

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CAROLINE MARIA BONACINA

**Avaliação da atenção pré-natal no Rio Grande do Sul: um estudo sobre as
desigualdades regionais e sociais.**

**Porto Alegre
2015**

CAROLINE MARIA BONACINA

Avaliação da atenção pré-natal no Rio Grande do Sul: um estudo sobre as desigualdades regionais e sociais.

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

Porto Alegre
2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria de Lourdes Drachler, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. José de Carvalho Leite, Centro Universitário La Salle, Canoas, Brasil.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, com muito amor e gratidão por sua compreensão e pela presença e apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Ao meu “pacotinho”, que tanto desejei e aguardo ansiosamente a sua chegada.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo amor, incentivo e apoio desde sempre.

À Dra. Caren Serra Bavaresco, que me orientou no primeiro ano de mestrado, foi preceptora de estágio e de residência e, assim, sempre foi exemplo de competência e me despertou o desejo de trabalhar na assistência.

À Dra. Luciana Teixeira Barcellos, que me aceitou como mestranda no segundo ano desta jornada. Acredito ter tido um privilégio, pois acabei tendo como orientadora uma excelente profissional, que também me orientou em aspectos de vida e de trabalho. Além disso, com carinho, provocou em mim o despertar para a vida acadêmica.

À acadêmica de enfermagem Évelin Maria Brand, pelo apoio e maneira suave de lidar com os problemas da mestranda.

À minha equipe, a Saúde da Família Divisa, que na minha ausência sempre me incentivou e me mostra diariamente o que é um trabalho multidisciplinar e com respeito ao usuário.

Se eu quiser falar com Deus,
tenho que ficar a sós,
tenho que apagar a luz,
tenho que calar a voz.

Gilberto Gil

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, no Rio Grande do Sul, no período de 2010 a 2013.....56
- Tabela 2** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Sul, no período de 2010 a 2013.....59
- .
- Tabela 3** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Metropolitana, no período de 2010 a 2013.....62
- Tabela 4** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Missioneira, no período de 2010 a 2013.....65
- Tabela 5** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião dos Vales, no período de 2010 a 2013.....68
- Tabela 6** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Norte, no período de 2010 a 2013.....71
- Tabela 7** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Centro-Oeste, no período de 2010 a 2013.....74
- Tabela 8** – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Serra, no período de 2010 a 2013.....77
- Tabela 9** – Indicadores de Coberturas de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal dos anos de 2012 e 2013 e Categorias do IVS-5 de 2010 dos municípios do Rio grande do Sul, por Macrorregião de Saúde.....79
- .
- Tabela 10** – Indicadores de Coberturas de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, dos anos 2012 e 2013.....81

Tabela 11 – Indicadores de Coberturas de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, dos municípios do Rio Grande do Sul, por Categorias do IVS-5 nos anos de 2010 a 2013.....83

Tabela 12 – Classificação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dos Municípios do Rio Grande do Sul, 2013.....84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agentes comunitários de saúde
- APN** – Atenção Pré-Natal
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- COP** – Consulta Odontológica Programada
- CRS** – Coordenadorias Regionais de Saúde
- ESB** – Equipe de Saúde Bucal
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- GEST** – Gestante
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IVS-5** – Índice de Vulnerabilidade Social 5
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PAB** – Piso de Atenção Básica
- PAISC** – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PAISM** – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PIASS** – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
- PHPN** – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
- PMA-C** – Produção e Marcadores para Avaliação – Complementar
- PN** – Pré-Natal
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RS** – Rio Grande do Sul
- SAGE** – Sala de Apoio à Gestão Estratégica
- SES** – Secretaria Estadual de Saúde
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SPSS – Statistical Package for the social sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TRI – Trimestre

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	012
APRESENTAÇÃO	014
1 INTRODUÇÃO	015
2 REVISÃO DE LITERATURA	019
2.1. O Sistema de Saúde Brasileiro	019
2.2. Atenção Básica	024
2.3. Atenção Pré-Natal	026
2.4. Pré-Natal Odontológico	031
2.5. O Sistema de Informação da Atenção Básica	033
2.6. Avaliação em saúde	035
2.7. Desigualdades em Saúde	039
2.8. Vulnerabilidade Social	043
3 OBJETIVOS.....	046
3.1. Objetivo Geral	046
3.2. Objetivos Específicos	046
4 METODOLOGIA	048
4.1. Tipo de Estudo	048
4.2. Cenário do Estudo.....	048
4.3. População do estudo.....	049
4.4. Fonte de Dados.....	049
4.5. Variáveis do Estudo	049
4.6. Medidas agregadas de Análise	051
4.7. Análise dos Dados	052
4.8. Considerações Éticas.....	053
5 RESULTADOS.....	054
5.1. Rio Grande do Sul.....	054
5.2. Macrorregião de Saúde Sul.....	057
5.3. Macrorregião de Saúde Metropolitana	060
5.4. Macrorregião de Saúde Missioneira.....	063
5.5. Macrorregião de Saúde dos Vales	066
5.6. Macrorregião de Saúde Norte	069
5.7. Macrorregião de Saúde Centro-Oeste	072

5.8. Macrorregião de Saúde Serra	075
5.9. Medidas Sumarizadoras das Macrorregiões de Saúde	078
5.10. Medidas Sumarizadoras entre as Regiões de Saúde	080
5.11. Medidas Sumarizadoras dos Municípios Agregados pelo IVS	082
5.12. Municípios Agregados por IDHM.....	084
6 DISCUSSÃO	085
7 LIMITAÇÕES	090
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	091
REFERÊNCIAS.....	093
APÊNDICES	103
APÊNDICE A: DIVISÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E REGIÕES DE SAÚDE	103
APÊNDICE B: DIVISÃO DOS MUNICÍPIOS POR CATEGORIAS DE IVS-5.....	105
ANEXOS	108
ANEXO A: APROVAÇÃO NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO MESTRADO	108

RESUMO

Introdução: A atenção pré-natal (APN) é um componente prioritário da atenção básica (AB). Atualmente, existe um conjunto de indicadores de cobertura que avalia a APN. Os principais desfechos adversos da gestação (prematuridade e baixo peso) e a mortalidade neonatal também são indicadores utilizados para avaliar a qualidade da APN. O objetivo deste trabalho é avaliar desigualdades na APN, a partir dos indicadores de cobertura da APN e indicadores de desfechos adversos e mortalidade neonatal, no estado do Rio Grande do Sul (RS), conforme as regiões de saúde e vulnerabilidade social, de 2010 a 2013.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, baseado na epidemiologia social, com delineamento de série histórica e estudo ecológico, no qual os indicadores foram agregados por macrorregiões e regiões de saúde e índice de vulnerabilidade social. Para a avaliação dos indicadores na perspectiva de possíveis desigualdades sociais, foram escolhidos dois índices: o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS-5) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), divididos em categorias. Para o cálculo dos indicadores, os dados foram extraídos dos seguintes Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do DATASUS: Sala de Apoio à Gestão Estratégica Situacional (SAGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Resultados: Houve aumento da cobertura de estratégia de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (ESB) no RS ao longo dos anos. A análise por macrorregiões e regiões de saúde mostrou elevadas coberturas da APN na maioria dos locais. Foram observadas desigualdades de cobertura, ocorrência dos desfechos negativos e mortalidade neonatal por macrorregiões e regiões de saúde. A análise por IVS-5 permitiu observar que nas categorias com municípios mais vulneráveis, há um expressivo incremento nas coberturas de ESF e ESB, que se traduzem em melhores indicadores da APN e menores taxas de desfechos adversos e mortalidade neonatal. O IDHM não se mostrou como um bom índice para este trabalho.

Considerações finais: Há disparidades em termos de cobertura de ESF e ESB no RS quando observadas as macrorregiões, regiões e categorias de IVS-5. Desigualdades são observadas nas coberturas de APN, desfechos adversos e mortalidade neonatal entre macrorregiões e regiões de saúde. Os indicadores de cobertura de APN são melhores nas categorias de IVS-5-3 e IVS-5-4, categorias formadas pelos municípios mais vulneráveis. Nesse sentido, pode-se concluir que há uma preocupação do estado em investir em equipes em áreas mais vulneráveis, seguindo-se o princípio da equidade. Possivelmente, se não houvesse esse incremento em ESF e ESB, seriam observadas baixas coberturas de APN e elevados índices de desfechos adversos da gestação e mortalidade neonatal nas categorias de municípios mais vulneráveis.

Palavras-Chave: atenção pré-natal, desigualdade regional e desigualdade social.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care (PNC) is a main component of primary care (PC). Currently, there is a set of coverage indicators that assess PNC. The main adverse results of pregnancy (preterm birth and low weight) and neonatal mortality are also indicators used to assess the quality of PNC. The goal of this work is to evaluate inequalities in APN, from the coverage indicators of APN and indicators of adverse outcomes and neonatal mortality, in the estate of Rio Grande do Sul (RS) sorted by healthcare regions and social vulnerability, from 2010 to 2013.

Methods: This is a quantitative study based on social epidemiology, with a historical series and ecological study design, in which indicators were pooled by macro region, healthcare region and social vulnerability index. To assess indicators for potential social inequalities, two indexes were chosen: the Social Vulnerability Index (IVS-5) and the Municipal Human Development Index (MHDl), divided into categories. For the calculation of indicators, data were retrieved from the following Health Information Systems (SIS) of DATASUS: Situational Strategic Management Support Room (SAGE), Primary Care Information System (SIAB), Live Birth Information System (SINASC), and Mortality Information System (SIM).

Results: There was an increase in the coverage of family health strategy (ESF) and oral health teams (ESB) in the RS over the years. The analysis according to macro regions and healthcare regions showed high PNC coverage in most locations. Coverage inequalities, occurrence of negative outcomes and neonatal mortality by macro regions and healthcare regions were observed. The IVS-5 analysis allowed us to observe that, in categories with more vulnerable municipalities, there was a sharp increase in ESF and ESB coverage, which translated into better PNC indicators and lower rates of adverse outcomes and neonatal mortality. The MHDl was not shown to be a good index for this study.

Final considerations: There were discrepancies regarding ESF and ESB coverage in the RS when macro regions, regions and IVS-5 categories were observed. Inequalities were observed in PNC coverage between macro regions and healthcare regions. PNC indicators were better in the IVS-5-3 and IVS-5-4 categories, which comprised more vulnerable cities. Therefore, we can conclude that there is a concern in the state with investing in health teams in more vulnerable locations in accordance with the principle of equity. Possibly, if this increase in ESF and ESB had not taken place, low PNC coverage and high rates of adverse outcomes from pregnancy and neonatal mortality would be seen in the categories comprising more vulnerable cities.

Keywords: Prenatal care, regional inequality, social inequality.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Avaliação da atenção pré-natal no Rio Grande do Sul: um estudo sobre as desigualdades regionais e sociais**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 24 de julho de 2015. O trabalho é apresentado em 9 partes, na ordem que segue:

1. Introdução
2. Revisão da Literatura
3. Objetivos
4. Metodologia
5. Resultados
6. Discussão
7. Limitações
8. Conclusões e Considerações Finais
9. Artigo

Documentos de apoio estão apresentados nos apêndices e anexo.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1990), estabelecem a descentralização e a regionalização como princípios dos processos de reforma e organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização representa um grande avanço na reorganização do sistema de saúde, pois abriu caminho para a melhor aplicação e racionalização dos recursos operacionais e financeiros utilizados nos Municípios, Estados e União. Historicamente, no estado do Rio Grande do Sul, que se compõem como cenário desta pesquisa, desde a criação do SUS, houve dificuldade do governo em trabalhar a descentralização. Nesse sentido, a regionalização apareceu como eixo estruturante para a descentralização, pois as iniquidades da distribuição geográfica dos serviços e o entendimento de que a rede de atenção precisaria de um ordenamento locorregional (JAEGER *et al.*, 1999-2000), forneciam embasamento para a discussão sobre uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde. No RS, a partir da regionalização, criaram-se sete macrorregiões e trinta regiões de saúde, visando maior resolubilidade, eficiência e diminuição das desigualdades em saúde.

A atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica (AB) tem uma longa história no Brasil. Também com o objetivo de reduzir desigualdades em saúde, especialmente no que tange ao acesso à saúde, temos a expansão da estratégia de saúde da família (ESF), para reorientação de modelo assistencial, sendo utilizada como uma das estratégias para a estruturação da rede municipal de saúde. Em 2013, o RS atingiu uma cobertura de 42% de ESF (BRASIL, 2014). As desigualdades em saúde podem ser enfocadas em dois grandes grupos: (1) as desigualdades que se referem ao estado de saúde e ao perfil patológico da população, e que são fortemente influenciadas pela organização social e pela inserção de classe dos indivíduos, e (2) as que se referem à oferta, acesso e utilização de serviços de saúde e que são mais influenciadas pela política nacional de saúde e pela organização dos serviços (BARATA, 2012).

Dentre as áreas prioritárias de atuação da ESF, temos a área da saúde da mulher, com ênfase no pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012a). Apesar da saúde

da mulher não estar restrita somente ao período pré-natal, esta ênfase ocorre em função das elevadas taxas de mortalidade materna, ocorrência de desfechos adversos da gestação – que são a prematuridade e o baixo peso e a mortalidade infantil, especialmente a mortalidade neonatal, eventos esses que poderiam ser evitáveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os desfechos adversos da gestação e a mortalidade neonatal estão diretamente relacionados a desigualdades de oferta, acesso e utilização de serviços de saúde (OMS, 2009), sendo observada grande disparidade, especialmente ao acesso aos serviços de saúde entre continentes, países, estados e municípios, que revelam questões de desigualdades em saúde.

Historicamente, pesquisas documentam o quadro crítico da atenção pré-natal no Brasil, em termos acesso, cobertura, utilização dos serviços, até a implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que institui a adoção de 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 neonatal. Conforme Silva e colaboradores (2005), no cenário de intervenções de saúde pública voltadas para a saúde da mulher, o PHPN apresenta-se como uma estratégia singular, visto que se trata de um programa de saúde planejado em um país em desenvolvimento, estruturado com medidas para os diferentes níveis de atenção à saúde, com o estabelecimento de um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o período gestacional e com incentivo financeiro rigorosamente atrelado ao cumprimento desse protocolo. O PHPN estabelece os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal, cabendo a cada município, através das unidades de saúde integrantes do seu sistema de saúde, dispor de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos para a realização das atividades preconizadas.

Dentro do estabelecimento de medidas e programas nacionais, mais recentemente temos a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que visa, como o próprio nome enuncia, trabalhar com acesso e qualidade da atenção básica. Dentro deste programa, há um bloco de indicadores de saúde da mulher e saúde bucal, com indicadores específicos do pré-natal, que são os seguintes: proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica, média de atendimentos de pré-natal por gestante

cadastrada, proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, proporção de gestantes com o pré-natal em dia, proporção de gestantes com vacina em dia, proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares e cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante (BRASIL, 2012b).

Parte desses indicadores, que se constituem como objetos de estudo nesse trabalho, podem ser calculados através da obtenção dos dados no SIAB. É importante destacar que o monitoramento e avaliação destes indicadores dentro da AB, permite identificar possíveis desigualdades em saúde no que tange à cobertura do pré-natal, e também possibilita a proposição de estratégias dentro do planejamento e da gestão das políticas públicas, para a melhoria destes, visando à efetividade das ações em saúde.

No RS, a regionalização, conforme citado anteriormente, foi estratégia utilizada para a redução das desigualdades em saúde, pois através das divisões de macrorregiões e regiões de saúde, organizou-se a rede de atenção de forma a ordenar o repasse de recursos e a oferta de serviços, buscando equidade de acesso. Posteriormente, o estado adotou a utilização de um índice que mensura a vulnerabilidade social dos municípios, criado por Drachler e colaboradores, para o repasse de recursos do estado (Drachler *et al.*, 2014). Nesse sentido, é importante destacar que embora a dificuldade de acesso à assistência em saúde não se expresse apenas pela questão social ou econômica, está documentado que estas questões ocupam posição de destaque, tendo em vista que os serviços da AB, como a atenção pré-natal, são tradicionalmente utilizados pela população de baixa renda (NASCIMENTO *et al.*, 2007), que não possui acesso ao sistema de saúde privado. Nessa lógica, considerando a relevância da atenção pré-natal e a definição da ESF como modelo prioritário de atenção, seria esperado, portanto, que locais com maior vulnerabilidade social apresentassem maior cobertura de ESF, no entanto, essa questão ainda não foi investigada.

Em relação a APN, no RS, possíveis desigualdades regionais ou sociais na cobertura dos indicadores ainda não foram avaliadas, e, portanto, esse é o objetivo geral deste estudo, considerando as divisões por macrorregiões, regiões de saúde e por vulnerabilidade social dos municípios. A partir das medidas individuais de saúde da mulher no pré-natal, extraídas do SIAB, aplica-se o desenho das séries temporais

e estudo ecológico, para a avaliação dos indicadores, que correspondem a medidas agregadas, considerando a regionalização, ou seja, a divisão dos municípios por macrorregiões e regiões de saúde, e a medida de vulnerabilidade social dos municípios.

O interesse pelo tema advém da minha trajetória de formação e experiência profissional. Ao final da graduação em odontologia, conheci o trabalho de uma ESF, que atua considerando a lógica dos ciclos de vida, destacando-se o cuidado à gestante, com a participação de toda equipe na atenção pré-natal, inclusive a equipe de saúde bucal. Nessa atuação, pude conhecer os indicadores utilizados para avaliação do pré-natal, bem como os sistemas de informação utilizados. Apesar da presença do dentista ser pouco expressiva nessa época, já se discutia a necessidade do envolvimento deste profissional em ações de promoção à saúde da gestante, o chamado pré-natal odontológico. Atualmente, atuo numa ESF e realizo o pré-natal odontológico. Bem recentemente, tivemos a criação do indicador consulta odontológica programada à gestante, que faz parte de um conjunto de indicadores de saúde criados pelo PMAQ, mas sobre o qual ainda não temos estudos nacionais; e, portanto, este tema também será abordado neste trabalho, tendo em vista a literatura crescente e a importância de se entender o pré-natal odontológico como componente da integralidade da atenção pré-natal.

Com a exposição inicial da problemática de pesquisa que será desenvolvida, segue a revisão de literatura que compõe essa dissertação. Apresentam-se, depois da revisão da literatura, os objetivos, a metodologia e os resultados. Posteriormente, segue a discussão, as limitações do estudo e as conclusões e considerações finais. Ao término desses capítulos, está o artigo a ser submetido para publicação, após considerações da banca de defesa da dissertação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Sistema de Saúde Brasileiro

Na trajetória da política brasileira, observa-se uma dualidade na organização dos serviços, de um lado, práticas de caráter mais individual, e de outro, aquelas conhecidas como de caráter social, sanitário ou de saúde pública. Em 1942, com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde e Serviço Especial de Saúde Pública, constatam-se a centralização e verticalização de ações de saúde pública, características mantidas em décadas posteriores. Na época, adotava-se uma prática que conjugava medicina preventiva e curativa (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1953, ocorre o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde; a partir desse fato, o Ministério da Saúde passa a trabalhar com uma concepção de saúde mais universalista, tornando-se responsável pelas ações de saúde pública, enquanto que as ações individuais ocorriam fundamentalmente no âmbito do sistema previdenciário (MACHADO, 2008).

Durante os governos militares, consolidou-se a prática de contratação de serviços privados no âmbito da previdência, numa lógica de capitalização da assistência à saúde, especialmente no que tange à assistência de atenção secundária e terciária. Havia apoio e incentivo do Estado no investimento privado dentro do setor saúde.

