a adolescência e, portanto, representa um elemento-chave das relações sociais precoces (ZIETLOW, 2019). O fundamento das competências socioemocionais e, especialmente, as capacidades de regulação de afetos e estresse são estabelecidas precocemente na vida. Eles são aprendidos principalmente no contexto da interação mãe-bebê/criança, com possíveis efeitos duradouros em relação à regulação do estresse para futuros relacionamentos e saúde mental ao longo da vida (ZIETLOW, 2019).

Uma revisão sistemática observou associações entre sintomas pós-natais de ansiedade e dificuldades emocionais da criança (GLASHEEN; RICHARDSON; FABIO, 2010). Bebês de mães com transtorno de estresse pós-traumático têm um risco aumentado de dificuldades na

regulação emocional, mesmo após o ajuste dos sintomas da depressão (BOSQUET et al., 2011). Buss et al. (2011), em estudo longitudinal prospectivo, observaram que altos níveis de ArG ao longo da gestação foram associados a um menor controle inibitório em meninas e menor desempenho da memória de trabalho viso-espacial em meninos e meninas aos seis e nove anos de idade.

No pré-natal, o estresse emocional materno parece afetar o desenvolvimento cognitivo. Em um estudo de Lin et al. (2017) o estresse emocional pré-natal induziu déficits cognitivos independentes do estresse pós-natal, embora os níveis de estresse emocional materno pré e pós-natais estivessem moderadamente correlacionados. Em relação à ansiedade pré-natal materna, Madigan et al. (2018) mostraram que a ansiedade materna durante a gravidez estava associada a problemas socioemocionais. Um estudo de Chong et al. (2016) mostrou que esse efeito pré-natal era independente da ansiedade materna pós-parto. Tanto a ansiedade pré-natal materna quanto o estresse emocional estão associados a maior intensidade de reação em crianças (LIN et al., 2017) e previram pior memória de trabalho aos oito anos de idade (PEARSON et al., 2016). Além disso, foram encontradas associações entre transtornos de ansiedade materna e risco aumentado da prole para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade (LEBOWITZ et al., 2016). No entanto, é necessária cautela na suposição de causalidade, pois todos os estudos são de caráter observacional (ZIETLOW, 2019).

Estudos associam sintomas autorreferidos de ansiedade materna tanto pré-natal quanto pós-parto a distúrbios externalizantes na infância (GLASHEEN; RICHARDSON; FABIO, 2010). Vizzini et al. (2019) observaram associação entre ansiedade materna e aumento relativo no número de sintomas de TDAH-H, TDAH-I e TDAH total em pré-escolares.

Asselmann et al. (2018) relataram que história ao longo da vida de transtornos de ansiedade materna (ansiedade isolada ou ansiedade e depressão comórbidas) poderia ser particularmente importante para alterações na responsividade do estresse psicossocial infantil e no comportamento associado ao distanciamento e ao toque aos quatro meses de idade.

Pelo exposto acima, existem boas evidências de que a triagem para ansiedade deve ser implementada. Intervenções podem ser mais importantes no contexto de adversidades adicionais, como em populações socioeconomicamente desfavorecidas, onde os riscos para a criança parecem mais altos; onde vários riscos estão presentes e os recursos são escassos, especialmente em áreas de países de baixa e média rendas, são necessárias estratégias inovadoras (STEIN et al., 2014). O rastreamento de ansiedade pode ser particularmente útil em populações com histórico de diagnósticos de saúde mental ou abuso de substâncias (LIEB et al., 2020). Reconhecer a violência por parceiro íntimo como um fator de risco clinicamente

relevante e identificável, para a ocorrência de transtornos ansiosos e depressivos durante a gestação, pode ser um primeiro passo na prevenção desses problemas (FONSECA-MACHADO et al., 2015). No que se refere às possíveis consequências a longo prazo para o desenvolvimento de bebês e crianças, os programas de intervenção e prevenção precoce são de vital importância.

4 HIPÓTESE

As EqSF com melhor qualidade de APN têm maior frequência de diagnósticos de transtornos relativos à ansiedade e depressão na gravidez.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre qualidade da APN no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) e a realização de diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na gravidez.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir a tipologia sobre a qualidade da APN ofertada pelas EqSF em Belo Horizonte.
- Identificar a ocorrência de registros de diagnósticos relativos à depressão e ansiedade em gestantes atendidas na rede SUS-BH.
- Analisar a qualidade da APN e a ocorrência de registros de diagnósticos e/ou encaminhamentos relacionados a transtornos de depressão e ansiedade.

6 MÉTODOS

6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de estudo transversal do tipo analítico/avaliativo com abordagem quantitativa no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, constituído de duas etapas.

A primeira etapa consiste na avaliação da qualidade da APN realizada pela APS na Rede-SUS/BH mediante dados obtidos no PMAQ-AB 3º Ciclo.

A segunda, compreende a análise do banco de dados do prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) disponibilizado pela Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde (ASTIS-SA) referentes aos atendimentos de gestantes acompanhadas na APN pela APS na Rede SUS/BH e ao registro de transtornos de depressão e ansiedade.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

O município de BH, capital de MG, possui uma RAS complexa, com alta cobertura da população pela ESF. Em 2017, a ESF em BH era composta por 588 EqSF e 152 UBS, promovendo uma cobertura populacional de 80,38% (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Do total de habitantes do último Censo (2010), 46,88% são homens e 53,12% mulheres. Conforme dados disponibilizados pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), atualizados em 25 de junho de 2020, a população total do município é de 2.523.789 habitantes (BELO HORIZONTE, 2021).

Em relação aos aspectos econômicos, BH ocupa a 4ª posição no *ranking* dos municípios brasileiros quanto ao PIB, com participação de 1,52% no PIB nacional. O IDHM em 2010 chegou a 0,810, situando-se na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (0,800 a 1), e ocupando a 20ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

O município é subdividido em nove áreas administrativas regionais para gestão e planejamento da cidade. Essa estrutura deu origem às nove regionais de saúde, elementos utilizados para agregação de resultados no presente estudo (Figura 1).

Figura 1: Mapa das Regionais de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2018).

De acordo com dados da PBH atualizados em 25 de junho de 2020, a Regional Oeste contribui com o maior contingente populacional, correspondendo a 12,99% da população do município, seguido das regionais Nordeste e Centro Sul (BELO HORIZONTE, 2021). A regional Norte contribui com o menor contingente, correspondendo a 8,93% da população (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da população segundo Regional de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Regional	População	Frequência Relativa (%)
Barreiro	300234	11,90
Centro Sul	301535	11,95
Leste	253467	10,04
Nordeste	308524	12,22
Noroeste	284812	11,29
Norte	225325	8,93
Oeste	327858	12,99
Pampulha	240260	9,52
Venda Nova	281774	11,16
Total	2523789	100

Fonte: PBH.

Quanto à renda, a Regional Centro-Sul apresenta a maior renda média (R\$ 3.914,67), seguida da regional Pampulha (R\$ 1.672,21), dados de 2010. As regionais Barreiro (R\$ 705,07) e Venda Nova (R\$ 759,31) integram as de menor renda média (BELO HORIZONTE, 2021). A distribuição das UBS entre as regionais está detalhada na Tabela 2 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de Unidades Básicas de Saúde segundo Regional de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Regional de Saúde	Unidade Básica de Saúde	(%)
Barreiro	20	13,16
Centro Sul	12	7,89
Leste	14	9,21
Nordeste	21	13,82
Noroeste	16	10,53
Norte	20	13,16
Oeste	18	11,84
Pampulha	14	9,21
Venda Nova	17	11,18
Total	152	100

Fonte: Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), Secretaria Municipal de Saúde, PBH.

O modelo de governança da atenção à saúde em BH é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a APS como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. A estrutura das RAS da Rede SUS-BH é composta por um conjunto de unidades de saúde, bem como sistemas de apoio.

A organização da rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Gestante e Puérpera no município visa à qualificação e a continuidade do cuidado de forma a responder as necessidades de saúde da população no território. Nos Centros de Saúde, o cuidado é garantido pelas equipes de saúde da família e equipes de apoio por meio de atendimentos coletivos e individualizados. Os atendimentos coletivos são realizados por meio de grupos operativos que abordam temas relacionados a saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, aleitamento materno, climatério, entre outros. Além disso, são realizados também atendimentos compartilhados por meio de equipes multiprofissionais que envolvem a participação do NASF e ginecologistas. Os encaminhamentos para outros níveis de atenção da rede, quando necessários, são realizados conforme critérios estabelecidos em protocolos. Estes serviços oferecem consultas especializadas com mastologistas, ginecologistas que atendem propedêutica do colo, infertilidade feminina e Pré-Natal de Alto Risco.

Na APS, ações de promoção e prevenção à saúde, além do diagnóstico e tratamento das intercorrências relacionadas à saúde da mulher e gestação, são realizadas pelas EqSF e pelas

equipes de apoio multiprofissional (saúde bucal, ginecologistas e obstetras, NASF). A APN na Rede SUS/BH, portanto, é realizada pela APS.

Na atenção especializada, o PN de alto risco é realizado em maternidades e centros especializados de forma regionalizada pela Central de Marcação de Consultas. A atenção ao parto e nascimento conta com sete maternidades e um Centro de Parto Normal. Atualmente, a cidade conta com quatro Casas da Gestante, Puérpera e Bebê, que possibilitam o cuidado às gestantes com complicações na gravidez e aos bebês de risco que precisam de acompanhamento (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). A Linha de Cuidado Materno Infantil do município faz referência avaliação das condições psicoemocionais, alertando para quadros de depressão no cuidado pós-natal (ANEXO IV).

O município sancionou Lei nº 11.093, de 14 de dezembro de 2017 que “Determina a criação de um programa contínuo de diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, na Rede Pública Municipal de Saúde” (BELO HORIZONTE, 2017). Para a execução do disposto nesta lei, pode ser realizado convênio com outras secretarias ou com a iniciativa privada, conforme as necessidades apresentadas para sua implantação.

O município conta ainda com a Equipe Multidisciplinar de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP- GPV), que tem como objetivo a construção de um elo entre as gestantes, puérperas e seus bebês com os equipamentos de Saúde da Rede SUS-BH. A equipe foi criada em 2018 e já atendeu aproximadamente 580 casos. É composta por dois psicólogos, dois assistentes sociais, um enfermeiro obstetra. A equipe foi criada para fortalecer articulações intersetoriais que favoreçam o acompanhamento, autonomia e garantia dos direitos da mulher. É um equipamento de saúde, móvel e transitório, que pode ser acionado pelos serviços SUS-BH. O acompanhamento é realizado com gestantes a partir da 20ª semana e puérperas residentes de Belo Horizonte, que se encontram em situações de vulnerabilidade. Esses casos seguem os seguintes critérios: ausência de vínculo com o Centro de Saúde ou vínculo fragilizado com a rede SUS-BH; histórico de mudança constante de território/regional; vínculos familiares rompidos ou fragilizados; ou que estejam em situação de rua, que tenham histórico recente de vida nas ruas ou que residam em moradia improvisada, muito precária e ainda sem acompanhamento da rede; em uso prejudicial de álcool e outras drogas; ou em sofrimento mental grave; ou em situação de violência (BELO HORIZONTE, 2021).

O Protocolo de Pré-natal e Puerpério da PBH, edição de 2019, no capítulo Manejo clínico da gestante e puérpera em sofrimento mental, sugere a EDPS como instrumento de rastreio a ser aplicado por qualquer profissional da EqSF como auxiliar no diagnóstico de depressão. Propõe que essa escala possa ser aplicada no segundo ou terceiro trimestre da

gestação e no primeiro ano após o parto. Segundo o protocolo, um escore igual ou maior que 12 indica risco para o desenvolvimento da depressão perinatal, devendo esta ser avaliada pelo médico da equipe de Saúde da Família para diagnóstico, acompanhamento e tratamento se necessário. Caso o escore esteja entre 9 e 11, recomenda manter observação e repetir a EDPS em consultas subsequentes (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

Os profissionais do NASF-AB e os psicólogos vinculados aos CS podem auxiliar as EqSF na atenção integral durante o pré-natal e puerpério, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, atendimentos compartilhados, realização de grupos e visitas domiciliares. Podem auxiliar também na identificação, acolhimento e no atendimento às gestantes e puérperas que apresentam sofrimento mental. Gestantes que apresentem transtornos mentais graves devem ser acompanhadas pela EqSF, em conjunto com a equipe de Saúde Mental, a partir das reuniões de matriciamento, se necessário. Casos que se configurem como crise, onde envolve risco para a gestante, puérperas e o recém-nascido, devem ser encaminhadas para avaliação no CERSAM ou CERSAMI, nos casos de adolescentes (12 a 18 anos). Os serviços e profissionais disponíveis na rede SUS-BH que auxiliam no cuidado, acompanhamento e monitoramento da gestante e puérpera com sofrimento mental são: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipe Complementar de Saúde Mental, psicólogos, psiquiatras, CERSAM, CERSAM AD e CERSAMI, Consultório de Rua (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019).

6.3 PERÍODO DE ESTUDO

O período de coleta de dados do PMAQ-AB 3º ciclo transcorreu no ano de 2018. O período estabelecido para avaliação de dados das gestantes atendidas foi de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, para que os resultados obtidos pudessem refletir a qualidade aferida mediante dados de 2018.

6.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo compreendeu as gestantes atendidas na Rede SUS-BH no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Conforme o banco de dados fornecido pela ASTIS-SA, advindos do prontuário eletrônico, um total de 39.831 gestantes foram cadastradas no período referido, constituindo-se este montante na população do estudo.

A base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo em Belo Horizonte do módulo I é composta de um total de 149 UBS. Já a base de dados do módulo II, referente BH, é composta por um total de 574 equipes.

6.5 FONTES DE DADOS

O banco de dados do PMAQ-AB 3 ciclo avaliado no presente estudo constituiu-se de: dados de observação na unidade (módulo I), dados obtidos mediante entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da EqSF e verificação documental (módulo II). Em Belo Horizonte, foram avaliadas no PMAQ-AB 3º ciclo, no módulo I, 149 UBS e no módulo II, 574 EqSF.

Os dados relativos às gestantes e ao registro de transtornos de ansiedade e depressão foram estruturados a partir do banco de dados do prontuário eletrônico da SMSA-BH.

6.6 PRIMEIRA ETAPA

Nesta etapa foram utilizados dados secundários obtidos do componente de avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, módulos I e II.

6.6.1 Construção da matriz de análise

Os itens da PMAQ-AB elencados para análise da qualidade da APN na Rede SUS-BH foram selecionados mediante adaptação do modelo lógico da qualidade da APN elaborado por Luz, Aquino e Medina (2018). Este modelo buscou representar os componentes da APN e suas relações entre si através da formulação de duas dimensões de análise: gerencial e assistencial, integradas pelos elementos de estrutura e processo.

Neste modelo, na dimensão gerencial, os elementos de estrutura foram compostos pelos itens: estrutura física, recursos materiais, recursos humanos e protocolos de referência e fluxos. Já os elementos de processo compreenderam horário de funcionamento, central de regulação, educação permanente e ensino em serviço, Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SisPreNatal).

Na dimensão assistencial, no referido modelo, os elementos de estrutura abrangeram os itens estrutura física, recursos materiais, recursos humanos, instrumentos de registro e

protocolos. Os elementos de processo englobaram visita domiciliar, exames laboratoriais, vacina, registro (utilização da caderneta de gestante e registro das informações quanto ao pré-natal) e programação e oferta de ações relativas à consulta, promoção da saúde e classificação de risco.

Tal modelo foi adaptado aos itens incluídos no PMAQ-AB 3º ciclo e às recomendações contidas no Cadernos de Atenção Básica, nº 32, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, Série A (CAB-PN) (BRASIL, 2013b), conforme representado na figura 2. Buscou-se compreender as relações entre as atribuições do pré-natal recomendadas e os itens avaliados nos módulos I e II do PMAQ-AB 3º ciclo.

Figura 2: Modelo lógico da qualidade da Atenção Pré-Natal.



Fonte: Adaptado de Luz, Aquino e Medina (2018).

No presente estudo, os dados do componente da avaliação externa do PMAQ foram desdobrados em duas dimensões, gerencial e assistencial, as quais foram subdivididas em

estrutura e processo. Desta forma, as dimensões foram desdobradas em um total de 20 subdimensões e 63 critérios, com suas respectivas categorizações e pesos. Cada critério foi constituído pela agregação de aspectos provenientes de uma ou mais questões dos instrumentos de avaliação externa do PMAQ-AB 3º ciclo, conforme detalhamento no quadro 4 (Apêndice A).

Os dez passos para o PN de qualidade da AB propostos pelo CAB-PN incluem os seguintes:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Vários aspectos abordados no CAB-PN não puderam ser avaliados pelos dados coletados no PMAQ-AB 3º ciclo. Os passos de número um, quatro, seis, oito e dez não puderam ser avaliados por não haver dados correspondentes entre os itens elencados no PMAQ-AB 3º ciclo.

No que se refere à recomendação de "minimamente seis consultas de pré-natal", não foram encontrados registros de número de consultas de PN no PMAQ-AB 3º ciclo, critério, portanto, não avaliado. Pela base de dados disponibilizada pela ASTIS-BH também não foi possível verificar o número de consultas realizadas no PN no período avaliado. Anamnese e exame físico, atenção à adolescente conforme suas especificidades, realização de práticas educativas, preenchimento de ficha perinatal, constituem-se, do mesmo modo, em itens não contemplados no PMAQ-AB 3º ciclo. Quanto aos exames proteinúria (teste rápido),

bacterioscopia do conteúdo vaginal e eletroforese de hemoglobina, mapa de registro diário (instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal), ficha perinatal, avaliação permanente da assistência pré-natal, elencados como necessários no CAB-PN, não foi possível avaliação por igualmente não constarem dentre os itens avaliados no PMAQ-AB 3º ciclo.

“Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez” pode ser avaliado indiretamente mediante o item disponibilidade de teste rápido de gravidez na UBS.

