

Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil

Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil

Leandro Alves da Luz¹, Rosana Aquino², Maria Guadalupe Medina³

DOI: 10.1590/0103-11042018S208

RESUMO O objetivo do estudo foi investigar características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da Atenção Pré-Natal (APN) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de avaliação normativa com dados de 16.566 equipes de saúde da família que aderiram ao PMAQ-AB. Foi elaborado um modelo lógico dos componentes da APN, composto pelas dimensões de análise, gerencial e assistencial, e de 42 critérios de estrutura e processo e seus respectivos padrões. A estrutura das unidades básicas e as ações prestadas pelas equipes não obedeciam à maioria dos padrões, destacando-se a existência de barreiras estruturais, indisponibilidade de medicamentos e exames essenciais, problemas na oferta do elenco de ações assistenciais, envolvendo a atenção individual e o cuidado clínico, bem como de promoção da saúde e ações coletivas e domiciliares ofertadas. Conclui-se que, apesar da alta cobertura da APN e da sua institucionalização nos serviços de APS, persistem problemas que devem ser alvo de iniciativas governamentais que garantam atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e que repercutam na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado pré-natal. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT *The aim of the study was to investigate the characteristics of the structure of the health units and the management and assistance processes of Prenatal Care (PNC) within the scope of Primary Health Care (PHC) in Brazil, in municipalities that joined the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). This is a normative evaluation with data from 16.566 family health teams that joined the PMAQ-AB. A logical model of the PNC components was elaborated, composed of the analysis, management and care dimensions, and 42 criteria of structure and process and their respective standards. The structure of the basic units and the actions provided by the teams did not comply with the majority of the standards, highlighting the existence of structural barriers, unavailability of medicines and essential tests, problems in the provision of the cast of assistance actions, involving individual attention and clinical care, as well as health promotion and collective and domiciliary actions offered. It is concluded that, despite the high coverage of PNC and its institutionalization in PHC services, problems persist that must be addressed by governmental initiatives that guarantee comprehensive attention and quality in the pregnancy-puerperal cycle and that have repercussions on the improvement of health indicators of maternal and child health.*

KEYWORDS *Health evaluation. Primary Health Care. Family Health Strategy. Prenatal care. Maternal and child health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3566-3117> leojluz@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3906-5170> aquino@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947> medina@ufba.br



Introdução

A Atenção Pré-Natal (APN) é fundamental para que se obtenham bons resultados no desfecho da gestação, e sua qualidade está relacionada com a disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, bem como ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo a padrões técnico-científicos de qualidade. Para que seja efetivo, recomenda-se que o pré-natal seja iniciado no início da gestação¹ e seja constituído por um conjunto de ações estabelecidas por protocolos assistenciais que orientem as condições e procedimentos necessários ao cuidado das gestantes^{2,3}.

Diversos estudos têm demonstrado a associação da APN com a prevenção de riscos na gestação, redução de complicações no parto e puerpério⁴ e de complicações perinatais⁵; melhores condições de saúde do concepto, como melhor crescimento intrauterino⁶, menor incidência de baixo peso ao nascer⁷, redução da mortalidade materno-infantil^{2,3,8} e da morbimortalidade neonatal e perinatal⁹.

No Brasil, os destacados avanços quanto à ampliação da cobertura da APN observados nos últimos anos¹⁰ não se distribuíram de forma homogênea no território nacional, persistindo grandes desigualdades. Vários estudos têm demonstrado dificuldades de acesso para mulheres com menor escolaridade, sem companheiro e múltiparas¹¹ e gestantes adolescentes¹²; ressaltando a manutenção das disparidades sociais e raciais, especialmente, em zonas rurais e áreas indígenas da Região Norte¹¹.

Nos últimos anos, diversas iniciativas foram implementadas para melhorar a qualidade da APN² e da Atenção Primária à Saúde (APS)^{13,14}, sendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) uma das estratégias mais recentes e relevantes. Esse Programa, criado em 2011, foi aderido no primeiro ciclo por 3.935 municípios e por 17.202 equipes de saúde. Ademais, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 5.543

municípios do País, foram recenseadas por meio de observação na unidade. Destaca-se que a realização do censo ocorreu de forma independente da adesão do gestor municipal¹⁵.

O PMAQ-AB tem como objetivo a ampliação do acesso da APS, bem como a garantia de padrões de qualidade no desenvolvimento de ações assistenciais e gerenciais nesse nível de atenção^{13,14}. É composto por quatro fases (adesão voluntária e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontração), e a avaliação externa, em suma, visa avaliar as condições da infraestrutura das unidades, disponibilidade de insumos, aspectos do processo de trabalho, gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, com vistas à certificação das equipes de saúde que aderiram voluntariamente ao Programa¹³⁻¹⁵.

Os dados da avaliação externa do PMAQ-AB permitem identificar, em âmbito nacional, aspectos relacionados com a atenção ao pré-natal e puerpério, que podem subsidiar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação. Além disso, são fontes para o desenvolvimento de pesquisas, minimizando lacunas de conhecimento, dada a incipiência de estudos avaliativos que considerem os aspectos de estrutura e processo, em âmbito nacional, que vão além do número de consultas.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi investigar características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da APN no âmbito da APS no Brasil, em municípios que aderiram ao PMAQ-AB.

Métodos

Trata-se de estudo de avaliação normativa com dados secundários relativos às Equipes de Saúde da Família (EqSF) provenientes do PMAQ-AB, em 2012, no Brasil¹³⁻¹⁵.