Paralelo ao movimento internacional de discussão de modelos de atenção, os anos 70 foram marcados no Brasil por uma crise no modelo médico-previdenciário, no qual se discutia os efeitos negativos da medicalização e da elitização da prática médica. O movimento sanitário brasileiro refletiu esse movimento de questionamentos. Difundiam-se no país experiências exitosas em saúde pública, considerando especificidades regionais, que eram apoiadas pelas universidades e por agências internacionais (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012). No Rio Grande do Sul, destaca-se o projeto de saúde comunitária Murialdo, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como polo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Teresina, São Luiz,

Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville, com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (BUSNELLO, 1975; FALK, 2004). Há também as experiências de medicina comunitária de Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste (MENDES, 1993).

Internacionalmente, a declaração formulada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, é um marco histórico no que diz respeito a essa discussão. Esse encontro apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante do sistema de saúde de um país, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da atenção primária à saúde no mundo (OMS, 1978). No Brasil, a estruturação de dois programas de serviços básicos de saúde, lançados pelo Ministério da Saúde, impulsionaram essa discussão: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esses programas consideravam a descentralização, a hierarquização, a regionalização dos serviços e a integralidade da atenção como diretrizes organizativas das ações em saúde (FAUSTO, 2005).

A OMS propôs, em 1980, a meta “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1980). Após o anúncio dessa meta pela OMS, foi estabelecida uma agenda para a reforma do setor em todos os países, com ênfase na oferta de cuidados primários de saúde para a ampla maioria da população. Também foram recomendadas mudanças no desenho dos serviços de saúde, tendo como base a regionalização, hierarquização e integração dos serviços, para que houvesse acesso e resolatividade (WHO, 1999; STARFIELD, 2002; WHO, 2004).

Nesse contexto, no Brasil, a Constituição Federal Brasileira de 1988 marca a criação formal do Sistema Único de Saúde como sistema de saúde vigente no país e a saúde como direito do cidadão. Com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, o SUS tem o intuito de garantir acesso universal aos serviços e não mais restrito aos beneficiários da previdência. Este processo permitiu uma nova configuração dos serviços de saúde, priorizando ações de caráter coletivo e preventivo em substituição às ações individuais e curativas, até então, predominantes (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; CARNEIRO *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2008).

O SUS tem, como princípios doutrinários: a universalização e a equidade do acesso aos serviços de saúde, além da integralidade na assistência. Como princípios organizativos, definem-se a descentralização da gestão para os municípios, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a resolutividade em todos os níveis de atenção e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução (BRASIL, 1990).

Após a regulamentação do SUS, um novo modelo de atenção voltada à saúde foi instalado, pautado nos seus princípios e associados ao processo de territorialização, com o intuito de facilitar o acesso e priorizar as demandas e necessidades da população (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; SANTOS *et al.*, 2008). Em busca do fortalecimento desses princípios do SUS, o Ministério da Saúde baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para a APS (OLIVEIRA, 2007).

A atenção primária à saúde pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Os quatro atributos essenciais dos serviços de APS são conceituados como:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades focais, hospitais, entre outros.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2002):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

No Brasil, alguns autores (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de atenção primária à saúde como sinônimo de atenção básica (BRASIL, 2011a). O fortalecimento da atenção básica para coordenar toda a rede de serviços consiste na melhor estratégia para superar a fragmentação e fazer com que o sistema de saúde assuma efetivamente a responsabilidade pela saúde da população.

Nessa rede, o SUS integra um conjunto de ações de saúde composto pela união, estados, distrito federal e municípios, no qual cada parte cumpre funções e competências específicas, articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão nas três esferas governamentais (BRASIL, 1990). Os fundamentos da regionalização baseiam-se na NOAS-SUS 01/2002, a qual estabelece estratégias articuladas: elaboração do plano diretor de regionalização, ampliação da atenção básica, organização da média complexidade, política para a alta complexidade e qualificação das macrorregiões na assistência à saúde.

As macrorregiões de saúde são arranjos territoriais que agregam mais de uma região de saúde, esta definida como um recorte territorial inserido em espaços geográficos contínuos. O objetivo das macrorregiões é organizar ações e serviços de média e alta complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

No Rio Grande do Sul, em 1999, a Secretaria de Estado da Saúde (SES), condizente às propostas da Constituição Federal, assim como pelas Conferências de Saúde, desencadeou um processo de descentralização e regionalização do SUS. As Delegacias Regionais de Saúde da SES passaram a se chamar Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) a partir desse mesmo ano. Atualmente, o Estado está dividido, na área da saúde, em 19 CRS, as quais são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde (SANTOS, 2010). A Comissão Intergestores Bipartite Estadual e o Conselho Estadual de Saúde aprovaram a criação das macrorregiões de atenção integral à saúde visando garantir uma nova organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. O Estado do RS foi dividido em sete macrorregiões: Centro-oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Em 2012, a Comissão Intergestores Bipartite/RS, altera a configuração e a quantidade das Regiões de Saúde, as quais se definem como agrupamentos de municípios limítrofes e com características semelhantes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

2.2 Atenção Básica

Visando melhorar a qualidade da assistência oferecida, na década de 1990 teve início a formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A institucionalização desses programas partiu de experiências locais que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada em diversas regiões do Brasil (VIANNA; DAL POZ, 1988). O principal objetivo da criação em 1991, era diminuir as desigualdades em saúde, particularmente no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão da cobertura de serviços de pré-natal (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012). Cabe mencionar que a origem do Programa de Saúde da Família (PSF) está diretamente relacionada à criação do PACS.

O PSF, implantado a partir de 1994, preconiza a formação de equipes multiprofissionais, compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), para atuarem em território com área de abrangência definida. Em 1995, o PSF foi adotado como projeto prioritário do governo, e passou a ser a principal estratégia para a estruturação dos sistemas municipais de saúde a partir da atenção básica. A AB ganhou destaque na política nacional a partir da edição da Normal Operacional Básica 96 (NOB 96), que contempla uma importante mudança para o fortalecimento da AB: a alteração no financiamento, a partir da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), com um componente fixo e um componente variável. A transferência do PAB favoreceu a substituição do PACS pelo PSF, com a inclusão dos ACS nas equipes.

A história da odontologia também passou por diversos modelos assistenciais. Na década de 50, o modelo de Odontologia Sanitária e Sistema Incremental priorizou a atenção aos escolares do sistema público, com enfoque curativo-reparador e introduziu algumas medidas preventivas, além do pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos. Ao final dos anos 70, o modelo Odontologia Simplificada e Odontologia Integral enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional, abordagem e participação comunitária, simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar. E, finalmente, o Programa Inversão da Atenção apresentou como principal característica intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática,

buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. O modelo, centrado em três fases (estabilização, reabilitação e declínio) contava com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas, mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, em ações de caráter preventivo promocional (BRASIL, 2006).

A incorporação oficial do cirurgião-dentista na então equipe PSF aconteceu dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil (BRASIL, 2000). Assim, no que concerne à incorporação de outros profissionais na AB, destacam-se as equipes de saúde bucal, desde o ano 2000, que também foi favorecida pela política de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, no ano de 2004 (BRASIL, 2006).

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, o PSF consolida a reorientação do modelo de saúde e passa a ser chamado de estratégia de saúde da família. No período de 2003 a 2008, o número de equipes de saúde da família no país passa de 19.068 para 31.660 equipes implantadas. No mesmo período o número de equipes de saúde bucal passa de 6.170 para 20.434. No Brasil, a ESF representa um esforço de fortalecimento da atenção básica e de transformação do sistema de saúde no sentido de uma rede bem integrada (BRASIL, 2014).

A PNAB, através da Portaria nº2488, foi aprovada e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB ressalta que a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b).

Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção básica no Brasil, através da estratégia saúde da família, evidencia-se, nacional e internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde, já que a ESF se caracteriza como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde (STARFIELD,

2002). Vasconcelos (2001) afirma que a ESF possibilita uma melhor compreensão das situações, com uma atuação mais dialógica e completa.

A ESF é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com equipe multidisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011b).

Compõem, obrigatoriamente na ESF, uma equipe multiprofissional (equipe saúde da família) com, no mínimo, médico (generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade), enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. A equipe de saúde bucal pode ser composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, quando do tipo modalidade I, e acrescido do técnico de saúde bucal, quando modalidade II. Sendo assim, com a inserção da saúde bucal na ESF, o cirurgião-dentista passa a desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS, bem como enquadrar num processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe multiprofissional.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua inserção na ESF representa a possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseada no curativismo, tecnicismo e biologicismo. No ano de 2000, a saúde bucal foi agregada ao PSF através da Portaria 267/2001, documento em que estão definidas as funções de cada membro da ESB (BRASIL, 2001). Em um primeiro momento, ficou estabelecida que a área de atuação de cada equipe deveria abranger 6.900 habitantes, sendo que poderia ser implantada apenas uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em atuação. Essa

proporção desigual foi modificada somente com a Portaria 673/2003, que possibilitou a igualdade de proporção entre ESB e a equipe saúde da família (BRASIL, 2003a).

2.3 Atenção Pré-Natal

Esta seção tem como intuito descrever o que é o pré-natal, bem como apresentar dados da literatura que expressem como avaliá-lo, considerando que esta é a temática do estudo. O objetivo da atenção pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto negativo para a saúde materna (BRASIL, 2012a).

Apesar de a atenção pré-natal (APN) ter seu início no final do século XIX, foram justamente as altas taxas de mortalidade materna e perinatal que fizeram com que a atenção, que se concentrava somente no parto, se estendesse, ao longo dos anos, ao período anterior ao nascimento, iniciando-se assim a chamada assistência materno-infantil. Em praticamente todos os países a prática de pré-natal foi adotada, embora ainda sem sistematização clínica e com consultas esparsas no período gestacional. Durante o século XX, novas técnicas e procedimentos foram sendo incorporados, possibilitando o aprimoramento e melhoria da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido, os desdobramentos foram evidenciados por quedas significativas da mortalidade materna e perinatal (SILVA; CECATTI; SERUYA, 2005).

No Brasil, a assistência à saúde materno-infantil encontra-se de forma mais evidente a partir da década de 1970, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, para o controle dos partos domiciliares e do puerpério e para as ações de promoção da saúde da criança (GOMES, 2004).

Posteriormente, o PSMI desdobrou-se no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ampliando suas ações, principalmente em relação à saúde da mulher, anteriormente limitada à oferta de assistência nos períodos de gestação e parto (GOMES, 2004).

Apesar do conjunto de ações promovidas pelo Ministério da Saúde visando qualificar a assistência materno-infantil, ainda persistia, no final dos anos 1990, após

quase duas décadas da implementação do PAISM, um cenário bastante distante precário em relação a outros países, no que diz respeito à atenção pré-natal (GOMES, 2004).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, mostrava que 14,30% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa, não haviam recebido nenhuma consulta pré-natal, sendo que as menores taxas de cobertura de pré-natal foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste do país. A pesquisa também evidenciou que na região Nordeste, era onde se encontrava o maior número de nascimentos sem nenhuma consulta de pré-natal - 26%. (BEMFAN, 1999).

Embora entre 1997 e 1998 tenha ocorrido um importante aumento no número de consultas de pré-natal no país, resultado da inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações da AB que devem ser desenvolvidas pelos municípios, com a expansão do Programa de Saúde da Família na época, os indicadores ainda apontavam para uma atenção frágil (SILVA; CECATTI; SERUYA, 2005).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), pois até então não havia uma diretriz que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde no pré-natal, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (SILVA; CECATTI; SERUYA, 2005).

O acesso à APN é proposto como o principal indicador do prognóstico ao nascimento e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre da gestação são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Não existe mundialmente consenso sobre o número mínimo de consultas no pré-natal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas seria igual ou superior a seis, sendo que mesmo com um número menor de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas), em casos de pacientes de baixo risco, pode ser que não haja aumento de resultados perinatais adversos. Porém, atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. No Brasil, a normatização do Ministério da Saúde define como pré-natal adequado à realização de seis ou mais consultas, preconizando que quanto maior o número de consultas de pré-

natal maior a garantia de uma gestação e de um parto seguros. Assim, o número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil, sendo que as mesmas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais entre 37 e 42 semanas (BRASIL, 2012a).

Como desfechos adversos da gestação, prematuridade (nascidos antes de 37º semanas gestacionais) e baixo peso ao nascer (menos que 2.500g) são as ocorrências mais comuns, sendo que este último tem grande relação com risco de morrer no primeiro ano de vida (VIANA *et al.*, 2013). Em relação aos óbitos, os óbitos neonatais ocorrem em regiões com renda baixa ou média, assim crianças que nascem em países mais pobres apresentam maior risco de morte. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 50% entre 1990 e 2008. O Rio Grande do Sul apresentou decréscimo de 26,20 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos em 1990 para 13,10 em 2008. Nesse mesmo período, a mortalidade neonatal (zero a 27 dias) e a pós-neonatal (28 a 364 dias) nesse estado reduziram, respectivamente, de 14,70 para 8,30 e de 11,50 para 4,50. Características da mãe e da criança são analisadas como determinantes da mortalidade infantil e de seus componentes e características socioeconômicas, procedimentos perinatais, condutas e doenças maternas, peso ao nascer, prematuridade, tipo de parto e malformações congênitas as mais investigadas. Diferenças regionais e sociais podem interferir na composição de grupos populacionais e no sucesso dos programas locais de promoção de saúde (LANSKY *et al.*, 2009).

No Brasil, embora haja uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, algumas doenças se mantêm elevadas, como a sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica, sendo esta a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados no pré-natal (BRASIL, 2012a).

A avaliação dos indicadores de pré-natal pode contribuir para melhoria na assistência às gestantes, diminuindo assim os índices de morbimortalidade materna e perinatal (LANSKY, 2006; SILVA, 2009; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009). Em relação à avaliação qualitativa, vários índices são sugeridos pela literatura, entre os quais se destacam o índice de Kessner (KESSNER, 1973) e o *Adequacy of Prenatal Care Utilization*, proposto por Kotelchuck (KOTELCHUCK, 1994). Takeda

(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.

Em termos de qualidade, estudos demonstram a necessidade de avaliar não apenas indicadores como o de número de consultas, mas também o seu conteúdo (HALPERN, 1998; KOFFMAN, 2005). O trabalho de Anversa e colaboradores (2012) analisou a qualidade do processo da atenção pré-natal no município de Santa Maria (RS) e identificou diferenças entre unidades básicas (UBS) tradicionais e nas ESF, considerando número de consultas, início do pré-natal, procedimentos, exames realizados e orientações recebidas. Com base nos níveis de qualidade propostos, constataram que a assistência prestada foi insatisfatória nos dois modelos de atenção, sendo que a qualidade da atenção pré-natal na ESF foi superior à das UBS tradicionais. De acordo com índice de Kessner modificado por Takeda (nível 1) (TAKEDA, 1993), o pré-natal foi classificado como adequado para 59% das gestantes. Para as gestantes das UBS a adequação foi de 56% e para as da ESF de 65%.

Outro trabalho, também realizado no sul do país, estudou a APN entre usuárias do SUS no município de Caxias do Sul (RS). Os resultados desse estudo demonstram que apesar da elevada cobertura de pré-natal (95,40%), a mesma foi considerada inadequada em 64,80% dos casos. Em 51,50% dos casos o acompanhamento pré-natal iniciou no 2º trimestre, sendo que 44,30% das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados. Os autores concluem que a atenção pré-natal disponível, por meio da rede municipal de saúde, deve ser revista do ponto de vista qualitativo e especial atenção deve ser dada à educação em saúde durante a atenção pré-natal (TREVISAN *et al.*, 2002).

O Protocolo de Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), no contexto da assistência integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes. A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores: (1) distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal, (2) porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo, (3) porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas; (4) porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas; (5) porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos; (6) porcentagem de crianças com tétano neonatal em relação ao

total de recém-nascidos vivos; (7) porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos; (8) porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados; (9) porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após o encaminhamento.

Como o pré-natal é um dos principais focos estratégicos da atenção básica, é importante saber quais fatores podem influenciar na qualidade do atendimento às gestantes, na busca da integralidade desse cuidado, o que inclui, por exemplo, a condição e o cuidado com a saúde bucal.

2.4 Pré Natal Odontológico

A gestação representa uma fase em que o organismo feminino encontra-se intensamente alterado, tanto física quanto emocionalmente. Essas mudanças no esquema corporal podem trazer preocupações e dúvidas à gestante (BERNAT *et al.*, 1998). Por isso, ela deve receber apoio e informações diversas da equipe de saúde durante o pré-natal, para prepará-la para receber seu filho. Dentre eles, os relativos à saúde bucal poderão sensibilizá-la a desenvolver hábitos saudáveis, pois nessa fase a mulher normalmente está mais receptiva a novos conhecimentos, e em decorrência do importante papel da mãe no cuidado da família em nossa sociedade esses conhecimentos poderão influenciar todo o seu ambiente familiar (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008; ARAUJO; POHLMANN, 2009; SILVA *et al.*, 2009; REIS *et al.*, 2010).

Assim, o atendimento às necessidades e os cuidados odontológicos durante a gestação permitem a manutenção da saúde oral da paciente e, conseqüentemente, de seu bebê, minimizando os riscos de transmissibilidade de microrganismos bucais patogênicos e transformando a mãe em agente educador ativo, promovendo, assim, a prevenção primária em sua totalidade (MOIMAZ *et al.*, 2006).

O Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal esclarece que todo serviço de saúde deve estabelecer a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência e

os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006). No entanto, há profissionais de saúde que proferem mitos e medos sobre a atenção odontológica e saúde bucal, relacionados ao período gestacional, quando na verdade deveriam ser os principais agentes para desmistificá-los (CODATO *et al.*, 2011). Praetzel e colaboradores em seu trabalho (2010) enfatizam a importância da realização de um pré-natal obstétrico com a participação dos profissionais da área odontológica para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, tanto da mãe quanto do bebê, buscando uma melhor qualidade de vida para ambos. No estudo de Peixoto e colaboradores (2011) realizado em Fortaleza/CE, foi observado que ainda há dificuldades para garantir às gestantes um acompanhamento pré-natal de qualidade, sendo as atividades educativas, a realização do exame ginecológico e o encaminhamento ao odontólogo as lacunas mais notáveis na atenção básica.

O pré-natal odontológico consiste em consultas para se examinarem as condições bucais e gerais da gestante, e, quando necessário, realiza-se o tratamento curativo. Na perspectiva de um atendimento adequado, visando o princípio da integralidade do sistema único de saúde, também são realizadas ações de educação em saúde com ênfase nas condições gerais de saúde da gestante e do bebê. As ações de educação em saúde concentram-se em orientações sobre a importância dos bons hábitos de higiene, da alimentação saudável, métodos para prevenção da cárie e das doenças periodontais, a importância da amamentação para saúde bucal do neonato, os primeiros cuidados com a higiene da boca e o uso de mamadeiras e chupetas (GRANATO, 2007; REIS *et al.*, 2010).

O Caderno de Atenção Básica sobre Atenção Pré-Natal de Baixo Risco recomenda que o cirurgião-dentista oriente a gestante sobre a realização do teste rápido, sobre a vacinação desse período, realize visitas domiciliares e que possa identificar fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez, sabendo encaminhá-las ao serviço de referência (BRASIL, 2012a).