Quanto aos instrumentais e insumos para população geral, buscou-se restringir aos essenciais, atentando-se aos instrumentais e insumos específicos à saúde da mulher. No que se refere à estrutura física buscou-se avaliar aspectos conforme orientação do CAB-PN, tais como: “área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação”. A privacidade é considerada “um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos” fato que justifica sua inclusão como item de avaliação. Não foi possível dimensionar os dados referentes a estrutura física e equipe de saúde visto que no terceiro ciclo do PMAQ foram incluídos itens referentes a número de equipes existentes na unidade de saúde apenas para unidades provisórias.

Os pesos foram estabelecidos conforme importância para a saúde da gestante, buscando-se destacar atividades específicas do período gravídico puerperal com maior impacto nos índices de saúde (por exemplo, aplicação de penicilina benzatina na unidade, importante forma de controle de sífilis neonatal). Aos pesos foram atribuídos os valores 2, 1 e 0,5, sendo os valores maiores para as atividades mais específicas do pré-natal.

Os itens do PMAQ-AB 3º ciclo referentes aos equipamentos, instrumentais, insumos, teste rápido, medicamentos, vacinas e material impresso contêm como opções de resposta as alternativas "sim" e "não", e informações sobre conservação, disponibilidade e suficiência. Considerou-se como resposta afirmativa os casos em que os itens estavam em condições de uso, quantidade suficiente e sempre disponíveis.

Nas questões relacionadas às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que referenciavam solicitação de documentação comprobatória de sua realização, considerou-se como resposta afirmativa aquelas que confirmaram apresentação de tal documentação.

As demais opções de resposta “nunca disponíveis”, “às vezes disponíveis”, “não sabe”, “não respondeu” e “não se aplica” foram consideradas como resposta “não”.

Após a análise dos dados foi elaborada a tipologia da qualidade da APN ofertada pelas EqSF em BH. Esta tipologia foi determinada por porcentagem da pontuação máxima. Sendo

assim, foram estabelecidas 5 classificações: ótima (90 a 100% dos pontos), muito boa (80 a 89,9%), boa (70 a 79,9%), regular (60 a 69,9%) e ruim (menor que 60%).

6.6.2 Processamento da base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo

A base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo módulo I é composta de um total de 149 UBS, após selecionado o município BH. Foram excluídas 27 unidades que não aderiram ou não quiseram avaliar a UBS. Resultou-se, assim, em um total de 122 UBS em análise (Figura 3).

Os dados referentes ao Centro de Saúde (CS) Glória foram excluídos da análise devido a inconsistência no CNES final, cujo número (0229024) não foi encontrado entre os cadastros no município de BH. Os CS Zilah Sposito e Alameda dos Ipês apresentaram códigos de CNES adesão e CNES final diferentes, optou-se, neste caso, por considerar o CNES final para inclusão na análise.

A base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo módulo II é composta por um total de 574 equipes, selecionado o município de BH. Foram excluídas 147 equipes por desistência de participar da avaliação externa, seis equipes por terem sido desativadas permanentemente, duas equipes por não saberem que estavam no PMAQ e duas equipes por não haver profissional de nível superior para responder a entrevista (Figura 3). Ao final, mantiveram-se 417 equipes em análise.

Para construção do banco de dados da primeira etapa do presente estudo, inicialmente foi selecionada a variável “CNES final”, comum entre os dois bancos (módulo I e módulo II). Os itens elencados conforme matriz de análise estabelecida foram selecionados, descartando-se os demais itens.

Posteriormente, foi elaborada a tipologia relativa à qualidade do pré-natal em BH.

6.7 SEGUNDA ETAPA

A segunda etapa foi constituída pela análise da base de dados da SMSA-BH referentes a gestantes atendidas pela APS na Rede SUS-BH no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Este período foi elencado para corresponder às gestantes atendidas pelas equipes que foram avaliadas no terceiro ciclo do PMAQ-AB, cuja coleta de dados se deu em 2018.

A base de dados foi disponibilizada com codificação *Surrogate Key* (números aleatórios) em substituição a identificadores que pudessem, de alguma maneira, sugerir ou acessar a identidade das usuárias contidas nas planilhas. Foram disponibilizadas três planilhas

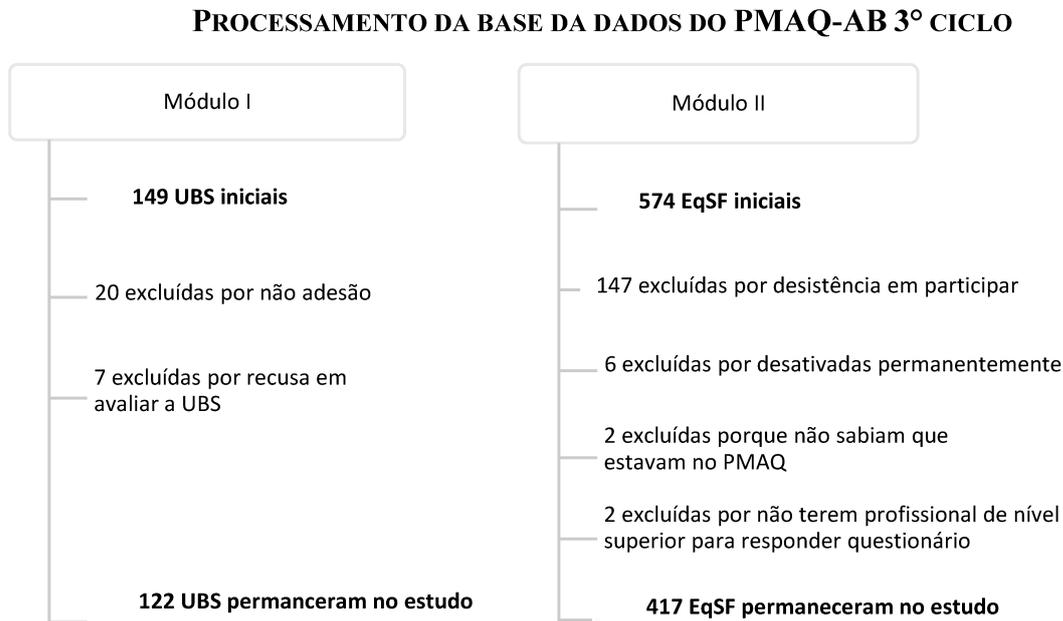
referentes a gestantes atendidas no período referido no parágrafo anterior. A primeira, com a totalidade de gestantes atendidas; a segunda composta pelas gestantes com diagnósticos concernentes a transtornos de ansiedade e depressão; e a terceira, pelas gestantes encaminhadas a serviços de saúde mental.

A primeira planilha constituiu-se de um total de registros de 40.028 atendimentos a gestantes. Foram disponibilizados dados referentes a regional de saúde do atendimento, nome do estabelecimento do atendimento, CNES do estabelecimento do atendimento, INE da equipe de cadastro da gestante, INE da equipe do profissional do atendimento, data de nascimento da gestante, data do atendimento, data da última menstruação, data provável do parto e categoria do profissional do atendimento (enfermeiro, médico ou psicólogo). Foram excluídos os atendimentos duplicados, permanecendo na planilha os registros correspondentes ao atendimento mais precoce, para prosseguimento da análise dos dados. Estes atendimentos duplicados corresponderam a 49 registros. Em seguida, foram excluídos os atendimentos com registros de idade da gestante incompatíveis (-1 ano; 2; 4 e maior que 56 anos), num total de 18 registros. Desta maneira, foram mantidos os registros cujas idades das gestantes permaneceram entre 10 e 52 anos. Foram eliminados ainda 114 registros com idade gestacional inferior a zero semanas e 16 registros com idade gestacional superior a 42 semanas. Deste modo, permaneceram para análise 39831 gestantes (Figura 3).

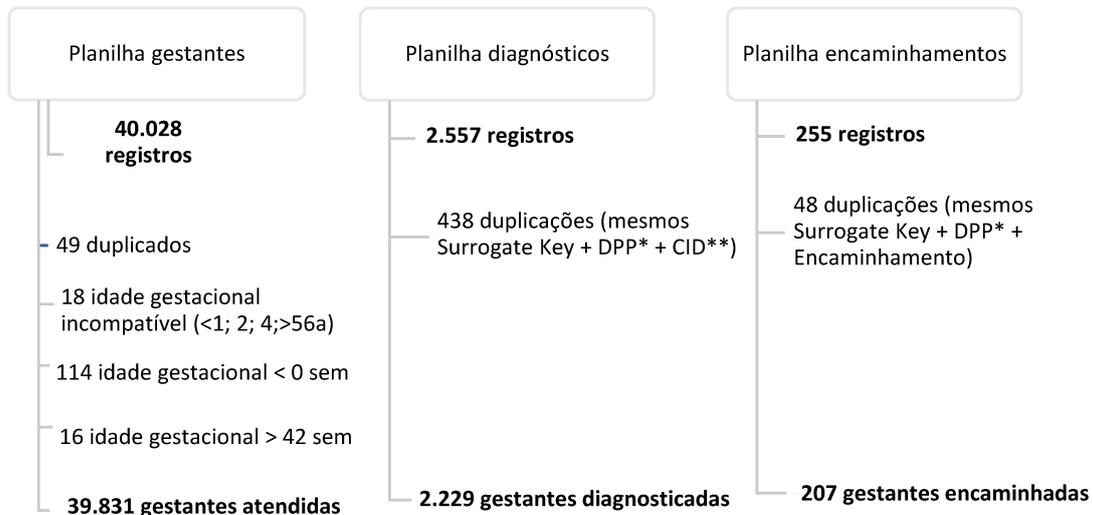
A segunda planilha constituiu-se das gestantes atendidas pela APS na Rede SUS-BH que tiveram diagnósticos referentes a transtornos de ansiedade e depressão, no período estabelecido. As categorias de Classificação Internacional de Doenças (CID) elencadas, relacionadas a ansiedade e depressão, conforme CID10, foram: F32 (episódios depressivos), F33 (transtorno depressivo recorrente), F34 (transtornos de humor/afetivos persistentes), F38 (outros transtornos de humor/afetivos), F39 (transtorno de humor/afetivo não especificado), F40 (transtornos fóbico-ansiosos), F41 (outros transtornos ansiosos), F42 (transtorno obsessivo-compulsivo), F43 (reações ao stress grave e transtornos de adaptação), F44 (transtornos dissociativos/de conversão), F53 (transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério). Foram excluídos os registros com duplicação (mesmo *Surrogate Key*, mesma data provável do parto e mesmo CID), num total de 438 registros. Dos 2557 registros disponibilizados permaneceram na planilha 2119 registros para análise (Figura 3).

A terceira planilha foi constituída pelas gestantes encaminhadas a serviços de saúde mental no período referido. Do total de 255 registros disponibilizados, quarenta e oito corresponderam a duplicações (mesmo *Surrogate Key*, mesmo encaminhamento e mesma data provável do parto), permanecendo em análise 207 registros (Figura 3).

Figura 3: Processamento da base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo e de dados das gestantes atendidas na APS da Rede-SUS BH.



PROCESSAMENTO DA BASE DE DADOS DAS GESTANTES ATENDIDAS NA AP DA REDE SUS-BH



*DPP = data provável do parto; **CID = Código Internacional de Doenças.

Fonte: Dados do estudo.

Para compor a base de dados para análise, juntou-se os bancos referentes aos dados do PMAQ-AB 3º ciclo aos bancos referentes a gestantes, diagnósticos e encaminhamentos. Utilizou-se o Identificador Nacional de Equipe (INE) de cadastro da gestante ou o INE do profissional do atendimento para realizar tal procedimento. Manteve-se, assim, no banco, as gestantes cuja equipe de cadastro e/ou do atendimento participaram do PMAQ-AB 3º ciclo e permaneceram para análise e tipologia no presente estudo.

As planilhas de diagnósticos e encaminhamentos foram agrupadas para constituírem a planilha de abordagens em saúde mental, sendo eliminadas as duplicações - gestantes encaminhadas e diagnosticadas.

6.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis desfecho e explicativas estão detalhadas no quadro a seguir:

	Descrição da Variável	Fonte	Tipo	Unidade/categoria
Variável desfecho	Diagnóstico e/ou referência a ansiedade e depressão no período gravídico	Banco de dados ASTIS-SA	Catagórica	Sim Não
Variável explicativa	Qualidade da Atenção Pré-natal (PMAQ-AB)			
	Dimensão gerencial: atributos de Estrutura	PMAQ-AB	Catagórica	Ótimo Muito bom Bom Regular
	Dimensão gerencial: atributos de Processo	PMAQ-AB	Catagórica	Ótimo Muito bom Bom Regular
	Dimensão assistencial: atributos de Estrutura	PMAQ-AB	Catagórica	Ótimo Muito bom Bom Regular
	Dimensão assistencial: atributos de Processo	PMAQ-AB	Catagórica	Ótimo Muito bom Bom Regular

6.9 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das medidas de tendência central e dispersão, para as variáveis numéricas, e frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas.

Posteriormente, empregou-se o Teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade das notas criadas. Visto que as notas não tinham distribuição normal, foram utilizados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar as notas por variáveis categóricas. O teste de Mann-Whitney foi empregado quando a variável categórica possuía dois níveis. Já o teste de Kruskal-Wallis foi empregado quando havia mais de dois níveis. Quando o teste de Kruskal-Wallis detectou diferenças significativas entre as categorias, o teste de Nemenyi foi empregado para realizar as comparações múltiplas par a par.

Por último, os testes Qui-Quadrado e Qui-Quadrado Simulado foram utilizados para verificar a associação/comparação entre duas variáveis categóricas. Foi utilizada a versão do R 4.0.3.

6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando tratar-se de pesquisa retrospectiva, com banco de dados de gestantes atendidas pela APS na Rede SUS/BH, e havendo inviabilidade e impossibilidade de acesso individual, pessoal ou via telefone às prováveis participantes da pesquisa, com o objetivo de convidá-las para participar (sua forma de participação seria conceder a autorização para coletar dados do seu prontuário), o presente estudo contou com a autorização da dispensa de obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido.

O banco de dados foi disponibilizado com identificador não nominal, sem possibilidade de acesso à identidade de cada participante.

Os pareceres de número 4.167.248 e 3.964.465, referentes à SMSA-BH e CEP-UFMG respectivamente, concederam aprovação ao presente estudo (Apêndices B e C).

Para acesso à base de dados foram apresentados os seguintes documentos: termo de anuência da SMSA-BH, termo de compromisso de uso de dados, termo de responsabilidade para acesso e uso de informação pessoal dos sistemas nacionais e/ou municipais de informação do SUS e dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

6.11 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A utilização de dados secundários propicia, em vários níveis, a existência de viés de informação. Há controvérsias referentes à qualidade dos dados obtidos por não haver controle sobre a coleta de dados. Quanto ao PMAQ-AB 3º ciclo, os profissionais das unidades foram os responsáveis pelas informações prestadas, havendo a possibilidade de o relato das atividades realizadas pelas equipes ter sido super ou subestimado. A diversidade de instituições envolvidas pode ter comprometido a padronização na coleta dos dados. Referente à avaliação do banco de dados da SMSA-BH, os registros de CID e encaminhamentos podem não refletir a abordagem das EqSF quanto ao diagnóstico de transtornos relativos a ansiedade e depressão das gestantes acompanhadas, por preenchimento incorreto e/ou incompleto dos prontuários, corroborando para ampliar o viés da informação.

Vários aspectos abordados no CAB-PN não puderam ser avaliados por não terem sido coletados no PMAQ-AB 3º ciclo.

O acesso ao prontuário eletrônico não foi possível o que impossibilitou verificar outros registros que pudessem orientar quanto à visibilidade dos transtornos de ansiedade e depressão pelos profissionais de saúde da AB, tais como anamnese, exame físico, prescrição. Adicionalmente, não foi possível verificar o número de consultas de pré-natal realizadas para cada gestante atendida pela EqSF, critério frequentemente utilizado em estudos de qualidade da APN.

Ademais, a adesão ao PMAQ-AB 3º ciclo foi voluntária e as equipes participantes podem não representar o conjunto de EqSF existentes no município, constituindo-se, potencialmente, em viés de seleção.

7 RESULTADOS

Os resultados e a discussão do presente estudo serão apresentados sob a forma de artigo para publicação, conforme reprodução a seguir.

7.1 ARTIGO

Associação da qualidade do pré-natal na atenção primária da rede SUS-BH e diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na gravidez

1. Introdução

O pré-natal compreende um dos mais completos conjuntos de cuidados em saúde oferecido a um grupo populacional específico. O conhecimento das ações de pré-natal é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria dos indicadores de saúde materna. (GUIMARÃES et al., 2018). No Brasil, os avanços quanto à ampliação da cobertura da atenção pré-natal (APN) observados nos últimos anos não se distribuíram de forma homogênea no país. O cuidado à gestante é universal, porém, persistem desigualdades sociais e inadequação da atenção (VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017; GUIMARÃES et al., 2018). Tanto o acesso a serviços de saúde, quanto a qualidade da APN que é oferecida, variam significativamente entre regiões (CUNHA et al., 2019), municípios (GOUDARD et al., 2016) e usuárias (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2018). Estes fatores corroboram para a persistência de desafios em diversos aspectos com potenciais prejuízos à saúde materno-infantil. Dentre os desafios à melhoria da qualidade da APN, aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e a avaliação da rotina de suas ações, implementadas pelas equipes assistenciais (GUIMARÃES et al., 2018).

Diversas iniciativas governamentais foram implementadas para melhorar a qualidade da APN (BRASIL, 2012) e da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017), sendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) uma das estratégias mais relevantes. As características e finalidades do PMAQ-AB permitiram efetuar um recorte mais amplo do que é habitualmente encontrado na literatura sobre a APN, pois compreendem dados tanto sobre a infraestrutura disponível, quanto sobre condições de gestão e processo de trabalho. Esses dados permitem identificar aspectos

relacionados com a atenção ao pré-natal e puerpério, que podem subsidiar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, sendo fontes importantes para o desenvolvimento de pesquisas (GUIMARÃES et al., 2018).