Modelo lógico

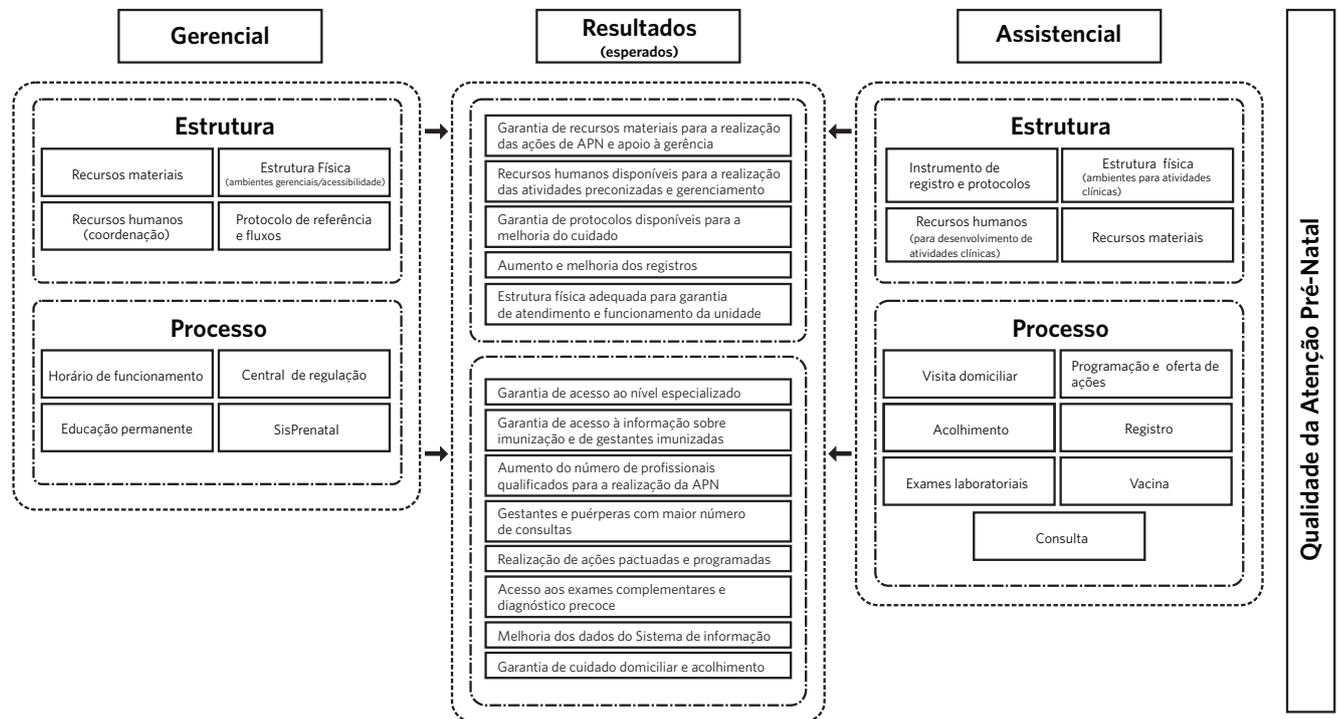
A primeira etapa deste estudo foi a elaboração do modelo. Adotou-se o referencial

teórico de Donabedian¹⁶ para a sua construção e buscou-se representar os componentes da APN e suas relações entre si, sendo formuladas duas dimensões de análise, gerencial e assistencial, compostas por atributos de estrutura e processo.

O modelo lógico foi elaborado a partir das normas e legislações que regulamentam

a APN, cujos conteúdos foram extraídos de dois manuais elaborados pelo Ministério da Saúde: o ‘Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco’² e o ‘Manual de Estrutura Física das UBS’¹⁷, essenciais para a elaboração do presente modelo lógico (figura 1).

Figura 1. Modelo lógico da qualidade da Atenção Pré-Natal



População e amostra

Este estudo utilizou dados relativos à linha de base do PMAQ-AB – que se refere ao primeiro ciclo da avaliação externa do Programa, incluindo o censo das UBS, no Brasil, realizado em 2012¹⁴, o qual abrangeu 38.812 estabelecimentos. Do total de municípios brasileiros, 3.935 (70,7%) aderiram ao PMAQ-AB, e 17.202 (51,0%) equipes de saúde participaram da avaliação, sendo a menor adesão entre as equipes da Região Nordeste (23,2%) e maior entre as Regiões Sul e Sudeste (37,9%,

respectivamente). Entre as unidades federadas, o percentual variou de 3,1% (Maranhão) a 47,9% (Santa Catarina).

No âmbito da atenção básica, existem diferentes modalidades de equipes de saúde. São consideradas equipes de atenção básica as equipes de saúde da família e as equipes de atenção básica parametrizadas, equipe de saúde bucal e os núcleos de saúde da família. Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja a opção basilar para a organização dos serviços de APS no Brasil, existem equipes de atenção básica que se organizam de

maneira diferente da ESF. Nestes casos, para a correspondência de carga horária entre as equipes das duas modalidades, foi proposta uma equivalência de equipes de atenção básica por meio da soma da carga horária mínima de médicos e enfermeiros, sendo que, após a equivalência de carga horária, o número dessas cargas horárias poderá fazer correspondência a uma, duas ou três EqSF¹⁸.

Do total de equipes participantes, 70% era do tipo EqSF com saúde bucal, 26% de EqSF sem saúde bucal e menos de 4% de equipes de atenção básica de outro tipo ou parametrizadas. A amostra, após a exclusão das equipes de atenção básica de outra modalidade, ficou constituída por 16.566 EqSF que aderiram ao PMAQ-AB e que participaram do censo das UBS, correspondendo 49,6% das equipes implantadas, em 2012, abrangendo 69,3% dos municípios brasileiros.

Descrição dos critérios e padrões

A matriz de análise utilizada para avaliação contém duas dimensões de análise, gerencial e assistencial, cada uma composta de atributos de estrutura e processo, desdobradas em 20 subdimensões e 42 critérios, com seus respectivos padrões (*quadro 1*).

Na dimensão gerencial, os atributos de estrutura incluem os critérios: estrutura física, recursos materiais, recursos humanos e protocolo de referência e fluxos. Os atributos de processo constituem-se dos critérios: horário de funcionamento, central de regulação, educação permanente e Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SisPreNatal). Na dimensão assistencial, os atributos de

estrutura incluem os critérios: estrutura física; recursos materiais; recursos humanos, instrumentos de registro e protocolos. Os atributos de processo englobam os critérios: visita domiciliar, exames laboratoriais, vacina, registro (utilização da caderneta de gestante e registro das informações quanto ao pré-natal) e programação e oferta de ações relativas à consulta, promoção da saúde e classificação de risco. Os critérios estão descritos em detalhes no *quadro 1*.