Ainda nesta linha, na qual o cirurgião-dentista, além de seu trabalho de núcleo, tenha uma visão ampliada da paciente, há dados do Ministério da Saúde que apontam que no Brasil a prevalência de anemia é de 30% a 40%. Essa deficiência causa baixo peso ao nascimento e pode ser responsável pela mortalidade perinatal, além de ser a causa primária de uma entre cinco mortes de parturientes ou estar

associada a até 50% dessas mortes (BRASIL, 2005; OLIVEIRA, OSÓRIO, 2005). Como a anemia também apresenta manifestações bucais, como a queilite angular bilateral e a candidíase, a atrofia das papilas linguais, a sensação de queimação da língua, a palidez de lábios, gengiva e língua (HADLER, 2002), o exame clínico odontológico pode auxiliar na detecção desta patologia e orientar o acompanhamento médico para a suplementação de ferro. Já o ácido fólico, que deve ser iniciado antes do período de concepção e previne defeitos no tubo neural do feto, também pode ter efeitos protetores sobre outras malformações, como cardiopatias e fendas orais, que ocorrem mais tardiamente, sendo recomendado usá-lo até o final do primeiro trimestre (BRASIL, 2005). Sendo assim, o cirurgião-dentista inserido na rotina da atenção pré-natal pode reforçar todas essas orientações.

Especificamente em relação à saúde oral, sabe-se que as alterações na fisiologia bucal podem levar à exacerbação do processo carioso e a afecções gengivais. Contudo, não é o período gestacional por si só o responsável por tais alterações, mas, principalmente, mudanças de hábito, como a diminuição da higiene bucal. Na literatura, alguns estudos associam baixo peso e parto prematuro à doença periodontal, a qual se caracteriza como uma doença infecto-inflamatória, que acomete os tecidos de suporte e sustentação dos dentes (BRASIL, 2006).

Diante das evidências conflitantes entre doença periodontal e os desfechos gestacionais, Condylis e colaboradores (2013) realizaram uma revisão sistemática, incluindo 15 ensaios clínicos randomizados. Em 9 deles se observou que as gestantes com tratamento periodontal tinham redução significativa para os desfechos de baixo peso ou parto prematuro. Como 50% dos partos prematuros e baixo peso tem etiologia desconhecida, explica o interesse científico em investigar se estas condições estão associadas com a condição bucal, já que a doença periodontal gera uma resposta imuno-inflamatória, com produção de citocinas. Outros estudos também buscam associar essa situação bucal com a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia (WEI *et al.*, 2013). Em relação aos cuidados bucais durante a gestação, apesar da falta de evidência entre a doença periodontal e os desfechos negativos na gestação, como baixo peso e parto prematuro, é importante destacar que o tratamento periodontal neste período não está associado a qualquer efeito adverso, trazendo melhorias para a saúde bucal materna (WEIDLICH, 2009).

2.5 O Sistema de Informação da Atenção Básica

A informação é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. Assim, a informatização das atividades do SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis (BRASIL, 1998).

O mais antigo sistema de informação de saúde no país é o sistema de informações sobre mortalidade (SIM), que foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975 e dispõe de dados consolidados nacionalmente a partir de 1979. Ele registra a causa da morte e baseia-se na Classificação Internacional de Doenças (BRASIL, 2014).

Em 1998 o Sistema de Informação da Atenção Básica foi implantado. Por meio deste sistema, é possível se obter informações sobre situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, assim como cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento. Os dados disponíveis são gerados a partir do trabalho das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. Os ACS, através das visitas domiciliares, fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Com base nessas informações e mais os procedimentos realizados pelas equipes de saúde da família na unidade básica de saúde ou no domicílio, as coordenações municipais de atenção básica fazem mensalmente a consolidação de seus dados e os enviam para as regionais de saúde (BRASIL, 2003b).

A última versão do SIAB (BRASIL, 2011c) consiste na inclusão de campos que complementam as diversas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, pois, embora o SIAB tenha sido elaborado para a atenção básica, só registrava ações das equipes de saúde da família. A partir de 2011 passam a ser registrados dados das áreas de saúde bucal e mental e ações da atenção básica realizadas por UBS, as quais não eram cadastradas nesse sistema anteriormente. A partir desses novos registros supracitados é possível a elaboração do Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação – Complementar (PMA-C).

Assim, em relação ao registro de informações relacionadas ao pré-natal, temática desse trabalho, é possível acessar no SIAB o número de gestantes cadastradas e acompanhadas, gestantes com vacina em dia, com consulta de pré-natal no mês, com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, atendidas pelo cirurgião-dentista e gestantes menores de 20 anos.

Uma das finalidades do sistema de informação em saúde é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, análise essa que tome como referencial microrregiões homogêneas e, necessariamente, leve em consideração, as condições de vida da população no processo saúde-doença (BRASIL, 1998).

2.6 Avaliação em Saúde

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes. A proposta da avaliação é revelar uma posição sobre uma intervenção e construir um julgamento que possa se traduzir em ações (CONTANDRIOPOULOS, 2006; CHAMPAGNE *et al.*, 2009).

No caso da saúde, a avaliação é uma atividade inerente ao próprio processo de aprendizagem no cotidiano do trabalho, pois a todo o momento se tomam decisões que dependem das avaliações realizadas sobre uma determinada situação de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). A avaliação em saúde tem por objetivos ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo; contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*. Entende-se por estrutura: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica; inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. Por processo: atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos; a análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. Por fim, o resultado: produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. Essa divisão tem sido amplamente utilizada na saúde, dentro da pesquisa avaliativa.

Nesse sentido, cabe ressaltar que existe uma grande divisão de métodos de avaliação: (1) a avaliação normativa, um julgamento que é resultado da aplicação de critérios e de normas; e (2) a pesquisa avaliativa, elaborada a partir de um procedimento científico. A pesquisa avaliativa avança na perspectiva analítica, mais relacional entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual a intervenção encontra-se (SAMICO; FIGUERÓ, FRIASPG, 2010).

Atualmente é consenso entre a maioria dos estudiosos da avaliação que o uso de métodos quantitativos e qualitativos em um mesmo estudo avaliativo pode torná-lo mais consistente. Os estudos quantitativos coletam dados numéricos, cuja análise é estatística e as conclusões serão fundamentalmente apoiadas na descrição de dados e significância das relações estatísticas. Estudos qualitativos sobre avaliação em saúde tendem a usar técnicas de entrevistas e observações nas quais as análises e registros tomam a forma de narrativa (WEISS, 1998; FIGUEIRÓ; THULER; HARTZ, 2008)

A avaliação em saúde tem se configurado como um assunto em destaque na saúde do país. A avaliação pode se dar de diferentes maneiras: por pesquisa junto aos provedores do serviço, por auditorias ou por instrumentos desenvolvidos para esse fim (OLIVEIRA, 2007). No campo das ações das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando uma centralidade nas organizações. Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, podem-se apontar: (1) as mudanças nos procedimentos legais e

administrativos na gestão do SUS, como processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; e (2) a maior complexidade do perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias (SAMICO; FIGUERÓ, FRIASPG, 2010).

A avaliação de indicadores provenientes de serviços de saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente a priorização dos investimentos, subsidiar a identificação de problemas e auxiliar na reorientação das ações e serviços prestados à população. Avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos serviços, assim como o impacto no estado de saúde dos grupos populacionais, também é parte integrante deste processo (GONÇALVES, 2007). Pela diversidade de modelos e a intensidade com que a atenção básica tem se apresentado, nos diversos locais, muitos consensos sobre conceitos e estudos acerca de métodos de avaliação estão sendo desenvolvidos mundialmente, procurando construir ferramentas que auxiliem a gestão e o planejamento (DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA *et al.*, 2007).

Ainda no âmbito da atenção básica, a avaliação ganha uma importância adicional, principalmente naqueles países que vivenciam reformas em seus modelos de assistência à saúde, como no Brasil. Distinguir os serviços ambulatoriais baseados na APS daqueles que somente realizam ações programáticas mínimas é essencial para implantação de políticas públicas efetivas e equitativas (GONÇALVES, 2007).

Na agenda nacional, encontra-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde, que é um programa com o objetivo principal de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Além disso, o PMAQ procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de atenção básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012b). O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2012 e foi realizado apenas nas unidades que se dispuseram a fazer a adesão. A avaliação realizada por este programa baseia-se em três módulos: o primeiro dirigido à infraestrutura, o segundo dirigido ao gestor e o terceiro dirigido aos usuários. O componente dirigido

aos usuários é composto por amostragem não probabilística, isto é, com usuários que se encontrava na unidade no momento da aplicação do instrumento avaliativo. Avançando no tema avaliação em saúde, em 2014, o 2º ciclo do PMAQ amplia o número de equipes na adesão e inclui os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e os centros de especialidades odontológicas (CEO). O PMAQ também estimula o uso de um conjunto de indicadores quantitativos para a avaliação das ações da AB a grupos específicos, como a saúde da mulher. Especificamente em relação a este item, o PMAQ define um conjunto de indicadores gerais da saúde da mulher e aqueles específicos para avaliação do pré-natal. Os indicadores são os seguintes: proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica, média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada, proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, proporção de gestantes com o pré-natal em dia, proporção de gestantes com vacina em dia, proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares e cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante (BRASIL, 2012b).

Vale ressaltar que a AB é objeto de estudo de muitos autores, por ser orientadora dos sistemas de saúde (WHO, 2004). Assim, a sua avaliação também pode ocorrer por meio de vários indicadores pré-definidos (MACINKO, STARFIELD, SHI, 2003). Esses indicadores são usados com o propósito de conhecer adequadamente uma situação, permitindo comparações individuais ou populacionais. No caso deste trabalho, utilizaram-se indicadores da AB, relacionados à saúde da mulher, com ênfase no pré-natal, ou seja, indicadores de cobertura da APN e indicadores que avaliam a qualidade da APN a partir de desfechos negativos, que são a ocorrência dos desfechos adversos – prematuridade e baixo peso e mortalidade neonatal.

Cabe conceituar, que um indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionada ou, ainda, uma medida que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos aos usuários e as atividades dos serviços de suporte. Um indicador não é uma medida direta de qualidade. É uma chamada que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados.

A forma de classificação de indicadores varia conforme autores. A PHPN ressalta que os indicadores medem aspectos qualitativos e/ ou quantitativos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados. Por conceito, indicadores utilizados nesse trabalho, seriam indicadores de processo.

Para Pereira (2006), existem alguns atributos que são necessários para um bom indicador de saúde. São eles:

- Validade: refere-se ao grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas.
- Sensibilidade: refere-se ao grau no qual o indicador é capaz de identificar todos casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados.
- Especificidade: refere-se ao grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados.
- Simplicidade: quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.
- Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.
- Baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

A análise de indicadores, segundo agregados de municípios com características semelhantes, é uma das formas de se conhecer a saúde nas comunidades. Georreferenciamento, distribuição espacial, mapas temáticos e estudos ecológicos em saúde são técnicas de relevante importância na análise de riscos à saúde coletiva (HINO *et al.*, 2006). Essas ferramentas permitem a identificação de variáveis que podem revelar a estrutura social, econômica e/ou ambiental na qual um evento ocorre, por sua vez, esses podem revelar desigualdades em saúde (RICKETTS, 2003).

2.7 Desigualdades em Saúde

Utilizado no âmbito do direito para representar a ascendência da justiça sobre a legalidade, o conceito de equidade, ou a sua falta, a iniquidade, tem sido empregado em análises sobre desigualdades sociais em saúde para qualificar aquelas consideradas como inaceitáveis, por sua elevada magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis. Esse julgamento, contudo, especialmente ao tratar de questões como níveis de saúde, necessariamente exige o estabelecimento, de uma linha divisória, que estabelece o parâmetro de justo ou injusto (SILVA; BARROS, 2002).

As desigualdades em saúde podem ser enfocadas em dois grandes grupos: (1) as desigualdades que se referem ao estado de saúde e ao perfil patológico da população, e que são fortemente influenciadas pela organização social e pela inserção de classe dos indivíduos, então chamada de desigualdades sociais em saúde e (2) as que se referem à oferta, acesso e utilização de serviços de saúde e que são mais influenciadas pela política nacional de saúde e pela organização dos serviços, podendo ser reduzidas ou eliminadas por meio de sistemas de saúde universais e equânimes (BARATA, 2012).

Em relação ao primeiro tipo de desigualdade, é importante explicar que existem diversas concepções sobre saúde-doença e sobre a determinação desse processo. A definição biologicista, baseada no positivismo, acredita que a condição de doença é determinada simplesmente pela atividade de organismos patogênicos, o que compõe a medicina hospitalocêntrica. Também há uma teoria que defende que a saúde e a doença são determinadas num contexto biopsicossocial, onde esses três fatores (biológico, psíquico e social) interagem sobre o processo saúde-doença. Essa teoria, nos últimos anos, tem sido chamada de multifatorial, porque agregou outros fatores, como espiritual e ambiental aos determinantes de saúde. Os fatores sociais referem-se à inserção dos indivíduos na sociedade, ou seja, em que lugar da organização social eles estão inseridos. Assim, é conhecida como determinação social do processo saúde-doença a corrente de pensamento que acredita que a maneira como a sociedade se organiza e a forma como os indivíduos se inserem nela é o que determinam, em última instância, as condições de adoecimento dos humanos (WHO, 2007; BARATA, 2001). Com essa reflexão, a mais importante das causas das desigualdades de saúde e doença é a

condição social nas quais as pessoas vivem e trabalham, ou seja, os determinantes sociais de saúde (WHO, 2007).

Em relação ao segundo grupo de desigualdade citado - as que se referem à oferta, acesso e utilização de serviços de saúde, é interessante destacar que as desigualdades individuais citadas no primeiro grupo, podem interferir sobre as do segundo grupos, especialmente no que tange ao acesso aos serviços de saúde; portanto, prover serviços de saúde adequados pode contribuir para a redução dessas desigualdades, por seu papel na promoção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Uma maneira de avaliar esta questão é através dos indicadores de saúde frente a diferentes contextos sociais ou regionais. Por exemplo, a mortalidade infantil é um indicador chave do estado de saúde da criança e mostra a discrepância que há entre ricos e pobres nesse quesito (OMS, 2009). Essa discrepância pode ocorrer por vários fatores individuais, mas também pelo acesso ao sistema de saúde. Enquanto que os ricos frequentemente possuem plano privado de saúde ou condições financeiras para pagar por um atendimento privado, o pobre depende exclusivamente do SUS, e a cobertura de ESF é inferior a 50% em muitos estados brasileiros, como no caso do RS.

De modo geral, os agravos relacionados com a gestação e o parto reduziram sua morbimortalidade nos últimos anos devido à melhora de acesso nos centros urbanos à água potável, saneamento básico, educação e serviços de saúde. Maior acesso aos serviços de atendimento pré-natal e puericultura e melhor assistência da mulher durante o trabalho de parto também contribuíram de maneira significativa para a redução da mortalidade infantil e materna, pois permitiram a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê. O registro dessas melhorias no país ao longo dos últimos anos é evidenciado por séries históricas e indicadores de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Apesar das melhorias na atenção à saúde das gestantes, deve-se destacar que alguns indicadores escondem diferenças inter-regionais importantes no Brasil. Essa discrepância revela uma grave iniquidade social. Por trás dos agravos considerados evitáveis na gestação existem determinantes que são relacionados a fatores de risco proximais, tais como a baixa escolaridade materna, a menor renda

familiar, a ocupação não qualificada do chefe de família e o atendimento nos serviços públicos de saúde. A persistência de desigualdades sociais e as dificuldades com a redução de disparidades se reproduz nos serviços de saúde. No caso do pré-natal, observa-se atenção pré-natal distinta, mostrando que os grupos sociais mais vulneráveis recebem atenção pré-natal mais deficiente (SILVEIRA *et al.*, 2008).

O trabalho de Corchuelo-Ojeda e Pèrez (2014), realizado em Cali, na Colômbia, com 993 mães no pós-parto, mostrou que também existe um acesso diferenciado à atenção odontológica entre gestantes. Os principais determinantes sociais encontrados para ser assistido por um cirurgião-dentista, durante a gestação, foram relacionados com aspectos que refletiam as iniquidades em saúde, como condição socioeconômica e nível educacional, as quais usaram os serviços odontológicos numa menor proporção.

Assim, Melo e Mathias (2010) sugerem que estudos exploratórios como estudos epidemiológicos descritivos com indicadores de saúde devam ser realizados, principalmente aqueles que abordem a população materno-infantil, para que se conheça a realidade dos municípios com relação à saúde e condições de vida.

Ao retomar a descrição já apresentada de adoção e crescimento do modelo de PSF como ordenador da AB, posteriormente substituído pela ESF, pode-se dizer o Brasil apresentou uma melhoria significativa, nos últimos 20 anos, em termos de serviços de saúde e uma evolução dos determinantes sociais da saúde. Os coeficientes de sobrevivência na infância são indicadores síntese das condições gerais de saúde da população e refletem melhoria nas condições gerais de um país e expansão das ações de saúde. Entre 2003 e 2008, houve uma redução de 21% na taxa de mortalidade infantil nacional. Ao final de 2008, a mortalidade infantil chegou a 19 para cada 1.000 nascidos vivos (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012).

Apesar de melhorias gerais dentro do país, dada à relevância do tema, o estudo das desigualdades sociais e suas relações com as condições de saúde da população é um tema crescente na literatura brasileira. Além disso, com o passar do tempo essa área de conhecimento tornou-se uma das temáticas mais relevantes em Saúde Coletiva mundialmente (BARATA, 2012). Com a criação da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, em 2006, e

o consequente envolvimento dos ministros de saúde dos países membros no enfrentamento das desigualdades sociais, o tema ganhou destaque na agenda internacional de saúde (WHO, 2007).

Para Souza e colaboradores, quando se trata de Determinantes Sociais em Saúde, as iniquidades em saúde consistem no principal aspecto a ser estudado (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013), pois as iniquidades refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos em termos de acesso, com base em fatores como etnia, classe, gênero, idade, localização geográfica, entre outros (WHO, 2007).

Frente às iniquidades, ao Estado e às políticas públicas cabe um papel decisivo na reversão das desigualdades em saúde, especialmente no que tange ao acesso aos serviços de saúde. É função do Estado identificar a necessidade de ampliação da oferta de serviços públicos nas áreas aonde há maior concentração de pobreza e de desigualdade social, de forma a garantir o acesso a programas, inclusive os que tangem a área da saúde, como é o caso da estratégia de saúde da família (MENEZES, 2012; SANTARELLI, 2012) que, numa perspectiva ampla, como já citado anteriormente, busca superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visa o alcance da equidade dentro do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

2.8 Vulnerabilidade Social

Esta parte da revisão de literatura apresenta a descrição dos índices utilizados nessa pesquisa, com intuito de verificar desigualdades sociais.

Ao longo dos dois últimos séculos foram se acumulando evidências de que tanto o nível de pobreza quanto o contexto social em que ela se desenvolve importam na determinação do estado de saúde. Pobreza, definida por baixa renda, analfabetismo e baixa escolaridade, más condições de habitação e assistência inadequada à saúde descrevem as condições de vida de muitas famílias (BARATA, 2001).

A determinação da saúde é multidimensional e os determinantes interagem, influenciando a saúde dos indivíduos. A desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e indivíduos, pois são diferenças moralmente injustas. Para que haja maior mudança na saúde populacional, muitas ações devem ter caráter universal (DRACHLER *et al.*, 2014), porém, ao se verificar áreas populacionais com vulnerabilidade diferenciada, estas devem ser consideradas nas ofertas de serviços de saúde, contemplando assim o princípio da equidade.