A avaliação dos transtornos mentais não psicóticos na APN se faz necessária, pois os referidos transtornos estão entre as morbidades mais comuns da gravidez e do puerpério. As alterações de saúde mental da mulher no período gravídico puerperal adquirem particular importância visto estarem associadas a eventos adversos na mãe, no filho e na família. (HOWARD et al., 2014). A depressão perinatal (DPN) tem sido alvo de investigações científicas devido à sua alta prevalência e gravidade e por suas repercussões negativas na puérpera e na criança. Revisão sistemática revelou que a prevalência combinada de DPN e DPP é significativamente maior nos países de baixa e média rendas em comparação com os países de alta renda, no pré-natal e no pós-parto, e salienta a necessidade de mais estudos em países de baixa renda (WOODY et al., 2017). Estudos de populações que vivem em países de baixa renda sugerem que a DPN está associada ao baixo peso e à baixa estatura na infância (STEIN et al., 2014).

Recente revisão sistemática concluiu que os transtornos de ansiedade são comuns durante a gravidez, com a prevalência de transtorno de pânico (TP) e transtorno obsessivo compulsivo (TOC) neste período maior do que a prevalência ao longo da vida (VISWASAM; ESLICK; STARCEVIC, 2019). Transtornos de ansiedade durante a gravidez têm sido associados a vários resultados adversos, tais como parto prematuro. Mulheres com TP não tratado durante a gestação, por exemplo, apresentaram risco de parto prematuro mais precoce, com peso ao nascer significativamente menor (UGUZ et al., 2019).

Estudos quanto à qualidade da APN no município de Belo Horizonte (BH) são ainda escassos, bem como em avaliação de transtornos mentais no período gravídico. Este estudo pretende avaliar a qualidade da APN no município, verificar a associação entre qualidade da APN no SUS-BH e a realização de diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão na gravidez.

2. Metodologia

Trata-se de estudo transversal do tipo analítico/avaliativo com abordagem quantitativa no município de Belo Horizonte (BH). Capital do Estado de Minas Gerais (MG), o município possui uma Rede de Atenção à Saúde complexa, com alta cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2017, a ESF era composta por 588 EqSF (distribuídas

por setor censitário) e 152 UBS, promovendo uma cobertura populacional de 80,38% (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). O município é subdividido em nove áreas administrativas regionais para gestão e planejamento da cidade. Essa estrutura deu origem às nove regionais de saúde, elementos utilizados para agregação de resultados no presente estudo. O modelo de governança da atenção à saúde em BH é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a APS como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. A estrutura das RAS da Rede SUS-BH é composta por um conjunto de unidades de saúde, bem como sistemas de apoio. Na APS, ações de promoção e prevenção à saúde, além do diagnóstico e tratamento das intercorrências relacionadas à saúde da mulher e gestação, são realizadas pelas EqSF e pelas equipes de apoio multiprofissional (saúde bucal, ginecologistas e obstetras, NASF). A APN na Rede SUS/BH, portanto, é realizada pela APS.

Este estudo está estruturado em duas etapas.

A primeira etapa consiste na avaliação da qualidade da APN na Rede SUS/BH mediante dados obtidos no PMAQ-AB 3º Ciclo, ocorrido em 2018, utilizando dados do módulo I (referentes a dados de observação na unidade) – correspondendo a 149 UBS, e do módulo II (referentes à avaliação externa), correspondendo a 574 ESF. Foram excluídas 27 unidades que não aderiram ou não quiseram avaliar a UBS, resultando 122 UBS em análise. Quanto às ESF, foram excluídas: 147 equipes por não participarem da avaliação externa, seis equipes que foram desativadas, duas equipes por não saberem que estavam no PMAQ e duas equipes por não haver profissional de nível superior para responder a entrevista. Ao final, mantiveram-se 417 equipes em análise. Belo Horizonte possuía no período analisado uma cobertura de 80,33% de ESF.

A segunda etapa compreende a análise do banco de dados do prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), referentes aos atendimentos de 39.831 gestantes acompanhadas na APN da APS na Rede SUS/BH no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

I Etapa

Os itens do PMAQ-AB elencados para análise da qualidade da APN na rede SUS-BH foram selecionados mediante adaptação do modelo lógico da qualidade da APN elaborado por Luz, Aquino e Medina (2018). Este modelo buscou representar os componentes da APN e suas relações entre si através da formulação de duas dimensões de análise: gerencial e assistencial, integradas pelos elementos de estrutura e processo.

Tal modelo foi adaptado aos itens incluídos no PMAQ-AB 3º ciclo e às recomendações contidas no CAB-PN de Baixo Risco, conforme representado na Figura 1.

As diversas dimensões foram desdobradas em um total de 20 subdimensões e 63 critérios, com suas respectivas categorizações e pesos.

Quanto aos instrumentais e insumos para população geral, buscou-se restringir aos essenciais, atentando-se aos instrumentais e insumos específicos à saúde da mulher. Os pesos foram estabelecidos conforme importância para a saúde da gestante (valores: 0,5 - 1,0 - 2,0), buscando-se destacar atividades específicas do período gravídico puerperal com maior impacto nos índices de saúde (por exemplo, à aplicação de penicilina benzatina na unidade, importante forma de controle de sífilis neonatal, foi atribuído o peso 2,0).

Os itens do PMAQ-AB 3º ciclo referentes aos equipamentos, instrumentais, insumos, teste rápido, medicamentos, vacinas e material impresso contêm como opções de resposta as alternativas "sim" e "não", e informações sobre conservação, disponibilidade e suficiência. Considerou-se como resposta afirmativa os casos em que os itens estavam em condições de uso, quantidade suficiente e sempre disponíveis. Nas questões relacionadas às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que referenciavam solicitação de documentação comprobatória de sua realização, considerou-se como resposta afirmativa aquelas que confirmaram apresentação de tal documentação.

Após a análise dos dados foi elaborada a tipologia da qualidade da APN ofertada pelas EqSF em BH. Foram estabelecidas cinco classificações: ótima (90 a 100% dos pontos), muito boa (80 a 89,9%), boa (70 a 79,9%), regular (60 a 69,9%) e ruim (menor que 60%).

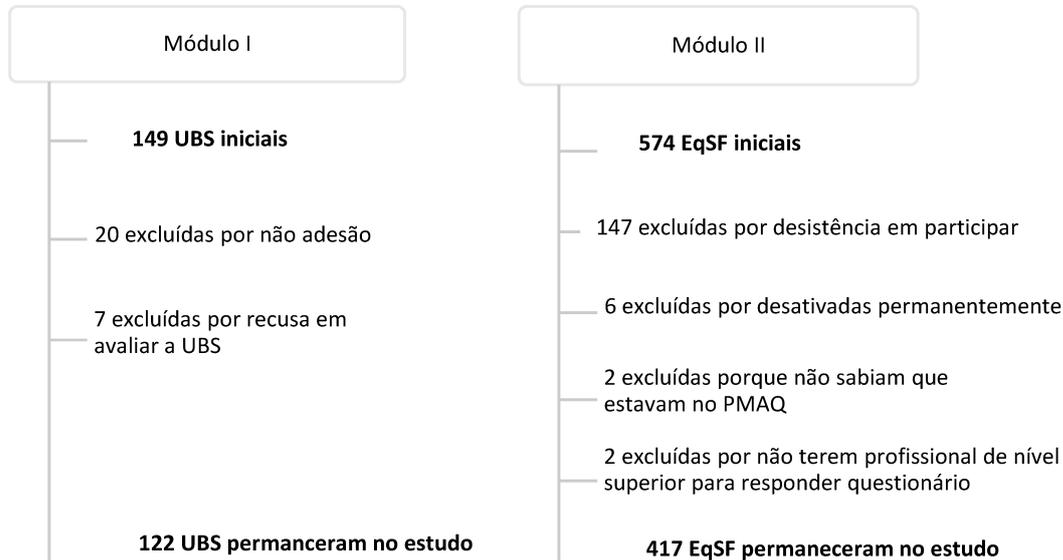
II Etapa

A segunda etapa foi constituída pela análise da base de dados do prontuário eletrônico da SMSA-BH referentes a gestantes atendidas na Rede SUS-BH no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

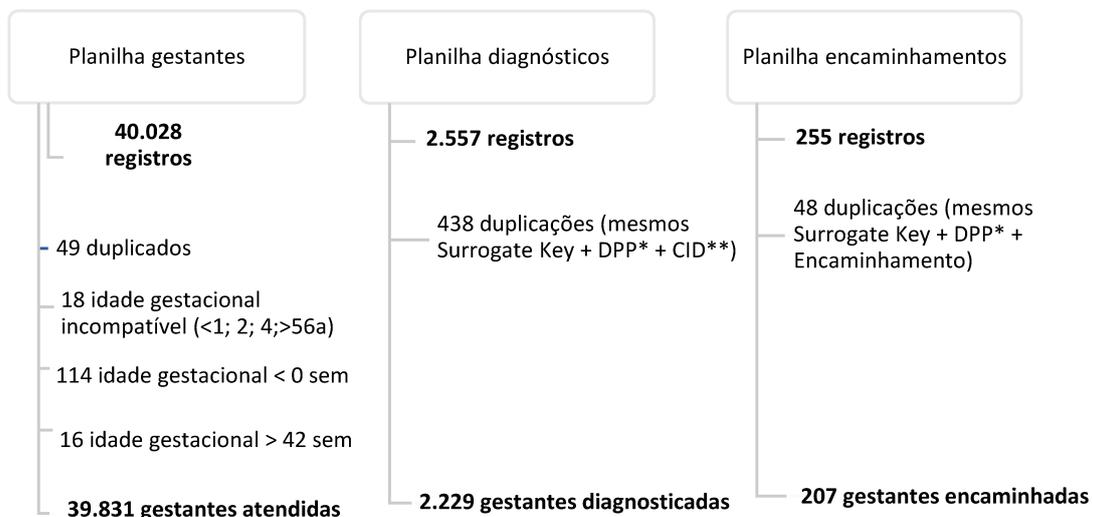
A base de dados foi disponibilizada com codificação *Surrogate Key* (números aleatórios) em substituição a identificadores que pudessem, de alguma maneira, sugerir ou acessar a identidade das usuárias contidas nas planilhas. Foram disponibilizadas três planilhas referentes a gestantes atendidas no período referido (Quadro 2).

Quadro 2. Processamento da base de dados do PMAQ-AB 3º ciclo e de dados das gestantes atendidas na APS da Rede-SUS BH.

PROCESSAMENTO DA BASE DA DADOS DO PMAQ-AB 3º CICLO



PROCESSAMENTO DA BASE DE DADOS DAS GESTANTES ATENDIDAS NA AP DA REDE SUS-BH



*DPP = data provável do parto; **CID = Código Internacional de Doenças.

Fonte: Dados do estudo.

Para compor a base de dados para análise, juntou-se os bancos referentes aos dados do PMAQ-AB 3º ciclo aos bancos referentes a gestantes, diagnósticos e encaminhamentos. Utilizou-se o Identificador Nacional de Equipe (INE) de cadastro da gestante ou o INE do profissional do atendimento para realizar tal procedimento. Manteve-se, assim, no banco, as gestantes cuja equipe de cadastro e/ou do atendimento participaram do PMAQ-AB 3º ciclo e permaneceram para análise e tipologia no presente estudo. Computou-se um total de 1777

abordagens em saúde mental, após eliminados os registros de atendimento de EqSF que não participaram do PMAQ-AB 3º ciclo, sendo 1696 registros de diagnósticos e 81 encaminhamentos (retiradas as duplicações quanto às gestantes referidas em ambos). As planilhas de diagnósticos e encaminhamentos foram agrupadas para constituírem a planilha de abordagens em saúde mental.

Para análise da associação, a variável dependente referiu-se às gestantes com diagnósticos e encaminhamento na área de saúde mental e a variável independente foi a qualidade do pré-natal.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das medidas de tendência central e dispersão, para as variáveis numéricas, e frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas.

Posteriormente, empregou-se o Teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade das notas criadas. Visto que as notas não tinham distribuição normal, foram utilizados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar as notas por variáveis categóricas, sendo que o teste de Mann-Whitney foi empregado quando a variável categórica possuía dois níveis. Já o teste de Kruskal-Wallis foi empregado quando havia mais de dois níveis. Quando o teste de Kruskal-Wallis detectou diferenças significativas entre as categorias, o teste de Nemenyi foi empregado para realizar as comparações múltiplas par a par. Por último, os testes Qui-Quadrado e Qui-Quadrado Simulado foram utilizados para verificar a associação/comparação entre as duas variáveis.

Este estudo foi aprovado pelos comitês de ética das SMSA-BH e CEP-UFMG sob os números 4.167.248 e 3.964.465.

3. Resultados

A Tabela 1 mostra a média das notas obtidas pelas equipes avaliadas de acordo com os critérios estabelecidos, por dimensão e subdimensão, com referência às notas médias e máximas obtidas.

Quanto à dimensão gerencial, em seus componentes de estrutura, todas as equipes receberam nota máxima em recursos humanos. Em relação à estrutura física, a média foi de 0,62 em máximo de 1,00, sendo que o item referente a “ambientes com circulação de ar, iluminação, limpeza e privacidade nos consultórios” obteve menor média.

Quanto aos componentes de estrutura da dimensão assistencial, a subdimensão estrutura física apresentou média de 2,75 em um máximo de 3,00, sendo que “sala exclusiva para

atividades coletivas” foi o item com menor nota. Em referência aos recursos materiais, essa sub dimensão obteve a média de notas 11,56 em um máximo de 16,50, sendo que os itens com menores notas foram “suficiência de medicamentos” e “suficiência de vacinas antitetânica, hepatite B e gripe sazonal”. Quanto à suficiência de medicamentos, penicilina benzatina apresentou média de 1,88 em máximo de 2,00, sendo que todas as equipes referiram aplicação desta medicação na unidade.

No que tange aos componentes de processo da dimensão gerencial, apoio matricial e encaminhamento de usuários obtiveram as menores médias. As maiores corresponderam a referências e fluxos, central de regulação e educação permanente.

Nos componentes de processo da dimensão assistencial, concernente a transporte de usuário, todas as equipes obtiveram nota máxima. A média na subdimensão vacinas correspondeu à nota máxima, item referente a “orientação sobre vacinação contra tétano”. Em referência a visita domiciliar, a média foi de 0,77, sendo inexistência de população descoberta o item de menor média. A realização de consulta de puerpério apresentou média 2,21 em um máximo de 4,00 pontos, nota impactada pelo item “realização de consulta de puerpério até uma semana após o parto e realização de medidas para captação da puérpera”.

Tabela 1 - Distribuição das notas médias, notas máximas e porcentagem da nota média em relação à nota máxima das equipes segundo dimensão e subdimensão, N = 417 equipes. Belo Horizonte, 2018.

Dimensão	Subdimensão	Itens	Média	Máximo	%
Gerencial - Componentes de Estrutura	Recursos humanos	Coordenador para gerenciamento da UBS #	0,50	0,5	100,0
	Estrutura física	Características estruturais: circulação de ar, iluminação, limpeza e privacidade #	0,25	0,5	50,0
		Estrutura física adequada com recepção, sanitário, sala de espera #	0,37	0,5	74,0
	Recursos materiais	Computador e impressora com acesso à internet, em condições de uso #	0,48	0,5	96,0
Assistencial - Componentes de Estrutura	Estrutura física	Consultórios clínicos com computador conectados à internet #	0,50	0,5	100,0
		Consultórios exclusivos para atendimento sem computador #	0,48	0,5	96,0
		Consultórios clínicos com computador sem internet #	0,50	0,5	100,0
		Consultórios clínicos com sanitário anexo #	0,50	0,5	100,0
		Sala exclusiva para atividades coletivas #	0,32	0,5	64,0
		Local adequado para armazenamento dos medicamentos #	0,45	0,5	90,0
	Recursos materiais	Instrumentais: aparelho de pressão adulto, balança adulta (150 kg, 200 kg), estetoscópio adulto, foco de luz, mesa para exame ginecológico/clínico, em condições de uso #	0,50	0,5	100,0
		Instrumentais: possuir sonar ou pinar (1/UBS) em condições de uso X	0,99	1,0	99,0
		Unidade oferta/faz vacinação #	0,50	0,5	100,0
		Vacinas para gestante: dT, influenza sazonal e hepatite B Ж	0,96	2,0	48,0
		Existência de testes rápidos sífilis, HIV, gravidez Ж	1,34	2,0	67,0
		Suficiência de insumos: agulhas descartáveis; fita métrica; seringas descartáveis #	0,15	0,5	30,0
		Suficiência de insumos para SM*: espelho; tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; fixador; espátula de Ayres X	0,10	1,0	10,0
		Suficiência de glicosímetros (1/UBS) #	0,50	0,5	100,0
		Dispensação de medicamentos realizada na unidade #	0,50	0,5	100,0
		Suficiência: antiparasitários #	0,00	0,0	0,0
		Suficiência: sulfato ferroso e ácido fólico X	0,05	1,0	5,0