Cada critério foi construído, na maioria das vezes, pela agregação de aspectos provenientes de mais de uma questão dos instrumentos do PMAQ-AB¹⁸, dicotomizando as alternativas de resposta em sim e não. No caso dos equipamentos, instrumentais, insumos, teste rápido, medicamentos vacinas e material impresso, considerou-se como resposta afirmativa os casos em que os itens estavam em condições de uso, existiam em quantidade suficiente, sempre disponíveis, ou disponíveis quando necessário, no caso de veículos. Para as questões relativas às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, considerou-se como resposta afirmativa apenas os casos em que foi referida a realização da ação com apresentação de confirmação documental.

Finalmente, as opções de resposta ‘nunca disponíveis/às vezes disponíveis’, ‘não sabe/não respondeu’ e ‘não se aplica’ foram classificadas como ‘não’.

Cada critério foi categorizado em ‘inadequado’, ‘intermediário’ e ‘adequado’, com base nos padrões adotados, construídos conforme as normativas adotadas. Os enquadramentos das categorias mencionadas podem ser consultados no *quadro 1*.

Quadro 1. Critérios e Padrões das dimensões gerencial e assistencial, subdimensões, atributos de estrutura e processo da APN e categorização dos critérios

| Dimensão gerencial: atributos de Estrutura | | | |
|---|--|--|--|
| Subdimensão | Critério | Padrão | Categorização dos critérios |
| Subdimensão Estrutura física | Ambientes administrativos e de apoio | Estrutura física adequada com recepção, sanitário (normal e adaptado), expurgo, depósito de lixo, sala de espera para 15 a 75 pessoas (a depender do nº de EqSF). | Adequada: 7 estruturas e nº de equipe adequado; intermediária: entre 4 e 6 ambientes; inadequada: com mais de 5 equipes, ou menos de 3 estruturas. |
| | Características estruturais | Características estruturais com circulação de ar (janelas, exaustores), iluminação e privacidade nos consultórios. | Adequada: com todas as características; Inadequada: sem pelo menos uma das características estruturais. |
| | Acessibilidade: cadeirante ou com dificuldade de locomoção | Características estruturais adequadas: barras de apoio, calçada da entrada em boas condições, portas adaptadas para cadeira de rodas, rampa de acesso, corrimão, bebedouros adaptados, piso regular, firme e antiderrapante. | Adequada: com todos os itens; Inadequada: todas as demais situações. |
| | Acessibilidade: dificuldade visual ou auditiva | Características estruturais adequadas: textos ou figuras, caracteres ou figuras em relevo, Braille e recursos auditivos. | Adequada: com todos os itens; intermediária: com pelo menos um dos recursos; inadequada: todas as demais situações. |
| | Sinalização externa | Identificação externa visível como placa na fachada, totem externo adequado ou outra forma de sinalização. | Adequada: com pelo menos uma forma de identificação externa; inadequada: sem nenhuma forma de identificação externa. |
| Recursos materiais | Equipamentos de informática e acesso à internet | Equipamentos de informática (computador, impressora, estabilizador) com acesso à internet, em condições de uso. | Adequada: com todos os equipamentos em condições de uso e acesso à internet; inadequada: todas as demais situações. |
| | Equipamentos audiovisuais | Existência de televisão e caixa de som em condições de uso. | Adequada: com televisão e caixa do som; inadequada: sem um dos equipamentos. |
| | Veículo | Existência de veículo que atenda às necessidades da equipe | Adequada: com veículo que atenda às necessidades; intermediária: não atende às necessidades; inadequada: sem veículo. |
| Recursos Humanos | Coordenador de equipe | Possuir coordenador na equipe para o gerenciamento da unidade de saúde. | Adequada: com coordenador; inadequada: sem coordenador. |
| Protocolos de referência e fluxos | Documentos com referências e fluxos | Possuir fluxo definido para a realização de exames sorológico para sífilis, anti-HIV, glicose, urocultura ou sumário de urina (tipo 1), ultrassonografia (USG) e local para o parto, com comprovação. | Adequada: com documentos contendo as referências e fluxos relacionados ao pré-natal; intermediária: apenas para os atendimentos de usuários do território da equipe; inadequada: todas as demais situações. |
| Dimensão gerencial: atributos de processo | | | |
| | Critério | Padrão | Categorização dos critérios |
| Horário de funcionamento | Funcionamento da unidade | A unidade de saúde deve funcionar em dois turnos e no horário de almoço (12h às 14h). | Adequada: funcionar em dois turnos e no horário de almoço; inadequada: todas as demais situações. |
| Central de regulação | Central de regulação | Central de Regulação (CR) disponível com encaminhamento para marcação de consulta especializada, exames e leitos. | Adequada: com vínculo a CR para marcação de consulta especializada, exames e leitos; intermediária: apenas com CR; inadequada: todas as demais situações. |
| Sistema de Informação | Alimentação do SisPreNatal | SisPreNatal alimentado regularmente pelos profissionais de saúde, com comprovação. | Adequada: alimenta regularmente o SisPreNatal e comprova; inadequada: não alimenta o sistema ou não comprova. |
| Educação permanente | Ações de educação permanente | Existência de ações de educação permanente no município e que tenha garantido a participação da equipe no último ano em, pelo menos, uma das ações. | Adequada: com ações de educação permanente no município e tenha participado de pelo menos uma no último ano; intermediária: sem participação nas ações; inadequada: todas as demais situações. |

Quadro 1. (cont.)