Visando padrões crescentes de integralidade na política de saúde brasileira, o Departamento de Ações em Saúde e Divisão de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, propôs, em 2013, um novo indicador para subsidiar os gestores da saúde. Trata-se do índice de vulnerabilidade social composto por 5 itens, o IVS-5. A escolha dos indicadores que compõem este índice baseou-se na determinação social da saúde, na facilidade de interpretação dos indicadores e na disponibilidade de dados confiáveis em site de domínio público. O IVS-5 tem como objetivo sumarizar as desigualdades entre os municípios, considerando o conjunto dos indicadores de vulnerabilidade. É constituído por poucos itens obtidos de bancos de dados públicos e que representam a relação entre a saúde e a sociedade. Dentre estes itens: a percentagem de domicílios com rendimento mensal per capita até meio salário mínimo, a percentagem de domicílios não ligados à rede de distribuição de água, a percentagem de domicílios sem coleta de lixo e percentagem de domicílios sem banheiro ou sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial (DRACHLER *et al.*, 2014). Portanto, o IVS-5 permite sumarizar a grande variação na vulnerabilidade social entre os municípios do estado gaúcho.

Mais antigo e largamente utilizado, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um índice composto que varia entre zero e um. Quanto mais próximo de um, maior o nível de desenvolvimento humano. Na sua formulação, ele considera três dimensões, são elas: longevidade, educação e renda. Há também o índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro, que vai além, pois ajustou a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos que o IDH, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios e regiões metropolitanas brasileiras (PNUD, 2013). A vida longa e

saudável é medida pela expectativa de vida ao nascer, calculada por método indireto, a partir dos dados dos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida em determinado município viveria a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade. O acesso a conhecimento é medido por meio de dois indicadores, a escolaridade da população adulta é medida pelo percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo (peso 1) e o fluxo escolar da população jovem é medido pela média aritmética do percentual de crianças de 5 a 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental, do percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo (peso 2). A medida acompanha a população em idade escolar em quatro momentos importantes da sua formação. Isso facilita aos gestores identificar se crianças e jovens estão nas séries adequadas nas idades certas. A média geométrica desses dois componentes resulta no IDHM Educação. Os dados são do Censo Demográfico do IBGE. O padrão de vida é medido pela renda municipal per capita, ou seja, a renda média dos residentes de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município – inclusive crianças e pessoas sem registro de renda. Os dados são dos Censos Demográficos do IBGE.

A análise de indicadores na perspectiva da vulnerabilidade social municipal pode se constituir como um balizador das condições socioeconômicas e de acesso aos serviços, visto que a noção de vulnerabilidade engloba a chance ao adoecimento não somente do ponto de vista individual, mas como resultado de um conjunto de influência de aspectos coletivos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar desigualdades na atenção pré-natal, no estado do Rio Grande do Sul, conforme as regiões de saúde e vulnerabilidade social dos municípios, de 2010 a 2013.

3.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

1. Calcular cobertura de estratégia de saúde da família por macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
2. Calcular cobertura de equipes de saúde bucal por macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
3. Calcular a proporção de gestantes acompanhadas pela equipe de atenção básica para cada macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
4. Calcular a cobertura de primeira consulta odontológica à gestante para cada macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
5. Calcular a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre para cada macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
6. Calcular a proporção de gestantes com o pré-natal em dia (consulta no mês) para cada macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
7. Calcular a proporção de gestantes com vacina em dia para cada macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;

8. Calcular proporção de baixo peso ao nascer por macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
9. Calcular proporção de nascidos prematuros por macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
10. Calcular a taxa de mortalidade neonatal por macrorregião e região de saúde e por índice de vulnerabilidade social;
11. Calcular a distribuição dos municípios por índice de vulnerabilidade social, em cada macrorregião de saúde.

4 METODOLOGIA PARA COLETA DE DADOS

4.1 Tipo de estudo

Para atingir os objetivos deste trabalho, utilizaram-se indicadores da APN, analisados em dois tipos de estudos epidemiológicos: (1) estudo de série temporal e (2) estudo ecológico.

Uma série temporal, também denominada série histórica, é o estudo da distribuição de uma sequência de dados obtidos com intervalos regulares de tempo, durante um tempo específico (LATORRE, 2001).

Os estudos ecológicos ou de agregados, correspondem a um desenho de pesquisa que tem como unidade de análise conjuntos de indivíduos (denominados agregados) e não indivíduos isolados. Os agregados geralmente correspondem a áreas geográficas, o que originou a denominação de “ecológico”, embora outros elementos possam ser utilizados como unidades agregadoras (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2014).

4.2 Cenário do estudo

O RS é uma das 27 unidades federativas do Brasil localizado na região Sul. É o estado mais meridional do país e conta com o quarto maior PIB, o quinto mais populoso e o sexto índice de desenvolvimento humano mais elevado. Embora o estado esteja em situação de decadência econômica acentuada, é onde há o maior número de idosos e a segunda maior expectativa de vida e onde os trabalhadores são mais bem remunerados, tendo uma das menores taxas de analfabetismo, violência e mortalidade infantil. O RS sofre com a disparidade econômica entre a metade norte (considerada rica e industrial) e a metade sul (considerada pobre e agrária). REFERÊNCIA

O Estado é composto por 497 municípios e abriga em torno de 6% da população do país, ou seja, 10.693.929 A população feminina em idade fértil, dos 10 aos 49 anos, é de 3.317.753 habitante para 2010 (IBGE, 2010).

4.3 População do estudo

A população-alvo do estudo refere-se a mulheres gestantes no RS, no período de 2010 a 2013.

A amostra é composta por aquelas atendidas na ESF, cujos dados são digitados no DATASUS.

4.4 Fonte de dados

Todas as bases de dados utilizadas neste estudo são bases de dados secundárias e públicas. A extração de dados ocorreu da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, da Secretaria Estadual de Saúde e do DATASUS. Os sistemas nacionais utilizados do DATASUS foram (1) Sistema de Informação da Atenção Básica, (2) Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e (3) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

4.5 Variáveis do estudo

Pela SAGE extraíram-se dados do número de equipes de ESF e ESB e suas respectivas estimativas de coberturas para o RS. Também foi extraída da base de dados o número de equipes de ESF e ESB para cada município, os quais foram agregados no banco de dados desta pesquisa segundo a macrorregião e a região de saúde, para posterior cálculo de coberturas.

Do portal do IBGE, extraiu-se o número de habitantes de cada município para o ano de 2010, já que neste ano foi realizado o CENSO populacional.

As variáveis necessárias para o cálculo dos indicadores de cobertura da APN foram coletados através do SIAB. Nesta base de dados, as informações de cada mês são somadas para o ano de referência. Assim, as variáveis selecionadas foram as seguintes: (1) número de gestantes cadastradas; (2) número de gestantes acompanhadas, ou seja, gestantes cadastradas e que receberam pelo menos 1 visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde no mês de referência; (3) número de gestantes com pré-natal realizado no mês com médico ou enfermeiro, que neste trabalho foi interpretado como o pré-natal em dia; (4) número de gestantes com pré-

natal no 1º trimestre, isto é, número de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gravidez; (5) número de gestantes com vacinação em dia. Neste último grupo estão incluídas como vacina em dia aquelas que se encontram em uma das quatro situações seguintes: (a) vacinadas com 3 doses de toxóide tetânico há menos de 5 anos; (b) vacinadas com 3 doses de toxóide tetânico há mais de 5 anos e menos de 10 anos e que já tomaram uma dose de reforço durante esta gravidez; (c) tomaram 2 doses de toxóide tetânico na atual gestação; (d) com menos de 8 meses de gestação que tomaram a 1ª dose e ainda não alcançaram a data agendada para a 2ª dose. Assim, qualquer gestante vacinada com três doses contra o tétano há mais de 5 anos e que ainda não tomou a 1ª dose ou o reforço (conforme o caso), não está com a vacinação em dia e não devem ser incluídas no total.

Ainda no DATASUS, mais especificamente na ficha do Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação-Complementar (PMA-C) do SIAB, há o registro de “Atendimento a gestantes”, o qual se refere à primeira consulta odontológica realizada em gestantes pelo cirurgião-dentista, visando proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

No SINASC, extraíram-se os dados referentes a nascimentos prematuros (antes de 37 semanas) e nascimentos com baixo peso, (menos que 2.500g) e nascidos vivos.

No SIM, captou-se os dados referente a mortalidade ocorrida até o 28º dia após o nascimento.

Este trabalho utilizou dados dos anos de 2010 a 2013 para a construção de uma série histórica. Como o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica à gestante passou a ser registrado no ano de 2011, foi estabelecido o ano de 2010 como início da série histórica. Considerando que o ano de 2013 era o último ano com informações completas disponíveis nas bases de dados nacionais utilizadas, no período de realização desta pesquisa, extraiu-se os dados desses últimos quatro anos.

4.6 Medidas agregadas de análise

Para a investigação de possíveis desigualdades regionais entre os indicadores estudados, utilizou-se as divisões das 7 macrorregiões e 30 regiões de saúde. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, os 497 municípios do estado estão organizados em sete macrorregiões de saúde, que são as seguintes: (1) Sul, (2) Metropolitana, (3) Missioneira, (4) Vales, (5) Norte, (6) Centro-Oeste e (7) Serra. Esta divisão foi utilizada para o desenho deste trabalho, portanto, os indicadores serão apresentados no RS e para cada macrorregião (estudo de série histórica, de 2010 a 2013), e, posteriormente será apresentada uma tabela sumarizadora para comparação entre as macrorregiões (estudo ecológico), que considera os anos de 2012 e 2013 (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Segundo a lei 555/12, o RS também está dividido em 30 regiões de saúde, as quais se definem como agrupamentos de municípios limítrofes e com características semelhantes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Rio Grande do Sul, 2012). Esta divisão também foi adotada por este trabalho e, portanto, será apresentada tabela de comparação, com dados dos anos de 2012 e 2013 (APÊNDICE A).

Além de trabalhar com as macrorregiões e regiões de saúde, este estudo se propõe a avaliar os indicadores na perspectiva de possíveis desigualdades sociais, portanto, foram elencados dois índices para este trabalho: o IVS-5 e o IDHM, os quais serão apresentados de forma agregada, divididos em categorias.

O índice de vulnerabilidade social, composto por 5 itens, foi construído para avaliar os dados dos municípios do RS e permite visualizar a variação na vulnerabilidade social entre os municípios. Neste índice, quanto mais alto o número atribuído ao município, maior a sua vulnerabilidade (DRACHLER *et al.*, 2014). Assim, neste trabalho, os municípios com IVS-5 menor ou igual a menos um desvio-padrão da média do RS foram alocados no grupo “IVS-5-1”; os que estão entre maior que menos um desvio-padrão da média do RS até zero, como “IVS-5-2”; entre maior que zero e menor ou igual a um desvio-padrão da média do RS em “IVS-5-3” e os que se encontram com o valor superior a um desvio-padrão da média do RS em “IVS-5-4”.

O outro índice selecionado para este trabalho, o IDHM, considera três fatores na sua composição, a longevidade, a educação e a renda. Esse índice classifica os

municípios em 5 categorias, que são as seguintes: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto (PNUD, 2013).

4.7 Análise dos dados

Todos os dados supracitados constituíram um banco de dados utilizado para este estudo, onde os dados de cada município extraídos dos diferentes sistemas e anos foram *linkados* pela técnica de *linkage* de dados do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0.

Na checagem da consistência das informações disponibilizadas pelas bases de dados públicas, foi constatada a necessidade da realização de alguns ajustes. Nesse sentido, o SIAB registrou em gestantes cadastradas, para o município de Viamão, no ano de 2013, um número bastante superior aos anos anteriores. Como ajuste para esta pesquisa, desconsiderou-se este valor e o mesmo foi substituído pela média dos registros de 2010 e 2011. Quando o número de gestantes cadastradas em cada município foi zero, foi considerado que o número de gestantes cadastradas seria igual ao número de gestantes acompanhadas. Nas situações em que o número de gestantes cadastradas era inferior ao número de gestantes acompanhadas, apesar de reconhecer como um possível erro de cadastro, os valores não foram alterados pelas pesquisadoras.

O município de Pinto Bandeira, da macrorregião de saúde da Serra, não foi incluído neste estudo, já que no ano de 2010, ano do CENSO e de cálculo do IVS-5, o mesmo não constava como município do Rio Grande do Sul.

Para os cálculos dos indicadores por macrorregiões, regiões de saúde e índices de vulnerabilidade, foi utilizado o comando *aggregate* do SPSS® para a criação de 4 bancos de dados distintos. Os cálculos dos indicadores foram realizados nos programas SPSS® e Excel®.

Como a Portaria 2.488 orienta que cada equipe de estratégia de saúde da família seja responsável por no máximo 4.000 pessoas e que 3.000 seria a média recomendada (BRASIL, 2011b); para a definição das estimativas de coberturas de equipes de estratégia de saúde da família e de saúde bucal, considerou-se nesta pesquisa a cobertura de uma equipe para cada 3.500 pessoas.

Para o cálculo da população dos anos de 2011, 2012 e 2013, utilizou-se as projeções de crescimento estimadas pelo IBGE a partir do CENSO de 2010, que

são, respectivamente, para esses anos: 0,46 0,44 e 0,41. Assim, multiplicou-se o número da população do ano de 2010 pela projeção de crescimento de 2011, dividiu-se por 100 e somou-se ao valor encontrado a população do ano de 2010. Repetiu-se esse cálculo para os anos de 2012 e 2013.

O percentual de gestantes acompanhadas foi obtido a partir da divisão do número de gestantes acompanhadas pelo total de cadastradas, multiplicando-se por 100. Os indicadores de cobertura da APN abordados neste estudo foram calculados em percentual. Para todos eles, o número de gestantes cadastradas foi o denominador dos cálculos de coberturas, nos quais os numeradores foram os números de gestantes acompanhadas, gestantes com pré-natal no mês, gestantes que iniciaram o acompanhamento dentro do primeiro trimestre, gestantes com vacina em dia e gestantes com consulta odontológica, todos multiplicados por 100.

Para o cálculo do percentual de partos prematuros, dividiu-se o total de nascimentos prematuros pelos nascidos vivos, e para o cálculo do percentual de baixo peso ao nascer, dividiu-se o total de nascidos com baixo peso, pelo total de nascidos vivos. Ambos foram multiplicados por 100.

Para o cálculo da taxa de mortalidade neonatal, dividiu-se o total de óbitos ocorridos até a 28ª semana pelo total de nascidos vivos, e multiplicou-se o resultado por 1000, conforme padronização nacional.

Os indicadores são apresentados, no período de 2010 a 2013, no estado, por macrorregiões, regiões de saúde e por índices de vulnerabilidade.

4.8 Considerações éticas

Todas as bases de dados utilizadas neste estudo são bases de dados secundárias e públicas e, por essa razão, este trabalho não precisou de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b).

5 RESULTADOS

5.1 Rio Grande do Sul

Os dados referentes ao estado do RS são apresentados na tabela 1.

Atualmente o RS é composto por 497 municípios e, no ano de 2010, havia 10.693.929 de habitantes. Para 2011, a população estimada ficou em 10.743.121; em 2012, a estimativa foi de 10.790.391 de habitantes e, em 2013, totalizou-se 10.834.631 de habitantes.

O RS contava com 1.210 ESF no ano de 2010, o que representou uma cobertura de 35,80% da população. Houve a implantação de mais 22 equipes no ano seguinte, totalizando 1.232 equipes e uma cobertura de 36,50%; em 2012 o total de equipes foi 1.358, atingindo uma cobertura de 40,27%. Em 2013, houve um incremento de 63 equipes, o que representou uma cobertura de 42,08% da população.

As ESB, modalidade I ou II, que atuam na atenção básica, são em menor número comparadas com as ESF. Para o ano de 2010, havia 666 ESB no RS, representando uma cobertura populacional de 20%. Foi observada expansão da saúde bucal nos anos seguintes, com o aumento do número de equipes, que totalizou 690 equipes em 2011, 775 equipes em 2012 e 792 equipes para o ano de 2013. Ao longo dos anos apresentados a cobertura aumentou de 20% para 23%.

Em 2010 havia 218.955 gestantes cadastradas e dessas, 209.148 gestantes acompanhadas (95,52%). Nesse ano, 186.754 delas iniciaram o acompanhamento de pré-natal dentro do primeiro trimestre gestacional (85,29%). Ainda não havia registro pelo SIAB de consultas odontológicas. Do total de gestantes cadastradas, 201.835 gestantes estavam com o pré-natal em dia (92,18%). Para a vacina em dia na gestação, registrou-se 201.593 usuárias (92,07%). Em relação aos desfechos gestacionais, dos 133.243 nascidos vivos registrados no ano de 2010, 12.669 foram de nascidos prematuros (9,50%) e para nascidos com baixo peso foram 12.566 ocorrências (9,43%). A mortalidade neonatal neste ano foi de 7,40 para cada 1.000 nascidos vivos.

Houve uma diminuição no número de gestantes acompanhadas em 2011, estando 228.056 cadastradas e 205.748 acompanhadas (90,21%). Nesse ano,

184.226 gestantes iniciaram o acompanhamento de pré-natal no primeiro trimestre (80,78%) e o atendimento odontológico foi registrado em 2.773 gestantes, o que representa 1,21% de todas as gestantes cadastradas. O pré-natal estava em dia para 198.857 gestantes (87,19%). Em 2011, 198.577 gestantes estavam com a vacina em dia (87,07%). Foram 137.710 nascidos vivos, dos quais 16.160 (11,73%) foram de nascidos prematuros e 12.566 (9,46%) de nascidos com baixo peso. A mortalidade neonatal foi de 7,80 para cada 1.000 nascidos vivos.

Para o ano de 2012, 232.305 gestantes estavam cadastradas e 219.146 acompanhadas (94,33%). Foram 196.488 usuárias que iniciaram o acompanhamento de pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação (84,58%) e para o acompanhamento odontológico neste período, 16.517 (7,11%) realizaram a consulta com o cirurgião-dentista. Neste ano, 211.408 gestantes estavam com o pré-natal em dia (91%) e 211.931 gestantes estavam com a vacina em dia (91,22%). Dos 138.941 nascidos vivos registrados, 16.765 são de nascidos prematuros (12,06%) e 13.016 são de baixo peso ao nascer (9,36%). A mortalidade neonatal foi de 7,20 para cada 1.000 nascidos vivos.