Dimensão	Subdimensão	Itens	Média	Máximo	%	
		Suficiência: antiasmáticos #	0,07	0,5	14,0	
		Suficiência: contraceptivos e hormônios sexuais #	0,10	0,5	20,0	
		Suficiência: anti-hipertensivos #	0,02	0,5	4,0	
		Suficiência: antidiabéticos #	0,49	0,5	98,0	
		Suficiência: antibióticos e antifúngicos #	0,03	0,5	6,0	
		Suficiência: penicilina benzatina Ж	1,88	2,0	94,0	
		Aplicação de Penicilina G Benzatina na unidade Ж	2,00	2,0	100,0	
		Suficiência: analgésicos e antipiréticos #	0,01	0,5	2,0	
		Suficiência: antiácidos e antieméticos #	0,02	0,5	4,0	
		Caderneta da Gestante e Cartão/comprovante de vacinação Х	0,93	1,0	93,0	
		Prontuário com registro atendimento (eletrônico ou em papel) #	0,42	0,5	84,0	
Gerencial - Componentes de Processo	Horário de funcionamento	Funcionamento da unidade cinco dias da semana, em dois turnos e no horário de almoço (12h às 14h) #	0,46	0,5	92,0	
	Apoio matricial	Apoio matricial em saúde mental (NASF**, CAPS**) Х	0,69	1,0	69,0	
	Central de Regulação	Central de Regulação disponível com encaminhamento Х	1,0	1,0	100,0	
	Encaminhamento de usuários	Agendamento da consulta em nível especializado Х	0,62	1,0	62,0	
	Referências e fluxos		Referências e fluxos: câncer de mama e colo do útero #	0,48	0,5	96,0
			Referências e fluxos para local do parto Ж	1,91	2,0	95,5
	Educação Permanente		Existência de ações de educação permanente no município e que tenha garantido a participação da equipe no último ano #	0,49	0,5	98,0
Assistencial - Componentes de Processo	Acolhimento	Realização de acolhimento à demanda espontânea Х	1,00	1,0	100,0	
			5 ou mais dias por semana, em 2 turnos, avaliação de risco e vulnerabilidade; resposta definida em função do risco Х	0,72	1,0	72,0
			Acolhimento com avaliação de risco, protocolos e capacitação #	0,43	0,5	86,0
			Fácil acesso para buscar ou mostrar exames e tirar dúvidas #	0,48	0,5	96,0

Dimensão	Subdimensão	Itens	Média	Máximo	%
	Visita domiciliar	Inexistência de população descoberta de ACS****/ #	0,28	0,5	56,0
		Periodicidade de acordo com avaliação de risco #	0,49	0,5	98,0
	Transporte de usuário	Acesso a serviço para remoção do usuário #	0,50	0,5	100,0
[Capture a atenção do leitor com uma ótima citação do documento ou use este espaço para enfatizar um ponto-chave. Para colocar essa caixa de texto em qualquer lugar na página, basta arrastá-la.]	Exames	Coleta de exames na unidade#	0,50	0,5	100,0
		Coleta/realização de exames básicos (sangue/fezes/urina) #	0,49	0,5	98,0
		Realização exames complementares do pré-natal Ж	1,92	2,0	96,0
		Oferta exames complementares do pré-natal Х	0,94	1,0	94,0
		Acesso exames complementares do pré-natal Х	0,68	1,0	68,0
		Coleta citopatológico Х	1,00	1,0	100,0
		Acesso ao resultado VDRL em tempo oportuno Ж	2,00	2,0	100,0
	Registro	Registro com o número de gestantes de alto risco no território Х	0,92	1,0	92,0
		Utiliza caderneta da gestante e tem cópia/espelho Х	0,96	1,0	96,0
		Utilização da caderneta com registros de: Profissional responsável pelo acompanhamento, consulta odontológica, citopatológico, vacinação Ж	1,82	2,0	91,0
Vacinas	Orientação sobre vacinação contra tétano Х	1,00	1,0	100,0	
Consulta de pré-natal	Realização de consulta de pré-natal Ж	2,00	2,0	100,0	
	Comprovação da realização de consulta de pré-natal #	0,49	0,5	98,0	
Estratificação de risco	Organizar a oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade Ж	1,95	2,0	97,5	
Consulta de puerpério	Realização de consulta de puerpério Ж	1,64	2,0	82,0	
	Consulta de puerpério até uma semana após o parto e medidas para captação Ж	0,57	2,0	28,5	

*Saúde da Mulher; **Núcleo Ampliado de Saúde da Família; ***Centro de Atenção Psicossocial; ****Agente Comunitário de Saúde

Peso 0,5 Х Peso 1,0 Ж Peso 2,0.

Fonte: Dados do estudo.

Ao se comparar as notas entre as regionais (Tabela 2), verificou-se que Barreiro e Venda Nova obtiveram as melhores notas gerais (47,38 e 45,39, respectivamente). A menor pontuação foi atribuída à regional Norte (41,80). A maior variabilidade entre as notas pode ser atribuída à dimensão assistencial em seus componentes de estrutura (4,52 pontos). As demais dimensões e respectivos componentes apresentaram variabilidade de até o máximo de 1,43 (assistencial-processo 1,43; gerencial-estrutura 0,80; gerencial-processo 0,99).

Conforme os critérios estabelecidos para avaliação da qualidade da APN a partir do modelo lógico, observa-se que na classificação geral 6,47% das EqSF estão na categoria ótima (Tabela 3). A maioria das equipes manteve-se nas categorias muito boa e boa (89,93%). Quanto à categoria regular, apenas 3,60% das EqSF integraram esta classificação. Nenhuma das equipes avaliadas foi classificada na categoria ruim. As regionais Barreiro e Venda Nova obtiveram a maior proporção de classificação ótima, correspondendo a 24,69% e 10,14% de suas EqSF, respectivamente. As demais regionais não apresentaram EqSF com tal classificação. Observou-se diferenças com significância estatística entre os distritos ($p < 0,001$). Quanto às EqSF com classificação muito boa e ótima, as referidas regionais mantiveram a liderança, com 87,65% no Barreiro e 66,66% em Venda Nova. Já a regional Leste apresentou o pior desempenho, com 17,86% de suas EqSF distribuídas nestas categorias. A regional Norte apresentou a maior proporção de EqSF com classificação regular, correspondendo a 10,53% de suas EqSF.

Tabela 2 - Distribuição das notas da qualidade do pré-natal na atenção primária da Rede SUS, geral e por regional, Belo Horizonte, 2018.

Variáveis	Regular		Bom		Muito bom		Ótimo		Valor-p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Barreiro	1	1,23	9	11,11	51	62,96	20	24,69	
Centro Sul	1	5,00	9	45,00	10	50,00	0	0	
Leste	1	3,57	22	78,57	5	17,86	0	0	
Nordeste	1	2,33	16	37,21	26	60,47	0	0	
Regional Noroeste	4	7,14	31	55,36	21	37,50	0	0	<0,001
Norte	4	10,53	26	68,42	8	21,05	0	0	
Oeste	0	0	27	51,92	25	48,08	0	0	
Pampulha	2	6,67	14	46,67	14	46,67	0	0	
Venda Nova	1	1,45	22	31,88	39	56,52	7	10,14	
Geral	15	3,60	176	42,21	199	47,72	27	6,47	

Fonte: Dados do estudo.

Encontrou-se uma proporção de 4,93% de abordagens em saúde mental na APN no período do estudo (1.777 abordagens em 36.004 gestantes acompanhadas). Observa-se na Tabela 3, que a maior frequência de abordagens foi registrada pelas regionais Barreiro (18,51%), Noroeste (12,77%) e Venda Nova (12,77%). Porém, ao se avaliar a proporção de abordagens em relação às gestantes acompanhadas nas regionais, observou-se que as regionais Norte, Venda Nova e Barreiro apresentaram a menor proporção de abordagens (3,74; 3,93 e 4,32%, respectivamente) e se constituem nas regionais de menor renda média de BH. A regional Centro-Sul, de maior renda média do município, apresentou a maior proporção (6,43%).

Tabela 3 - Diagnósticos e encaminhamentos a serviços de saúde mental em gestantes atendidas na atenção primária da Rede SUS, segundo Regional de Saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2017-2018.

Variáveis		Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Regional de Saúde	Barreiro	329	18,51
	Centro Sul	130	7,32
	Leste	123	6,92
	Nordeste	196	11,03
	Noroeste	227	12,77
	Norte	124	6,98
	Oeste	251	14,12
	Pampulha	170	9,57
	Venda Nova	227	12,77
Descrição abordagem em saúde mental (diagnóstico ou encaminhamento)	Encaminhamento p/ psicologia	69	3,88
	Encaminhamento para CERSAM	12	0,68
	Episódios depressivos	770	43,33
	Outros transtornos ansiosos	366	20,60
	Outros transtornos do humor (afetivos)	11	0,62
	Reação ao stress grave e transtornos de adaptação	63	3,55
	Transtorno depressivo recorrente	135	7,60
	Transtorno do humor (afetivo) não especificado	34	1,91
	Transtorno obsessivo compulsivo	6	0,34
	Transtornos dissociativos (de conversão)	35	1,97
	Transtornos do humor (afetivos) persistentes	19	1,07
	Transtornos fóbicos ansiosos	13	0,73
Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte	244	13,73	

Fonte: Dados do estudo.

Dentre os diagnósticos registrados “episódios depressivos” (CID 10: F32) correspondeu a 43,33% e “outros transtornos ansiosos” (CID 10: F41) 20,60%, ambos representaram 63,93% das abordagens. “Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério” (CID 10: F53) ocuparam a terceira colocação, refletindo 13,73% das abordagens. Todos os diagnósticos relacionados à depressão representaram 53,91%. Já os relacionados à ansiedade, 26,85%.

Ao se comparar a distribuição da classificação da qualidade da APN por categoria (regular, boa, muito boa e ótima) entre as pacientes que receberam diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão ou encaminhadas para abordagem em saúde mental e a classificação geral das equipes avaliadas, não houve diferença significativa entre os grupos (Teste Qui-Quadrado, valor de $p = 0,076$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da classificação da qualidade do pré-natal nas equipes avaliadas (N = 417) e nas pacientes com diagnóstico ou encaminhamento em saúde mental (N = 1777), Belo Horizonte, 2017-2018.

Classificação da qualidade do pré-natal	Equipes avaliadas		Pacientes com diagnóstico/encaminhamento		Valor-p*
	N	%	N	%	
Regular	15	3,60	76	4,28	0,076
Boa	176	42,21	792	44,57	
Muito boa	199	47,72	843	47,44	
Ótima	27	6,47	66	3,71	
Total	417	100	1777	100	

*Teste Qui-Quadrado

Fonte: Dados do estudo.

4. Discussão

No presente estudo encontrou-se uma proporção de 4,93% de abordagens em saúde mental na APN no período avaliado, dentre registros de diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão e encaminhamentos a serviços de saúde mental. Este resultado reflete uma escassez de registros quanto a aspectos vinculados à saúde mental na APN de BH, visto que estudos no Brasil e em diversos países apontam prevalências maiores destes transtornos no período gravídico.

Em relação a transtornos de depressão, revisão sistemática realizada em 2017 encontrou prevalência significativamente maior nos países de baixa e média rendas em comparação com os países de alta renda no pré-natal – 19,2% e 9,2% respectivamente (WOODY et al., 2017).

Estudos realizados no Brasil também revelaram uma prevalência significativamente maior do que a registrada nos prontuários da ESF em BH. Estudo em Pelotas encontrou uma prevalência de sintomas depressivos significativos durante a gravidez de 20,5% (SILVA et al., 2012); estudo em Brasília constatou 10,3% das gestantes com sintomas depressivos significativos na gestação (ZACONETA et al., 2013); em Alfenas, a prevalência foi 14,8% (SILVA et al., 2016).

Quanto aos transtornos de ansiedade, os estudos também sugerem prevalência superior aos registros encontrados na presente pesquisa. Análise realizada em um serviço de maternidade em Londres em 2018, encontrou uma prevalência de transtornos de ansiedade na gestação de 17% (NATH et al., 2018); estudo europeu encontrou uma taxa de prevalência de transtorno de humor ou ansiedade de 18,2% durante a gravidez (UGUZ et al., 2019).

A APN em BH apresentou, de modo geral, boa qualidade com 89,97% das EqSF classificadas como boa e muito boa, 3,6% regular e nenhuma equipe foi classificada como ruim. Estudo no Brasil observou que na avaliação geral do pré-natal menos de um quarto (24,6%) dos municípios foram adequados, aqueles com até 10 mil habitantes apresentaram maior percentual de adequação (41,6%) e a região Sul apresentou adequação de 33,8% (CUNHA et al., 2019). Houve diferença significativa entre as regionais em BH tanto nas notas gerais quanto por dimensão, o que pode refletir desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde e na qualidade da atenção à saúde no município, a exemplo de achados em Niterói (NUNES et al., 2014) e Pelotas (FONSECA et al., 2014).

Ao se comparar a distribuição da classificação da qualidade da APN por categoria (regular, boa, muito boa e ótima) entre as pacientes que receberam diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão ou encaminhadas para abordagem em saúde mental e a distribuição da classificação geral das equipes avaliadas, não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 1). É de se esperar que as equipes que possuem uma APN de boa qualidade estejam estruturadas para acolher a gestante em suas necessidades psicoemocionais e, por conseguinte, apresentem maior registro de diagnósticos e mais ações direcionadas à saúde mental das gestantes acompanhadas. Porém, não foi o encontrado no presente estudo. Kinalski, Olivo e Giordani (2020) observaram que no Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, a APN apresentou adequação dos procedimentos clínico-obstétricos referentes a tecnologias duras, porém, revelou-se inadequada quanto à utilização de tecnologias leves. Tal achado poderia explicar o resultado encontrado em BH.

Quanto aos componentes de estrutura da dimensão gerencial, na subdimensão recursos humanos, verificou-se que a disponibilidade de coordenador para gerenciamento da UBS presente em todas as EqSF avaliadas corrobora com estudos anteriores que demonstraram adequação desse item em 97 a 99,5% das EqSF no Brasil (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). Quanto à subdimensão estrutura física, estudos mostraram adequação em 69,9% dos municípios brasileiros (CUNHA et al., 2019), havendo adequação também em BH, com menores médias em ventilação, iluminação e limpeza dos ambientes e privacidade nos consultórios. Quanto à

subdimensão recursos materiais, equipamentos audiovisuais (televisão e caixa de som em condições de uso) apresentaram menores médias.

Quanto aos componentes de estrutura da dimensão assistencial, em referência à subdimensão estrutura física, observou-se que “sala exclusiva para atividades coletivas” foi o item com menor adequação. Com relação aos recursos materiais, “suficiência de medicamentos” refletiram as menores pontuações, achado que ratifica o encontrado em estudos no Brasil, onde indisponibilidade de medicamentos contribuiu para a inadequação da APN no país (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). No que concerne a “suficiência de vacinas antitetânica, hepatite B e gripe sazonal” o item foi avaliado em bloco, e a inadequação se deveu à insuficiência de pelo menos uma das três vacinas na UBS, considerando suficiência estar sempre disponível. Os achados corroboram com os de Luz, Aquino e Medina (2018) onde menos de 50% das equipes brasileiras contavam com suficiência destes recursos.

No Brasil, estudos encontraram elevado percentual de municípios com oferta de suporte especializado (CUNHA et al., 2019); entretanto, no que tange aos componentes de processo da dimensão gerencial, apoio matricial e encaminhamento de usuários obtiveram as menores médias no presente estudo. O NASF e especialistas que oferecem apoio matricial e assistência são arsenais para assegurar uma abordagem qualificada e resolutiva na AB. Uma atenção a estes itens pode aprimorar a APN no município. As maiores notas corresponderam a referências e fluxos para casos suspeitos de câncer de mama e colo do útero e para local do parto, central de regulação disponível com encaminhamento para os demais pontos da rede e existência de ações de educação permanente no município.

No que concerne a visitas domiciliares, BH apresentou menor média em “inexistência de população descoberta de Agente Comunitário de Saúde (ACS)”, evidenciando que, apesar da ampla cobertura pela ESF no município, há necessidade de adequação do contingente de ACS à área de cobertura das EqSF.

A “orientação sobre vacinação contra tétano” presente em todas as EqSF avaliadas reforça resultado de estudos anteriores no Brasil (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). Em relação a consulta de puerpério, a “realização de consulta de puerpério até uma semana após o parto e realização de medidas para captação da puérpera” mostrou média mais baixa (0,57 em um máximo de 2,00), revelando necessidade de o município atentar para a sua viabilização. Tal resultado pode ser consequente e/ou agravado pela não orientação à consulta durante o pré-natal e no ambiente hospitalar. Este resultado dialoga com o observado em um estudo onde 92,1% das puérperas não foram orientadas quanto a consulta puerperal, embora tivessem realizado em média 6,59 consultas de pré-natal; apenas 5,6% foram esclarecidas, no ambiente

hospitalar, durante o puerpério imediato e destas somente 0,92% já haviam sido orientadas durante o pré-natal (VILELA; PEREIRA, 2018). Reflete, ainda, reminiscência de deficiências encontradas em estudos anteriores, onde observou-se que a assistência pré-natal em BH não foi finalizada no banco de dados SisPreNatal, pois a maioria das gestantes não retornou para a realização da consulta de puerpério (LANA; LIMA, 2010).

Vários aspectos dos componentes de processo da dimensão assistencial apresentaram médias elevadas, destacando-se: acolhimento com fácil acesso ao usuário para buscar ou mostrar exames e tirar dúvidas, oferta de exames complementares do pré-natal, acesso ao resultado de VDRL em tempo oportuno, coleta de exame citopatológico, registro com o número de gestantes de alto risco no território, utilização da caderneta da gestante, organização da oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.

Pelo exposto, pode-se verificar que em uma APN de boa qualidade a avaliação periódica do cuidado oferecido pode ser útil na busca de inadequações pontuais que possam ser melhoradas a fim de aprimorar ainda mais a qualidade da atenção.

O principal limite deste estudo refere-se ao fato de não terem sido avaliados registros do prontuário quanto ao seu conteúdo (anamnese, exame físico e prescrições) que poderiam conter mais informações quanto à abordagem em saúde mental das gestantes atendidas. Portanto, o resultado encontrado pode não refletir a visibilidade desses transtornos na APN.

Também não foi possível, pelos dados do PMAQ-AB 3º ciclo, avaliar vários aspectos referentes ao cuidado elencados no CAB-PN, tais como: “promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes”, “direito do(a) parceiro(a) ser cuidado antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)" e “estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico”.

Apesar disto, este estudo pode contribuir para uma melhor estruturação do APN no país. A avaliação da qualidade do cuidado em saúde constitui-se em uma ferramenta importante para o planejamento e gestão dos serviços, uma vez que as adequações e inadequações encontradas poderão orientar a manutenção e expansão de pontos positivos bem como a melhoria daqueles negativos, contribuindo para o aprimoramento da qualidade da APN.