| Dimensão assistencial: atributos de Estrutura | | | |
|--|------------------------------------|---|--|
| | Critério | Padrão | Categorização dos critérios |
| Estrutura física | Ambientes para atendimento clínico | Estrutura física adequada ao nº de equipes com: farmácia, consultório de enfermagem ou médico, consultório odontológico (Se EqSF com Saúde Bucal – SB), salas de reunião/educação, procedimentos, vacina, nebulização e de curativo. | Adequada: com 7 ambientes adequado ao nº equipe; intermediária: com 4 a 6 ambientes; inadequada: com mais de 5 EqSF, ou menos de 3 ambientes, ou com SB sem consultório odontológico. |
| Recursos materiais | Instrumentais | Possuir: aparelho de pressão adulto, balança adulta de 150 kg ou 200 kg, estetoscópio adulto, foco de luz e mesa para exame ginecológico (ou clínico), sonar ou estetoscópio de pinar, em condições de uso. | Adequada: dispor de todos os instrumentais em condições de uso; intermediária: >04 a <05 instrumentais; e inadequada: <03 instrumentais. |
| | Equipamentos na farmácia | Dispor de geladeira e ar-condicionado específicos para farmácia | Adequada: que possuir geladeira e ar-condicionado na farmácia; inadequada: sem um dos equipamentos. |
| | Equipamentos na sala de vacina | Dispor de geladeira e ar-condicionado específicos para sala de vacina | Adequada: possuir geladeira e ar-condicionado na sala de vacina; inadequada: sem pelo menos um dos equipamentos. |
| | Insumos: população geral | Suficiência de insumos: abaixador de língua; agulhas descartáveis; ataduras; fita métrica; EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas; espelho; equipo de soro; seringas descartáveis; recipientes duros para descarte de perfurocortantes; gaze; frasco plástico com tampa; esparadrapo/fita micropore e outras; e caixas térmicas para vacinas. | Adequada: com todos os insumos; intermediária: com 8 a 13 insumos; inadequada: com menos de 7 insumos. |
| | Insumos: saúde da mulher | Suficiência de insumos direcionados à SM: tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; fixador de lâmina; espátula de ayres | Adequada: com todos os insumos; intermediária: com 3 insumos; inadequada: com menos de 2 insumos. |
| | Medicamentos essenciais | Suficiência de medicamentos por grupos: analgésicos, antipiréticos, antidiabéticos, antibacterianos, anti-hipertensivo, antiparasitários, antiasmáticos, antiácidos, antieméticos, vitaminas, polivitamínicos, sais minerais, contraceptivos e hormônios sexuais. | Adequada: com todos os grupos de medicamentos; intermediária: com 4 a 8 grupos de medicamentos; inadequada: com apenas 3 grupos. |
| | Medicamentos controlados | Suficiência de medicamentos controlados na UBS ou dispensado em nível central pelo município | Adequada: com pelo menos um dos medicamentos controlados na UBS ou dispensado pelo município; inadequada: sem medicamento controlado ou não dispensado em nível central. |
| | Testes rápido | Existência de testes rápidos sífilis, HIV, gravidez | Adequada: com todos os testes rápido; inadequada: sem um dos testes. |
| Recursos humanos | Vacinas para gestante | Suficiência de vacinas dT, influenza sazonal e hepatite B | Adequada: com todas as vacinas na UBS; inadequada: sem uma das vacinas. |
| | Equipe de atenção básica | Equipe de atenção básica composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista (se com SB), 1 téc. ou aux. de enfermagem, >4 ACS (Agentes Comunitários de Saúde), 1 téc. ou aux. em SB (se com SB). | Adequada: com todos os profissionais; inadequada: sem pelo menos um dos profissionais ou < ACS. |
| Funcionamento da UBS | Funcionamento da unidade | Funcionar em dois turnos e ter disponíveis os serviços: consulta médica, enfermagem, odontológica, vacinação, acolhimento e dispensação de medicamentos. | Adequada: funciona em dois turnos, com todos os serviços; inadequada: todas as demais situações. |

Quadro 1. (cont.)

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Instrumento de registro e protocolo | Material impresso na unidade | Disponer de: caderneta gestante, cartão de vacina, fichas: B-GES do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), APN e encaminhamento. | Adequada: com todos os instrumentos de registro; inadequada: sem pelo menos um dos instrumentos. |
| | Prontuário | Prontuário com letra legível, identificável, com hipótese diagnóstica, exames solicitados e comprovação. | Adequada: que atenda aos requisitos e comprove; inadequada: sem cumprir um dos requisitos ou não comprove. |
| | Prontuário eletrônico | Disponer de prontuário eletrônico integrado com os demais pontos da rede de atenção, com comprovação. | Adequada: com prontuário eletrônico, integrado e comprovado; intermediária: com prontuário, mas não integrado; inadequada: sem prontuário eletrônico ou não comprovado. |
| | Protocolo: pré-natal e exames essenciais. | Protocolos com definição para o pré-natal e exames essenciais (glicemia de jejum, sorologia para sífilis, HIV, hepatite B e urocultura ou sumário de urina tipo 1) | Adequada: com todos os protocolos; intermediária: com 4 a 5 protocolos; inadequada: com menos de três protocolos. |
| | Protocolos: acolhimento a demanda espontânea | Protocolos com definição para o acolhimento à demanda espontânea e urgência, que considere a captação precoce de gestante e as queixas mais frequentes. | Adequada: com todos os protocolos (3); intermediária: com 2 protocolos; inadequada: com apenas 1 ou sem protocolo. |
| Protocolo: visita domiciliar | Protocolos com definição de situações prioritárias para realização de visita domiciliar, com comprovação. | Adequada: com protocolo e comprovação; inadequada: sem protocolo ou sem comprovação. | |

Dimensão assistencial: atributos de Processo

| | Critério | Padrão | Categorização dos critérios |
|----------------------|--|--|--|
| Visita domiciliar | Cuidado domiciliar | Cuidado domiciliar realizado por médico ou enfermeiro com levantamento/mapeamento dos usuários, organização da agenda, avaliação de risco e vulnerabilidade para periodicidade das VD, e programação das visitas dos ACS em função das prioridades da equipe. | Adequada: atenda a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |
| | Captação de gestante e puérpera | Busca ativa de gestantes faltosas ao pré-natal (pelos ACS), e captação de puérpera a partir da visita de membro da equipe ou ACS. | Adequada: atenda todas as condições; inadequada: não realiza pelo menos uma das ações. |
| Acolhimento | Acolhimento | Acolhimento em cinco ou mais dias por semana, em dois turnos, com avaliação de risco e vulnerabilidade, realizado por profissional de nível superior, e em função do risco identificado a resposta é definida. | Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |
| Exames laboratoriais | Realização, coleta e recebimento de exames | Coletar material para exames de laboratório, realiza exames de sífilis; toxoplasmose; anti-HIV, e hepatite B, bem como de urocultura ou sumário de urina, hemoglobina e hematócrito, exame de glicose), com comprovação, e recebe os resultados em tempo oportuno. | Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |
| | Tempo de espera para atendimento especializado | Garantir para gestante em alto risco: tempo de espera em nível especializado de até 15 dias (consultas em ginecologia e obstetrícia) e até 30 dias realização de exames de USG, diagnóstico de HIV e sífilis. | Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |
| Vacina | Situação vacinal | Ofertar vacinas do calendário básico, com comprovação e orientar no pré-natal sobre a importância da vacina contra tétano. | Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |

Quadro 1. (cont.)