No ano de 2013 foram 232.580 gestantes cadastradas e 219.245 gestantes acompanhadas (94,26%). O início do acompanhamento pré-natal dentro do primeiro trimestre gestacional ocorreu para 197.040 mulheres (84,71%). O total de gestantes que realizou a primeira consulta odontológica programada foi de 17.355 usuárias (7,46%). Pré-natal e vacina estavam em dia, respectivamente, em 211.240 gestantes (90,82%) e 211.997 gestantes (91,15%). Nesse ano, houve uma diminuição na proporção desses desfechos gestacionais, com ocorrência de 16.376 nascidos pré-termos (11,58%) e 13.059 nascidos com baixo peso (9,24%). A mortalidade neonatal foi de 7 para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 1 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, no Rio Grande do Sul, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	10.693.929	10.743.121	10.790.391	10.834.631
Nº ESF ²	1.210	1.232	1.358	1.421
Cobertura de ESF²	35,80%	36,50%	40,27%	42,08%
Nº ESB ²	666	690	775	792
Cobertura de ESB²	20%	20%	23%	23%
Nº gestantes cadastradas ³	218.955	228.056	232.305	232.580
Nº gestantes acompanhadas ³	209.148	205.748	219.146	219.245
% acompanhadas	95,52%	90,21%	94,33%	94,26%
Nº gestantes com 1ºCOP ³	-	2.773	16.517	17.355
% 1ºCOP	-	1,21%	7,11%	7,46%
Nº gestantes iniciaram 1ºTRI ³	186.754	184.226	196.488	197.040
% 1ºTRI	85,29%	80,78%	84,58%	84,71%
Nº gestantes PN em dia ³	201.835	198.857	211.408	211.240
% PN em dia	92,18%	87,19%	91%	90,82%
Nº gestantes vacina em dia ³	201.593	198.577	211.931	211.997
% vacina em dia	92,07%	87,07%	91,22%	91,15%
Nº de nascidos vivos ⁴	133.243	137.710	138.941	141.296
Nº de nascidos prematuros ⁴	12.669	16.160	16.765	16.376
% de nascidos prematuros	9,50%	11,73%	12,06%	11,58%
Nº de baixo peso ao nascer ⁴	12.566	13.040	13.016	13.059
% de baixo peso ao nascer	9,43%	9,46%	9,36%	9,24%
Nº de óbitos neonatais ⁵	994	1080	1011	995
Mortalidade neonatal⁶	7,40	7,80	7,20	7

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE.

³Dados extraídos do SIAB.

⁴Dados extraídos do SINASC.

⁵Dados extraídos do SIM.

⁶Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

5.2 Macrorregião de Saúde Sul

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião Sul são apresentados na tabela 2.

A macrorregião de saúde Sul é composta por 28 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 1.084.591 pessoas. A cobertura de ESF foi de 34,21% e de ESB foi de 16,78%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 1.089.580, cujas coberturas foram de 32,94% e 16,95%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 1.094.374 de pessoas, cujas coberturas atingiram 38,70% e 21,43%. No ano de 2013, a população foi estimada em 1.098.861 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 43,64% e de ESB de 21,98%.

Em 2010, 95% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 83,22% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 91,84% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 91,78%. O percentual de nascidos prematuros foi de 9,34% e de baixo peso ao nascer foi de 9,44%. A mortalidade neonatal foi de 8,80 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 91,97% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 1,14% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 81,10% das gestantes, 89,20% estavam com pré-natal em dia e 89,02% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,42% e de baixo peso ao nascer foi de 10,33%. A mortalidade neonatal foi de 10,70 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 90,28% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 5,32% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 79,11% das gestantes, 86,78% estavam com pré-natal em dia e 87,49% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,14% e de baixo peso ao nascer foi de 9,98%. A mortalidade neonatal foi de 11,70 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

No ano seguinte, houve uma diminuição no número de gestantes acompanhadas, o que representou um leve decréscimo no percentual de

acompanhamento em relação ao ano anterior (90,02%). O pré-natal odontológico foi registrado para 6,04% das gestantes, 79,40% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 86,88% estavam com o pré-natal em dia 87,59% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer foram de 12,24% e 9,38%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 9,50 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 2 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Sul, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	1.084.591	1.089.580	1.094.374	1.098.861
Nº equipes de SF ²	106	103	121	137
Cobertura de ESF³	34,21%	32,94%	38,70%	43,64%
Nº equipes de ESB ²	52	53	67	69
Cobertura de ESB³	16,78%	16,95%	21,43%	21,98%
Nº gestantes cadastradas ⁴	18.106	18.793	22.012	20.983
Nº gestantes acompanhadas ⁴	17.202	17.284	19.873	18.890
% acompanhadas	95%	91,97%	90,28%	90,02%
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	216	1.172	1.269
% 1ºCOP	-	1,14%	5,32%	6,04%
Nº gestantes que iniciaram no 1ºTRI ⁴	15.069	15.243	17.414	16.661
%1ºTRI	83,22%	81,10%	79,11%	79,4%
Nº gestantes PN em dia ⁴	16.630	16.764	19.103	18.231
% PN em dia	91,84%	89,20%	86,78%	86,88%
Nº gestantes vacina em dia ⁴	16.618	16.731	19.259	18.380
% vacina em dia	91,78%	89,02%	87,49%	87,59%
Nº de nascidos vivos ⁵	11.348	11.864	11.585	11.852
Nº de nascidos prematuros ⁵	1.060	1.474	1.407	1.451
% de nascidos prematuros	9,34%	12,42%	12,14%	12,24%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	1.072	1.226	1.157	1.112
% de baixo peso ao nascer	9,44%	10,33%	9,98%	9,38%
Nº de óbitos neonatais ⁶	100	122	136	113
Mortalidade neonatal⁷	8,80	10,70	11,70	9,50

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE.

³Estimativa calculada considerando-se a padronização de 3.500 habitantes para cada equipe.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados extraídos do SIM.

⁷Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

5.3 Macrorregião de Saúde Metropolitana

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião Metropolitana são apresentados na tabela 3.

A macrorregião de saúde Metropolitana é composta por 89 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 4.622.984 pessoas. A cobertura de ESF foi de 25,59% e de ESB foi de 9,99%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 4.644.250, cujas coberturas foram de 26,22% e 10,70%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 4.664.684 de pessoas, cujas coberturas atingiram 30,28% e 13,28%. No ano de 2013, a população foi estimada em 4.683.810 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 32,13% e de ESB de 14,12%.

Em 2010, 95,26% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 81,91% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 90,55% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 90,99%. O percentual de nascidos prematuros foi de 9,81% e de baixo peso ao nascer foi de 9,28%. A mortalidade neonatal foi de 6,80 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 93,68% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 0,95% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 80,50% das gestantes, 89,42% estavam com pré-natal em dia e 89,69% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,02% e de baixo peso ao nascer foi de 9,33%. A mortalidade neonatal foi de 3,80 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 92,54% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 6,64% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 80,10% das gestantes, 87,98% estavam com pré-natal em dia e 88,99% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,05% e de baixo peso ao nascer foi de 9,01%. A mortalidade neonatal foi de 6,60 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

No ano seguinte, houve um aumento no número de gestantes acompanhadas e também um leve acréscimo no percentual de acompanhamento em relação ao ano anterior (93,07%). O pré-natal odontológico foi registrado para 6,43% das gestantes, 80,80% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 87,95% estavam com o pré-natal em dia 88,96% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer foram de 11,12% e 8,94%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 6,10 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 3 – Indicadores de coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Metropolitana, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	4.622.984	4.644.250	4.664.684	4.683.810
Nº equipes de SF ²	338	348	405	430
Cobertura de ESF³	25,59%	26,22%	30,38%	32,13%
Nº ESB ²	132	142	177	189
Cobertura de ESB³	9,99%	10,70%	13,28%	14,12%
Nº gestantes cadastradas ⁴	63.188	62.919	68.268	73.961
Nº gestantes acompanhadas ⁴	60.197	58.946	63.180	68.841
% acompanhadas	95,26%	93,68%	92,54%	93,07%
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	602	4.536	4.757
% 1ºCOP	-	0,95%	6,64%	6,43%
Nº gestantes iniciaram 1ºTRI ⁴	51.761	50.656	54.688	59.764
% 1ºTRI	81,91%	80,50%	80,10%	80,80%
Nº gestantes PN em dia ⁴	57.217	56.267	60.065	65.049
% PN em dia	90,55%	89,42%	87,98%	87,95%
Nº gestantes vacina em dia ⁴	57.500	56.437	60.752	65.799
% vacina em dia	90,99%	89,69%	88,99%	88,96%
Nº de nascidos vivos ⁵	64.058	66.496	67.911	68.713
Nº de nascidos prematuros ⁵	6.288	7.996	8.187	7.641
% de nascidos prematuros	9,81%	12,02%	12,05%	11,12%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	5.945	6.209	6.122	6.147
% de baixo peso ao nascer	9,28%	9,33%	9,01%	8,94%
Nº de óbitos neonatais ⁶	437	259	455	420
Mortalidade neonatal⁷	6,80	3,80	6,60	6,10

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE.

³Estimativa considerando 3.500 habitantes para cada equipe.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados extraídos do SIM.

⁷Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

5.4 Macrorregião de Saúde Missioneira

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião Missioneira são apresentados na tabela 4.

A macrorregião de saúde Missioneira é composta por 79 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 870.129 pessoas. A cobertura de ESF foi de 76,83% e de ESB foi de 53,49%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 874.131, cujas coberturas foram de 80,89% e 54,86%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 877.977 de pessoas, cujas coberturas atingiram 82,53% e 56,22%. No ano de 2013, a população foi estimada em 881.577 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 81,81% e de ESB de 55,99%.

Em 2010, 100% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 95% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 99,96% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 100%. O percentual de nascidos prematuros foi de 7,79% e de baixo peso ao nascer foi de 8,86%. A mortalidade neonatal foi de 7,60 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 100% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 2,77% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 95,75% das gestantes, 100% estavam com pré-natal em dia e 100% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 10,20% e de baixo peso ao nascer foi de 8,71%. A mortalidade neonatal foi de 18,20 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 100% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 9,90% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 94,59% das gestantes, 99,86% estavam com pré-natal em dia e 99,94% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 11,35% e de baixo peso ao nascer foi de 9,17%. A mortalidade neonatal foi de 6 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Para 2013, 100% das gestantes cadastradas estavam acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado para 10,55% das gestantes, 95,30% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 100% estavam com o pré-natal em dia e 100% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer foram de 11,88% e 9,28%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 7,50 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 4 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Missioneira, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	870.129	874.131	877.977	881.577
Nº equipes de SF ²	191	202	207	206
Cobertura de ESF³	76,83%	80,89%	82,53%	81,81%
Nº ESB ²	133	137	141	141
Cobertura de ESB³	53,49%	54,86%	56,22%	55,99%
Nº gestantes cadastradas ⁴	30.277	30.994	32.815	30.837
Nº gestantes acompanhadas ⁴	31.052	32.093	33.578	31.702
% acompanhadas	100%*	100%*	100%*	100%*
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	861	3.251	3.255
% 1ºCOP	-	2,77%	9,9%	10,55%
Nº gestantes iniciaram 1ºTRI ⁴	28.766	29.677	31.041	29.388
% 1ºTRI	95%	95,75%	94,59%	95,30%
Nº gestantes PN em dia ⁴	30.267	31.236	32.772	31.013
% PN em dia	99,96%	100%*	99,86%	100%*
Nº gestantes vacina em dia ⁴	30.329	31.213	32.796	31.049
% vacina em dia	100%*	100%*	99,94%	100%*
Nº de nascidos vivos ⁵	10.587	10.608	10.605	10.972
Nº de nascidos prematuros ⁵	825	1.083	1.204	1.304
% de nascidos prematuros	7,79%	10,20%	11,35%	11,88%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	935	924	973	1.019
% de baixo peso ao nascer	8,83%	8,71%	9,17%	9,28%
Nº de óbitos neonatais ⁶	81	194	64	83
Mortalidade neonatal⁷	7,60	18,20	6	7,50

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE.

³ Estimativa considerando 3.500 habitantes para cada equipe.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados extraídos do SIM.

⁷ Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

*Realizado ajuste para indicadores que ultrapassaram 100%

5.5 Macrorregião de Saúde dos Vales

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião dos Vales são apresentados na tabela 5.

A macrorregião de saúde dos Vales é composta por 62 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 817.433 pessoas. A cobertura de ESF foi de 47,10% e de ESB foi de 30,40%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 821.193, cujas coberturas foram de 46,88% e 30,69%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 824.806 de pessoas, cujas coberturas atingiram 49,23% e 33,10%. No ano de 2013, a população foi estimada em 828.188 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 49,45% e de ESB de 33,81%.

Em 2010, 94,22% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 84,24% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 91,23% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 90,48%. O percentual de nascidos prematuros foi de 9,27% e de baixo peso ao nascer foi de 8,93%. A mortalidade neonatal foi de 6,60 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 87,62% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 0,78% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 79,41% das gestantes, 85,05% estavam com pré-natal em dia e 84,71% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,41% e de baixo peso ao nascer foi de 9,16%. A mortalidade neonatal foi de 16 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 93,89% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 6,31% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 84,79% das gestantes, 90,53% estavam com pré-natal em dia e 90,50% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,74% e de baixo peso ao nascer foi de 9,91%. A mortalidade neonatal foi de 5,80 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Para 2013, 87,54% das gestantes cadastradas estavam acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado para 5,92% das gestantes, 79,65% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 84,78% estavam com o pré-

natal em dia e 84,56% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer, foram de 11,13% e 8,61%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 6,80 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 5 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião dos Vales, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	817.433	821.193	824.806	828.188
Nº equipes de SF ²	110	110	116	117
Cobertura de ESF³	47,10%	46,88%	49,23%	49,45%
Nº ESB ²	71	72	78	80
Cobertura de ESB³	30,40%	30,69%	33,10%	33,81%
Nº gestantes cadastradas ⁴	20.490	21.184	22.919	22.461
Nº gestantes acompanhadas ⁴	19.307	18.562	21.519	19.664
% acompanhadas	94,22%	87,62%	93,89%	87,54%
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	166	1.448	1.331
% 1ºCOP	-	0,78%	6,31%	5,92%
Nº gestantes iniciaram 1ºTRI ⁴	17.262	16.824	19.434	17.892
% 1ºTRI	84,24%	79,41%	84,79%	79,65%
Nº gestantes PN em dia ⁴	18.695	18.018	20.750	19.044
% PN em dia	91,23%	85,05%	90,53%	84,78%
Nº gestantes vacina em dia ⁴	18.541	17.946	20.743	18.988
% vacina em dia	90,48%	84,71%	90,50%	84,53%
Nº de nascidos vivos ⁵	7.804	8.095	8.231	8.232
Nº de nascidos prematuros ⁵	724	1.005	1.049	917
% de nascidos prematuros	9,27%	12,41%	12,74%	11,13%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	697	744	734	709
% de baixo peso ao nascer	8,93%	9,19%	8,91%	8,61%
Nº de óbitos neonatais ⁶	52	130	48	56
Mortalidade neonatal⁷	6,60	16	5,80	6,80

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE

³Estimativa considerando 3.500 habitantes para cada equipe.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados do SIM.

⁷Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

5.6 Macrorregião de Saúde Norte

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião Norte são apresentados na tabela 6.

A macrorregião de saúde Norte é composta por 147 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 1.322.277 pessoas. A cobertura de ESF foi de 71,75% e de ESB foi de 44,47%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 1.328.359, cujas coberturas foram de 72,46% e 46,11%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 1.334.204 de pessoas, cujas coberturas atingiram 76,60% e 48,26%. No ano de 2013, a população foi estimada em 1.339.674 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 78,65% e de ESB de 47,81%.

Em 2010, 100% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 93,60% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 99,12% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 99,23%. O percentual de nascidos prematuros foi de 8,75% e de baixo peso ao nascer foi de 10,06%. A mortalidade neonatal foi de 6,20 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 81,95% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 0,48% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 75,11% das gestantes, 79,83% estavam com pré-natal em dia e 79,99% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 10,24% e de baixo peso ao nascer foi de 9,99%. A mortalidade neonatal foi de 11,40 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 100% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 5,82% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 93,45% das gestantes, 99,55% estavam com pré-natal em dia e 97,89% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 11,94% e de baixo peso ao nascer foi de 10,12%. A mortalidade neonatal foi de 6,70 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Para 2013, 100% das gestantes cadastradas estavam acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado para 7,63% das gestantes, 95,10% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 100% estavam com o pré-natal em dia e 100% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer foram de 12,40% e 10%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 8,10 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 6 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Norte, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	1.322.277	1.328.359	1.334.204	1.339.674
Nº equipes de SF ²	271	275	292	301
Cobertura de ESF³	71,75%	72,46%	76,60%	78,65%
Nº de ESB ²	168	175	184	183
Cobertura de ESB³	44,47%	46,11%	48,26%	47,81%
Nº gestantes cadastradas ⁴	45.768	54.455	44.510	43.216
Nº gestantes acompanhadas ⁴	46.609	44.626	45.352	44.532
% acompanhadas	100%*	81,95%	100%*	100%*
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	266	2.591	3.300
% 1ºCOP	-	0,48%	5,82%	7,63%
Nº gestantes que iniciaram 1ºTRI ⁴	42.841	40.903	41.599	41.102
% no 1ºTRI	93,60%	75,11%	93,45%	95,10%
Nº gestantes PN em dia ⁴	45.366	43.476	44.311	43.442
% PN em dia	99,12%	79,83%	99,55%	100%
Nº gestantes vacina em dia ⁴	45.418	43.561	44.399	43.643
% vacina em dia	99,23%	79,99%	97,89%	100%*
Nº de nascidos vivos ⁵	15.718	16.472	16.279	16.657
Nº de nascidos prematuros ⁵	1.376	1.687	1.944	2.067
% de nascidos prematuros	8,75%	10,24%	11,94%	12,40%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	1.582	1.646	1.648	1.666
% de baixo peso ao nascer	10,06%	9,99%	10,12%	10%
Nº de óbitos neonatais ⁶	99	189	110	135
Mortalidade neonatal⁷	6,20	11,40	6,70	8,10

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

² Estimativa considerando 3.500 habitantes para cada equipe.

³Dados extraídos da SAGE.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados extraídos do SIM.

⁷ Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

*Realizado ajuste para indicadores que ultrapassaram 100%.

5.7 Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião Centro-Oeste são apresentados na tabela 7.

A macrorregião de saúde Centro-Oeste é composta por 43 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 924.282 pessoas. A cobertura de ESF foi de 28,03% e de ESB foi de 17,80%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 928.533, cujas coberturas foram de 30,54% e 19,60%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 932.619 de pessoas, cujas coberturas atingiram 31,09% e 21,77%. No ano de 2013, a população foi estimada em 936.443 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 33,64% e de ESB de 22,42%.

Em 2010, 81,16% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 68,36% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 78,02% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 76,55%. O percentual de nascidos prematuros foi de 9,35% e de baixo peso ao nascer foi de 8,81%. A mortalidade neonatal foi de 9,90 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 86,85% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 0,23% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 74,76% das gestantes, 83,29% estavam com pré-natal em dia e 81,76% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 13% e de baixo peso ao nascer foi de 8,77%. A mortalidade neonatal foi de 4,10 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 85,15% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 4,64% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 74,27% das gestantes, 81,45% estava com pré-natal em dia e 79,53% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,32% e de baixo peso ao nascer foi de 8,68%. A mortalidade neonatal foi de 7,70 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Para 2013, 90,41% das gestantes cadastradas estavam acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado para 6,82% das gestantes, 79,71% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 87,18% estavam com o pré-natal em dia e 85,06% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer foram de 11,71% e 8,96%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 6,20 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 7 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Centro-Oeste, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	924.282	928.533	932.619	936.443
Nº equipes de SF ²	74	81	85	90
Cobertura de ESF³	28,03%	30,54%	31,09%	33,64%
Nº de ESB ²	47	52	58	60
Cobertura de ESB³	17,80%	19,60%	21,77%	22,42%
Nº gestantes cadastradas ⁴	15.706	14.403	15.309	15.144
Nº gestantes acompanhadas ⁴	12.748	12.510	13.037	13.692
% acompanhadas	81,16%	86,85%	85,15%	90,41%
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	34	715	1033
% 1ºCOP	-	0,23%	4,67%	6,82%
Nº gestantes iniciaram 1ºTRI ⁴	10.737	10.769	11.371	12.072
% 1ºTRI	68,36%	74,76%	74,27%	79,71%
Nº gestantes PN em dia ⁴	12.254	11.997	12.470	13.204
% PN em dia	78,02%	83,29%	81,45%	87,18%
Nº gestantes vacina em dia ⁴	12.024	11.777	12.176	12.882
% vacina em dia	76,55%	81,76%	79,53%	85,06%
Nº de nascidos vivos ⁵	10.466	10.385	10.270	10.590
Nº de nascidos prematuros ⁵	979	1.351	1.266	1.241
% de nascidos prematuros	9,35%	13%	12,32%	11,71%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	923	911	892	947
% de baixo peso ao nascer	8,81%	8,77%	8,68%	8,94%
N de óbitos neonatais ⁶	104	43	80	66
Mortalidade neonatal⁷	9,90	4,10	7,70	6,20

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE.