5. Conclusão

A qualidade da APN na rede SUS-BH é, de modo geral, boa, sendo verificados aspectos que merecem abordagem, visando possíveis adequações, destacando-se: privacidade nos

consultórios; salas para atividades coletivas; suficiência de medicamentos e vacinas essenciais à gestante; apoio matricial; contingente de ACS e abordagem puerperal.

A escassez de registros relacionados a saúde mental na APN de BH pode refletir a baixa visibilidade de transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico puerperal, o que denota a necessidade de ações e programas que visem a promoção da saúde mental na gravidez. Por outro lado, a escassez de registros de aspectos vinculados a saúde mental pode refletir o sub-registro em prontuários eletrônicos na APN como um todo, sugerindo avaliação de medidas para treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância do correto preenchimento do prontuário eletrônico para alimentação do banco de dados em saúde.

Este estudo não constatou correlação entre a qualidade do pré-natal ofertada pelas EqSF, aferidas através do PMAQ, e o registro de diagnósticos relativos à saúde mental das gestantes. Mesmo em uma cidade como Belo Horizonte, que possui uma boa qualidade no pré-natal realizado pela APS, esta relação não foi encontrada.

Programas de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância na Europa, em especial em Portugal, vêm sendo desenvolvidos desde 2005 (PORTUGAL, 2006) e incluem rastreamento e abordagem precoce da gestante para os referidos transtornos, além de capacitação profissional e apoio institucional. O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda a triagem e abordagem precoces dos transtornos de ansiedade e depressão em seu protocolo de pré-natal (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014). É importante que a APS incorpore esta necessidade, avançando na elaboração de diretrizes mais efetivas que permitam progredir nos diagnósticos relativos à saúde mental na gravidez. Isto permitirá aprimorar a abordagem desses transtornos no período perinatal e aliviar sofrimentos adicionais às diversas demandas sociais, emocionais, familiares e econômicas que a maternagem impõe.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, 5 out. 2015, seção 1, n. 190, p. 660. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1645_02_10_2015.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ... **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF - 3º ciclo (2015-2017). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CUNHA, A. C. et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 447-458, abr./jun. 2019.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, mar. 2015.
- FONSECA, S. C. et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, jul. 2014.
- GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, abr. 2016.
- GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018.
- HOWARD, L. M. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. **Lancet**, London, v. 384, n. 9956, p. 1775-1788, Nov. 2014.
- KINALSKI, D. D. F.; OLIVO, V. M. F.; GIORDANI, J. M. A. Qualidade do pré-natal: impacto da infraestrutura e do processo de trabalho. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 9, n. 9, e184997041, 2020.
- LANA, F. C. F.; LIMA, A. S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 587-94, jul -ago. 2010.
- LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. supl. 2, p. 111-126, out. 2018.
- NATH, S. et al. Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-2). **BMJ Open**, London, v. 8, n. 9, p. e023766, Set. 2018.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Assessment and care planning in pregnancy and the postnatal period. In: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Antenatal and postnatal mental health: the nice guideline on clinical management and service guidance updated edition**. Clinical guideline [CG192]. London: NICE, 17 Dec. 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>. Acesso em: 08 abr. 2021.
- NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968-976, dez. 2014.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância**: Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. 46 p.
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - 2018 a 2021**. Belo Horizonte: PBH, 2018. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SILVA, M. M. J. et al. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. **Investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 34, n. 2, p. 342-350, Jun. 2016.

SILVA, R. et al. Fatores sociodemográficos de risco de depressão perinatal: um estudo populacional no sistema público de cuidados de saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, jun. 2012.

STEIN, A. et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **Lancet**, London, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, Nov. 2014.

TOMASI, E. 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. e00195815, 2017.

UGUZ, F. et al. Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case-control study with a large sample size. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 272, p. 316-318, Feb. 2019.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, ago. 2014.

VILELA, M. L. F.; PEREIRA, Q. L. C. Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. **Journal Health NPEPS**, v. 3, n. 1, p. 228-240, 2018.

VISWASAM, K.; ESLICK, G. D.; STARCEVIC, V. Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: a systematic review and meta analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 255, p. 27-40, 2019.

WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Affective Disorders**, Amsterdam, v. 219, p. 86-92, Sep. 2017.

ZACONETA, A. M. et al. Depressão com início após o parto: estudo de corte prospectivo em mulheres submetidas à cesárea eletiva em Brasília, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 130-135, 2013.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da ampla cobertura da APN no Brasil e dos avanços alcançados ao longo das últimas décadas, diversos estudos têm revelado desigualdades tanto no acesso, quanto na qualidade desta atenção. Desigualdades socioeconômicas e geopolíticas (TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2018), além de raciais (NUNES et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015) têm sido apontadas. Estudos demonstram que a qualidade da APN no país, de modo geral, não é boa.

Tomasi et al. (2017) observaram que apenas 15% das pacientes assistidas na APN no Brasil receberam uma atenção de qualidade, menos de um quarto das gestantes realizou exame físico apropriado e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas. Guimarães et al. (2018) evidenciaram inadequação da infraestrutura da rede de AB, baixa adequação de ações clínicas para a qualidade do cuidado e baixa capacidade de gestão das equipes para garantir o acesso e a qualidade do cuidado. Cunha et al. (2019) observaram que menos de um quarto dos municípios brasileiros apresentaram adequação da APN na AB, com piores condições naqueles de maior porte populacional e localizados na região Norte.

Felizmente, aspectos positivos têm sido evidenciados, tais como a presença de coordenadores para a gerência das unidades e de profissionais de saúde de diversas categorias para o desenvolvimento de atividades clínicas e de promoção da saúde, além de desenvolvimento de ações como captação da gestante e puérpera para início precoce da assistência, orientação quanto à situação vacinal e oferta de vacina do calendário básico, bem como alimentação do SisPreNatal (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

A sexta diretriz norteadora do PMAQ-AB VI que consiste em “estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários” reflete a implicação para a prática dessa dissertação.

A proposta do presente estudo foi, diante do contexto da APN no país, avaliar uma capital cuja AB se apresenta bem estruturada e inserida no SUS, e na qual a APN é realizada por uma ESF com alta cobertura. O resultado foi como o esperado: uma APN de boa qualidade. Nesse contexto, avaliar outros aspectos da APN tem o potencial de contribuir para o aprimoramento da avaliação desta qualidade, bem como do cuidado oferecido. Nesse cenário, analisar a abordagem da saúde mental na gestante constituiu-se em diferencial e adicional importantes.

Os transtornos de depressão e ansiedade foram elencados por sua alta prevalência e gravidade e pelas repercussões negativas desses agravos na gestante e na criança. Além das consequências obstétricas e neonatais, tais transtornos são objeto de estudo e de intervenções em todo o mundo, motivados pelas consequências no crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente (LIN et al., 2017; VIZZINI et al., 2019; KATON et al., 2017). Stein et al. (2014) sugerem que é necessário reconhecer que o tratamento dos transtornos mentais perinatais pode contribuir substancialmente para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente aqueles relacionados à nutrição infantil e desenvolvimento precoce, educação e saúde materna. Em vista da crescente evidência de que experiências nos primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento e a produtividade saudáveis na vida adulta e do número de mulheres afetadas por transtornos mentais no período perinatal, intervenções e estratégias de prevenção devem ser uma prioridade em saúde pública (STEIN et al., 2014).

O resultado obtido no presente estudo foi uma baixa visibilidade dos transtornos de ansiedade e depressão perinatais, pelo menos no que se referiu aos registros de diagnóstico de transtornos de ansiedade e depressão e encaminhamentos a serviços de saúde mental. Tal achado pode refletir tanto o sub-registro nos prontuários quanto a ausência de diagnóstico, e consequente carência de abordagem desses agravos. De todo modo, denota inadequações no enfrentamento de problemas relacionados à saúde mental da gestante. A elevada qualidade da APN em BH não refletiu em registro adequado de diagnósticos e encaminhamentos em saúde mental. Pode-se inferir que a estruturação da APN na capital não considerou aspectos que pudessem otimizar a avaliação das demandas em saúde mental da gestante. Todavia, estudos de qualidade envolvendo análises que englobem avaliação de tecnologias leves podem verificar com melhor acuidade o cuidado referente às demandas psicoemocionais da gestante.

Intervenções podem ser mais importantes no contexto de adversidades adicionais, como em populações socioeconomicamente desfavorecidas, onde os riscos para a criança parecem mais altos e os recursos são escassos, especialmente em países de baixa e média rendas (STEIN et al., 2014). Reconhecer a violência por parceiro íntimo como um fator de risco clinicamente relevante e identificável para a ocorrência de transtornos ansiosos e depressivos durante a gestação, pode ser um primeiro passo na prevenção desses problemas (FONSECA-MACHADO et al., 2015). No que se refere às possíveis consequências a longo prazo para o desenvolvimento de bebês e crianças, os programas de prevenção e intervenção precoce são de vital importância. Do ponto de vista da gestante, aliviar sofrimentos adicionais às diversas demandas sociais, emocionais, familiares e econômicas que a maternagem impõe, por si só já representa uma ação de grande relevância em saúde.

Em 14 de dezembro de 2017, BH sancionou a Lei nº 11.093 que determina a criação de um programa contínuo de diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, na Rede Pública Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2017). Em 2018 foi criada a EMAP-GPV para abordagem de gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade, tendo assistido 580 casos até maio de 2021 (BELO HORIZONTE, 2021). Em 2019 foi lançada a segunda edição do Protocolo de Pré-natal do município que amplia as orientações quando à abordagem da gestante e puérpera em sofrimento mental (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019). Orienta que pode ser aplicada a EDPS por qualquer profissional da EqSF como auxiliar no diagnóstico de depressão. Sugere sua aplicação no segundo ou terceiro trimestre da gestação e no primeiro ano após o parto. No entanto, o Protocolo de Pré-natal do município não estabelece um programa de rastreamento universal estruturado e incorporado à APN. Quanto aos transtornos de ansiedade, não estabelece critérios diagnósticos ou de rastreamento. Até o momento, não há relato de outros programas, diretrizes ou fluxogramas para a abordagem das gestantes em sofrimento mental no *site* oficial da PBH.

O uso de escalas na prática clínica é bastante conhecido e pode ser útil quando os instrumentos são utilizados como parte do processo de avaliação diagnóstica, na identificação da presença ou ausência de um determinado transtorno, no monitoramento do progresso terapêutico e na quantificação e documentação da gravidade de determinados sintomas. Embora existam poucos instrumentos especificamente desenvolvidos para a avaliação da mulher no período perinatal, há uma crescente tendência em se afirmar que o monitoramento cuidadoso e contínuo de sintomas e condições psiquiátricas prevalentes nesse período, através de questionários de autoavaliação, pode trazer benefícios na tomada de decisão ou busca de acompanhamento especializado e precoce, quando necessário (RIBEIRO et al., 2014). A implementação do rastreamento universal para depressão e ansiedade em gestantes e puérperas na APN de BH poderá contribuir significativamente para melhorar a visibilidade desses transtornos no período perinatal, e ampliar a possibilidade de diagnóstico e tratamento de morbidades de incontestável relevância.

Uma APN de alta qualidade e alta inserção no SUS e na ESF não pode negligenciar demandas tão importantes quanto as discutidas neste estudo. O resultado aqui encontrado pode refletir o cuidado em saúde mental da gestante em todo o Brasil. O SUS como instrumento primordial para a garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde deve assegurar a abordagem adequada em saúde mental da gestante. Para tal, faz-se necessária a elaboração e/ou ampliação de diretrizes para promoção da saúde mental na gravidez em Belo Horizonte e no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDOLLAHI, F.; ABHARI, F. R.; ZARGHAMI, M. Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. **Acta Medica Iranica**, Tehran, v. 55, n. 2, p. 109-114, 2017.
- ABDOLLAHI, F.; ZAIN, A. The mode of delivery and some selected obstetric factors as predictors of post-partum depression. **Caspian Journal of Reproductive Medicine**, Sari, v. 1, n. 2, p. 14-22, 2015.
- ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out. 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion n. 630. Screening for perinatal depression. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 125, n. 5, p. 1268-1271, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.
- ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, abr. 2007.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, ago. 2010.
- ASSELMANN, E. et al. Maternal anxiety and depressive disorders prior to, during and after pregnancy and infant interaction behaviors during the Face-to-Face Still Face Paradigm at 4 months postpartum: A prospective-longitudinal study. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 122, p. 45-53, Jul. 2018.
- ASSIS, H. M. et al. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 314-317, 2014.
- BALSELLS, M. M. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-54, 2018.
- BELO HORIZONTE. Lei nº 11.093, de 14 de dezembro de 2017. Determina a criação de um programa contínuo de diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, na Rede Pública Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município**, 15 dez. 2017. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2017/1110/11093/lei-ordinaria-n-11093-2017-determina-a-criacao-de-um-programa-contínuo-de-diagnostico-e->

tratamento-da-depressao-pos-parto-na-rede-publica-municipal-de-saude. Acesso em: 5 set. 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. **Boletim Trimestral Saúde da Mulher** – janeiro a maio de 2021. Belo Horizonte: PBH, mai. 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/boletim-trimestral-saude-da-mulher-30-06-21.pdf>. Acesso em: 07 setembro 2021.

BETTS, K. S. et al. The association between birth weight and anxiety disorders in young adults. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 25, n. 8, p. 1060-1067, 2011.

BOSQUET, E. M. et al. Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. **Infant Behavior and Development**, v. 34, n. 4, p. 487-503, dec. 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Pactos pela Saúde, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p.

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. **Diário Oficial da União**, jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, 5 out. 2015, seção 1, n. 190, p. 660. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1645_02_10_2015.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015). 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. **Diário Oficial da União**, 20 jul. 2011a, nº 138, seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013 (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015). Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, abr. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União**, 8 jun. 2000, seção 1, p. 4-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF

participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, 20 mai. 2019b, ed. 95, seção 1, p. 60.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ... **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF - 3º ciclo (2015-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Tabela de Nascidos vivos no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano 2017, total e com 7 ou mais consultas de pré-natal**. Brasília: DATASUS, 2019c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvMG.def>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, v. 5, n. 1, out. 2019a. Disponível em https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/boletim_sifilis_2019_internet.pdf. Acesso em: 19 dez. 2021.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991.

BROWNE, F. J. Are we satisfied with the results of ante-natal care? **The British Medical Journal**, London, v. 2, n. 3839, p. 194-197, ago. 1934.

BRUNTON, R. J. et al. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 176, p. 24-34, may. 2015.

BUIST, A.; GOTMAN, N.; YONKERS, K. A. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 131, n. 1-3, p. 277-283, Jun. 2011.

BUSS, C. et al. Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. **Stress**, London, v. 14, n. 6, p. 665-676, Nov. 2011.

BYATT, N. et al. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: A systematic review. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 126, n. 5, p. 1048-1058, 2015.

BYATT, N. et al. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, Abingdon, v. 33, n. 4, p. 143-161, Dec. 2012.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S220-30, 2004.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011 (Reimp. 2016.) 289p.

CHONG, S. C. et al. Anxiety and depression during pregnancy and temperament in early infancy: findings from a multi-ethnic, Asian, prospective birth cohort study. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 37, n. 5, p. 584-98, 2016.

COIMBRA, L. C. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 40, n. 9, p. 1195-202, Sep. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Confederação Nacional de Municípios. Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde. **Portaria de homologação das equipes participantes do 3º Ciclo do PMAQ é publicada**. Brasília: CONASEMS, 20 out. 2016. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/portaria-de-homologacao-das-equipes-participantes-do-3-ciclo-do-pmaq-e-publicada/>. Acesso em: 04 abr. 2019.

COSTA, D. O. et al. Mental disorders in pregnancy and newborn conditions: longitudinal study with pregnant women attended in primary care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar. 2018.

CRUZ, E. B. S.; SIMOES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, abr. 2005.

CRUZ, R. B. L.C.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 87-94, mar. 2014.

- CUNHA, A. C. et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 447-458, abr./jun. 2019.
- DEBIEC, K. E. et al. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 203, n. 2, p. 122.E1-122.E6, Aug. 2010.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, mar. 2015.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005 (Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 44, n. 3, supl. 2, p. 166-203, 1966).
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-8, Nov. 1990.
- DONABEDIAN, A. Twenty years of research on the Quality of Medical Care. **Evaluation & the Health Professions**, Baltimore, v. 8, n. 3, p. 243-265, 1985.
- DONABEDIAN, A.; WHEELER, H. R. C.; WYSZE-WIANSKI, L. Quality, cost, and health: an integrative model. **Medical Care**, Philadelphia, v. 20, n. 10, p. 975-992, 1982.
- DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Reimp. 2016. 289p.
- EVANS, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **The British Medical Journal**, London, v. 323, n. 7307, p. 257-260, Aug. 2001.
- FAIRBROTHER, N. et al. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 200, p. 148-155, ago. 2016.
- FAIRBROTHER, N. et al. Screening for perinatal anxiety disorders: Room to grow. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 250, p. 363-370, May 2019.
- FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L.M.; SILVA FILHO, H. C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011.
- FONSECA, S. C. et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, jul. 2014.
- FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Violência por parceiro íntimo e transtornos ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 855-64, set.-out. 2015.
- FRICHE, A. A. L. et al. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1955-1965, 2006.

GLASHEEN, C.; RICHARDSON, G. A.; FABIO, A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. **Archives of Women's Mental Health**, Wien, v. 13, n. 1, p. 61-74, Feb. 2010.

GLOVER, V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. **Best practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Amsterdam, v. 28, n. 1, p. 25-35, Jan. 2014.

GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, abr. 2016.

GUIMARÃES, W.S.G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018.

HOWARD, L. M. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. **Lancet**, London, v. 384, n. 9956, p. 1775-1788, Nov. 2014.

JUNGE, C. et al. The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. **Matern Child Health Journal**, New York, v. 21, n. 3, p. 607-615, Mar. 2017.