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Registro | Utilização da caderneta e registro | Utilizar a caderneta da gestante com comprovação e possuir registros de: profissional responsável, consulta odontológica, coleta de exame citopatológico, vacinação em dia e número de gestante de alto risco no território. | Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |
| Programação e oferta de ações | Programação e oferta de ações | Programar consultas e ações e para o pré-natal e para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários, que necessitam de cuidado continuado, com comprovação. | Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações. |
| | Organização da agenda e promoção da saúde | Organizar agenda para oferta de promoção da saúde na comunidade e ações educativas direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno), com comprovação. | Adequada: cumpre todas as condições e comprova; inadequada: todas as demais situações. |
| | Organização, oferta e classificação de risco | Organizar a oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, com comprovação. | Adequada: cumpre todas as condições e comprova; inadequada: não atende ao critério ou não comprova. |
| Consulta | Consulta puerpério | Realizar consulta com enfermeiro ou médico em qualquer dia e horário da semana para atendimento de puerpério de até dez dias, com comprovação. | Adequada: cumpre todas as ações e comprova; inadequada: não cumpre as ações ou não comprova. |
| | Encaminhamento de usuários | Agendamento da consulta em nível especializado após atendimento na UBS: paciente sai com a consulta agendada, consulta marcada pela UBS sendo a data informada posteriormente ao paciente. | Adequada: garante marcação da consulta ou a paciente sai com consulta agendada; inadequada: todas as outras situações. |

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, para construção do banco de dados do presente estudo, foi realizada a *linkage* determinístico que consiste na ligação de dois ou mais bancos de dados que possuem variáveis comuns, e que possibilita o estabelecimento de um banco de dados único. O procedimento de ligação foi realizado no *software* Stata por meio do *merge*, correspondendo à ligação do banco de dados do censo das unidades (módulo I) e da avaliação externa das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB (módulo II), a partir da variável 'CNES', comum entre os dois bancos. Para 295 (1,78%) unidades, havia inconsistência na informação sobre o número de equipes entre os dois bancos, o que foi corrigido a partir das informações da avaliação externa.

Foram calculadas frequências simples e relativa do número de equipes que

alcançaram o nível adequado para cada critério isoladamente e por grupo de critérios, apresentadas sob a forma de gráficos, segundo macrorregiões e Brasil. Os dados foram processados e analisados utilizando pelo *software* Stata 12.0®.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e recebeu o Parecer de nº 021-12.

Resultados

Para a dimensão gerencial, em atributos de estrutura, os maiores percentuais de adequação apresentados pelas EqSF foram para os critérios disponibilidade de coordenador (98%, variando de 97,0%, Região Nordeste, a 99,5%, Região Norte) e para sinalização externa nas unidades (84,4% no Brasil,

variando de 80,4%, Região Norte, a 86,5%, Região Centro-Oeste). Por outro lado, menos da metade das EqSF foram consideradas adequadas para os critérios disponibilidade de veículo (48,9% das EqSF, variando de 30,8%, na Região Norte, a 60,5%, na Região Sul), equipamentos de informática com acesso à internet (38,75% das EqSF, variando de 16,2%, na Região Nordeste, a 61,8%, na Região Sul), e documentos com referências e fluxos para exames laboratoriais, ultrassonografia obstétrica e local para o parto (33,2% das EqSF, variando de 23,9%, Região Centro-Oeste, a 41,4%, Região Sudeste) (tabela 1).

Ainda nessa dimensão, apenas cerca de 5% ou menos das equipes referiram desenvolver ações gerenciais em unidades com todas as estruturas físicas administrativas e de apoio presentes (5,1% das EqSF, variando de 7,1%, Região Sul, a 21,1%, Região Norte), acessíveis para usuários que não sabem ler, com deficiência visual ou auditiva (4,5% das EqSF, variando de 21,1%, Centro-Oeste, a 6,4%, Região Sul) e para aqueles com dificuldade de locomoção ou cadeirantes (1,4% das EqSF, variando de 0,1%, Região Centro-Oeste, a 2,8%, Região Sudeste), alcançando os menores níveis de adequação (tabela 1).

Tabela 1. Adequação dos atributos de estrutura e processo, dimensão gerencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

| ESTRUTURA | BR | N | NE | CO | SE | S |
|---------------------------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Coordenador | 98,0 | 99,5 | 97,0 | 99,2 | 98,3 | 98,1 |
| Sinalização externa | 84,4 | 80,4 | 83,8 | 86,5 | 84,6 | 85,7 |
| Características estruturais | 57,4 | 43,8 | 51,9 | 45,8 | 61,7 | 67,0 |
| Veículo | 48,9 | 30,8 | 56,5 | 42,2 | 41,2 | 60,5 |
| Informática e acesso à internet | 38,7 | 20,4 | 16,2 | 41,5 | 49,4 | 61,8 |
| Referências e fluxos | 33,2 | 24,8 | 27,2 | 23,9 | 41,4 | 32,3 |
| Recursos audiovisuais | 22,8 | 10,8 | 6,8 | 20,7 | 34,8 | 30,9 |
| Ambientes administrativos | 5,1 | 2,1 | 2,9 | 4,0 | 6,7 | 7,1 |
| Acessibilidade visual/auditiva | 4,8 | 2,4 | 3,2 | 2,1 | 6,3 | 6,4 |
| Acessibilidade cadeirante | 1,4 | 0,9 | 0,4 | 0,1 | 2,8 | 0,8 |
| PROCESSO | | | | | | |
| Alimentação SisPreNatal | 87,4 | 86,9 | 90,9 | 86,3 | 87,0 | 82,2 |
| Funcionamento da unidade | 45,4 | 43,2 | 29,2 | 39,4 | 67,8 | 28,8 |
| Vínculo à central de regulação | 25,7 | 24,4 | 21,5 | 30,6 | 23,3 | 37,6 |
| Educação permanente | 23,9 | 15,1 | 8,1 | 25,6 | 35,6 | 30,0 |