³Estimativa considerando 3.500 habitantes para cada equipe.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados extraídos do SIM.

⁷Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

5.8 Macrorregião de Saúde Serra

Os indicadores referentes às coberturas de saúde da família e saúde bucal, e APN da macrorregião Serra são apresentados na tabela 8.

A macrorregião de saúde Serra é composta por 48 municípios (Tabela 9) e, em 2010, a população era de 1.052.233 pessoas. A cobertura de ESF foi de 39,92% e de ESB foi de 20,95%. No ano seguinte, a projeção estimou uma população de 1.057.073, cujas coberturas foram de 37,41% e 19,53%, respectivamente, para ESF e ESB. Para 2012, foram estimadas 1.061.724 de pessoas, cujas coberturas atingiram 43,52% e 23,07%. No ano de 2013, a população foi estimada em 1.066.077 de habitantes e observou-se uma cobertura de ESF de 45,97% e de ESB de 22,98%.

Em 2010, 86,67% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. Neste ano, não foram contabilizados os atendimentos odontológicos, pois o indicador ainda não existia. Para 79,92% das gestantes, o pré-natal iniciou no primeiro trimestre gestacional e 84,20% estavam com a consulta de pré-natal em dia. Vacina em dia atingiu o percentual de 83,25%. O percentual de nascidos prematuros foi de 10,68% e de baixo peso ao nascer foi de 10,64%. A mortalidade neonatal foi de 9,10 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2011, 85,85% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 2,48% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 79,70% das gestantes, 83,36% estavam com pré-natal em dia e 82,62% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 11,34% e de baixo peso ao nascer foi de 10%. A mortalidade neonatal foi de 10,30 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Em 2012, 85,39% das gestantes cadastradas foram acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado em 10,59% das gestantes. Início do pré-natal no primeiro trimestre ocorreu em 79,10% das gestantes, 82,86% estava com pré-natal em dia e 82,37% com vacina em dia. O percentual de nascidos prematuros foi de 12,14% e de baixo peso ao nascer foi de 10,59%. A mortalidade neonatal foi de 8,30 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Para 2013, 84,39% das gestantes cadastradas estavam acompanhadas. O pré-natal odontológico foi registrado para 9,27% das gestantes, 77,60% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 81,82% estavam com o pré-natal em dia e 81,82% com vacina em dia. Os percentuais de desfechos adversos nascidos prematuros e baixo peso ao nascer foram de 12,28% e 10,21%, respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 8,50 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 8 – Indicadores de Coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, na Macrorregião Serra, no período de 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
População¹	1.052.233	1.057.073	1.061.724	1.066.077
Nº equipes de SF ²	120	113	132	140
Cobertura de ESF³	39,92%	37,41%	43,52%	45,97%
Nº ESB ²	63	59	70	70
Cobertura de ESB³	20,95%	19,53%	23,07%	22,98%
Nº gestantes cadastradas ⁴	25.420	25.308	26.472	25.978
Nº gestantes acompanhadas ⁴	22.033	21.727	22.607	21.924
% acompanhadas	86,67%	85,85%	85,39%	84,39%
Nº gestantes com 1ºCOP ⁴	-	628	2.804	2.410
% 1ºCOP	-	2,48%	10,59%	9,27%
Nº gestantes iniciaram 1ºTRI ⁴	20.318	20.173	20.941	20.161
% 1ºTRI	79,92%	79,70%	79,10%	77,60%
Nº gestantes PN em dia ⁴	21.406	21.099	21.937	21.257
% PN em dia	84,20%	83,36%	82,86%	81,82%
Nº gestantes vacina em dia ⁴	21.163	20.912	21.806	21.256
% vacina em dia	83,25%	82,62%	82,37%	81,82%
Nº de nascidos vivos ⁵	13.262	13.790	14.060	14.280
Nº de nascidos prematuros ⁵	1.417	1.564	1.708	1.755
% de nascidos prematuros	10,68%	11,34%	12,14%	12,28%
Nº de baixo peso ao nascer ⁵	1.412	1.380	1.490	1.459
% de baixo peso ao nascer	10,64%	10%	10,59%	10,21%
Nº de óbitos neonatais ⁶	121	143	118	122
Mortalidade neonatal⁷	9,10	10,30	8,30	8,50

¹O ano de 2010 apresenta dados do CENSO, para os anos seguintes são apresentados dados de projeção do IBGE.

²Dados extraídos da SAGE

³Estimativa considerando 3.500 habitantes para cada equipe.

⁴Dados extraídos do SIAB.

⁵Dados extraídos do SINASC.

⁶Dados extraídos do SIM.

⁷Mortalidade calculada para cada 1.000 nascidos vivos, conforme padronização nacional.

5.9 Medidas Sumarizadoras das Macrorregiões de Saúde

Utilizando-se os valores dos dois últimos anos, isto é 2012 e 2013, os indicadores das macrorregiões foram sumarizados na tabela 9. Assim, percebe-se que as macrorregiões que apresentam as maiores coberturas de ESF e ESB são a Missioneira (82,17% e 56,10%) e a Norte (77,61% e 48,03%). As coberturas de ESF e ESB mais baixas foram encontradas na macrorregião Metropolitana (31,26% e 13,70%) e Centro-Oeste (32,77% e 22,09%).

Para os indicadores de cobertura de APN, maiores coberturas foram observadas na macrorregião Missioneira. Já a macrorregião Serra obteve as menores coberturas para os indicadores de gestantes acompanhadas, pré-natal e vacina em dias, exceto para pré-natal odontológico que foi na macrorregião Sul e o início do acompanhamento no primeiro trimestre, que foi na macrorregião Centro-Oeste.

Para os desfechos gestacionais adversos, todas as macrorregiões apresentaram incidências semelhantes, sendo que a Serra teve a maior porcentagem de nascidos prematuros e de baixo peso. A taxa de mortalidade neonatal foi maior na macrorregião Sul, seguida da macrorregião Serra.

Para o índice de vulnerabilidade social, observa-se que na macrorregião Serra há um percentual maior de municípios nas categorias IVS-5-1 e IVS-5-2, ou seja, é a região com maior número de municípios menos vulneráveis, seguido pelas macrorregiões Metropolitana e Vales. Já as macrorregiões Missioneira, Centro-Oeste e Norte apresentam a maioria dos seus municípios dentro das categorias IVS-5-3 e IVS-5-4, categorias essas que representam maior vulnerabilidade social.

Tabela 9 – Indicadores de Coberturas de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal dos anos de 2012 e 2013 e Categorias do IVS-5 de 2010 dos municípios do Rio grande do Sul, por Macrorregião de Saúde.

Indicadores	Sul	Metropolitana	Missioneira	Vales	Norte	Centro-Oeste	Serra
Nº de municípios	28	89	79	62	147	43	48
Cobertura ESF**	41,17%	31,26%	82,17%	49,34%	77,61%	32,77%	44,73%
Cobertura ESB**	21,70%	13,70%	56,10%	33,46%	48,03%	22,09%	23,02%
Acompanhadas**	90,15%	92,82%	100% [†]	90,75%	100% [†]	87,77%	84,90%
1º COP**	5,67%	6,53%	10,22%	6,12%	6,71%	5,73%	9,94%
1º TRI**	79,25%	80,47%	94,93%	82,25%	94,27%	76,98%	78,36%
PN em dia**	86,83%	87,96%	100% [†]	87,69%	100% [†]	84,30%	82,35%
Vacina em dia**	87,54%	88,97%	100% [†]	87,55%	100% [†]	82,28%	82,10%
Prematuros**	12,19%	11,58%	11,62%	11,94%	12,17%	12,01%	12,21%
Baixo peso**	9,68%	8,98%	9,23%	8,76%	10,06%	8,81%	10,40%
Mortalidade neonatal***	10,60	6,40	6,80	6,30	7,40	7	8,50
IVS-5-1****	7,10%	25,80%	3,80%	11,30%	6,10%	4,70%	31,30%
IVS-5-2****	42,90%	43,80%	34,20%	45,20%	28,60%	34,90%	50%
IVS-5-3****	17,90%	23,60%	50,60%	27,40%	44,20%	37,20%	14,60%
IVS-5-4****	32,10%	6,70%	11,40%	16,10%	21,10%	23,30%	4,20%

[†]Realizado ajuste para indicadores que ultrapassaram 100%.

** Indicadores calculados em percentuais.

*** Indicador calculado para cada 1.000 nascidos vivos.

**** Percentuais apresentados correspondem ao total de municípios em cada categoria.

5.10 Medidas Sumarizadoras entre as Regiões de Saúde

Utilizando-se os valores dos dois últimos anos, isto é 2012 e 2013, os indicadores das 30 regiões de saúde do RS foram sumarizados na tabela 10. Assim, percebe-se que as regiões Santa Rosa e Sananduva apresentam as maiores coberturas de ESF com 100%. Para ESB, Sananduva e Frederico apresentam as maiores coberturas, com 68,15% e 63,98%, respectivamente. A cobertura de ESF mais baixa é observada na região Alegrete, seguida da região Carbonífera. Coberturas mais baixas de ESB foram encontradas nas regiões de Porto Alegre (11,46%) e de SL/NH (12,62%).

Para os indicadores de cobertura de APN, coberturas de 100% foram observadas para gestantes acompanhadas, acompanhamento no 1º trimestre, pré-natal e vacina em dias nas regiões de Santa Maria, Santa Rosa, Frederico e Santa Cruz. A região de Canoas obteve 100% de cobertura em gestantes acompanhadas e a de Belas Praias registrou 100% para acompanhadas, pré-natal e vacina em dias. As coberturas mais baixas foram encontradas na região de Alegrete, seguida da região de Lajeado. Nessas regiões, a cobertura de gestantes acompanhadas foi de 55,60% e 59,84%; acompanhamento no 1º trimestre, 45,51% e 56,43%; pré-natal em dia 52,85% e 58,31% e, finalmente, vacina em dia registrou 52,26% e 58,61. A consulta odontológica à gestante obteve a maior cobertura na região de Caxias (22,02%) e a menor na de Bagé (1,77%).

Para os desfechos gestacionais adversos, as regiões de Erechim e de Uva e Vale apresentaram as maiores proporções de nascidos prematuros, sendo, respectivamente, 17,53% e 14,11%. Para baixo peso ao nascer, a maior proporção ocorreu na região de Erechim (14,39%), seguida da de Passo Fundo (12,08%). A menor proporção de prematuros se deu na região de Paranhana (9,78%) e de baixo peso na região de Estrela (7,45%), seguida da de Santiago (7,47%). A taxa de mortalidade neonatal foi maior na região de Bagé, com 14,50 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos e a menor na região de Santa Maria, com 5,10 óbitos para cada 1.000 nascidos.

Tabela 10 – Indicadores de Coberturas de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, dos anos 2012 e 2013.

Região	ESF**	ESB**	Acomp**	1°COP**	1°TR**	PN dia**	Vacina**	Premat**	BP**	Mortalid***
Sta Maria	20,83%	20,83%	100%*	11,34%	100%*	100%*	100%*	12,39%	8,16%	5,10
Santiago	64,07%	52,93%	95,40%	4,52%	88,61%	91,72%	91,27%	11,83%	7,47%	7,70
Alegrete	19,39%	14,10%	55,60%	2,69%	45,51%	52,85%	52,26%	11,98%	9,17%	7,30
Belas Praias	51,07%	26,56%	100%*	5,44%	93,87%	100%*	100%*	11,65%	8,29%	6,60
Bons Ventos	54,54%	46,61%	93,52%	6,66%	82,81%	89,49%	90,21%	12,06%	8,93%	7,90
Paranhana	35,83%	19,54%	95,20%	6,07%	86,47%	92,70%	91,90%	9,78%	7,75%	6,80
SL/NH	29,37%	12,62%	78,18%	5,84%	69,51%	75,45%	75,89%	13,13%	9,25%	7,30
Canoas	32,89%	15,64%	100%*	6,18%	87,19%	95,97%	94,50%	11,04%	8,37%	6,10
Carbonífera	27,52%	13,09%	92,70%	2,94%	80,87%	88,36%	89,47%	10,69%	9,07%	8,10
Porto Alegre	28,76%	11,46%	94,29%	7,80%	80,34%	88,38%	90,84%	11,38%	9,28%	5,80
Sto Ângelo	71,90%	47,01%	99,74%	7,60%	90,26%	96,61%	96,66%	10,90%	9,24%	6
Cruz Alta	53,60%	43,34%	97,02%	11,03%	88,45%	94,95%	93,97%	12,33%	9,14%	8,50
Ijuí	91,38%	63,02%	93,22%	9,97%	87,08%	91,17%	91,34%	12,20%	9,49%	6,20
Santa Rosa	100%	54,99%	100%*	13,53%	100%*	100%*	100%*	10,95%	8,91%	6,60
Frederico	87,55%	63,98%	100%*	10,86%	100%*	100%*	100%*	12,16%	8,82%	5,70
Erechim	85,79%	35,93%	92,04%	4,19%	85,20%	89,32%	89,86%	17,53%	14,39%	11,80
Passo Fundo	57,33%	31,59%	93,39%	5,56%	84,25%	90,45%	90,30%	13,44%	12,08%	8,10
Sananduva	100%	68,15%	91,10%	2,99%	84,71%	89,42%	89,47%	10,82%	8,96%	10,70
Soledade	63,19%	29,07%	94,72%	4,09%	83,23%	90,62%	90,78%	11,64%	10,76%	9,10
Carazinho	76,74%	56,64%	92,31%	8,20%	84,91%	90,84%	91,50%	12,50%	10,29%	7
Pelotas	37,07%	20,84%	90,18%	6,75%	78,96%	86,50%	87,31%	12,18%	9,70%	9,90
Bagé	67,47%	50,90%	90,06%	1,77%	80,83%	88,07%	88,38%	12,28%	9,61%	14,50
Caxias	34,07%	17,21%	90,99%	22,02%	83,12%	87,48%	86,09%	12,19%	11,21%	8,90
Campos Serra	60,42%	50,98%	94,51%	9,36%	83,01%	89,41%	90,94%	8,28%	9,18%	7,80
Vinhedos	50,87%	21,80%	76,81%	2,40%	67,66%	69,77%	70,19%	12,58%	9,27%	7,70
Uva e Vale	56,12%	21,43%	96,52%	3,99%	91,78%	95,38%	94,39%	14,11%	10,30%	8,60
Cachoeira	43,09%	16,68%	87,71%	5,13%	78,05%	84,09%	84,20%	11,91%	8,97%	3,70
Sta Cruz	36,50%	27,51%	100%*	11,86%	100%*	100%*	100%*	12,68%	9,01%	5,90
Lajeado	90,23%	57,65%	59,84%	3,80%	56,43%	58,31%	58,61%	11,73%	9,06%	10,80
Estrela	42,09%	34,44%	82,29%	2,73%	76,01%	80,72%	80,08%	10,29%	7,45%	12,40

5.11 Medidas Sumarizadoras dos Municípios Agregados pelo IVS

Os 496 municípios do Rio Grande do Sul foram agregados, seguindo as 4 categorias criadas nesta pesquisa para o índice de vulnerabilidade social. Os indicadores são apresentados na tabela 11 para os anos de 2010 a 2013.

Em todos os anos, as coberturas de ESF e ESB foram maiores nas categorias de IVS-5-3 e IVS-5-4, ou seja, nas categorias formadas pelos municípios mais vulneráveis. Nota-se que para todas as categorias de IVS-5 há um aumento nas coberturas de ESF e ESB ao passar dos anos. Apesar de haver menor de cobertura de ESF e ESB nas categorias de IVS-5-1 e IVS-5-2, observou-se que os indicadores de cobertura da APN são similares entre as quatro categorias de IVS-5. O percentual de gestantes com início do acompanhamento no 1º trimestre gestacional

é o indicador menos expressivo em todas as categorias de IVS-5, em todos os anos analisados, comparado aos demais.

Para o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica à gestante, a categoria IVS-5-1, ou seja, o agregado de municípios menos vulneráveis, apresenta a maior cobertura, no entanto, é a categoria com o menor percentual de cobertura de ESB. O grupo do IVS-5-3, apesar de apresentar a maior cobertura de ESB, não é destaque para a cobertura de pré-natal odontológico.

Em todas as categorias, observa-se discreto aumento em relação ao percentual de prematuros comparando-se os demais anos com o ano de 2010. Em relação ao percentual de baixo peso, observa-se estabilidade no indicador ao longo dos anos, sendo mais baixo nas categorias IVS-5-3 e IVS-5-4.

Em relação à mortalidade neonatal, nas categorias mais vulneráveis, onde há maior cobertura de ESF e ESB, encontram-se as menores taxas de mortalidade, exceto no ano de 2011, no qual na categoria IVS-5-3 foi observado uma taxa de 22,10 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos.

Tabela 11 – Indicadores de Coberturas de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e Atenção Pré-Natal, dos municípios do Rio Grande do Sul, por Categorias do IVS-5 nos anos de 2010 a 2013.

2010	IVS-5-1	IVS-5-2	IVS-5-3	IVS-5-4
Cobertura ESF	26,97%	45,30%	83,01%	59,11%
Cobertura ESB	10,23%	27,57%	58,65%	42,13%
Acompanhadas	95,83%	94,32%	96,52%	91,15%
1°TRI	84,59%	83,96%	88,98%	81,62%
PN em dia	91,90%	91,20%	94,03%	88,25%
Vacina	91,96%	90,82%	94,09%	88,13%
Prematuro	10,04%	9,10%	8,22%	8,36%
Baixo Peso	9,67%	9,22%	8,83%	8,98%
Mortalidade neonatal	7,40	8,40	4,80	6,40
2011	IVS-5-1	IVS-5-2	IVS-5-3	IVS-5-4
Cobertura ESF	27,50%	46,58%	80,83%	61,25%
Cobertura ESB	10,72%	28,70%	58,46%	44,37%
Acompanhadas	94,62%	93,97%	73,04%	97,74%
1°COP	1,39%	1,29%	0,89%	0,79%
1°TRI	83,15%	84,86%	66,97%	88,07%
PN em dia	90,79%	91,08%	71,27%	94,85%
Vacina	91,08%	90,52%	71,13%	94,67%
Prematuro	11,92%	11,93%	10,32%	10,72%
Baixo Peso	9,74%	9,20%	9,01%	8,73%
Mortalidade neonatal	6,50	6,30	22,10	8,40
2012	IVS-5-1	IVS-5-2	IVS-5-3	IVS-5-4
Cobertura ESF	32,71%	48,86%	82,85%	63,35%
Cobertura ESB	14,32%	29,93%	60,31%	45,96%
Acompanhadas	96,91%	91,93%	95,77%	88,66%
1°COP	8,32%	6,26%	6,31%	6,13%
1°TRI	85,36%	83,11%	88,16%	79,80%
PN em dia	92,81%	88,90%	93,43%	86,03%
Vacina	93,27%	89,02%	93,32%	86,18%
Prematuro	11,99%	12,48%	10,95%	12,17%
Baixo Peso	9,45%	9,42%	8,73%	9,03%
Mortalidade neonatal	7,30	7,30	7,40	6,70
2013	IVS-5-1	IVS-5-2	IVS-5-3	IVS-5-4
Cobertura ESF	35,47%	49,94%	84,81%	60,24%
Cobertura ESB	15,13%	30,39%	59,17%	45,96%
Acompanhadas	94,69%	93,49%	95,76%	94,50%
1°COP	8,20%	6,70%	7,46%	6,87%
1°TRI	83,38%	84,84%	87,12%	86,62%
PN em dia	90,19%	90,54%	92,42%	92,35%
Vacina	91,22%	90,30%	92,35%	92,33%
Prematuro	11,48%	11,87%	11,34%	11,50%
Baixo Peso	9,24%	9,37%	8,74%	9,29%
Mortalidade neonatal	7,10	7,30	6,40	6,10

5.12 Municípios Agregados por IDHM

Após a classificação pelas categorias do IDHM para o Rio Grande do Sul, como apresentado na tabela 11, constatou-se que a grande maioria dos municípios concentra-se na categoria “médio” e “alto”. Portanto, optou-se pela não realização da investigação das possíveis diferenças dos indicadores de APN entre os municípios através deste índice, uma vez que havia três categorias com apenas um município.