KATON, J. G. et al. Improving perinatal mental health care for women veterans: Description of a Quality Improvement Program. **Matern Child Health Journal**, New York, v. 21, p. 1598-1605, 2017.

KETTUNENA, P.; HINTIKKAB, J. Psychosocial risk factors and treatment of new onset and recurrent depression during the post-partum period. **Nordic Journal of Psychiatry**, London, v. 71, n. 5, p. 355-361, Jul. 2017.

KINALSKI, D. D. F.; OLIVO, V. M. F.; GIORDANI, J. M. A. Qualidade do pré-natal: impacto da infraestrutura e do processo de trabalho. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 9, e184997041, 2020.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal of Public Health**, New York, v. 84, n. 9, p. 1414-1420, Sep. 1994.

KVALEVAAG, A. L. et al. Paternal mental health and socioemotional and behavioral development in their children. **Pediatrics**, Springfield, v. 131, n. 2, p. e463-469, Feb. 2013.

LANA, F. C. F.; LIMA, A. S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 587-94, jul.-ago. 2010.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, mar. 2015.

LEARMAN, L. A. Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 61, n. 3, p. 525-532, Sep. 2018.

LEBOWITZ, E. R. et al. Cross-generational influences on childhood anxiety disorders: pathways and mechanisms. **Journal of Neural Transmission**, v. 123, n. 9, p. 1053-67, Sep. 2016.

LIEB, K. et al. Adding perinatal anxiety screening to depression screening: is it worth it? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 2, n. 2, p. 100099, May 2020.

LIN, Y. et al. Effects of prenatal and postnatal maternal emotional stress on toddlers' cognitive and temperamental development. **Journal of Affective Disorders**, v. 207, n. 1, p. 9-17, 2017.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. supl. 2, p. 111-126, out. 2018.

MADIGAN, S. et al. A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 57, n. 9, p. 645-657.e8, Sep. 2018.

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 481-491, mar. 2010.

MARTINI, J. et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 175, p. 385-395, Apr. 2015.

MCHENGA, M.; BURGER, R.; VON FINTEL, D. Examining the impact of WHO's Focused Antenatal Care policy on early access, underutilization, and quality of antenatal care services in Malawi: a retrospective study. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 295, May 2019.

MILGROM, J.; GEMMILL, A. W. Screening for perinatal depression. **Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Amsterdam, v. 28, n. 1, p. 13-23, Jan. 2014.

MORAES, G. P. A. et al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? **Trends Psychiatry Psychotherapy**. Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 54-56, Jan.-Mar. 2017.

MORAIS, M. L. S. et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 40-49, jan.-mar. 2015.

MORÓN-DUARTE, L. S. et al. Quality assessment indicators in antenatal care worldwide: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 31, n. 7, p. 497-505, Aug. 2019.

NATH, S. et al. Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-2). **BMJ Open**, London, v. 8, n. 9, p. e023766, Set. 2018.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015.

NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968-976, dez. 2014.

O'CONNOR, E. et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**, Chicago, v. 315, n. 4, p. 388-406, Jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: 3 - Saúde e Bem-Estar. Brasília: Nações Unidas no Brasil, setembro 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 07 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. Genebra, Suíça: OMS; 2016.

PEARSON, R. M. et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 70, n. 12, p. 1312-1319, Dec. 2013.

PEARSON, R. M. et al. Maternal perinatal mental health and offspring academic achievement at age 16: the mediating role of childhood executive function. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, v. 57, n. 4, p. 491-501, 2016.

PEREIRA, P. K. et al. Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais maiores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1654-1666, ago. 2014.

PITILIN, E. B.; PELLOSO, S. M. Primary care sensitive admissions in pregnant women: associated factors based on the prenatal care process. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Brasília, v. 26, n. 2, p. e06060015, 2017.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2014.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 259-269.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2018 a 2021. Belo Horizonte: PBH, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Pré-Natal e Puerpério**. 2. ed. Belo Horizonte: PBH, 2019. 132p.

REIS, J. F. B. E. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, mar. 1990.

RESENDE, L. V.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 4-5, p. 218-224, mai. 2015.

RIBEIRO, J. A. M. et al. Escalas clínicas em saúde mental da mulher: uso de instrumentos de autoavaliação em transtornos mentais prevalentes no período perinatal. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 24-31, nov./dez. 2014.

ROUSE, M. H.; GOODMAN, S. H. Perinatal depression influences on infant negative affectivity: timing, severity, and co-morbid anxiety. **Infant Behavior & Development**, Norwood, v. 37, n. 4, p. 739-751, Nov. 2014.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1003-1014, mai. 2015.

SANTOS, J. R. H.; XIANMING, T.; SALOMON, R. Heterogeneity in perinatal depression: how far have we come? A systematic review. **Archives of Women's Mental Health**, Wien, v. 20, n. 1, p. 11-23, Feb. 2017.

SCHIFF, G. D.; RUCKER, T. D. Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, St. Louis, v. 27, n. 3, p. 169-174, mar. 2001.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, n. 1, p. 65-82, jun. 2009.

SILVA, I. C. M. et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, p. e000100017, 2018.

SILVA, M. M. J. et al. Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. **SMAD. SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2020.

SILVA, R. et al. Fatores sociodemográficos de risco de depressão perinatal: um estudo populacional no sistema público de cuidados de saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, jun. 2012.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; DIAS-DA-COSTA, S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, fev. 2001.

SIU, A. L. et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 315, n. 4, p. 380-387, Jan. 2016.

STEIN, A. et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **Lancet**, London, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, Nov. 2014.

TAKEDA, S. **Avaliação de unidade de atenção primária, modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. 1993. 81f. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1993.

TOMASI, E. 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. e00195815, 2017.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov.-dez. 2002.

UGUZ, F. et al. Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case-control study with a large sample size. **Psychiatry Research**, v. 272, p. 316-318, Feb. 2019.

VAN BATENBURG-EDDES, T. et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, v. 54, n. 5, p. 591-600, May 2013.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, ago. 2014.

VISWASAM, K.; ESLICK, G. D.; STARCEVIC, V. Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 255, p. 27-40, 2019.

VIZZINI, L. et al. Maternal anxiety, depression, and sleep disorders before and during pregnancy, and preschool ADHD symptoms in the NINFEA birth cohort study. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, Cambridge, v. 28, n. 5, p. 521-531, Oct. 2019.

WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Affective Disorders**, Amsterdam, v. 219, p. 86-92, Sep. 2017.

YONKERS, K. A. et al. Association of panic disorder, generalized anxiety disorder, and benzodiazepine treatment during pregnancy with risk of adverse birth outcomes. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 74, n. 11, p. 1145-1152, Nov. 2017.

ZACONETA, A. M. et al. Depressão com início após o parto: estudo de corte prospectivo em mulheres submetidas à cesárea eletiva em Brasília, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 130-135, 2013.

ZIETLOW, A. L. et al. Emotional Stress During Pregnancy - Associations with Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother-Child Interaction at Pre-school Age. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 10, p. 2179, Sep. 2019.

APÊNDICE A - CRITÉRIOS E PADRÕES

Quadro 4. Critérios e padrões das dimensões gerencial e assistencial, subdimensões, atributos de estrutura e processo da APN, categorização dos critérios e pesos.

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
Dimensão gerencial: atributos de Estrutura						
Recursos Humanos	I.3 - Profissionais da Unidade Básica de Saúde					
	I.3.3 - Geral	Coordenador de equipe	Possuir coordenador na equipe para o gerenciamento da unidade de saúde.	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM (com coordenador) Inadequada: NÃO (sem coordenador)	1\2
Estrutura física	I.6 - Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde					
	I.6.4 Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observa-se:					
	I.6.4.1	Características estruturais: ambientes com circulação de ar, iluminação, limpeza e privacidade nos consultórios	Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização	Sim (1)	Adequada: SIM em todos os itens. Inadequada: demais situações	1\2
	I.6.4.2		Os ambientes são bem iluminados	Não (2)		
	I.6.4.4		A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno			
	I.6.4.5		Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário			
	I.6.4.6		Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza			
	I.6.4.7		A sala de espera está em boas condições de limpeza			
	I.6.1 Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?					
	I.6.1.1 - Geral	Ambientes administrativos e de apoio: estrutura física adequada com recepção, sanitário, sala de espera	Sanitário para os usuários	Sim (1)	Adequada: SIM em todos os itens Inadequada: demais situações	1\2
	I.6.1.5		Sala exclusiva para recepção/espera	Não (2)		
	I.6.4.8		A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem			
Recursos materiais	I.7 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde					
	I.7.1 - Geral	Equipamentos de informática e acesso à internet: Equipamentos de informática (computador, impressora) com acesso à internet, em condições de uso	Quantos computadores em condições de uso em toda UBS?	Quantidade	Adequada: com todos os equipamentos (computador e impressora) em condições de uso e acesso à internet Inadequada: demais situações	1\2
	I.7.5 - Geral		Quantas impressoras em condições de uso?	Quantidade		
	I.7.9 - Geral	Equipamentos audiovisuais: Existência de televisão e caixa de som em condições de uso	Existe acesso à internet nesta unidade?	Sim (1) Não (2)	Adequada: com televisão e caixa de som Inadequada: demais situações	1\2
	I.7.9.1 - Geral		Quantos computadores com acesso à internet em toda UBS?	Quantidade		
	I.7.3 - Geral		Quantas caixas de som em condições de uso?	Quantidade		
	I.7.6	Quantas televisões em condições de uso?	Quantidade			
Dimensão gerencial: atributos de Processo						
Horário de funcionamento	I.4.5 Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)? Essencial (Funcionar à noite e aos finais de semana pontuará na certificação)					
	I.4.5.1	Funcionamento da unidade: A unidade de saúde deve funcionar	Segunda	Sim (1) Não (2)	Adequada: funcionar em dois turnos e no horário de almoço pelo menos cinco dias por semana.	1\2

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	I.4.5.1.1	em cinco dias da semana, em dois turnos e no horário de almoço (12h às 14h) - para otimizar acesso da gestante à UBS	Em que horário abre ()	Horário	Inadequada: demais situações.	
	I.4.5.1.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.5.2		Terça	Sim (1) Não (2)		
	I.4.5.2.1		Em que horário abre ()	Horário		
	I.4.5.2.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.5.3		Quarta	Sim (1) Não (2)		
	I.4.5.3.1		Em que horário abre ()	Horário		
	I.4.5.3.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.5.4		Quinta	Sim (1) Não (2)		
	I.4.5.4.1		Em que horário abre ()	Horário		
	I.4.5.4.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.5.5		Sexta	Sim (1) Não (2)		
	I.4.5.5.1		Em que horário abre ()	Horário		
	I.4.5.5.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.5.6		Sábado	Sim (1) Não (2)		
	I.4.5.6.1		Em que horário abre ()	Horário		
	I.4.5.6.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.5.7		Domingo	Sim (1) Não (2)		
	I.4.5.7.1		Em que horário abre ()	Horário		
	I.4.5.7.2		Em que horário fecha ()	Horário		
	I.4.6 - Estratégico		Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?	Sim (1) Não (2)		
Apoio matricial	II.3 - Apoio Matricial	para as equipes de UBS				
	II.3.1 - Geral	Realização de apoio matricial.	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM em todos os itens Inadequada: NÃO nos itens NASF ou CAPS	1
	II.3.2 - Os profissionais que realizam o apoio matricial são:					
	II.3.2.1	Atenção ao puerpério: fundamental apoio matricial dos profissionais de saúde mental	Do NASF	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.3.2.2		Do CAPS	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
Central de regulação	II.12.7 - Geral	Central de regulação: Central de Regulação disponível com encaminhamento para os demais pontos da rede.	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1
Encaminhamento de usuários	Geral - II.12.9 - Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?					
	II.12.9.1	Encaminhamento de usuários. Agendamento da consulta em nível especializado após atendimento na UBS: paciente sai com consulta agendada; consulta marcada pela UBS sendo a data informada posteriormente ao paciente	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM no item 12.9.1 e/ou SIM no item 12.9.2 Inadequada: demais situações	1
	II.12.9.2		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.9.3		A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.9.4		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/ referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.9.5		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/ referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.9.6		Não há percurso definido	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
Referências e fluxos	II.12.6 - Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos					
	II.12.6.1	Referências e fluxos: casos suspeitos de câncer de mama e colo do útero	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para II.12.6.1 e para II.12.6.2 (referência para suspeitos de câncer de mama e colo do útero) Inadequada: demais situações ou não se aplica	1/2
	II.12.6.2		Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de colo de útero	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.6.3	Referências e fluxos: para local do parto	Parto (maternidade)	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM (com referência e fluxos para parto - maternidade) Inadequada: NÃO ou não se aplica (sem referência e fluxo para parto - maternidade)	2
Educação Permanente	II.4 - Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e Qualificação das Ações Desenvolvidas					
	II.4.1 - No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:					
	II.4.1.1	Ações de Educação Permanente: Existência de ações de educação permanente no município e que tenha garantido a participação	Gestão municipal	Sim (1) Não (2)	Adequada: NÃO no item I.4.1.6 Inadequada: SIM no item I.4.1.6	1/2
	II.4.1.2		Gestão estadual	Sim (1) Não (2)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	II.4.1.3	da equipe no último ano em, pelo menos, uma das ações	Pela própria equipe/unidade de Saúde	Sim (1) Não (2)		
	II.4.1.4		Por outras equipes/unidades de saúde	Sim (1) Não (2)		
	II.4.1.5		Pela universidade	Sim (1) Não (2)		
	II.4.1.6		Não recebi Educação Permanente no ano anterior	Sim (1) Não (2)		
Dimensão assistencial: atributos de Estrutura						
Estrutura física	I.6.3 Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?					
	I.6.3.3 - Geral	Estrutura física. Consultórios, computadores e acesso à internet	Consultórios clínicos com computador conectados à internet	Quantidade	Adequada: mais de 80% dos consultórios clínicos com computador conectado à internet. Inadequada: menos de 80% dos consultórios clínicos com computador conectado à internet.	1\2
	I.6.3.1 - Geral		Consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador	Quantidade	Adequada: menos de 10% dos consultórios clínicos sem computador intermediária: de 10 a 30% dos consultórios clínicos sem computador inadequada: mais de 30% dos consultórios clínicos sem computador	1\2
	I.6.3.2 - Geral		Consultórios clínicos com computador sem internet	Quantidade	Adequada: menos de 20% dos consultórios clínicos com computador sem internet Intermediária: de 20 a 40% dos consultórios clínicos com computador sem internet Inadequada: mais de 40% dos consultórios clínicos com computador sem internet	1\2
	I.6.3.4		Consultórios clínicos com sanitário anexo	Quantidade	Adequada: pelo menos um consultório clínico com sanitário anexo Inadequada: ausência de consultório clínico com sanitário anexo na UBS	1\2
	I.6.3.12	Estrutura física. Sala exclusiva para atividades coletivas	Sala exclusiva para atividades coletivas	Sim (1) Não (2)	Adequada: com sala exclusiva para atividades coletivas Inadequada: sem sala exclusiva para atividades coletivas	1\2
	I.6.2 Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?					
	I.6.2.6	Local de armazenamento dos medicamentos na UBS	Os medicamentos estão armazenados e acondicionados de forma adequada (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM (medicamentos armazenados e acondicionados de forma adequada) Inadequada: NÃO	1\2
Recursos materiais	I.8 - Equipamentos e Materiais					
	I.8.2 - Essencial	Instrumentais: Possuir: aparelho de pressão adulto (2/EqSF), balança adulta de 150 kg ou 200 kg (1/UBS), estetoscópio adulto (2/EqSF), foco de luz (1/EqSF) e mesa para exame ginecológico	Quanto aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?	Quantidade	Adequada: SIM em todos os itens (balança adulta de 150 kg ou 200 kg considerar uma ou outra)	1\2
	I.8.5 - Essencial		Quanto estetoscópios adultos em condições de uso?	Quantidade	Inadequada: NÃO em pelo menos um dos itens (balança adulta de 150 kg ou 200 kg considerar uma ou outra).	
	I.8.9 - Essencial		Quanto balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?	Quantidade		
	I.8.10 - Estratégico		Quanto balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso?	Quantidade		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	I.8.14 - Geral	(1/UBS) ou exame clínico (2/EqSF), em condições de uso	Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?	Quantidade		
	I.8.15 - Geral		Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?	Quantidade		
	I.8.16 - Geral		Quantas macas/mesa para exame clínico em condições de uso?	Quantidade		
	I.8.17 - Geral	Instrumentais: possuir sonar (1/UBS) ou estetoscópio pinar (1/EqSF) em condições de uso	Quantos sonares/detector fetal em condições de uso?	Quantidade	Adequada: dispor de sonar e pinar em condições de uso	1
	I.8.18 - Geral		Quantos pinards em condições de uso?	Quantidade		
I.10 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde						
	I.10.0	Oferta de vacinas.	Esta unidade oferta/faz vacinação?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM (ofertar vacinação na UBS) Inadequada: NÃO (não ofertar vacinação)	1/2
	I.10.3 - Geral	Vacinas para gestante: Suficiência de vacinas dT, influenza sazonal e hepatite B	Dupla tipo adulto - dT sempre disponível	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: com todas as vacinas na UBS (SIM=1 EM TODOS OS ITENS e SIM=2 para item I.10.6) Inadequada: não em pelo menos uma vacina ou não se aplica	2
	I.10.6 - Geral		Influenza sazonal	Sim sempre (1) Disponível sazonal (2) Não (3) Não se aplica (998)		
	I.10.7 - Geral		Hepatite B sempre disponível	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.11 - Testes diagnósticos na unidade de saúde						
	I.11.1 - Geral	Testes rápido: Existência de testes rápidos sífilis, HIV, gravidez	Teste rápido de sífilis sempre disponível	Sim (1) Não (2)	Adequada: com todos os testes rápido (SIM=1 EM TODOS OS ITENS) intermediária: sem um dos testes	2
Recursos Materiais	I.11.2 - Geral		Teste rápido de gravidez sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.11.3 - Geral		Teste rápido de HIV sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
I.12 - Insumos para Atenção à Saúde						
	I.12.3 - Geral	Insumos: população geral - Suficiência de insumos: agulhas descartáveis; fita métrica; seringas descartáveis	Seringas descartáveis com agulha acoplada sempre disponível	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM em todos os Itens (considerar pelo menos um tipo de seringa) Inadequada: demais situações	1/2
	I.12.4 - Geral		Seringas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.5 - Geral		Agulhas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.14 - Geral		Fita métrica sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.25 - Geral		Cateter para punção periférica tipo Scalp sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.15 - Essencial	Insumos: saúde da mulher - Suficiência de insumos	Espéculo descartável sempre disponível	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM para todos os itens (com todos os insumos).	1

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	I.12.6 - Geral	direcionados à SM: espêculo; tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; fixador de lâmina; espátula de Ayres	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar sempre disponível	Sim (1) Não (2)	Inadequada: demais situações.	
	I.12.16 - Essencial		Espátula de Ayres sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.17 - Essencial		Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.18 - Essencial		Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.12.19 - Essencial		Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
	I.8.26 - Geral	Insumos: suficiência de glicosímetros (1/UBS)	Quantos glicosímetros em condições de uso?	Quantidade	Adequada: com glicosímetro Inadequada: sem glicosímetro.	1\2
I.15 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica						
Recursos Materiais	I.15.1	Dispensação de medicamentos	A dispensação de medicamentos é realizada na unidade?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM (com dispensação de medicamentos na unidade) Inadequada: NÃO (sem dispensação)	1\2
	I.15.3 Medicamentos antiparasitários					
	I.15.3.1	Medicamentos essenciais: Suficiência de medicamentos por grupos: antiparasitários	Albendazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para albendazol, metronidazol e espiramicina Inadequada: demais situações.	1\2
	I.15.3.2		Metronidazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.3.6		Espiramicina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.15.4 Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais						
	I.15.4.1	Medicamentos essenciais: Suficiência de medicamentos por grupos: vitaminas, polivitamínicos e sais minerais	Sulfato ferroso em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para sulfato ferroso e ácido fólico Inadequada: NÃO para um ou ambos os medicamentos	1
	I.15.4.2		Ácido fólico em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.15.5 Medicamentos antiasmáticos						
	I.15.5.1	Medicamentos essenciais ao atendimento da gestante e da puérpera - Suficiência de medicamentos por grupos: antiasmáticos	Sulfato de salbutamol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para salbutamol, brometo de ipratrópio, prednisona e um corticoide inalatório (dipropionato de beclometasona ou budesonida) Inadequada: demais situações.	1\2
	I.15.5.2		Brometo de ipratrópio em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	I.15.5.3		Dipropionato de beclometasona em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
Recursos Materiais	I.15.5.4		Budesonida em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.5.6		Prednisona em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.15.6 Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais						
	I.15.6.3	Medicamentos essenciais ao atendimento da gestante e da puérpera. Suficiência de medicamentos por grupos: contraceptivos e hormônios sexuais	Noretisterona em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para noretisterona e acetato de medroxiprogesterona Inadequada: NÃO para um ou ambos os contraceptivos hormonais	1\2
	I.15.6.4		Acetato de medroxiprogesterona em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.15.7 Medicamentos anti-hipertensivos, medicamentos de ação cardiovascular e deslipidêmicos						
	I.15.7.6	Medicamentos essenciais ao atendimento da gestante e da puérpera. Suficiência de medicamentos por grupos: anti-hipertensivo	Succinato de metoprolol em quantidade suficiente	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para metildopa, AAS e pelo menos um componente de cada classe de anti-hipertensivos Inadequada: demais situações.	1\2
	I.15.7.7		Metildopa em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.7.8		Hidroclorotiazida em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.7.10		Cloridrato de verapamil em quantidade suficiente	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.7.12		Besilato de anlodipino em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.7.13		Cloridrato de hidralazina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.7.15		Furosemida em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
Recursos Materiais	I.15.7.18		Ácido acetilsalicílico em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	I.15.8	Medicamentos antidiabéticos				
	I.15.8.3	Medicamentos essenciais ao atendimento da gestante e da puérpera. Suficiência de medicamentos por grupos: antidiabéticos	Insulina NPH em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para insulina NPH e regular Intermediária: SIM para apenas um dos dois itens Inadequada: NÃO para ambos os itens	1\2
	I.15.8.4		Insulina regular em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9	Medicamentos antibióticos e antifúngicos				
	I.15.9.3	Medicamentos essenciais ao atendimento da gestante e da puérpera. Suficiência de medicamentos por grupos: antibióticos e antifúngicos	Benzilpenicilina benzatina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	2
	I.15.9.1		Amoxicilina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: suficiência de pelo menos um medicamento integrante de 6 a 7 classes de antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, aminoglicosídeos, macrolídeos, sulfonamidas, lincosamidas e outros - nitrofurantoína), e de pelo menos um antifúngico; inadequada: demais situações.	1\2
	I.15.9.5		Cefalexina (sódica ou cloridrato) em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.6		Amoxicilina + clavulanato de potássio em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.7		Cetoconazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.8		Claritromicina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.10		Cloridrato de clindamicina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.11		Estearato de eritromicina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.12		Sulfato de gentamicina m quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
Recursos Materiais	I.15.9.13		Nitrofurantoína em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.14		Sulfametoxazol + trimetoprima em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	I.15.9.15		Sulfadiazina comprimido em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.17		Fluconazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.18		Itraconazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.19		Nitrato de miconazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.20		Nistatina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.9.21		Azitromicina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.15.10 Medicamentos analgésicos/antipiréticos						
	I.15.10.1	Medicamentos essenciais: Suficiência de medicamentos por grupos: analgésicos e antipiréticos	Dipirona sódica em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: suficiência de pelo menos 2 dos 3 analgésicos; Inadequada: demais situações.	1\2
	I.15.10.2		Ibuprofeno em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.10.3		Paracetamol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
I.15.12 Medicamentos antiácidos/antieméticos/antissecretores						
	I.15.12.1	Medicamentos essenciais: Suficiência de medicamentos por grupos: antiácidos e antieméticos	Hidróxido de alumínio em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: suficiência de antiemético, antiácidos e antissecretores; inadequada: insuficiência de uma ou mais das classes de medicamentos.	1\2
Recursos Materiais	I.15.12.2		Cloridrato de metoclopramida em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.12.3		Cloridrato de ranitidina em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	I.15.12.4		Omeprazol em quantidade suficiente?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	II.15.13 - Geral	Aplicação de Penicilina G Benzatina	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	2
I.9 - Material Impresso para Atenção à Saúde						
	I.9.2	Caderneta da Gestante e Cartão/comprovante de vacinação	Caderneta da Gestante sempre disponível	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM para Caderneta da Gestante e Cartão vacinação Inadequada: demais situações	1
	I.9.5		Cartão/comprovante de vacinação sempre disponível	Sim (1) Não (2)		
II.7 - Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde						
II.7.2 - Como são registradas as informações de saúde?						
	II.7.2.1	Prontuário. Prontuário para registro dos atendimentos.	Fichas em papel	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM em pelo menos um dos itens (ter prontuário eletrônico ou papel) Inadequada: demais situações	1\2
	II.7.2.2 - Estratégico		Prontuário eletrônico	Sim (1) Não (2)		
Dimensão assistencial: Componentes de Processo						
Acolhimento						
II.10 - Acolhimento à Demanda Espontânea						
	II.10.1 - Essencial	Realização de acolhimento à demanda espontânea.	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1
II.10.2 - Em quais turnos é realizado o acolhimento?						
	II.10.2.1 - Essencial	Acolhimento. Acolhimento em 5 ou mais dias por semana, em 2 turnos, com avaliação de risco e vulnerabilidade e em função do risco identificado a resposta é definida.	Manhã	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM em dois ou mais turnos Inadequada: SIM em apenas um turno	1
	II.10.2.2 - Essencial		Tarde	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.10.2.3		Noite	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
II.10.4 - Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?						
	II.10.4.3 - Geral	Acolhimento: faz avaliação de risco e vulnerabilidade, utiliza protocolos e os profissionais foram capacitados nos protocolos.	A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: acolhimento com identificação de risco e/ou vulnerabilidade, utilização de protocolos/critérios para orientação dos casos atendidos e documentação que comprove e capacitação dos profissionais da equipe para uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade Inadequada: demais situações.	1\2
	II.10.6 - Estratégico		A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.10.7		Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
Geral - II.10.9 - A equipe oferece fácil acesso ao usuário para:						
	II.10.9.1	A equipe oferece fácil acesso ao usuário para: buscar ou mostrar	Buscar e mostrar resultados de exames	Sim (1) Não (2)	Adequada: sim nos itens II.10.9.1 e II.10.9.2 e não no item II.10.9.3.	1\2

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	II.10.9.2	exames; tirar dúvidas pós consulta.	Sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação	Sim (1) Não (2)	Inadequada: demais situações.	
	II.10.9.3		Não dispõe de acesso para buscar ou mostrar exames e tirar dúvidas pós-consulta	Sim (1) Não (2)		
Visita domiciliar	II.25 - Visita Domiciliar					
	II.25.2	Visita domiciliar. Cobertura.	Existe população descoberta de ACS?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: NÃO tem população descoberta Inadequada: SIM tem população descoberta	1\2
	II.25.4 - Geral	Visita domiciliar. Periodicidade de acordo com avaliação de risco.	As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1\2
Transporte de usuário	II.10.10	Transporte de usuário garantido.	A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1\2
Exames	II.11 - Oferta de Serviços					
	II.11.1	Coleta de exames	A equipe coleta exames na unidade?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM (realiza coleta na unidade) Inadequada: NÃO (não realiza coleta na unidade)	1\2
	II.11.2 - Quais exames são coletados/realizados na unidade?					
	II.11.2.1 - Estratégico	Coleta/realização de exames básicos	Exames de sangue	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM nos exames de sangue, urina e fezes Inadequada: NÃO para um ou mais exames	1\2
	II.11.2.2 - Estratégico		Urina	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.11.2.3		Fezes	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12 - Relação da APS com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde					
	Realização de exames essenciais					
	II.12.1.1	Realização, coleta e recebimento de exames e recebe os resultados em tempo oportuno: Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Dosagem de hemoglobina e hematócrito Glicemia de jejum Tolerância à glicose Sorologia para sífilis (VDRL) Sorologia HIV Sorologia Toxoplasmose	ABO RH	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM para todos os exames Inadequada: todas as demais situações	2
	II.12.1.2		Coombs indireto	Sim (1) Não (2)		
	II.12.1.3		Dosagem de hemoglobina e hematócrito	Sim (1) Não (2)		
	II.12.1.4		Glicemia de jejum	Sim (1) Não (2)		
	II.12.1.5		Tolerância à glicose (teste oral)	Sim (1) Não (2)		
	II.12.1.6		Sorologia para HIV	Sim (1) Não (2)		

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso	
				Descrição PMAQ	Categoria		
	II.12.1.7	Sorologia para hepatite B Sumário de urina Urocultura	Sorologia para sífilis (VDRL)	Sim (1)			
				Não (2)			
	II.12.1.8		Sorologia para hepatite B	Sim (1)			
				Não (2)			
	II.12.1.9		Sorológico para toxoplasmose	Sim (1)			
				Não (2)			
	II.12.1.11		Sumário de urina (urina tipo I)	Sim (1)			
		Não (2)					
	II.12.1.12	Urocultura	Sim (1)				
			Não (2)				
	II.12.2.3	Glicemia de jejum	Sim (1)				
			Não (2)				
Realização de exames não essenciais							
	II.12.1.10	Realização, coleta e recebimento de exames e recebe os resultados em tempo oportuno: Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório, com a função de verificar a idade gestacional) Citopatológico de colo de útero (se necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)	Exame de ultrassonografia obstétrica	Sim (1)			
				Não (2)			
	II.12.2.8	Mamografia		Sim (1)			
				Não (2)			
Oferta de exames essenciais							
	II.12.1.1.1	Oferta de exames essenciais na rede de serviços de saúde	Para o ABO RH = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1)	Adequada: SIM=1 para todos os exames são realizados no município Inadequada: demais situações	1	
				Em outro município (2)			
				Não se aplica (998)			
	II.12.1.2.1			Para o Coombs indireto = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?			No município (1)
							Em outro município (2)
		Não se aplica (998)					
	II.12.1.3.1	Para a Dosagem de hemoglobina e hematócrito = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1)				
			Em outro município (2)				
		Não se aplica (998)					
	II.12.1.4.1	Para a Glicemia de jejum = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1)				
			Em outro município (2)				
		Não se aplica (998)					
	II.12.1.5.1	Para a Tolerância à glicose = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1)				
			Em outro município (2)				
		Não se aplica (998)					

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	II.12.1.6.1		Para a Sorologia para HIV = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.7.1		Para a Sorologia para sífilis = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.8.1		Para a Sorologia para hepatite B = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.9.1		Para a Sorológico para toxoplasmose = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.11.1		Para Sumário de urina = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.12.1		Para a Urocultura = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.2.3.1		Para a Glicemia de jejum = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
Oferta de exames não essenciais						
	II.12.1.10.1	Oferta de exames não essenciais na rede de serviços de saúde	Para a ultrassonografia obstétrica = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
	II.12.2.8.1		Para a Mamografia = Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município (1) Em outro município (2) Não se aplica (998)		
Acesso satisfatório de exames essenciais						
	II.12.1.1.1/1	Acesso satisfatório de exames essenciais	Para o ABO RH = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM para acesso satisfatório para todos os exames Inadequada: todas as demais situações	1
	II.12.1.2/1		Para o Coombs indireto = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.3.1/1		Para a Dosagem de hemoglobina e hematócrito = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.4.1/1		Para Glicemia de jejum = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

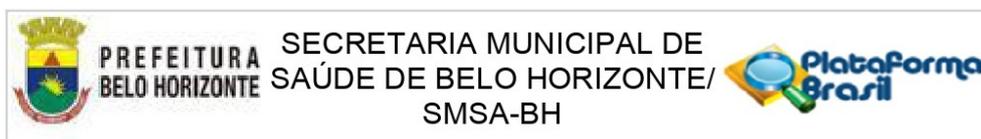
Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	II.12.1.5.1/1		Para a Tolerância à glicose = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.6.1/1		Para a Sorologia para HIV = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.7.1/1		Para a Sorologia para sífilis = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.8.1/1		Para a Sorologia para hepatite B = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.9.1/1		Para a Sorológico para toxoplasmose = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.11.1/1		Para Sumário de urina = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.1.12.1/1		Para a Urocultura = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.2.3.1/1		Para a Glicemia de jejum = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	Acesso satisfatório de exames não essenciais					
	II.12.1.10.1/1	Acesso satisfatório de exames não essenciais	Para a ultrassonografia obstétrica = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.12.2.8.1/1		Para a Mamografia = O acesso ao exame é satisfatório?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.14.1	Acesso satisfatório de exames não essenciais: colpocitológico	A equipe realiza coleta de exame colpocitológico na unidade de saúde?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1
	II.15.2	VDRL em tempo oportuno	A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	2
Registro	II.15 - Atenção ao Pré-natal e Puerpério					
	II.15.5	Utilização da caderneta e registro	A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso	
				Descrição PMAQ	Categoria		
	II.15.7		A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM se utiliza caderneta da gestante e tem cópia/espelho Inadequada: demais situações	1	
	II.15.8		Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)			
	II.15.9 - No acompanhamento da gestante há registro de:						
	II.15.9.1	Utilização da caderneta e possuir registros de: Profissional responsável pelo acompanhamento, consulta odontológica, coleta e exame citopatológico, vacinação	Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM nos quatro itens (II.15.9.1, II.15.9.2, II.15.9.3 e II.15.9.4) Inadequada: demais situações	2	
	II.15.9.2		Consulta odontológica da gestante	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)			
	II.15.9.3		Vacinação em dia da gestante	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)			
	II.15.9.4		Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)			
II.15.9.5	Nenhuma das anteriores		Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)				
Orientação sobre Vacina	II.15.9 - No acompanhamento da gestante:						
	II.15.10	Orientação sobre vacinação contra tétano	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM Inadequada: NÃO	1	
Realização de consulta de pré-natal	II.15 - Atenção ao Pré-natal e Puerpério						
	II.15.1 - Essencial	Realização de consulta de pré-natal	A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim (1) Não (2)	Adequada: SIM (realizar consulta de pré-natal) Inadequada: NÃO (não realizar)	2	
	II.15.1/1 - Essencial	Comprovação da realização de consulta de pré-natal	Existe documento que comprove?	Sim (1) Não (2)	Adequada: tem comprovante da realização da consulta de pré-natal Inadequada: não tem comprovante da realização da consulta de pré-natal	1/2	
Estratificação de risco	II.15.3	Organização, oferta e classificação de risco. Organizar a oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseadas	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: cumpre todas as condições Inadequada: demais situações	2	
	II.15.4		A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)			

Subdimensão	Código PMAQ	Critério/ Padrão	Itens PMAQ	Categorização dos critérios		Peso
				Descrição PMAQ	Categoria	
	II.15.6 - Geral	na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.	A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
Consulta de puerpério	II.15.11 - Geral	Realização de consulta de puerpério	É realizada consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM (realiza consulta de puerpério) Inadequada: NÃO (não realiza)	2
	II.15.12 - Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto?					
	II.15.12.1	Consulta de puerpério até uma semana após o parto e realização de medidas para captação da puérpera	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)	Adequada: SIM para II.15.12.1, II.15.12.2 e II.15.12.3 Inadequada: demais situações	2
	II.15.12.2		Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.15.12.3		Consulta em horário especial em qualquer dia da semana	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		
	II.15.12.4		Nenhuma das anteriores	Sim (1) Não (2) Não se aplica (998)		

Fonte: PMAQ-AB 3º ciclo (2018).

APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO DA SMSA-BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NA REDE SUS-BH E DIAGNÓSTICOS RELATIVOS A TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Pesquisador: Alaneir de Fátima dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26408619.2.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.167.248

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina da UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. A proposta problematiza que vários estudos têm demonstrado associação entre depressão e ansiedade no período gravídico puerperal e desfechos negativos como baixo peso ao nascer, prematuridade e alterações comportamentais e emocionais na criança. A atenção pré-natal (APN) visa contribuir para redução da morbimortalidade materno-infantil e deve incluir a abordagem destes referidos diagnósticos. Porém, no Brasil, os avanços quanto à ampliação da cobertura da APN observados nos últimos anos não se distribuíram de forma homogênea em todo território, persistindo grandes desigualdades e a inadequação da atenção, apesar de sua institucionalização, já consolidada, em normas e protocolos (VIELLAS ET AL., 2014; TOMASI ET AL., 2017). Assim, dentre os desfechos a serem melhorados pela APN destacam-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Estudos sugerem associação entre ansiedade na gestação e estes referidos desfechos (ARAÚJO ET AL., 2007; BETTS ET AL., 2011). A depressão pós-parto ou perinatal (DPN) aumenta o risco de intercorrências obstétricas e neonatais como as citadas, e sintomas depressivos graves durante a gravidez têm sido associados a baixa adesão à APN (EVANS ET AL., 2001). Uma revisão sistemática e meta-regressão encontrou uma prevalência de depressão perinatal (DPN) de 19,2% Apresentação

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

Bairro: Padre Eustáquio

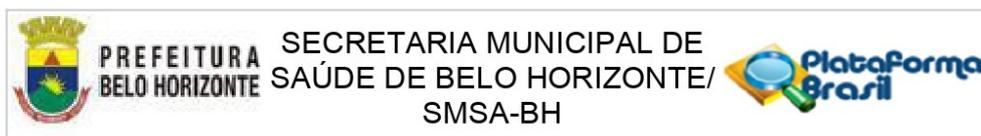
CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

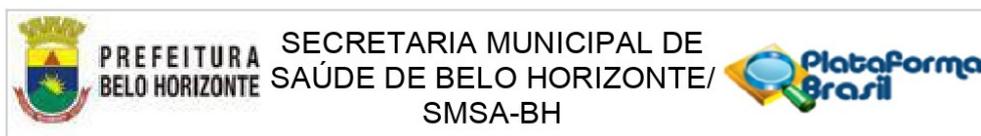


Continuação do Parecer: 4.167.248

do Projeto: em países de média e baixa renda e 10,9% naqueles de alta renda. Enquanto delineamento metodológico, será realizado um estudo transversal do tipo analítico/avaliativo com abordagem quantitativa no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, constituído de duas etapas. A primeira etapa consistirá em avaliar a qualidade da APN na Rede-SUS mediante dados obtidos no PMAQ-AB 3º Ciclo. A segunda etapa será constituída de análise documental que compreenderá a revisão de amostragem de prontuários das equipes na busca de referências a transtornos de ansiedade e depressão nos registros de atendimento de pré-natal, com o objetivo de verificar se existe uma associação entre a qualidade na APN e a realização dos referidos diagnósticos. O universo deste estudo será composto pelas equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB 3º Ciclo que responderam ao componente de avaliação externa e foram classificadas pelo programa atingindo um total de 418 equipes que preencheram os quesitos no município de Belo Horizonte.

Na segunda etapa, serão revisados os prontuários das gestantes e puérperas atendidas pelas equipes avaliadas, mediante amostragem. As equipes classificadas no 3º ciclo do PMAQ-AB serão avaliadas em sua integralidade. Os prontuários a serem revisados serão das gestantes e puérperas que tiveram sua primeira consulta de pré-natal ocorrida no ano de 2017 pelas referidas equipes, determinadas por amostra estratificada por qualidade da atenção, de acordo com a tipologia a ser desenvolvida no estudo. Os prontuários das gestantes e puérperas a serem avaliadas corresponderão ao período de gestação, parto e puerpério (até 4 semanas após o parto) das gestantes cadastradas no pré-natal de 2017 nas equipes amostradas, portanto, serão avaliados os registros em prontuário ocorridos entre janeiro de 2017 e novembro de 2018. Serão avaliados os prontuários eletrônicos das equipes de saúde da família amostradas mediante a observação de registros de Código Internacional de Doenças 10ª edição (CID 10) referentes aos transtornos de depressão e ansiedade, além de anamnese e exame físico com referência dos termos depressão, ansiedade, humor deprimido, tristeza, melancolia, transtorno ou síndrome de pânico, e correspondentes semânticos, bem como prescrição de medicamentos psicotrópicos, encaminhamentos a psicologia e psiquiatria. Serão avaliados os prontuários médicos, da enfermagem e da psicologia. O número desta amostra, calculado considerando a população de 32080 pacientes (a partir dos nascidos vivos em 2017, por residência da mãe, em Belo Horizonte), margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, será de 394 pacientes. A análise dos dados será de acordo com a análise estatística por regressão de Poisson uni e multivariada da qualidade do pré-natal no PMAQ-AB e taxa de ocorrência de diagnóstico de depressão e ansiedade.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.167.248

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se existe associação entre qualidade da APN no SUS-BH e a realização de diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico-puerperal.

Objetivos secundários:

- Construir a tipologia sobre a qualidade da APN ofertada pelas equipes de saúde da família (EqSF) e de AB em Belo Horizonte.
- Identificar a ocorrência de registros relativos a depressão e ansiedade no período gravídico puerperal em gestantes e puérperas atendidas na rede SUS-BH.
- Analisar a qualidade da APN e ocorrência de registros relacionados a depressão e ansiedade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Neste estudo há o risco de o registro em prontuário ser incompleto e não refletir a abordagem de transtornos de ansiedade e depressão na APN. A adesão das equipes ao PMAQ-AB foi voluntária e pode não refletir as características das demais equipes que não aderiram ou foram desqualificadas pelo programa, constituindo-se em um viés de seleção.

A avaliação de dados secundários não permite controlar a coleta de dados. Para o participante há o risco de quebra de confidencialidade à avaliação dos prontuários eletrônicos das gestantes e puérperas amostradas. Para minimizar tal risco, os pesquisadores se comprometem a realizar a avaliação do prontuário em sigilo e em obediência às disposições éticas e legais brasileiras, resguardando a confidencialidade dos registros.

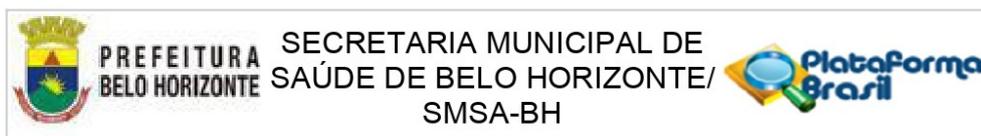
Benefícios:

Avaliação da qualidade da APN na Rede-SUS BH poderá contribuir para diagnóstico de sucessos e entraves no que tange a estrutura e processo da atenção à saúde, bem como verificar a visibilidade dos transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico-puerperal na AB. Desta forma, poderá fornecer substrato para aprimoramento de programas, protocolos, medidas e ações que visem a melhoria da APN no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa conciso e de relevância para a saúde pública, para a área da saúde materno infantil e saúde mental, tendo em vista a importância de seu objeto de investigação (diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico-puerperal) e as consequências desse evento para a qualidade de vida das mulheres relativas à qualidade da

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.167.248

assistência ao pré-natal, tendo como indicador o PMAQ. Possui coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/SMSA/PBH.

Considerando se tratar de pesquisa retrospectiva, com prontuários médicos, e estando o Termo de Dispensa de TCLE satisfatoriamente fundamentado na inviabilidade e impossibilidade de acesso individual/pessoal, ou via telefone aos prováveis participantes da pesquisa de forma a convidá-los para participar da pesquisa, sendo que a sua forma de participação seria conceder a autorização para coletar dados do seu prontuário, este CEP decidiu pela autorização da dispensa de obtenção do TCLE.

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Alaneir de Fátima dos Santos e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Termo de Anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentado.

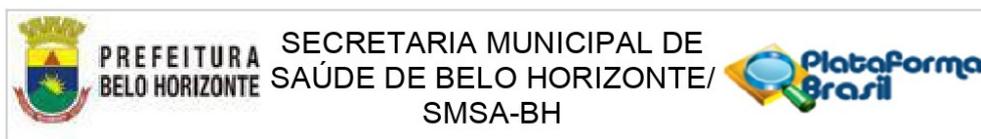
Considerando se tratar de pesquisa retrospectiva, com prontuários médicos, e estando o Termo de Dispensa de TCLE satisfatoriamente fundamentado na inviabilidade e impossibilidade de acesso individual/pessoal, ou via telefone aos prováveis participantes da pesquisa de forma a convidá-los para participar da pesquisa, sendo que a sua forma de participação seria conceder a autorização para coletar dados do seu prontuário, este CEP decidiu pela autorização da dispensa de obtenção do TCLE.

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

Recomendações:

Saliente-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.167.248

ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos(as) colaboradores e da equipe de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.158.769, o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto " ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NA REDE SUS-BH E DIAGNÓSTICOS RELATIVOS A TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL".

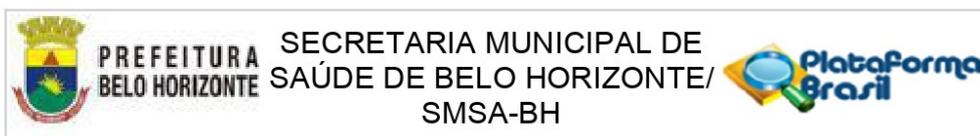
O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido no Núcleo de Pesquisa da GEDSA/SMSA-PBH (gedsa.pesquisa@pbh.gov.br).

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando se tratar de pesquisa retrospectiva, com prontuários médicos, e estando o Termo de Dispensa de TCLE satisfatoriamente fundamentado na inviabilidade e impossibilidade de acesso individual/pessoal, ou via telefone aos prováveis participantes da pesquisa de forma a convidá-los para participar da pesquisa, sendo que a sua forma de participação seria conceder a autorização para coletar dados do seu prontuário, este CEP decidiu pela autorização da dispensa de obtenção do TCLE.

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.167.248

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1538466.pdf	20/07/2020 20:40:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE_TCUD_Parecer_julho.pdf	20/07/2020 20:40:07	Alaneir de Fátima dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_anuencia_smsabh_20200702.pdf	02/07/2020 18:45:06	Alaneir de Fátima dos Santos	Aceito
Outros	_Carta_Resposta_ao_Parecer_Consubstanciado.pdf	05/04/2020 20:43:38	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Qualidade_do_Pre_Natal_Projeto_Completo_Ajustado_ao_Parecer.docx	05/04/2020 20:27:53	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	21/11/2019 19:38:05	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito
Outros	Parecer_Camara_Departamental.PDF	21/11/2019 16:25:42	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 21 de Julho de 2020

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NA REDE SUS-BH E DIAGNÓSTICOS RELATIVOS A TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Pesquisador: Alaneir de Fátima dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26408619.2.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.964.465

Apresentação do Projeto:

Resposta dos pesquisadores a diligência apresentada pelo CEP do projeto de número: CAAE 26408619.2.0000.5149.

Foram solicitadas as seguintes diligências:

- Realizar ajuste do cronograma em informações básicas do projeto e do projeto completo: Pesquisadores adequaram o cronograma como solicitado.
- Apresentar anuência da SMS-BH: Pesquisadores solicitaram a anuência junto a SMS_BH, conforme "prints" de emails, entretanto, O Núcleo de Pesquisa referido informou sobre a impossibilidade de emissão do termo de anuência no prazo estabelecido no parecer devido às etapas a serem percorridas para aprovação, agravados pela remodelação das atividades e funcionamento da Prefeitura de Belo Horizonte, em decorrência da pandemia de COVID-19.
- Apresentar TCUD(modelo disponível no site do CEP): Pesquisadores solicitaram assinatura da gerências da Prefeitura de Belo Horizonte, entretanto, conforme "print" de email os prazos institucionais e decorrentes da pandemia da COVID-19 estão ainda em análise da Prefeitura.
- Incluir risco para o participante, como risco de quebra de confidencialidade, dentre outros: A inclusão de risco de quebra de confidencialidade descrita pelos pesquisadores foi realizada da seguinte maneira"Neste estudo há o risco de o registro em prontuário ser incompleto e não refletir a abordagem de transtornos de ansiedade e depressão na atenção pré-natal. A adesão das

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.964.465

equipes ao PMAQ-AB foi voluntária e pode não refletir as características das demais equipes que não aderiram ou foram desqualificadas pelo programa, constituindo-se em um viés de seleção. A avaliação de dados secundários não permite controlar a coleta de dados. Para o participante há o risco de quebra de confidencialidade à avaliação dos prontuários eletrônicos das gestantes e puérperas amostradas. Para minimizar tal risco, os pesquisadores se comprometem a realizar a avaliação do prontuário em sigilo e em obediência às disposições éticas e legais brasileiras, resguardando a confidencialidade dos registros."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar se existe associação entre qualidade da APN no SUS-BH e a realização de diagnósticos relativos a transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico-puerperal.

Objetivos Secundários: 1- Construir a tipologia sobre a qualidade da APN ofertada pelas equipes de saúde da família (EqSF) e de AB em Belo Horizonte. 2- Identificar a ocorrência de registros relativos a depressão e ansiedade no período gravídico puerperal em gestantes e puérperas atendidas na rede SUS-BH. 3- Analisar a qualidade da APN e ocorrência de registros relacionados a depressão e ansiedade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Neste estudo há o risco de o registro em prontuário ser incompleto e não refletir a abordagem de transtornos de ansiedade e depressão na atenção pré-natal. A adesão das equipes ao PMAQ-AB foi voluntária e pode não refletir as características das demais equipes que não aderiram ou foram desqualificadas pelo programa, constituindo-se em um viés de seleção. A avaliação de dados secundários não permite controlar a coleta de dados. Para o participante há o risco de quebra de confidencialidade à avaliação dos prontuários eletrônicos das gestantes e puérperas amostradas. Para minimizar tal risco, os pesquisadores se comprometem a realizar a avaliação do prontuário em sigilo e em obediência às disposições éticas e legais brasileiras, resguardando a confidencialidade dos registros.

Benefícios: Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Rede SUS-BH poderá contribuir para diagnóstico de sucessos e entraves no que tange a estrutura e processo da atenção à saúde, bem como verificar a visibilidade dos transtornos de ansiedade e depressão no período gravídico-puerperal na atenção básica. Desta forma, poderá fornecer substrato para aprimoramento de programas, protocolos, medidas e ações que visem a melhoria da atenção pré-natal no município.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.964.465

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante para a área da saúde, conforme parecer da Câmara Departamental de Medicina Preventiva e Social da UFMG e atende os preceitos éticos. Possui coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Solicita dispensa de TCLE com a justificativa de se trabalhar com banco de dados. O cronograma está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

- 1) Folha de rosto preenchida e assinada.
- 2) Aprovação da Câmara Departamental da de Medicina Preventiva e Social da UFMG.
- 3) Instrumentos de coleta de dados.
- 4) Projeto completo.
- 5) TCUD: Pesquisadores solicitaram assinatura da gerências da Prefeitura de Belo Horizonte, entretanto, conforme "print" de email os prazos institucionais e decorrentes da pandemia da COVID-19 estão ainda em análise da Prefeitura.

Recomendações:

- Apresentar anuência da SMS-BH.
- Apresentar TCUD. Vide: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/tcud/>
- Para tentar minimizar o risco de quebra do sigilo dos pacientes, sugiro que os pesquisadores tentem tratar dos dados de forma agregada e anonimizada.

Importante ressaltar que há o entendimento da CONEP e deste CEP que o prontuário pertence ao paciente, e portanto, todo o esforço para contacta-lo, se faz necessário, e pedir seu consentimento/assentimento (TCLE/TALE). Em caso de impossibilidade de contactar o paciente, o TCUD resguardaria o compromisso com a utilização dos dados do paciente. A dispensa de TCLE é concedida a estes casos, assegurando que os dados não serão tratados de forma individualizada, e sim, que serão tratados de forma agregada, anonimizada e não rastreável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que:

- a) a SMSA é coparticipante desta pesquisa, e, portanto, este projeto também será submetido ao seu Comitê de Ética em Pesquisa;
- b) houve o encaminhamento das solicitações dos documentos apontados no parecer n° 3.902.885 ao ao Núcleo de Pesquisa/Gerência de Educação em Saúde/GEDSA - Diretoria de Promoção à

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.964.465

Saúde e Vigilância Epidemiológica - Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA;

- c) houve a resposta da SMSA que os fluxos estão parados para atender o enfrentamento do covid-19;
- d) esta pesquisa não poderá ocorrer na unidade de saúde da SMSA sem a prévia aprovação do seu comitê de ética e sem a prévia anuência da SMSA;
- e) esta pesquisa somente poderá ocorrer se o pesquisador atender as solicitações deste Comitê, presente no campo de Recomendações;
- f) os documentos solicitados por este Comitê (campo de Recomendações) deverão ser anexados à Plataforma Brasil sob forma de emenda, assim que forem obtidos pela SMSA;

Aprova-se o projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que os pesquisadores protocolaram o pedido de anuência junto a Prefeitura e a assinatura do TCUD junto a este órgão que respondeu a possível dificuldade de resposta frente a pandemia de COVID-19, sugiro que a pesquisadora possa ter uma extensão do prazo (mais do que os 30 dias de acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013) Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1423412.pdf	05/04/2020 20:46:04		Aceito
Outros	_Carta_Resposta_ao_Parecer_Consubstanciado.pdf	05/04/2020 20:43:38	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Qualidade_do_Pre_Natal_Projeto_Completo_Ajustado_ao_Parecer.docx	05/04/2020 20:27:53	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.964.465

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	21/11/2019 19:38:05	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito
Outros	Parecer_Camara_Departamental.PDF	21/11/2019 16:25:42	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoQualidadePreNatal.pdf	01/11/2019 16:56:30	ANA LUCIA DOS REIS LIMA E SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Abril de 2020

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br