No tocante aos atributos de processo da dimensão gerencial, foi para o critério alimentação regular do SisPreNatal (75%, variando de 82,2%, Região Sul, a 90,9%, Região Nordeste) que as equipes apresentaram os melhores percentuais de adequação. Em contrapartida, menos de 50% das equipes

foram classificadas como adequadas para os critérios funcionamento em dois turnos e no horário de 12h-14h (45,4%, variando de 28,8%, Região Sul, a 67,8%, Região Sudeste), vínculo à central de regulação (25,7%, variando de 21,5%, Região Nordeste, a 37,6%, Região Sul) e ações de educação permanente no município

(23,9%, variando de 8,1%, Região Nordeste, a 35,6%, Região Sudeste) (tabela 1).

Com relação à dimensão assistencial, para os critérios estruturais, mais de 75% das equipes foram classificadas como adequadas por apresentar equipe de atenção básica completa (84,5%, variando de 79,0%, Região Sul, a 86,3%, Região Nordeste) e por contar com instrumentais (sonar etc.), em condições de uso (83,3%, variando de 71,2%, Região Norte, a 88,6%, Região Sul). Nessa dimensão, foi encontrada adequação entre 50% e 75% das equipes para os critérios protocolos com definição para o pré-natal e exames laboratoriais essenciais (71,5%, variando de 60,7%, Região Centro-Oeste, a 80,5%, Região Sudeste), insumos direcionados à saúde da mulher (dispor sempre de lâmina de vidro etc.) (67,0%, variando de 55,1%, Região Nordeste, a 85,3%, Região Sul) e de material impresso (caderneta da gestante etc.) (59,6%, variando de 52,2%, Região Nordeste, a 68,1%, Região Norte).

Observou-se também que menos de 50% das equipes contavam com vacinas (influenza sazonal, hepatite B e tipo adulto dT) (43,5%, variando de 32,6%, Região Sul, a

48,8%, Região Norte), insumos (abaixador de língua etc.) (28,1%, variando de 14,3%, Região Nordeste, a 40,3%, Região Sul) e medicamento essenciais (pelo menos um tipo medicamento em cada grupo, por exemplo, analgésicos etc.) em quantidade suficiente (28,3%, variando de 10,3%, Região Norte, a 43,7%, Região Sul). Os piores resultados, entretanto, foram verificados para os critérios estrutura física para atendimento clínico (consultórios etc. presentes) (8,8%, variando de 2,8%, Região Norte, a 13,2%, Região Sudeste) e teste rápido para diagnóstico de sífilis, HIV e gravidez (1,6%, variando de 0,9%, Região Nordeste, a 3,7%, Região Norte) (tabela 2).

Na dimensão assistencial, para os atributos de processo, os maiores percentuais de adequação foram observados apenas para os critérios captação de gestantes faltosas e puérperas (89,6%, variando de 83,9%, Região Centro-Oeste, a 91,2%, Região Nordeste) e orientação quanto à importância da vacina dT e oferta de vacinas do calendário básico (78,6%, variando de 74,2%, Região Sul, a 83,2%, Região Nordeste), para os quais mais de 75% das equipes alcançaram os melhores resultados (tabela 2).

Tabela 2. Adequação dos atributos de estrutura e processo, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

| ESTRUTURA | BR | N | NE | CO | SE | S |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Equipe mínima | 84,5 | 84,9 | 86,3 | 79,5 | 86,2 | 79,0 |
| Instrumentais | 83,3 | 71,2 | 80,6 | 83,9 | 85,0 | 88,6 |
| Medicamentos controlados | 82,5 | 67,1 | 81,3 | 73,3 | 83,5 | 91,3 |
| Protocolos APN e exames | 71,5 | 61,1 | 64,5 | 60,7 | 80,5 | 72,1 |
| Insumos saúde da mulher | 67,0 | 61,1 | 55,1 | 71,0 | 68,9 | 85,3 |
| Material impresso | 59,6 | 68,1 | 52,2 | 56,7 | 64,0 | 61,9 |
| Prontuário físico | 58,7 | 68,6 | 55,0 | 52,5 | 61,3 | 58,7 |
| Funciona c/ serviços | 51,6 | 38,9 | 49,4 | 40,1 | 52,4 | 62,8 |
| Equipamentos: vacina | 47,8 | 91,8 | 44,4 | 72,1 | 28,4 | 70,3 |
| Vacinas básicas | 43,5 | 48,8 | 46,2 | 35,4 | 46,6 | 32,6 |
| Protocolo visita domiciliar | 35,0 | 32,9 | 30,3 | 25,9 | 41,7 | 33,1 |
| Medicamentos | 28,3 | 11,6 | 16,5 | 10,3 | 37,0 | 43,7 |

Tabela 2. (cont.)