Tabela 12 – Classificação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dos Municípios do Rio Grande do Sul, 2013.

Categoria IDHM	Nº de municípios
Muito baixo	1
Baixo	1
Médio	182
Alto	312
Muito Alto	1

Fonte: PNUD, 2013.

6 Discussão

Os dados gerais do RS apresentam uma cobertura de ESF que, até o final de 2013, foi inferior a 50%. Este dado é semelhante à cobertura nacional, que para este mesmo ano foi de 56%, mas inferior aos outros estados da região Sul, como Paraná (PR) (60%) e Santa Catarina (SC) (75%) (BRASIL, 2014). Ressalta-se a importância deste modelo de atenção em substituição ao modelo tradicional das unidades básicas de saúde. Trata-se de um modelo em expansão, que visa qualificar e consolidar a AB, pois favorece uma reorientação do processo de trabalho, melhorando a resolutividade e provocando impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2011b).

A inserção do cirurgião-dentista, como ESB junto às ESF, ocorreu no ano 2000 e ainda hoje apresenta cobertura inferior quando comparada à cobertura de ESF. No RS, o percentual de pessoas cobertas por ESB é de 23%, quase a metade do estado vizinho SC (46%), enquanto a média nacional é de 38% (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde orienta que a APN de baixo risco seja conduzida pela equipe da AB (BRASIL, 2012a). Observamos neste estudo que, mesmo quando a cobertura de ESF é baixa, as equipes de ESF apresentam bons indicadores de cobertura de APN. Dentre estes indicadores, o início do acompanhamento das gestantes no 1º trimestre, mesmo que elevado no RS quando comparado com estudos de outras regiões, é o que apresenta as menores coberturas. Este achado corrobora com resultados de outros trabalhos (DOMINGUES *et al.*, 2012; ROCHA; SILVA, 2012; COSTA *et al.*, 2013). Nesse sentido, é possível que as mulheres tenham dificuldade de acesso ao pré-natal no início da gestação, especialmente considerando que na maior parte do RS a AB funciona no modelo tradicional de unidade básica de saúde. Diferentemente deste modelo tradicional, é diretriz da ESF o trabalho com ênfase na formação de vínculo com os usuários para garantir a integralidade da atenção prestada e melhorar a adesão às ações e programas.

Segundo dados nacionais e por unidades federativas, extraídos do SIAB para o ano de 2010, cerca de 80% das gestantes acompanhadas pelos ACS teriam começado o pré-natal no 1º trimestre, com uma variação entre 56% no Acre até 89% em São Paulo. Para pré-natal realizado no mês, 90% das gestantes acompanhadas estariam com o pré-natal em dia, com uma variação entre 66% no Distrito Federal a

96% no Mato Grosso. Das gestantes acompanhadas, 93% estariam com a vacinação em dia, com uma variação entre 67% no Distrito Federal a 98% no Ceará (BRASIL, 2012b). Neste estudo, os achados em 2010 mostraram que, para esses indicadores, o RS está acima da média nacional, apesar de já ter sido apontada a baixa cobertura de ESF no ano de 2010 que era de 35,80%.

Em relação ao atendimento odontológico à gestante, o indicador 1º COP, que mensura este atendimento, foi criado no ano de 2011; portanto, são poucos os anos para se realizar a comparação e avaliar a contribuição deste atendimento junto aos demais indicadores da APN, desfechos adversos da gestação e mortalidade neonatal.

Apesar disso, este trabalho evidencia que ainda é muito baixa a cobertura de consulta odontológica à gestante e, mesmo quando ela ocorre, não é possível saber através do atual registro (SIAB) se a mesma incluiu, por parte do profissional cirurgião-dentista, orientações preventivas e de promoção de saúde ou se esse atendimento se configurou apenas no plano de tratamento dentário. Nesse sentido, mesmo quando uma macrorregião de saúde ou divisão por IVS-5 apresentava uma maior cobertura de equipes de saúde bucal, não houve proporcionalmente uma maior cobertura de consulta odontológica à gestante. Uma das hipóteses explicativas para esse achado é a falta de conhecimento do cirurgião-dentista sobre o pré-natal odontológico, assim como o desconhecimento dos profissionais da odontologia sobre os riscos de desfechos negativos que as doenças bucais podem acarretar na gestação (SILVA, 2013). Como ainda é recente a inserção do cirurgião-dentista na saúde da família, é possível que a formação acadêmica ainda seja bastante voltada para as práticas curativas ao longo do ciclo vital.

Em relação aos desfechos gestacionais trabalhados nesta pesquisa, a literatura apresenta que a prematuridade e o baixo peso ao nascimento são determinantes nas taxas de mortalidade neonatal, aquelas que ocorrem após o nascimento até 28 dias de vida, as quais vêm aumentando no Brasil (ARAÚJO; TANAKA, 2007; BEHRMAN; BUTLER, 2007; SAIGAL; DOYLE, 2008). No RS, atualmente, o percentual de nascidos prematuro e baixo peso é de 11,58% e 9,24%, respectivamente. A mortalidade neonatal está em 7 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos, menor que a média nacional, que é 10 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos.

A menor taxa de mortalidade neonatal na região Sul é encontrada no estado de SC (BRASIL, 2014).

Segundo alguns autores (SILVA *et al.*, 2001; THEME *et al.*, 2004), no Brasil, com as informações provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, não é possível estimar a prevalência de nascidos pré-termo devido à baixa confiabilidade dos dados referentes à idade gestacional, sendo recomendados estudos populacionais para essa avaliação. Uma revisão de estudos de base populacional no Brasil avaliou o aumento do nascimento pré-termo no país e os autores concluíram que há uma clara evidência desse aumento no país, a qual não é confirmada por dados do SINASC, que mostra taxas mais baixas do que nesses estudos (SILVEIRA *et al.*, 2008). Em nosso estudo, observou-se um leve aumento no RS ao longo dos anos, no entanto, quando são investigadas as desigualdades regionais e sociais, há uma distribuição similar ao longo dos anos quanto ao percentual de nascidos vivos antes de 37 semanas gestacionais, com discreto aumento nas regiões com menor IVS-5.

Sugere-se como provável causa do aumento da prevalência dos partos pré-termos o aumento da intervenção médica e das cesáreas, sendo a etiologia do nascimento pré-termo pouco esclarecida, havendo fatores de risco associados, como a baixa qualidade da atenção pré-natal (BETTIOL *et al.*, 2010). Neste trabalho, os indicadores analisados refletem que as coberturas da atenção pré-natal, como início do acompanhamento no primeiro trimestre, consultas de pré-natal em dia e vacina em dia, foram elevadas no RS, mas não é possível avaliar a qualidade dessa assistência, pois esses são indicadores quantitativos, que mensuram alguns aspectos da atenção pré-natal.

Em relação ao baixo peso ao nascer, Viana e colaboradores (2013) realizaram uma importante pesquisa sobre o baixo peso no Brasil e encontraram prevalência de 6,10%, sendo a região Sul do país a de maior valor, com 7,90%. A maior prevalência está em regiões mais desenvolvidas economicamente, refletindo a transição epidemiológica perinatal, que se caracteriza por mudanças nos padrões de assistência ao parto e incorporação dos avanços tecnológicos, assim como aos fatores de risco associados à pobreza e à desinformação. Os achados deste estudo são similares e demonstram maior ocorrência de baixo peso nas categorias IVS-5-1 e IVS-5-2, ou seja, em regiões menos vulneráveis socialmente.

A regionalização da assistência à saúde no RS vem sendo discutida desde a década de 90, pois a rede de saúde, especialmente a AB, era caracterizada por baixa resolutividade e restrita quanto ao acesso. Uma das primeiras ações foi a divisão do estado do RS em macrorregiões. Os critérios desta divisão foram: a capacidade instalada dos hospitais e outros serviços e a sua distribuição geográfica; o fluxo e acesso dos usuários a esses serviços; a utilização da implantação do subsistema de urgência/emergência como base e/ou impulsionador de outros subsistemas; a utilização do conceito de urgência/emergência de maneira ampliada e a existência e o funcionamento de outras divisões regionais, visando às ações intersetoriais. Atualmente são 7 macrorregiões de saúde no estado (JAEGER *et al.*, 1999-2000).

Quando examinados os indicadores deste trabalho, por macrorregião de saúde, observam-se disparidades nas coberturas de ESF e ESB, sendo a macrorregião Missioneira a que detém as melhores coberturas, seguida da Norte. Talvez, estas coberturas são mais elevadas por ser justamente nestas macrorregiões onde haja um maior número de municípios com maior vulnerabilidade social, indicados neste trabalho pelas categorias IVS-5-3 e IVS-5-4. Nesse sentido, o investimento pode ser uma estratégia governamental para minimizar as desigualdades sociais existentes nestes locais, que podem influenciar diretamente na saúde da população. Nas duas macrorregiões supracitadas, encontram-se os melhores indicadores de APN. Esses indicadores podem interferir nos desfechos adversos da gestação e na mortalidade. Segundo Barros e colaboradores (2010), na maioria dos casos, as mortes perinatais podem ser consideradas evitáveis, por meio de serviços qualificados de atenção pré-natal, parto e puerpério. Assim, a APN é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal e práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos. Grandes discrepâncias nos desfechos foram observadas entre os indicadores de cobertura da APN quando os municípios estão agregados pelas 30 regiões de saúde. É importante destacar que a definição dessas regiões ocorreu através de um estudo sobre capacidade instalada, distribuição geográfica, fluxo e acesso dos usuários aos serviços, visando garantir um atendimento mais equânime (TERRA *et al.*, 2004). Portanto, os resultados deste estudo podem servir para a discussão de investimentos e melhorias na qualidade da

assistência à saúde da mulher na AB nas 30 regiões de saúde, visando diminuir possíveis iniquidades de saúde.

As desigualdades sociais foram avaliadas nesta pesquisa através do índice de vulnerabilidade social. Apesar dos estudos estarem demonstrando iniquidades no acesso das gestantes aos cuidados pré-natais, com piores resultados para mulheres de menor nível socioeconômico (DOMINGUES *et al.*, 2012), neste trabalho, quando se considera a vulnerabilidade social nas categorias agregadas dos municípios, não se percebe grandes diferenças nos indicadores de cobertura da APN. Por ser um trabalho ecológico, a visão agregada das gestantes pode ter escondido essas diferenças individuais (PEREIRA, 2006). No entanto, é importante destacar que um índice de vulnerabilidade local, conforme utilizado neste estudo, pode identificar áreas prioritárias para investimentos em ESF e ESB, a fim de amenizar as possíveis desigualdades sociais.

Nesse sentido, o IVS-5 foi criado com o objetivo de ser um indicador de vulnerabilidade social, constituído por poucos itens, obtidos de bancos de dados públicos e que representassem a relação entre a saúde e a sociedade (DRACHLER *et al.*, 2014). Neste estudo, observou-se que nas categorias IVS-5-3 e IVS-5-4, os mais vulneráveis, são onde há maior investimento em cobertura de ESF e ESB. Apesar disso, todas as categorias de IVS-5 apresentam índices superiores a 80% nos indicadores de cobertura da APN, o que são considerados índices satisfatórios; portanto, há um investimento grande de recursos humanos nos municípios dessas categorias de IVS-5 para a manutenção desses bons indicadores. Novamente, esse incremento em ESF e ESB pode estar sendo conduzido para minimizar possíveis desigualdades sociais no estado. Assim, quando comparadas as categorias de IVS-5, observam-se similaridades quanto aos desfechos adversos e mortalidade neonatal, exceto para o ano de 2011, no qual na categoria IVS-5-3 observou-se diminuição significativa do número de gestantes acompanhadas e expressivo aumento na taxa de mortalidade neonatal. Taxas mais baixa de mortalidade neonatal localizam-se na categoria IVS-5-4, ou seja, onde se concentram os municípios mais vulneráveis.

7 LIMITAÇÕES

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira refere-se ao uso dos indicadores quantitativos utilizados, com os quais não é possível fazer inferências diretas sobre a qualidade da atenção à saúde ofertada no período pré-natal.

A segunda refere-se às fontes de dados utilizadas, fontes de dados nacionais, mas que apresentam erros, como os encontrados nesta pesquisa e explanados na metodologia.

A terceira limitação refere-se ao delineamento deste estudo, que apesar de ser uma série histórica, considera-se o período utilizado curto, pelo número de observações fornecidas mês a mês. Esta limitação deve-se ao fato de um dos desfechos de interesse, o registro da 1ª consulta odontológica à gestante, ter iniciado somente em 2011. Além disso, o estudo ecológico analisa as informações agregadas, não permitindo conclusões individuais sobre as questões de acesso, atendimento e desdobramentos do atendimento sobre os desfechos adversos e a mortalidade neonatal (PEREIRA, 2006).

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cobertura de ESF e ESB é baixa no RS e observa-se leve aumento no período estudado. Os indicadores de cobertura da APN apresentam boas coberturas no período de 2010 a 2013, e os desfechos adversos da gestação e mortalidade neonatal se mantêm estáveis ao longo destes anos. As gestantes cadastradas pelo SIAB podem não corresponder ao total de gestantes existentes no RS, uma vez que o preenchimento deste sistema é tarefa obrigatória somente para as ESF. Talvez, isso explique o fenômeno observado, que é o aumento da cobertura de ESF, a apresentação de bons indicadores de cobertura da APN e a pouca variabilidade sobre os desfechos adversos e mortalidade. Uma boa cobertura da APN, não implica, necessariamente, em qualidade da atenção.

Em relação à investigação das desigualdades regionais, observou-se maior disparidade entre indicadores de cobertura da APN, desfechos adversos da gestação e mortalidade neonatal, quando comparadas as 30 regiões de saúde, possivelmente por ser um agregado menor do que as 7 macrorregiões. Existe diferença de investimento em termos de cobertura de ESF e ESB pelas 30 regiões e pelas 7 macrorregiões de saúde. Ao examinar as macrorregiões, é justamente nos locais onde há maior percentual de municípios mais vulneráveis que ocorre um incremento de cobertura de ESF e ESB.

Em relação à investigação das desigualdades sociais, em todos os anos, as coberturas de ESF e ESB foram maiores nas categorias de IVS-5-3 e IVS-5-4, ou seja, nas categorias formadas pelos municípios mais vulneráveis. Nesse sentido, acredita-se que há uma preocupação do estado em investir em equipes em áreas mais vulneráveis, seguindo-se assim, o princípio da equidade. Possivelmente, se nos grupos IVS-5-3 e IVS-5-4, onde estão os municípios mais vulneráveis, não houvesse esse incremento em ESF e ESB, seriam observados valores mais elevados nos indicadores de desfechos adversos da gestação e mortalidade neonatal.

Em relação ao indicador de atendimento odontológico à gestante, conclui-se que a cobertura é extremamente baixa e não está diretamente relacionada com a cobertura de ESB. Como existe uma crescente literatura sobre este tema, demonstrando inclusive associações entre baixo peso e parto prematuro à doença

periodontal, recomenda-se a continuidade de estudos nesta área, através de séries históricas com períodos maiores e estudo de coorte para avaliar as questões individuais pertinentes à saúde bucal na gestação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti 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, Breno Fauth de; TANAKA, Ana Cristina D'andretta. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p.2869-2877, dez. 2007

ARAÚJO, Silvana Marchiori de; POHLMANN, Cristine dos Santos; REIS, Vanessa Gonçalves. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 14, n. 3, p.190-196, set./dez. 2009.

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 138-45, set/nov. 2001.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades sociais no acesso a serviços odontológicos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 205-208, apr. 2012.

BARROS, Fernando C. et al. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.],v.10 , supl.1, 2010.

BEHRMAN, R.E.; BUTLER, A.S., (Ed.). **Preterm birth**: Causes, consequences, and prevention. Washington, DC: The National Academie Press, 2007.

BERNAT, M.C., SEBASTIANI, R.W. Visão básica de psicologia pré e perinatal. A importância do acompanhamento da gestante na prevenção e no desenvolvimento do vínculo mãe-filho. In: CORRÊA, M. A. (Org.). **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1998. p.1-7.

BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco Antonio; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Epidemiologia do nascimento pré-termo:: tendências atuais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p.57-60, fev. 2010.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Mulher. **Manual Técnico Assistência Pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 267**, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 673**, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 200p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF 24 out. 2011b. p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 24p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b. 66p.

_____. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. In: **Vade Mecum Saraiva**. 16ed., 2013a. 2112 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez 2000. Seção 1, p. 85 Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Base de dados do Sistema Único de Saúde (Datapus)**. Informações de Saúde. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BUSNELLO, E. D. **O projeto do sistema de saúde comunitária**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 1975.

CARNEIRO, A. D.; et. al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 756-65, 2008.

CHAMPAGNE, F. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. In: BROUSSELLE, A. et al. **L'évaluation: concepts et méthodes**. Montréal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2009. p.35-56.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.2297-2301, abr. 2011.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza; MELCHIOR, Regina. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1075-1080, mai./jun. 2008.

CONDYLIS, B. et al. Intérêt du dépistage et du traitement des maladies parodontales chez la femme enceinte : revue de la littérature. **Journal de Gynécologie Obstétrique Et Biologie de La Reproduction**, [s.l.], v. 42, n. 6, p.511-517, out. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 705-10, 2006.

CORCHUELO-OJEDA, Jairo; PÉREZ, Guillermo Julián González. Determinantes socioeconômicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p.2209-2218, out. 2014.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.516-522, 30 jun. 2013.

COSTA, Iris C. C.; SALIBA, Orlando; MOREIRA, Antonia S. P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Revista de Pós-Graduação**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 232-43, jul./set. 2002.

DASSOW, P. L.. Measuring performance in Primary Care: what patient outcome indicators do physicians value?. **The Journal Of The American Board Of Family Medicine**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.1-8, 1 jan. 2007.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.425-437, mar. 2012.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.

DRACHLER, Maria de Lourdes et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p.3849-3858, 2014.

FALK, Joao Werner. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.5-10, 2004.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira, 2005. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.**

FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C. S.; HARTZ, Z. M. A. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. A.; LIGIA, M. V. S.; ERONILDO, F. (Org.). **Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 47-70.

GENE-BADIA, J. et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. **Family Practice**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.41-47, 1 nov. 2006.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/cebes, 2008. Cap. 16. p. 575-625.

GOMES, Maria Auxiliadora Mendes. Organização da Assistência Perinatal no Brasil. In: MOREIRA, MEL.; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. (Org.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2004.

GONÇALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A.. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 11, p.2507-2516, 2009.

GONÇALVES, M. R. **Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre**. 2007. 161 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

GRANATO, E. A. Pré-natal odontológico. **Revista Harmonya: Corpo e mente em Revista**, 14 ed, nov.2007. Disponível em: <<http://www.revistaharmonya.com.br/materias.asp>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

HADLER, Maria Claret C.m.; JULIANO, Yara; SIGULEM, Dirce M. Anemia do lactente: etiologia e prevalência. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, [s.l.], v. 78, n. 4, p.321-326, 2002.

HALPERN, Ricardo et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.487-492, jul./set. 1998.

HINO, Paula et al. Geoprocessing in health area. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p.939-943, nov./dez. 2006.

JAEGER, Maria Luiza et al. Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da Secretaria da Saúde na Gestão Democrático-Popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. **Boletim da Saúde**, v.14, n.1, p. 9-24, 1999-2000.

KESSNER, David M. et al. **Infant death**: an analysis of maternal risk and health care. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973.

KOFFMAN, Márcia Duarte; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p.23-32, dez. 2005.

KOTELCHUCK, Milton. An evaluation of the kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal Of Public Health**, New York, p. 1414-1420, set. 1994.

LANSKY, Sônia et al. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.117-130, jan. 2006.

LANSKY, S. et al. **A mortalidade infantil**: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal em 20 anos do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LATORRE, Maria do Rosário D. de O.; CARDOSO, Maria Regina A. Análise de Séries Temporais em Epidemiologia: Uma introdução sobre os aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v.4, n.3, p.145-52, 2001.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al, (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. de F.; LIMA, Luciana D. de. (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 324p.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Services Research Journal**, [s.l.], v. 38, n. 3, p. 819-54, jun. 2003.

MELO, Emiliana Cristina; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Distribuição e autocorrelação espacial de indicadores da saúde da mulher e da criança, no Estado do Paraná, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.1-10, nov. 2010.

MENDES E. V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Publica do Ceará; 2002. 92 p

MENEZES, F.; SANTARELLI, M. **Da estratégia “Fome Zero” ao plano “Brasil sem Miséria”**: elementos da seguridade social. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de análises sociais e Econômicas: IBASE, 2012. 72 p.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Avaliação da percepção de acadêmicos de odontologia sobre a participação no Programa de Atenção Odontológica à Gestante da FOA-UNESP. **Revista Ciência em Extensão**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.1-15, 25 ago. 2006.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância em saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-45, 2005.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; *et al.* **Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil**. Revista de Saúde Materno-Infantil, v. 7, nº. 2, p. 191-197, 2007.

OLIVEIRA, Maria A. A.; OSÓRIO, Mônica M.. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p.361-367, set./out. 2005.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 118 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. 112 p.

PRAETZEL, Juliana Rodrigues et al. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 2, p.155-160, abr./jun. 2010.

PEIXOTO, Catharina Rocha et al. O pré-natal na Atenção Primária: o ponto de partida para a organização da assistência obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, nº. 2, p. 286-291, abr./jun. 2011.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia Teórica e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REIS, Deise Moreira et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.269-276, jan. 2010.

RICKETTS, C. T. Geographic information systems and public health. **Annual Review of Public Health**, [internet], v. 24, p.1-6, 2003. Disponível em: <<http://www.geo.hunter.cuny.edu/~dgreimer/TEMPALSKI/Ricketts%20AnnRevPH%202003.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, jul. 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº 555/12 – CIB/RS – Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 2012.

ROCHA, Rebeca Silveira; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p.344-355, 30 set. 2012.

SAIGAL, Saroj; DOYLE, Lex W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **The Lancet**, [s.l.], v. 371, n. 9608, p.261-269, jan. 2008.

SAMICO, Isabella; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIASPG, Paulo Germano de. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.15-27.

SANTOS, S. M. R. ; et. al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, jan./mar., 2008.

SANTOS, Neusa Maria dos. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p.1-10, 2010.

SILVA, Ana Maria Rigo et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p.2125-2138, out. 2009.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p.508-514, dez. 2001.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. **Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história.** *Revista Panamericana de Salud Publica*, [online], v.12, n.6, p. 375-83, 2002.

SILVA, João Luiz Pinto e; CECATTI, José Guilherme; SERRUYA, Suzanne Jacob. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.103-105, mar. 2005.

SILVA, Samia Z. Ornelas. **Pré-Natal Odontológico: a importância da educação em saúde para a promoção da saúde bucal no período gestacional.** 2013. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2013.

SILVEIRA, Mariângela F et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p.957-964, out. 2008.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc, São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro International Inc. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996). 2.ed. Rio de Janeiro: 1999.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO. Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. p. 76-87.

TAKEDA, Silvia. **Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção.** 1993. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Porto Alegre, 1993.

TERRA, Osmar Gasparini et al. O incentivo financeiro estadual para a estratégia do saúde da família no Rio Grande do Sul, 2003. *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v.18, n.1, jan./jun. 2004.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p.83-91, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, 2008. p. 183-208.

TREVISAN, Maria do Rosário et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.293-299, jun. 2002.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. 289p.

VIANA, Kelly de Jesus et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.349-356, fev. 2013.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma Sanitária do Sistema de Saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro v.8, p. 12-48, 1998.

WEI, Ben-juan et al. Periodontal Disease and Risk of Preeclampsia: A Meta-Analysis of Observational Studies. **Plos One**,[s.l.], v. 8, n. 8, p.70901, 12 ago. 2013.

WEIDLICH, Patricia. **Doenças Periodontais e desfechos gestacionais adversos**. 2009. 97 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

WEISS, C.H. **Evaluation**: methods for studying programs and policies. 2. ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Primary Health Care 21**: Everybody's Business. Amaty, Kazakhstan, 1999.

_____. WHO. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), jan. 2004.

_____. WHO. Commission on Social Determinants of Health. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT, april 2007.

APÊNDICE A – DIVISÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E REGIÕES DE SAÚDE

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Municípios
Centro-Oeste	1	Agudo, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Silveira Martins, Toropi, Vila Nova do Sul.
	2	Cacequi, Capão do Cipó, Jaguari, Jarí, Mata, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul, Unistalda, Itacurubi.
	3	Alegrete, Barra do Quaraí, Itaquí, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel, Uruguaiana.
Metropolitana	4	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquine, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-lá.
	5	Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Tramandaí.
	6	Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara, Três Coroas.
	7	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, São José do Hortêncio.
	8	Canoas, Esteio, Nova Santa Rita, Sapucaia do Sul, Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Cai, Triunfo, Tupandi, Tabaí.
	9	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes.
	10	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre, Viamão
Missioneira	11	Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzáles, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões.
	12	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, Tupanciretã.
	13	Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul, Sede Nova.
	14	Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva, Tuparendi.
Norte	15	Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Boa Vista das Missões, Bom Progresso, Braga, Caiçara, Cristal do Sul, Cerro Grande, Coronel Bicaco, Derrubadas, Dois Irmãos das Missões, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Irai, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Liberato Salzano, Miraguaí, Novo Barreiro, Novo Tiradentes, Palmeira das Missões, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Redentora, Rodeio Bonito, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre, VistaGaúcha.
Norte	16	Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano

		Moro, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios, Viadutos, Nonoi, Rio dos Índios.
	17	Camargo, Casca, Ciriaco, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Marau, Mato Castelhana, Montauri, Muliterno, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Vila Maria.
	18	Água Santa, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Capão Bonito do Sul, Caseiros, Ibiaçá, Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Machadinho, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Tapejara, Tupanci do Sul, Vila Lângaro.
	19	Alto Alegre, Campos Borges, Espumoso, Ibirapuitã, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tunas, Tio Hugo, Arvorezinha, Barros Cassal, Fontoura Xavier, Itapuca.
	20	Almirante Tamandaré do Sul, Carazinho, Coqueiros do Sul, Não-Me-Toque, Santo Antônio do Planalto, Barra Funda, Chapada, Constantina, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Lagoa dos Três Cantos, Nova Boa Vista, Novo Xingu, Ronda Alta, Rondinha, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul, Victor Graeff..
Sul	21	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santana da Boa Vista, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu.
	22	Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul.
Serra	23	Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis, Picada Café.
	24	Bom Jesus, Campestre da Serra, Esmeralda, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Pinhal da Serra, São José dos Ausentes, Vacaria.
	25	Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Parai, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.
	26	Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Ipê, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, São Marcos, São Vendelino, Vale Real.
Vales	27	Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo, Sobradinho.
	28	Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz.
	29	Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro, Vespasiano Correa.
	30	Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália.

APÊNDICE B – DIVISÃO DOS MUNICÍPIOS POR CATEGORIAS DE IVS-5

Categoria de IVS-5	Nº de municípios	Municípios
1	61	Alvorada, Antônio Prado, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Campinas do Sul, Campo Bom, Canela, Canoas, Capão da Canoa, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Cerro Largo, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Encantado, Erechim, Estancia Velha, Esteio, Estrela, Farroupilha, Flores da Cunha, Frederico Westphalen, Garibaldi, Gramado, Gravataí, Guaíba, Guaporé, Igrejinha, Ijuí, Ivoti, Lagoão, Lajeado, Lindolfo Collor, Marau, Montenegro, Nova Prata, Novo Hamburgo, Parai, Parobé, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana da Boa Vista, Santiago, São Leopoldo, São Marcos, São Sebastião do Caí, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Sarandi, Tapejara, Teutônia, Torres, Vacaria, Vera Cruz, Veranópolis, Vila Maria.
2	187	Alegrete, Alto Feliz, Aratiba, Arroio do Meio, Arroio do Tigre, Arroio Grande, Arvorezinha, Augusto Pestana, Barão, Barra do Ribeiro, Barra Funda, Boa Vista das Missões, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Bom Retiro do Sul, Brochier, Butiá, Caçapava do Sul, Cachoeirinha, Camaquã, Camargo, Cambará do Sul, Campestre da Serra, Campina das Missões, Candelária, Candiota, Capão do Leão, Capitão, Capivari do Sul, Carazinho, Casca, Chapada, Chuí, Cidreira, Colinas, Colorado, Cotipora, Cristal, Cruz Alta, Cruzeiro do Sul, David Canabarro, Dois Lajeados, Dom Pedrito, Dom Pedro de Alcântara, Dona Francisca, Entre-Ijuis, Ernestina, Espumoso, Estação, Fagundes Varela, Faxinal do Soturno, Fazenda Vila Nova, Feliz, Getúlio Vargas, Guabiju, Harmonia, Horizontina, Humaitá, Ibiraiaras, Ibirubá, Ilópolis, Imbé, Imigrante, Ipê, Itaara, Itaquí, Ivora, Jacutinga, Júlio de Castilhos, Lagoa dos Três Cantos, Lavras do Sul, Linha Nova, Marata, Mariano Moro, Marques de Souza, Mato Leão, Montauri, Monte Belo do Sul, Morrinhos do Sul, Morro Reuter, Muçum, Não me Toque, Nova Alvorada, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Brescia, Nova Candelária, Nova Esperança do Sul, Nova Hartz, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Nova Santa Rita, Novo Xingu, Osório, Palmeira das Missões, Panambi, Pântano Grande, Pareci Novo, Picada Café, Pinhal, Pinheiro Machado, Poço das Antas, Portão, Porto Xavier, Presidente Lucena, Potássio Alves, Quaraí, Quinze de Novembro, Rio Grande, Rio Pardo, Roca Sales, Rodeio Bonito, Rolante, Ronda Alta, Rondinha, Rosário do Sul, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Salvador das Missões, Salvador do Sul, Sananduva, Santa Barbara do Sul, Santa Clara do Sul, Santa Maria do Herval, Santa Rosa, Santa Vitória do Palmar, Santana do Livramento, Santo Ângelo, Santo Antônio da Patrulha, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, Santo Augusto, Santo Cristo, São Borja, São Domingos do Sul, São Francisco de Paula, São Gabriel, São Jorge, São José do Hortêncio, São José do Inhacorá, São José do Ouro, São José dos Ausentes, São Luiz Gonzaga, São Pedro da Serra, São Pedro do Butiá, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vendelino, Selbach, Serafina Correa, Sobradinho, Soledade, Tapera, Tapes, Taquara, Taquari, Taquarucu do Sul, Tramandaí, Travesseiro, Três Arroios, Três Cachoeiras, Três Coroas, Três de Maio, Três Passos, Triunfo, Tucunduva, Tupanciretã, Tupandi, Tuparendi, Uruguaiana, Vale Real, Vanini, Venâncio Aires, Vespasiano Correa, Viamão, Victor Graeff, Vila Flores, Vila Langaro, Westfalia, Xangri-Lá.
3	171	Água Santa, Agudo, Ajuricaba, Alecrim, Alegria, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Arambaré, Araricá, Arroio do Sal, Arroio dos Ratos, Aurea, Balneário Pinhal, Barão do Cotegipe, Barra do Guarita, Barra do Quaraí, Barra do Rio Azul, Barracão, Boa Vista do Buricá, Boa Vista do Ingra, Bom Progresso, Bossoroca, Bozano, Braga, Cacequi, Cacique Doble, Caibate, Caiçara, Campo Novo, Campos Borges, Candido Godoi, Canudos do Vale, Capela de Santana, Caraa, Caseiros, Catuipe, Centenário, Cerro Branco, Chiapeta, Ciriaco, Condor, Constantina, Coqueiro de Baixo, Coqueiros do Sul, Coronel Barros, Coronel Bicaco, Coronel Pilar, Coxilha, Crissiumal, Cruzaltense, Dezesseis de Novembro, Doutor Maurício Cardoso, Doutor Ricardo, Encruzilhada do Sul, Engenho Velho, Entre Rios do Sul, Erebangó, Erval Grande, Erval Seco, Esmeralda, Estrela velha, Eugênio de Castro, Faxinalzinho, Formigueiro, Forquetinha, Fortaleza dos Valos, Gaurama, General Câmara, Gentil, Giruá, Glorinha, Gramado dos Loureiros, Guarani das Missões, Herval, Ibarama, Ibiaca, Ibirapuita, Independência, Inhacorá,

		Ipiranga do Sul, Irai, Itati, Itatiba do Sul, Jaguari, Jaquirana, Liberato Salzano, Machadinho, Mampituba, Manoel Viana, Maquine, Marcelino Ramos, Mato Queimado, Maximiliano de Almeida, Mormaço, Morro Redondo, Mostardas, Muliterno, Nicolau Vergueiro, Nonoai, Nova Boa Vista, Nova Palma, Nova Ramada, Novo Barreiro, Novo Cabrais, Novo Machado, Paim Filho, Palmares do Sul, Palmitinho, Paraíso do Sul, Passo do Sobrado, Paulo Bento, Pejuçara, Pinhal da Serra, Pirapó, Piratini, Planalto, Pontão, Ponte Petra, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Putinga, Revaldo, Restinga Seca, Riozinho, Roque Gonzales, Santa Cecilia do Sul, Santo Antônio das Missões, Santo Expedito do Sul, São Francisco de Assis, São Jerônimo, São João da Urtiga, São João do Polesine, São João do Herval, São João do Norte, São João do Sul, São Lourenço do Sul, São Martinho, São Nicolau, São Paulo das Missões, São Valentim, São Vicente do Sul, Seberi, Sede Nova, Serio, Sertão, Sertão Santana, Sete de Setembro, Severiano de Almeida, Silveira Martins, Tabaí, Tavares, Tenente Portela, Terra de Areia, Tio Hugo, Toropi, Três Forquilhas, Três Palmeiras, Trindade do Sul, Tupanci do Sul, Ubiretama, União da Serra, Vale do Sol, Vale Verde, Viadutos, Vila Nova do Sul, Vista Alegre, Vista Alegre do Prata, Vista Gaúcha,
4	77	Acegua, Alpestre, Amaral Ferrador, Ametista do Sul, Arroio do Padre, Barão do Triunfo, Barros Cassal, Benjamin Constant do Sul, Boa Vista do Cadeado, Boqueirão do Leão, Canguçu, Capão Bonito do Sul, Capão do Cipó, Carlos Gomes, Cerrito, Cerro Grande, Cerro Grande do Sul, Charrua, Chuvisca, Cristal do Sul, Derrubadas, Dilermando de Aguiar, Dois Irmãos das Missões, Dom Feliciano, Esperança do Sul, Floriano Peixoto, Fontoura Xavier, Garrunchos, Gramado Xavier, Herveiras, Hulha Negra, Itacurubi, Itapuca, Jaboticaba, Jacuizinho, Jari, Joia, Lagoa Bonita do Sul, Lagoa Vermelha, Lajeado do Bugre, Macambara, Mariana Pimentel, Mata, Mato Castelhana, Miraguaí, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Novo Tiradentes, Passa Sete, Pedras Altas, Pinheirinho do Vale, Pouso Novo, Progresso, Quatro Irmãos, Quevedos, Redentora, Rio do Índios, Rolador, Sagrada Família, Santa Margarida do Sul, Santa Tereza, São Jose das Missões, São Martinho da Serra, São Miguel das Missões, São Valentim do Sul, São Valério do Sul, Segredo, Senador Salgado Filho, Sentinela do Sul, Sinimbu, Tiradentes do Sul, Tunas, Turucu, Unistalda, Vicente Dutra, Vitória das Missões.

ANEXO A – APROVAÇÃO NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO MESTRADO



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGCoL

EXAME DE QUALIFICAÇÃO – MESTRADO ACADÊMICO PARECER CONCLUSIVO

ALUNA: Caroline Maria Bonacina

TÍTULO: *Avaliação da qualidade pré-natal nas equipes participantes do primeiro ciclo do*

PMAQ: *uma abordagem analisando o impacto da presença da equipe de saúde bucal*

PROFESSOR ORIENTADOR: Profas. Dras. Luciana Barcellos Teixeira e Caren Bavaresco.

PROFESSORES EXAMINADORES: Dra. Adriana Roese, Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Dra. Aline Blaya Martins.

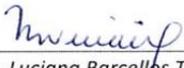
DATA: 14 de julho de 2014.

A Banca Avaliadora, reunida em Exame de Qualificação de Proposta de Dissertação de Mestrado, após a apresentação e arguição, e em conformidade com o Art. 47 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, emite o parecer abaixo assinalado:

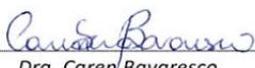
- Proposta Aprovada Integralmente.
 Proposta Aprovada com administração das sugestões indicadas pela Banca Examinadora.
 Reprovada.

A Banca Avaliadora remete aos pareceres individuais.

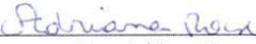
Adicionalmente, como manifestação conclusiva, após arguição, a Banca Avaliadora destaca: *(opcional, se necessário, utilize o verso)*



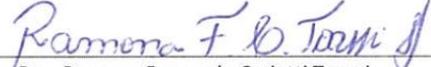
 Dra. Luciana Barcellos Teixeira
 Professora Orientadora



 Dra. Caren Bavaresco
 Professora Orientadora



 Dra. Adriana Roese
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul



 Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
 Universidade Federal do Espírito Santo