| | | | | | | |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Insumos: população | 28,1 | 18,3 | 14,7 | 28,2 | 35,4 | 40,3 |
| Protocolo acolhimento | 28,0 | 14,6 | 17,7 | 15,0 | 41,8 | 26,1 |
| Equipamentos: farmácia | 16,9 | 16,8 | 11,0 | 19,1 | 16,9 | 26,9 |
| Prontuário eletrônico | 10,9 | 1,8 | 0,9 | 17,6 | 13,4 | 24,4 |
| Ambiente clínico | 8,8 | 2,8 | 3,0 | 9,5 | 13,2 | 11,7 |
| Testes rápidos | 1,6 | 3,7 | 0,9 | 3,1 | 1,9 | 1,2 |
| PROCESSO | | | | | | |
| Captação gestante e puérpera | 89,6 | 87,4 | 91,2 | 83,9 | 90,9 | 86,9 |
| Situação vacinal e oferta | 78,6 | 82,4 | 83,2 | 75,6 | 76,6 | 74,2 |
| Programa, consultas e ações | 73,4 | 70,9 | 76,8 | 69,5 | 72,4 | 71,7 |
| Oferta classificação de risco | 67,5 | 64,8 | 64,9 | 64,0 | 71,7 | 65,1 |
| Agenda/oferta promoção de saúde | 51,7 | 48,2 | 47,5 | 48,4 | 57,2 | 49,7 |
| Atendimento especializado | 46,3 | 45,2 | 48,7 | 42,8 | 46,2 | 42,3 |
| Cuidado domiciliar | 42,2 | 31,8 | 36,2 | 30,0 | 49,3 | 18,7 |
| Encaminhamento de usuários | 39,1 | 34,8 | 23,0 | 35,9 | 51,6 | 44,0 |
| Exames | 37,3 | 29,6 | 19,3 | 45,6 | 52,9 | 36,0 |
| Acolhimento | 34,3 | 22,5 | 20,0 | 25,3 | 48,6 | 36,4 |
| Caderneta da gestante | 30,6 | 28,7 | 32,1 | 26,3 | 34,2 | 32,5 |
| Consulta de puerpério | 27,1 | 20,7 | 32,1 | 15,0 | 29,1 | 20,2 |

Constatou-se ainda que entre 50% e 75% das equipes referiram programar consultas e ações para usuários de programas ou grupos prioritários, de cuidado continuado e APN (73,4%, variando de 69,5%, Região Centro-Oeste, a 76,8%, Região Nordeste), ofertar serviço, encaminhar gestantes para consultas e exames baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (67,5%, variando de 64,0%, Região Centro-Oeste, a 71,7%, Região Sudeste) e organizar agenda para oferta de atividades educativas de promoção da saúde sobre aleitamento materno (51,7%, variando de 47,5%, Região Nordeste, a 57,2%, Região Sudeste). Por outro lado, os resultados mais desfavoráveis, inferiores a 50% do atributo, foram para os critérios cuidado domiciliar mediante o cumprimento de critérios sociais e clínicos (42,2%, variando de 18,7%, Região Sul,

a 49,3%, Região Sudeste), realizar, coletar e receber os resultados dos exames em tempo oportuno (37,3%, variando de 19,3%, Região Nordeste, a 52,9%, Região Sudeste), utilizar a caderneta da gestante e possuir o número de gestantes de alto risco no território (30,6%, variando de 26,3%, Região Centro-Oeste, a 34,2%, Região Sudeste), e realizar consulta em qualquer dia e horário da semana para garantir atendimento de puerpério de até dez dias após o parto (27,1%, variando de 15,0%, Região Centro-Oeste, a 32,1%, Região Nordeste) (tabela 2).

Discussão

As evidências encontradas no presente estudo sobre a avaliação da APN na Estratégia Saúde da Família demonstraram

que a estrutura das UBS e os processos no desenvolvimento das ações prestadas não atenderam à maioria dos padrões estabelecidos em protocolos nacionais, tanto na dimensão gerencial quanto na dimensão assistencial, revelando baixa qualidade da APN e ao puerpério no Brasil. Esses problemas referiram-se a diversas esferas, desde a acessibilidade a ações e serviços até a realização de ações de promoção da saúde e à qualidade do cuidado clínico, envolvendo não apenas a atenção individual, mas, também, as ações coletivas e domiciliares ofertadas.

No Brasil, a maioria dos estudos relacionados com a APN centraram suas análises em critérios clássicos de adequação. O uso de dados do PMAQ-AB permitiu revelar, à luz da abordagem de Donnabedian, as condições das unidades de saúde da família e o desenvolvimento das ações das EqSF no âmbito da APS, sendo, portanto, um estudo que, do ponto de vista teórico e metodológico, ampliou o escopo das análises relativas à APN no País.

Inicialmente, cabe destacar que diversos estudos de abrangência nacional evidenciaram que o cuidado à gestante é universal no Brasil, persistindo desigualdades sociais e a inadequação da atenção^{11,12}. Estudo recente com dados da avaliação externa do PMAQ-AB com usuárias vinculadas a UBS também encontrou inadequação da assistência¹², o que é corroborado pelos baixos percentuais entre as dimensões analisadas.

Também tem sido avaliada a infraestrutura das unidades básicas no País¹⁹ que apoiam os resultados do estudo quanto a barreiras arquitetônicas para pessoas com algum tipo de necessidade especial, evidenciando a precariedade estrutural e a inexistência de adaptações básicas para o atendimento de usuários nessas condições nas unidades de saúde da família no Brasil.

Na contramão da ampliação do horário de funcionamento da unidade, que pode garantir maior adesão à APN e às visitas programadas, aumentar a satisfação das gestantes e favorecer a continuidade do

acompanhamento pré-natal²⁰, os resultados demonstraram fragilidades no seu funcionamento. Além disso, foram encontradas debilidades na realização de acolhimento, situação descrita em revisão integrativa²¹.

Foram bastante inexpressivos os percentuais de equipes com recursos materiais disponíveis para a resolubilidade do cuidado pré-natal nas unidades, sendo consistentes com evidências encontradas na literatura quanto insuficiência de medicamentos nas unidades²²; dificuldades na realização de exames²³, ou da baixa aplicação de testes para HIV e sífilis existentes, com alto percentual de unidades com material fora da validade²⁴; documentos e fluxos pactuados pela gestão municipal²⁵; e, além disso, ausência de diversas estruturas nas unidades investigadas em estudo de abrangência local²⁶.

Um dos achados mais animadores, em síntese, foi a presença de coordenadores para a gerência das unidades e de profissionais de saúde de diversas categorias para o desenvolvimento de atividades clínicas e de promoção da saúde, além disso, o desenvolvimento de ações como captação da gestante e puerpera para início precoce da assistência, orientação quanto à situação vacinal e oferta de vacina do calendário básico, bem como alimentação do SisPreNatal.

Ações de promoção da saúde têm impacto positivo sobre a realização de aleitamento materno e sobre o peso ao nascer²⁷. Entretanto, neste estudo, foi investigada apenas a organização de agendas das equipes para ofertar tais ações, não sendo possível mensurar se elas são, de fato, realizadas. A incipiência de ações de promoção da saúde no âmbito da APS, em geral²⁸, e, especificamente, voltadas para aleitamento materno em gestantes e puerperas²⁹ tem sido descrita em outros estudos.

A literatura internacional tem destacado problemas relativos à qualidade da APN em diversos países de diferentes continentes, o que reforça a relevância de estudos sobre a temática. Na Europa, recente revisão

sistemática evidenciou que, apesar dos sistemas de cuidados maternos estarem bem implementados no continente, desigualdades persistem em países da Europa Central e Oriental, que padecem com barreiras no acesso a cuidados maternos, recursos materiais obsoletos, falta de medicamentos e protocolos inadequados e desatualizados, entre outros³⁰. Estudo realizado em região mais populosa e desenvolvida de país da Ásia ressaltou que a qualidade da APN era extremamente inadequada, especialmente, devido a fatores como inadequação e baixa cobertura em níveis gerenciais e assistenciais, especialmente quanto à distância das unidades, deficiência de instalações e horário de trabalho e disponibilidade de recursos humanos, entre outros³¹. Em contexto latino-americano, no México, foi evidenciado baixo encaminhamento de gestantes para atividades educativas³², e, especificamente no Brasil, a baixa a qualidade da APN tem sido comumente descrita^{12,33}.

Como limitação do estudo, pode ser destacada a utilização de dados secundários devido a possíveis problemas de qualidade dos dados, como, por exemplo, o viés de informação. No caso do PMAQ, como os coordenadores das unidades foram os responsáveis pelas informações prestadas, poderia haver uma superestimação das atividades realizadas pelas equipes. Além disso, a diversidade de instituições envolvidas na coleta dos dados poderia ter comprometido a padronização dos procedimentos. Entretanto, este estudo revelou várias debilidades nas unidades e nos processos assistenciais e gerenciais das equipes, o que não reforça a hipótese de mascaramento dos problemas pelos coordenadores. Ademais, mesmo com a possibilidade de atenuação dos problemas estruturais e assistenciais das equipes, faz-se necessário destacar que, em todas as subdimensões estudadas, embora tenham sido observadas algumas variações percentuais entre as regiões, evidenciou-se que os problemas estavam presentes em todo o

território nacional, com padrões regionais muito semelhantes, o que reforça a confiabilidade dos dados e fala a favor da robustez dos resultados apresentados.

Como principal potencialidade do estudo, destaca-se a utilização de uma vasta quantidade de informações sobre características da estrutura das unidades de saúde da família e das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na APN, abarcando um grande número de municípios, permitindo delinear um quadro da situação atual no Brasil com ampliação do escopo das análises relativa à APN no País. Outro fato positivo foi a utilização de um modelo teórico-lógico, com base em referencial teórico sobre a utilização de atributos de estrutura e processo na avaliação de qualidade¹⁵, considerando base normativa e legal sobre a APN.

Finalmente, os resultados apresentados neste estudo demonstram que, apesar da alta cobertura da APN e de sua institucionalização há muitos anos, em normas e protocolos, no Brasil, ainda persistem problemas de diversas naturezas, com potenciais prejuízos à saúde materno-infantil. Estes achados são fundamentais para a compreensão da situação atual de problemas de saúde pública de grande magnitude, como a mortalidade materna, que continua em patamares acima do que foi estabelecido em pactos internacionais, e o aumento da incidência de sífilis congênita, que evidenciam limites na efetividade na APN³⁴⁻³⁶.

Colaboradores

Luz LA e Aquino R foram responsáveis pela concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Medina MG foi responsável elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants of Late Initiation of Prenatal Care. *Matern Child Health J*. 2011; 15:1067-1075.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: MS; 2012.
3. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>.
4. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 mar; 28(3):425-437.
5. Šegregur J, Šegregur D. Antenatal characteristics of Roma female population in Virovitica-Podravina County, Croatia. *Slovenian J Public Health*. 2017 [acesso em 2018 mar 10]; 56(1):47-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329785/pdf/sjph-2017-0007.pdf>.
6. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, et al. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *American J Obstetrics Gynecology*. 2002 maio; 186(5):1011-1016.
7. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1965-1974.
8. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(12):1-9.
9. Partridge S, Balayla J, Holcroft CA, et al. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years. *Am J Perinatol*. 2012 nov; 29(10):787-793.
10. Victoria CG, Aquino EML, Leal MCL, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 2:32-46.
11. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(sup):S85-S100.
12. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(3):1-11.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 2 Out 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB): documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Externa do PMAQ 1º CICLO – 2011/2012. Notas Técnicas. Brasília, DF: MS; 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_1ciclo11_12.pdf.
16. Donabedian A. Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Progra-

- ma Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2018 out 11]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf.
19. Janssen M, Fonseca SC, Alexandre GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2016 dez; 40(111):140-152.
 20. Mejía PTR, Barona RC, Solarte JCM, et al. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarios asociados al acceso al control prenatal. *Hacia Promoc Salud*. 2014; 19(1):84-98.
 21. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2015; 39(105):514-524.
 22. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):109-123.
 23. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2009 fev; 43(1):98-104.
 24. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2016 fev; 69(1):62-66.
 25. Protásio APL, Polyana BS, Lima CE, et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):209-220.
 26. Arantes RB, Alvares AS, Correa ACP, et al. Prenatal Care in The Family Health Strategy: Assessment of Structure. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014 abr-jun; 13(2):245-254.
 27. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2935-2948.
 28. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):69-82.
 29. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva RDM, et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr*. 2010 ago; 86(4):317-324.
 30. Miteniece E, Pavlova M, Rechel B, et al. Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2017 mar; 177:1-8.
 31. Majrooh MA, Hasnain S, Akram J, et al. Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the 'Punjab' Province of 'Pakistan'. *Plos One*. 2014 nov; 9(11).
 32. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Ortiz-Panozo E, et al. Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14:168.
 33. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet*. 2016; 24(2):252-261.
 34. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 2018 abr 25]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=DB8B807C6178754B973513C74A32D289?sequence=1.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilân-

cia em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: MS; 2017.

36. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: Update 2016. Washington: PAHO; 2017 [acesso em 2018 abr 25]. Dispo-

nível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Recebido em: 30/06/2018
Aprovado em: 18/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve