



ARTIGO ORIGINAL

DIFERENÇAS REGIONAIS NO CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL: ANÁLISE SEGUNDO MULHERES USUÁRIAS**REGIONAL DIFFERENCES IN PRENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: ANALYZE ACCORDING TO THE WOMEN USERS**Manoelito Ferreira Silva-Junior¹Bruna Di Dea²Fernanda Andrade³**RESUMO**

Objetivo: Analisar as diferenças regionais no pré-natal segundo mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal e analítico com dados secundários do III Módulo da avaliação externa do 2º Ciclo do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Houve comparação entre as regiões brasileiras utilizando o teste qui-quadrado e teste z ajustado pelo método Bonferroni ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram incluídas no estudo 9.933 mulheres. Dentre as diferenças regionais para as características sociodemográficas, onde houve gestantes mais velhas na região Sul (16,0%) em relação ao Nordeste (11,2%) e Norte (8,9%) ($p < 0,001$). Houve maior proporção de mulheres com ensino médio ou mais na região Sudeste (44,0%) e menor no Nordeste (36,3%) ($p < 0,001$). O procedimento clínico mais realizado foi aferir pressão arterial (98,8%) e o menos exame ginecológico (58,6%), com menor proporção no Centro-Oeste ($p < 0,001$). O procedimento laboratorial mais realizado foi o exame de urina (97,6%) e o menos, o exame de glicose (86,0%), sendo menor proporção no Norte ($p < 0,001$). As mulheres receberam mais orientações sobre amamentação (90,8%) e menos sobre preventivo (65,3%), sendo menor no Centro-Oeste ($p < 0,001$). O pré-natal com médico (74,5%) foi maior no Sul ($p < 0,001$). Foi alta a proporção de avaliação positiva sobre o cuidado recebido (81,8%), no entanto, foi menor no Norte e Nordeste ($p < 0,001$). **Conclusão:** Apesar das altas proporções, houve disparidades regionais entre os fatores sociodemográficos, clínicos e laboratoriais, medidas preventivas, acesso e avaliação dos serviços no pré-natal, com melhores resultados no Sul e Sudeste e piores no Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

Descritores: Pré-natal; Desigualdade Social; Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify regional differences in prenatal care according to the perception of users in primary health care in Brazil. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional and analytical study with secondary data from the III Module of the external evaluation of the 2nd Cycle of the National Program for Access and Quality in Primary Care. There was a comparison between Brazilian regions using the chi-square test and z test adjusted by the Bonferroni method ($p < 0.05$). **Results:** 9,933 women were

¹ Doutor e Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de União da Vitória, União da Vitória, Paraná, Brasil. E-mail: manoelito_fsjunior@hotmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: dideabruna@gmail.com

³ Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: ferandradee_@outlook.com



included in the study. Among the regional differences for sociodemographic characteristics, there were older pregnant women in the South region (16.0%) in relation to the Northeast (11.2%) and North (8.9%) ($p < 0.001$). There was a higher proportion of women with secondary education or more in the Southeast region (44.0%) and a lower proportion in the Northeast (36.3%) ($p < 0.001$). The most performed clinical procedure was measuring blood pressure (98.8%) and the least performed gynecological examination (58.6%), with a lower proportion in the Central-West ($p < 0.001$). The most performed laboratory procedure was the urine test (97.6%) and the least performed was the glucose test (86.0%), with a lower proportion in the North ($p < 0.001$). Women received more guidance on breastfeeding (90.8%) and less on preventive care (65.3%), being lower in the Central-West ($p < 0.001$). Prenatal care with a doctor (74.5%) was higher in the South ($p < 0.001$). The proportion of positive evaluations about the care received was high (81.8%), however, it was lower in the North and Northeast ($p < 0.001$). **Conclusion:** Despite the high proportions, there were regional disparities between sociodemographic, clinical and laboratory factors, preventive measures, access and evaluation of prenatal services, with better results in the South and Southeast and worse in the Central-West, Northeast and North.

Keywords: Prenatal; Social Inequality, Basic Health Care.

INTRODUÇÃO

O Pré-Natal (PN) é todo o período de acompanhamento que a gestante recebe, desde a concepção do feto, até o início do trabalho de parto. O principal objetivo da Atenção Pré-Natal e puerperal é acolher a mulher e promover o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e neonatal⁽¹⁾.

A Atenção Pré-Natal realizada de forma qualificada e humanizada reduz o risco gestacional para a mãe e para o bebê⁽¹⁾. Sendo assim, no ano 2000, o Brasil passou a ser signatário da Declaração do Milênio das Nações Unidas, que incluiu como uma das metas, reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna até o ano de 2020⁽²⁾.

A gestação é um fenômeno fisiológico, e por isso, ocorre na maioria das mulheres sem intercorrências, e nesses casos, são classificadas como gestação de risco habitual ou baixo risco⁽³⁾. A Atenção Primária de Saúde (APS), rede de serviços que deve atender cerca de 80-85% dos principais problemas e/ou agravos em saúde, devido a sua capilaridade, é vista hoje como a estratégia mais efetiva para porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾. O conhecimento da resolubilidade da APS deve ser constantemente avaliada, considerando o seu papel coordenador do cuidado em saúde, e serve para o entendimento dos avanços alcançados pelo sistema de saúde vigente⁽⁵⁾.

O Brasil tem incorporado diversas políticas públicas de saúde para melhoria dos serviços oferecidos à gestante e puérperas. Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com metas para avaliar a qualidade do cuidado prestado às gestantes⁽⁶⁾. Em 2005, a Lei Federal nº 11.108, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, assegurou às mães o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de



parto⁽⁷⁾. Em 2011, foi criada a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, denominada Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar um atendimento humanizado, um parto de qualidade e o nascimento saudável⁽⁸⁾.

O Ministério da Saúde buscando garantir uma melhoria no padrão de qualidade dos serviços ofertados e na ampliação do acesso da APS⁽⁹⁾, implantou um método de avaliação em saúde, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Após os três ciclos avaliativos do PMAQ-AB, realizados entre os anos de 2011-2012, 2013-2014 e 2015-2018, o programa foi substituído pelo Previne Brasil. O programa apresentava um financiamento por desempenho, e isso foi um fator decisivo na adesão dos municípios e das equipes de saúde^(10,11). Estudos têm utilizado os dados do PMAQ-AB como ferramenta para avaliar o PN, e com isso, identificar as melhorias necessárias e os locais onde são fundamentais mais políticas e ações do SUS⁽¹²⁻¹⁴⁾. Este fato se torna relevante, como critério de avaliação da política atual, e principalmente, neste processo de mudanças no formato do financiamento da APS no Brasil.

As desigualdades regionais, econômicas e socioculturais têm uma direta ligação com a qualidade de saúde da população no Brasil, e mesmo em um mesmo estado, essas diferenças sociais expressam diferenças no cuidado com as gestantes^(14,15). Sendo assim, conhecer a situação do cuidado recebido por gestantes em âmbito nacional fornecerá subsídios para formulação de políticas para superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o alcance da equidade⁽¹⁶⁾. Por esse motivo, o presente estudo tem como objetivo analisar as diferenças regionais no pré-natal segundo mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal e analítico com dados secundários do III Módulo da Avaliação Externa do 2º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados são de domínio público e disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O universo amostral foram as Equipes de Atenção Básica (EAB) que aderiram e receberam Avaliação Externa (AE) no 2º Ciclo do PMAQ-AB (2013-2014). A etapa de adesão ao PMAQ-AB foi voluntária aos municípios e possível para todas as Equipes de Atenção Básica (EAB) ativas que queriam ser avaliadas.

O PMAQ-AB foi coordenado de forma tripartite pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A coleta de dados da Avaliação Externa



(AE) foi realizada de forma multicêntrica por dez centros coordenadores que foram Instituições de Ensino Superior (IES), distribuídas por regiões de coleta de dados.

A AE trata-se da coleta de dados por entrevistadores externos previamente treinados pelo DAB, com o apoio das IES participantes. A AE era dividida em seis módulos, com visita *in loco* e entrevistas que foram realizadas entre novembro de 2013 e julho de 2014. O módulo III, utilizado nesse recorte do presente estudo, trata-se dos dados referente à coleta de dados com usuários. Neste módulo, objetivo foi avaliar a satisfação e percepção do usuário sobre o acesso e utilização de serviços de saúde. Participaram quatro usuários por EAB avaliada, de forma direta, com usuários na própria UBS avaliada, utilizando questionários em *tablets*.

Os critérios de inclusão do participante foram: usuários presentes na Unidades Básicas de Saúde (UBS) no momento da avaliação externa, usuários que não passaram por consulta com médico, enfermeiro no dia da entrevista. Os critérios de exclusão foram: ser a primeira vez que o usuário vai até a unidade; ser maiores de 18 anos; e, ter utilizado os serviços da UBS em tempo maior de 12 meses.

A amostra intencional foi obtida a partir do aceite para participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No segundo ciclo a AE foi realizada em 5.070 municípios do Brasil (91%), em 30.424 EAB (90%) nas cinco regiões do país, e houve coleta com 114.615 usuários.

O módulo III apresentava blocos de perguntas específicos que era aplicado conforme o perfil dos usuários (mulheres, pré-natal, criança, hipertensão ou diabetes). Para o recorte do presente estudo, houve o uso de critérios de elegibilidade entre os usuários avaliados no PMAQ-AB para composição da amostra no presente estudo. Houve a necessidade do uso dos seguintes filtros de seleção da amostra:

- Questão III.3.1 – Sexo: apenas `mulheres` (código 2),
- Questão III.3.2– Idade: mulheres até 50 anos.
- Questão III.13.1 – Ficou grávida alguma vez: apenas `sim` (Código 1)
- Questão III.13.3 - Realizaram o pré-natal da última gravidez na Unidade Básica de Saúde onde foram coletados os dados: apenas `sim` (Código 1).

O fluxograma para a seleção da amostra foi inserido na Figura 1.

As variáveis de interesse do estudo foram divididas e agrupadas conforme os fatores sociodemográficas, procedimentos clínicos e laboratoriais, medidas educativas, acesso e avaliação do serviço de saúde (Quadro 1) e houve distribuição e comparação conforme as cinco regiões geográficas brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).



As variáveis obtidas foram analisadas no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 (IBM Corp., NY, Estados Unidos). A descrição foi apresentada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Os fatores sociodemográficos, clínicos e laboratoriais, medidas preventivas e acesso e avaliação dos serviços de saúde foram associadas por meio do teste qui-quadrado e houve comparação de proporções das regiões geográficas brasileiras através do teste z com ajuste de valores pelo método de Bonferroni ($p < 0,05$). As diferenças entre as proporções entre as regiões brasileiras foram apresentadas através do uso de diferentes letras alfabéticas por linhas. Foram realizados *equiplots* (https://www.equidade.org/equiplot_creator) para a exibição gráfica dos resultados referentes às desigualdades entre as regiões geográficas brasileiras.

RESULTADOS

Dos 114.615 usuários entrevistados na Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, um total de 9.933 mulheres elegíveis foram incluídas no estudo (Figura 1).

No Brasil, a maior parte das usuárias tinha idade entre 20-34 anos (75,3%), estudaram até o ensino médio completo ou mais (39,8%), era da raça/cor outras (não branca) (71,1%). A minoria das mulheres trabalhava (24,8%), e entre estas, a renda pessoal era maior de 1 salário mínimo (68,1%). A minoria das mulheres ganhava o auxílio do bolsa família (47,2%) (Tabela 1).

As características sociodemográficas das gestantes usuárias na APS foram diferentes nas regiões geográficas brasileiras. Houve maior proporção de gestantes mais velhas na região Sul (16,0%) em relação ao Nordeste (11,2%) e Norte (8,9%) ($p < 0,001$). Houve maior proporção de mulheres com ensino médio ou mais na região Sudeste (44,0%) e menor no Nordeste (36,3%) ($p < 0,001$). As mulheres de raça/cor outras (não-branca) foi maior no Norte (87,6%) em relação a todas as demais regiões ($p < 0,001$). Dentre as mulheres que trabalhavam, a maior proporção residia no Sul (43,4%) ($p < 0,001$), e entre estas, a renda pessoal era maior de 1 salário mínimo (79,6%) ($p < 0,001$), enquanto houve maior proporção de mulheres que recebia bolsa família no Nordeste (62,0%) ($p < 0,001$) (Tabela 1) (Figura 2).

O procedimento clínico mais realizado entre as gestantes durante o pré-natal na APS do Brasil foi a aferição da pressão arterial (98,8%), e menos, o exame ginecológico (58,6%). Entre os exames laboratoriais, o exame de urina foi o mais realizado no Brasil (97,6%), e o menos, exame de glicose (86,0%). De modo geral, verificou-se menor proporção de exames clínicos realizados na região Centro-Oeste, e menor realização de exames laboratoriais na região Norte ($p < 0,001$). Destaque-se as maiores proporções de realização de medidas de preventivas, como vacina antitetânica, prescrição de sulfato ferroso e vitamina B9 na região Nordeste ($p < 0,001$). Uma minoria das mulheres apresentou urgências



durante o período gestacional (33,1%), sendo maior na região Sul (40,7%) ($p < 0,001$) (Tabela 1) (Figura 2).

No Brasil, a maioria das mulheres recebeu medidas educativas, sendo sobre amamentação (90,8%) a mais frequente, com maior proporção no Nordeste (93,1%), e menos no Centro-Oeste (84,2%) e Norte (88,0%) ($p < 0,001$). A orientação menos frequente foi sobre preventivo (65,3%), sendo menor proporção no Centro-Oeste (53,8%) ($p < 0,001$). Quase metade das mulheres recebeu orientação sobre a existência dos grupos educacionais (54,9%) na APS, com maior proporção no Sudeste (61,2%) ($p < 0,001$) (Tabela 1) (Figura 2).

O médico foi o principal profissional que realizou o pré-natal na APS (74,5%), sendo a maior proporção na região Sul (96,1%) ($p < 0,001$). O pré-natal realizado por enfermeiro foi aproximado ao com médico (73,7%), mas teve maior frequência no Nordeste (96,3%) ($p < 0,001$). A avaliação sobre o cuidado recebido pela equipe de saúde avaliado no Brasil como bom/muito bom (81,8%), sendo mais frequente na região Sul (85,6%), e menos, no Norte (75,8%) e Nordeste (78,0%) ($p < 0,001$). Em relação a avaliação dos serviços, a maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas durante o seu pré-natal (84,3%), sendo a maior proporção no Sul (86,6%), e a menor, no Centro-Oeste (72,0%) ($p < 0,001$). A única variável de avaliação que não teve diferença estatisticamente significativa entre as regiões geográficas brasileiras foi sobre o grupo educativo ter ajudado durante o pré-natal ($p = 0,539$) (Tabela 1) (Figura 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo, apesar de alta proporção entre a maioria dos indicadores avaliados, as disparidades regionais estiveram presentes na percepção de mulheres sobre o pré-natal recebido na atenção primária à saúde no Brasil. Estes resultados reforçam a importância da inclusão da percepção dos usuários na aferição da qualidade dos serviços, pois demonstraram que avaliação subjetiva da percepção de usuárias, estão de acordo com as avaliações objetivas e normativas apresentadas em outros estudos⁽¹²⁻¹³⁾, e por isso, são de relevância para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal.

De modo geral, a literatura internacional também destacou desigualdades nos serviços prestados durante o PN. Na Europa, uma revisão sistemática mostrou que, apesar dos sistemas de serviços maternos estarem implantados de forma ampla no continente, desigualdades persistem em países da Europa Central e Oriental⁽¹⁷⁾. Na Ásia, houve baixa cobertura de PN pelas condições dos serviços ofertadas no continente em países muito populosos e ainda com grande concentração rural^(17,18). Esse resultado destaca a necessidade de ciclos avaliativos sistemáticos e permanentes nos serviços de saúde.



O pré-natal entre mulheres com piores condições socioeconômicas foi encontrada nas regiões Norte e Nordeste. Foi verificada nessas regiões uma maior população de mulheres com idade de 20-34 anos; menor escolaridade; raça/cor não branca; que não trabalhavam; baixa renda e que recebiam bolsa família. Se por um lado, o resultado mostra um aspecto positivo, o acesso aos serviços públicos da Atenção Primária à Saúde por mulheres com piores condições socioeconômicas nas regiões mais carentes do país^(14,19), ainda evidencia a existência de disparidades socioeconômicas marcantes enfrentadas pelas regiões brasileiras. Apesar de todas as políticas de desenvolvimentos sociais, ainda verificou uma menor empregabilidade de mulheres nordestina, aspecto também observado em décadas anteriores⁽¹⁹⁾. E políticas públicas mais abrangentes devem pensar em estratégias a curto, médio e longo prazo para minimizar essas mazelas.

Em contrapartida, na região Sul, houve melhores condições socioeconômicas entre as mulheres usuárias do SUS, em que o estudo apontou maior escolaridade, cor branca, maior renda e sem o auxílio do bolsa família, compatível com o melhor desenvolvimento social dessa região brasileira e com resultado semelhante a outro estudo⁽¹⁴⁾. Apesar de ser a região com maior proporção de mulheres empregadas^(14,19), no presente estudo, a maioria encontrava-se desempregada no momento da entrevista. Esse aspecto pode derivar das diferenças metodológicas dos estudos, da utilização de dados referente a amostra de usuários de serviço, e também por se tratarem de estudos realizados em diferentes anos.

No que diz respeito a fatores clínicos e laboratoriais, encontrou-se que havia diferenças entre as regiões geográficas de forma bem acentuada. O estudo mostrou que a região Centro-Oeste foi a que menos realizou exame ginecológico durante o PN, concordando com a literatura⁽²⁰⁾. Reforça-se aqui, que esta região não foi a que apresentou menores proporções de profissionais, e esse resultado clínico menor, pode derivar em parte, na forma do cuidado e/ou Atenção à Saúde ofertada pelo serviço às mulheres dessa região. E por isso, medidas que melhorem e padronizem o atendimento devem ser valorizados, aspecto considerado pelo próprio objetivo do PMAQ-AB.

Apesar de uma boa proporção para a maioria dos procedimentos avaliados, demonstra-se ainda a necessidade de melhoria de recursos para fornecimento de um pré-natal seguro e que respeite as recomendações nacionais para melhor segurança da criança e da mãe, e principalmente, que respeite as desigualdades regionais ainda presentes e evidenciadas no presente estudo. A maior realização de testagem para o HIV ocorreu na região Sul, e menores, nas regiões Norte e Nordeste, houve baixa investigação do HIV, como destacado na literatura⁽¹³⁾. Ainda, verificou-se que no presente estudo que o Norte foi a região com menor proporção de realização de diferentes exames, tais como: HIV e VDRL, glicose e ultrassom. Essa menor proporção de realização de procedimentos, principalmente dos exames



rápidos e laboratoriais, pode derivar em parte pelos menores recursos materiais, humanos e infraestrutura, por exemplo, e inclusive, uma fragilidade na rede de atenção a saúde materno-infantil.

Em relação à realização de medidas preventivas, destaca-se uma alta proporção para todas as regiões. No entanto, o Nordeste destacou-se em diversas medidas, tais como: vacina antitetânica, sulfato ferroso e vitamina B9 durante a gestação. Contudo, a alta proporção do uso de sulfato ferroso não foi encontrado em outros estudos^(2,14). Esse aspecto pode reforçar que políticas públicas de saúde com o princípio de equidade têm sido implantadas nos últimos anos no Nordeste, e assim, tem conseguido melhorar os seus indicadores no cuidado pré-natal, como indicado no presente estudo.

Na região Sul, houve maior proporção de mulheres com necessidade do uso de serviço de urgência durante a gestação, diferente de estudo anterior que verificou maior proporção no Centro-Oeste⁽²⁰⁾. Levanta-se a hipótese que o maior uso por urgência no Sul pode derivar da maior proporção de gestantes com maior idade gestacional.

Em relação à coleta dos dados referente aos procedimentos clínicos e laboratoriais durante a AE do PMAQ-AB, ressalta-se uma limitação na sua compreensão. As questões limitaram-se a avaliar a realização em algum momento do pré-natal, sem considerar se a necessidade do exame clínico ou laboratorial deve ser realizado uma única vez ou durante a rotina de todas as consultas. Sendo assim, os resultados podem indicar a realização de sobretratamento, como por exemplo, quando mulheres imunizadas realizaram novamente a vacina, ou os resultados podem ser superestimados, quando a aferição de pressão arterial em uma das consultas foi considerada como adequação a todo o pré-natal. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de seguir todos os protocolos clínicos das consultas do pré-natal presentes no Caderno da Atenção Básica nº 32⁽²¹⁾ e o Manual da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)⁽²²⁾. Nesse sentido, ao considerar o PMAQ-AB como um programa que pretende avaliar a qualidade do serviço, reforça-se que a mensuração da realização de procedimentos clínicos e laboratoriais em um único momento estático do pré-natal não assegura a qualidade do serviço ofertado. Embora possa ser utilizado como um parâmetro inicial para identificar o que já tem sido feito e o que ainda não tem sido incorporado no processo de trabalho do pré-natal na APS.

Quanto as medidas educativas de orientações à saúde durante o pré-natal, o Nordeste brasileiro, teve destaque em orientações sobre alimentação e peso, amamentação e cuidado com a criança, indo de acordo com estudo já realizado no país⁽²³⁾. As regiões Sul e Sudeste, tiveram boas porcentagens quanto a efetividade das orientações recebidas, como demonstrado em estudo prévio¹⁴. Destaca-se aqui o trabalho efetuado na Região Nordeste, que se sobressaiu nas proporções relacionadas às medidas



educativas, esse aspecto, pode ser explicado em parte, pela maior cobertura de Estratégia de Saúde da Família, ou seja, com um modelo de atenção à saúde com processo de trabalho que valoriza as medidas de prevenção e promoção da saúde, por meio principalmente, de medidas educativas. Já a região Centro-Oeste, teve os piores índices quanto as orientações recebidas, resultado não encontrado em estudos prévios^(13,14). As informações em saúde são primordiais e devem ser consideradas no cuidado humanizado em saúde. Um estudo mostrou que quanto maior a prestação de orientações realizadas pela equipe de saúde, melhor foi a percepção positiva das usuárias em relação ao sistema de saúde⁽²⁴⁾.

Também foram verificadas, diferenças quanto ao acesso e avaliação dos serviços prestados. Na região Sul, o principal prestador de atendimento durante o PN foi o médico, com resultado de acordo com literatura⁽¹³⁾. No entanto, apesar dos esforços de políticas públicas, como o Programa Mais Médico para permanência de profissionais em locais de difícil acesso, nota-se ainda a insuficiência de fixação de profissionais em alguns lugares. O Sudeste foi a região com maior proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante o PN, como encontrado na literatura⁽¹²⁾. Seis consultas é o número de consultas preconizado como adequado pela Nota Técnica do programa substituído ao PMAQ-AB, o Previne Brasil⁽²⁴⁾, além disso, este número possibilita a comparabilidade entre estudos prévios nacionais ou internacionais. Ressalta-se que o número de consultas do presente estudo deve considerar a limitação da informação sobre a idade gestacional do momento da descoberta da gravidez gestante e/ou equipe de saúde, pois se ocorre de forma precoce e/ou tardia, ou ainda, a ocorrência do número de semanas até o parto, pode interferir no número de consultas pré-natais.

A maioria das mulheres informou que os grupos de apoio ajudaram, sem diferir entre as regiões geográficas brasileiras^(5,25). Quanto a instalações físicas da UBS, a maioria classificou como muito boa/boa, sendo a região Sul com melhor avaliação pelas usuárias. A ambiência é um elemento a ser considerado, e essas melhorias estruturais favorecem a continuidade da realização de um pré-natal de qualidade pelas gestantes⁽²³⁾.

Como limitação do estudo, pode ser destacado o uso de um banco de dados secundários e por isso, dúvida quanto a validade externa da amostra e problemas quanto à qualidade e veracidade dos dados, o que pode influir em um viés de seleção da amostra, viés de informação e/ou viés de memória. Ao incluir resultados apenas de usuários de equipes de saúde com adesão ao PMAQ-AB, ou seja, equipes que desejaram receber avaliação, estas podem ser o estrato de melhores Unidades e/ou Equipes, e por isso não refletir o panorama real da problemática abordada. Além disso, ao considerar que houve a realização dos procedimentos clínicos e/ou laboratoriais em pelo menos uma vez durante o pré-natal, e



não quando ou quantas vezes foi realizado, pode apresentar um dado superestimado na concepção de assistência adequada.

Ainda, em relação aos critérios de elegibilidade da composição da amostra do PMAQ-AB, a equipe sabia e estava ciente sobre o dia da avaliação externa, e por isso, alguns usuários poderiam ser intencionalmente agendados. Além disso, o banco apresenta perguntas para grupos específicos, e para às mulheres, as questões eram referentes à última gravidez, e por isso, as mulheres poderiam apresentar um viés de memória. No entanto, no presente estudo, os pesquisadores limitaram à idade máxima da participante para 50 anos referentes ao PN realizado na UBS avaliada para minimizar este viés.

Em contrapartida, em relação as potencialidades do estudo, reafirma-se que os dados do presente estudo são de abrangência nacional e os seus resultados apresentam estimativas para o planejamento nas políticas públicas e além disso, podem servir de subsídio para aprimoramento do cuidado pré-natal ofertado na APS. Como principal potencialidade do estudo, destaca-se a utilização de uma vasta quantidade de dados que foram capazes de consolidar as diferenças entre as regiões brasileiras no PN. Sendo assim, o PMAQ-AB mostrou-se uma ferramenta útil para avaliar a maioria dos itens relativos a estrutura do PN na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

CONCLUSÕES

Apesar de altos índices na maioria dos indicadores avaliados no presente para avaliação do pré-natal, ainda persistem desigualdades regionais na percepção de mulheres usuárias da Atenção Primária no Brasil. As regiões Norte e Nordeste obtiveram as piores proporções relacionadas principalmente as condições sociodemográficas e acesso a assistência ao pré-natal, a região Centro-Oeste e Norte em relação aos procedimentos clínicos e laboratoriais e orientações de saúde quando comparadas às regiões Sul e Sudeste.

A assistência pré-natal no país tem uma ampla cobertura e na percepção das mulheres, houve uma atenção à maioria dos indicadores avaliados, no entanto, ainda há persistência de desigualdades nos serviços prestados. Estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionadas às populações socioeconomicamente menos favorecidas são essenciais para a promoção da redução dessas diferenças. Também vale destacar o uso da avaliação segundo a percepção de usuários, para que sintam parte importante das mudanças necessárias para o sistema e que considere também, medidas qualitativas além dos quantitativos.



REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: MS; 2006.
2. World Health Organization (WHO). **Millennium Declaration. Declaration of the United Nations General Assembly.** World Health Organization, 2000.
3. Kwon YS, Kim JS, Choi PP, Song JH, Dudina D. **Atenção pré-natal de baixo risco.** Vol. 11, Journal of Industrial and Engineering Chemistry. 2005. 103–109 p.
4. Brasil. **Ministério da Saúde. Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido.** 2017;44.
5. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. **Access to prenatal care and quality of care in the family health strategy: Infrastructure, care, and management.** Cad Saude Publica. 2018;34(5):1–13.
6. Brasil. **Ministério da Saúde. Programa Humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento 2002;** 5-17.
7. Brasil. Casa Civil. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário da União. 2005;1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria No 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União [Internet]. 2020;1–9. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de Alto Risco Manual Técnico [Internet].** Gestação de Alto Risco Manual Técnico. 2012. 370–3 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.
10. Alencar Mota RR, David HMSL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar.** Rev Enfer UERJ. 2015; 23(1): 122-127.
11. Pinto HÁ, Sousa ANA, Ferla AA. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora.** Saúde Deb. 2014; 38 (Spec): 358-372.



12. Anjos JC, Boing AF. **Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: Análise do sistema de informações sobre nascidos vivos em 2013.** Rev Bras Epidemiol. 2016;19(4):835–50.
13. Nunes ADS, Amador A E, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. **Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde.** Rev Bras Prom Saúde. 2017;30(3):1–10.
14. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, da Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP Fassa AG, Facchini LA. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: Indicadores e desigualdades sociais.** Cad Saude Publica. 2017;33(3):1–11.
15. Bonacina CM. **Avaliação da atenção pré-natal no Rio Grande do Sul: um estudo sobre as desigualdades regionais e sociais.** [dissertation]. [Porto Alegre] Univ Fed do Rio Gd do Sul. 2015;151:10–7.
16. Giovanella L, Mendonça MHM. **Atenção primária à saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009, p. 575–626.
17. Miteniece E, Pavlova M, Rechel B, Rezeberga D, Murauskienė L, Groot W. **Barriers to accessing adequate maternal care in Latvia: A mixed-method study among women, providers and decision-makers.** Health Policy (New York). 2019;123(1):87–95.
18. Majrooh MA, Hasnain S, Akram J, Siddiqui A, Memon ZA. **Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the ‘Punjab’ Province of ‘Pakistan’.** Plos One. 2014; 9(11): e113390.
19. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** Cienc e Saude Coletiva. 2006;11(4):975–86.
20. Handell IBS, Cruz MM, Santos MA. **Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009.** Epidemiol e Serviços Saúde. 2014;23(1):101–10.
21. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.**
22. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Manual de Assistência Pré-natal 2014: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.** 2014. 52 p.



23. Luz LA, Aquino R, Medina MG. **Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil.** Saúde em Debate. 2018;42(Spec 2):111–26.

24. Brasil. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 5 / 2020-DESF / SAPS / MS [Internet].** Vol. 07. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf

25. Silva NEK. **Imaginário social sobre o SUS e vulnerabilidade de homens ao acesso a diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.** RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016;10(1):1-12.

QUADRO

Quadro 1. Variáveis e categorias de análise.

Eixo	Variável	Categorias
Fatores socioeconômicos	Idade	< 20 anos; 20 até 34 anos; ≥35 anos
	Escolaridade	Até ensino fundamental incompleto (não alfabetizado, alfabetizado, Ensino fundamental incompleto); Até ensino médio incompleto (Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto) ; Ensino médio completo ou mais (Ensino medio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo, Pós-graduação)
	Raça/Cor	Branca; Outras (Preta, Amarela, Parda/Mestiça, Indígena, Ignorada)
	Trabalha	Sim/Não
	Renda pessoal	<1 salário; ≥1 salário
	Bolsa Família	Sim; Não
Fatores clínicos e laboratoriais	Mediram barriga	Sim; Não
	Mediram pressão	
	Examinou a boca	
	Examinou mama	
	Papanicolau	
	Exame ginecológico	
	Exame de Urina	
	Exame HIV	
	Exame VDRL	



	Exame de Ultrassom	
	Exame de Glicose	
	Vacina antitetânica	
	Receita sulfato ferroso	
	Receita vitamina B9	
	Urgência gravidez	
Medidas educativas	Orientação sobre alimentação e peso	Sim; Não
	Orientação amamentação	
	Orientação cuidado com a criança	
	Orientação preventivo	
	Orientação sobre existência dos grupos educativos	
Acesso e avaliação do serviço de saúde	Pré-natal com médico	Sim; Não
	Pré-natal com enfermeiro	
	Avaliação do cuidado	Bom/Muito Bom;Regular/Ruim/Muito ruim
	Número de consultas no pré-natal	Menor que 5; 6 ou mais
	Consulta com o mesmo profissional	Sim (Sim, em todas); Não (Sim em algumas ou Não)
	Sabia da maternidade	Sim; Não
	Orientações ajudaram	Sim; Não (Sim em algumas ou Não)
	Participou de grupo educativo	Sim; Não
	Grupo educativo ajudou	Sim; Não (Sim em algumas ou Não)
	Recomendaria UBS/Equipe	Sim; Não
	Trocaria UBS/Equipe	
	Avaliação da instalação da UBS	Muito bom/Bom; Regular/Ruim/Muito ruim



FIGURA

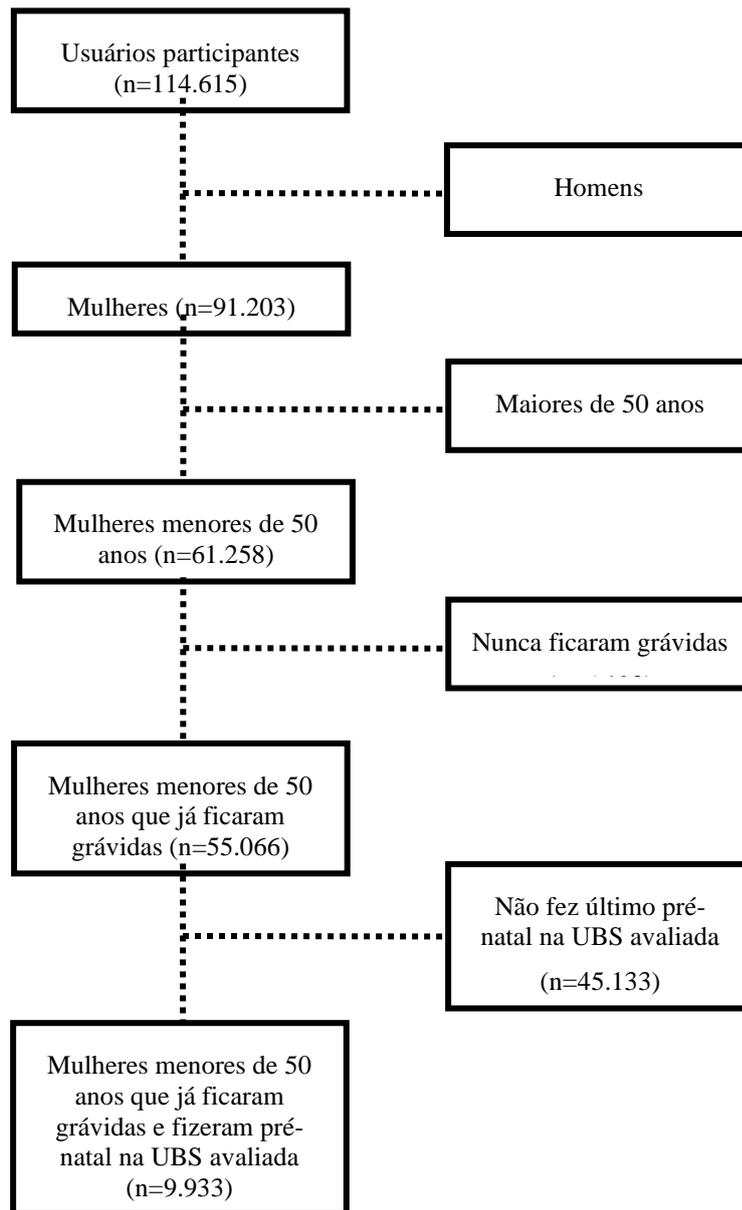


Figura 1: Fluxograma da seleção da amostra. Brasil, 2014.



TABELA

Tabela 1. Fatores sociodemográficos, clínicos e laboratoriais, medidas educativas e acesso e avaliação dos serviços de saúde associados as regiões brasileiras geográficas entre mulheres usuárias que realizaram pré-natal na atenção primária à saúde. Brasil, 2014.

Variáveis	Regiões geográficas brasileira						Total
	Total	Sul	Sudeste	Centro-oeste	Nordeste	Norte	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Fatores sociodemográficos							
Idade (n=9933)							
<20 anos	1246 (12,5)	112 (11,8)a	431 (12,8)a	115 (12,5)a	453 (12,0)a	135 (15,0)a	<0,001
20 até 34 anos	7484 (75,3)	685 (72,2)a	2491 (73,7)a	710 (77,4)a,b	2914 (76,9)b	684 (76,1)a,b	
≥35 anos	1203 (12,1)	152 (16,0)a	456 (13,5)a,b	92 (10,0)b,c	423 (11,2)c	80 (8,9)c	
Escolaridade (n=9930)							
Até EF incompleto	2862 (28,8)	250 (26,3)a,b	853 (25,3)b	213 (23,2)b	1267 (33,4)c	279 (31,1)a,c	<0,001
Até EM incompleto	3115 (31,4)	321 (33,8)a,b	1039 (30,7)a,b	322 (35,1)b	1149 (30,3)a	284 (31,6)a,b	
EM completo ou mais	3953 (39,8)	378 (39,9)a,b,c	1485 (44,0)c	382 (41,7)b,c	1373 (36,3)a	335 (37,3)a,b	
Raça/Cor (n=9796)							
Branca	2832 (28,9)	599 (64,2)a	1138 (34,0)b	242 (26,8)c	743 (20,0)d	111 (12,4)e	<0,001
Outras	6964 (71,1)	334 (35,8)a	2207 (66,0)b	658 (73,2)c	2981 (80,0)d	784 (87,6)e	
Trabalha (n=9933)							
Sim	2468 (24,8)	412 (43,4)a	880 (26,1)b	278 (30,3)b	724 (19,1)c	174 (19,4)c	<0,001
Não	7465 (75,2)	537 (56,6)a	2498 (73,9)b	639 (69,7)b	3066 (80,9)c	725 (80,6)c	
Renda pessoal (n=2173)							
< 1 salário	694 (31,9)	79 (20,4)a	200 (25,3)a	71 (29,5)a	273 (45,3)b	71 (47,0)b	<0,001
≥ 1salário	1479 (68,1)	309 (79,6)a	594 (74,7)a	170 (70,5)a	329 (54,7)b	80 (53,0)b	
Bolsa família (n=9918)							
Sim	4684 (47,2)	246 (26,0)a	1299 (38,5)b	318 (34,8)b	2346 (62,0)c	475 (52,8)d	<0,001
Não	5234 (52,8)	701 (74,0)a	2072 (61,5)b	597 (65,2)b	1440 (38,0)c	424 (47,2)d	
Procedimentos clínicos e laboratoriais							
Mediram barriga (n=9659)							



Sim	9343 (96,7)	853(96,6)a,b 30	3205 (97,6)b	832 (91,1)c 81	3630 (97,7)b	823 (95,0)a 43	<0,001
Não	316 (3,3)	(3,4)a,b	78 (2,4)b	(8,9)c	84 (2,3)b	(5,0)a	
Mediram pressão (n=9933)							
Sim	9818 (98,8)	941 (99,2)a,b	3342 (98,9)a,b	894 (97,5)c	3760 (99,2)b	881 (98,0)a ,c 18	<0,001
Não	115 (1,2)	(0,8)a,b	36 (1,1)a,b	23 (2,5)c	30 (0,8)b	(2,0)a, c	
Examinou a boca (n=9933)							
Sim	4889 (49,2)	456 (48,1)a	1737 (51,4)a	354 (38,6)b	1969 (52,0)a	373 (41,5)b	<0,001
Não	5044 (50,8)	493 (51,9)a	1641 (48,6)a	563 (61,4)b	1821 (48,0)a	526 (58,5)b	
Examinou mama (n=9933)							
Sim	5594 (56,3)	520 (54,8)a	1969 (58,3)a	366 (39,9)b	2338 (61,7)c	401 (44,6)b	<0,001
Não	4339 (43,7)	429 (45,2)a	1409 (41,7)a	551 (60,1)b	1452 (38,3)c	498 (55,4)b	
Papanicolau (n=9933)							
Sim	3505 (35,3)	378 (39,8)a	1196 (35,4)a	240 (26,2)b	1458 (38,5)a	233 (25,9)b	<0,001
Não	6428 (64,7)	571 (60,2)a	2182 (64,6)a	677 (73,8)b	2332 (61,5)a	666 (74,1)b	
Exame ginecológico (n=9933)							
Sim	4114 (41,4)	511 (53,8)a	1586 (47,0)b	315 (34,4)c	1380 (36,4)c	322 (35,8)c	<0,001
Não	5819 (58,6)	438 (46,2)a	1792 (53,0)b	602 (65,6)c	2410 (63,6)c	577 (64,2)c	
Exame de urina (n=9857)							
Sim	9618 (97,6)	936 (98,9)a	3285 (97,8)a,b	876 (96,8)b	3658 (97,3)b	863 (97,2) a,b 25 (2,8)a ,b	0,016
Não	239 (2,4)	10 (1,1)a	74 (2,2)a,b	29(3,2)b	101 (2,7)b		
Exame HIV (n=9737)							
Sim	9233 (94,8)	914 (97,6)a	3180 (96,0)a	862 (96,0)a,b	3476 (93,6)b,c	801 (91,4) c 75 (8,6)c	<0,001
Não	504 (5,2)	22 (2,4)a	134 (4,0)a	36 (4,0)a,b	237 (6,4)b,c		
Exame VDRL (n=8894)							
Sim	7777 (87,4)	746 (90,5)a	2760 (89,4)a	814 (94,5)b	2820 (85,0)c	637 (79,1) d 168 (20,9)	<0,001
Não	1117 (12,6)	78 (9,5)a	327 (10,6)a	47 (5,5)b	497 (15,0)c	d	

**Exame de Ultrassom (n=9747)**

						798 (90,2)	
Sim	9154 (93,9)	894 (94,9)a,b	3065 (92,7)b,c	821 (92,4)b,c	3576 (96,0)a	c	<0,001
Não	593 (6,1)	(5,1)a,b	240 (7,3)b,c	68 (7,6)b,c	150 (4,0)a	87 (9,8)c	

Exame de Glicose (n=9581)

						667 (77,5)	
Sim	8243 (86,0)	826 (90,0)a	2923 (89,0)a	737 (84,6)b	3090 (84,8)b	c	<0,001
Não	1338 (14,0)	92 (10,0)a	363 (11,0)a	134 (15,4)b	555 (15,2)b	194 (22,5) c	

Vacina antitetânica (n=9703)

						759 (86,1)	
Sim	8655 (89,2)	798 (86,1)a	2892 (87,7)a	775 (86,9)a	3431 (92,6)b	a	<0,001
Não	1048 (10,8)	129 (13,9)a	404 (12,3)a	117 (13,1)a	275 (7,4)b	123 (13,9) a	

Receita sulfato ferroso (n=9885)

						853 (95,6)	
Sim	9559 (96,7)	883 (93,7)a	3243 (96,4)b	874 (95,7)a,b	3706 (98,2)c	a,b	<0,001
Não	326 (3,3)	59 (6,3)a	122 (3,6)b	39 (4,3)a,b	67 (1,8)c	39 (4,4)a ,b	

Receita vitamina B9 (n=9825)

						809 (91,5)	
Sim	9166 (93,3)	781 (84,4)a	3110 (93,1)b	840 (93,6)b	3626 (96,2)c	b	<0,001
Não	659 (6,7)	144 (15,6)a	229 (6,9)b	67 (7,4)b	144 (3,8)c	75 (8,5)b	

Urgência gravidez (n=9903)

						307 (34,2)	
Sim	3279 (33,1)	385 (40,7)a	1081 (32,1)b	291 (31,8)b	1215 (32,2)b	b	<0,001
Não	6624 (66,9)	561 (59,3)a	2286 (67,9)b	623 (68,2)b	2564 (67,8)b	590 (65,8) b	

Medidas educativas**Orientação sobre alimentação e peso (n=9933)**

						765 (85,1)a,c,	
Sim	8737 (88,0)	836 (88,1)a-e	2973 (88,0)d,e	768 (83,8)c	3395 (89,6)b,e	d	<0,001
Não	1196 (12,0)	113 (11,9)a-e	405 (12,0)d,e	149 (16,2)c	395 (10,4)b,e	134 (14,9)a,c, d	1

Orientação amamentação (n=9933)



Sim	9017 (90,8)	865 (91,1)a-c	3062 (90,6)c	772 (84,2) d	3527 (93,1)b	791 (88,0)a,c,d	<0,001
Não	916 (9,2)	84(8,9)a-c	316 (9,4)c	145 (15,8) d	263 (6,9)b	108 (12,0)a,c,d	
Orientação cuidado com a criança (n=9933)							
Sim	8463 (85,2)	821 (86,5)a,b	2888 (85,5)b	693 (75,6)c	3333 (87,9)a	728 (81,0)c	<0,001
Não	1470 (14,8)	128 (13,5)a,b	490 (14,5)b	224 (24,4)c	457 (12,1)a	171 (19,0)c	
Orientação preventivo (n=9933)							
Sim	6486 (65,3)	666 (70,2)a	2259 (66,9)a	493 (53,8) b	2524 (66,2)a	544 (60,5)c	<0,001
Não	3447 (34,7)	283 (29,8)a	1119 (33,1)a	424 (46,2) b	1266 (33,4)a	355 (39,5)c	
Orientação sobre existência dos grupos educativos (n=9827)							
Sim	5391 (54,9)	566 (60,3)a	2048 (61,2)a	447 (49,7) b	2033 (54,2)b	297 (33,3)c	<0,001
Não	4436 (45,1)	372 (39,7)a	1298 (38,8)a	453 (50,3) b	1719 (45,8)b	594 (66,7)c	
Acesso e avaliação dos serviços de saúde							
Pré-natal com médico (n=9145)							
Sim	6811(74,5)	682(96,1)a	2911 (91,5)b	785 (89,1)b	1901 (53,1)c	532 (67,1)d	<0,001
Não	2334 (25,5)	28 (3,9)a	271 (8,5)b	96 (10,9)b	1678 (46,9)c	261 (32,9)d	
Pré-natal com enfermeiro (n=9145)							
Sim	6742 (73,7)	285 (40,1)a	1774 (55,8)b	526 (59,7)b	3446 (96,3)c	711 (89,7)d	<0,001
Não	2403 (26,3)	425 (59,9)a	1408 (44,2)b	355 (40,3)b	183 (3,7)c	82 (10,3)d	
Avaliação do cuidado (n=9922)							
Regular/Ruim/Muito ruim	1807 (18,2)	137 (14,4)a	490 (14,5)a	131 (14,3)a	832 (22,0)b	217 (24,2)b	
Bom/Muito bom	8115 (81,8)	812 (85,6)a	2885 (85,5)a	785 (85,7)a	2955 (78,0)b	678 (75,8)b	<0,001
Número de consultas no pré-natal (n=9298)							
Menor que 5	1462 (15,7)	118 (13,4)a	448 (14,1)a	239 (28,0)b	481 (13,6)a	176 (20,8)c	<0,001
6 ou mais	7831 (84,3)	761 (86,6)a	2732 (85,9)a	614 (72,0)b	3053 (86,4)ac	671 (79,2)	
Consulta com mesmo profissional (n=9909)							



		787						
Sim, em todas	8251 (83,3)	(83,0)a, b	2868 (85,1)b	737 (81,1)a,c	3171 (83,8)a,b	688 (76,7)c	<0,001	
Sim, algumas / Não	1618 (16,7)	(17,0)a, b	503 (14,9)b	172 (18,9)a,c	613 (16,2)a,b	209 (23,3)c		
Sabia da maternidade (n=9850)								
Sim	5654 (57,4)	651 (69,1)a	2305 (68,7)a	468 (52,6)b	1802 (47,8)b	428 (47,8)b	<0,001	
Não	4196 (42,6)	291 (30,9)a	1050 (31,3)a	422(47,4) b	1966 (52,2)b	467 (52,2)b		
Orientações ajudaram (n=9859)								
Sim	7196 (73,0)	(71,8)a, b	2559 (76,2)b	603 (67,1)c	2773 (73,5)b	583 (65,7)a,c	<0,001	
Sim, em algumas questões / Não	2663(27,0)	266(28,2)a,b	800 (23,8)b	295 (32,9)c	998 (26,5)b	304 (34,3)a,c		
Participou de grupo educativo (n=9949)								
Sim	3864 (39,2)	(40,0)a- c	1459 (43,5)c	315 (34,8)b	1513 (40,3)a,c	199 (22,3)d	<0,001	
Não	5985 (60,8)	(60,0)a- c	1896 (56,5)c	589 (65,2)b	2241 (59,7)a,c	692 (77,7)d		
Grupo educativo ajudou (n=3852)								
Sim	3290 (85,4)	328 (87,0)a	1247 (85,6)a	272 (87,5)a	1276 (84,6)a	167 (83,9)a	0,539	
Sim, em algumas questões / Não	562 (14,6)	49 (13,9)a	209 (14,4)a	39 (12,5)a	233 (15,4)a	32 (16,1)a		
Recomendaria UBS/Equipe (n=9933)								
Sim	8386 (84,4)	819 (86,3)a	2875 (85,1)a	796 (86,8)a	3152 (83,2)a	744 (82,8)a	0,007	
Não	1547 (15,6)	130 (13,7)a	503 (14,9)a	121 (13,2)a	638 (16,8)a	155 (17,2)a		
Trocaria UBS/Equipe(n=9933)								
Sim	2023 (20,4)	181 (19,1)a, b	609 (18,0)b	165 (18,0)a,b	800 (21,1)a	268 (29,8)c	<0,001	
Não	7910 (79,6)	(80,9)a, b	2759 (82,0)b	752 (82,0)a,b	2990 (78,9)a	631 (70,2)c		
Avaliação da instalação da UBS (n=9913)								
Muito Bom/Bom	6198 (62,5)	665 (70,1)a	2330 (69,0)a	589 (64,2)a	2173 (57,6)b	441 (49,2)c	<0,001	
Regular/Ruim/ Muito Ruim	3715 (37,5)	284 (29,9)a	1047 (31,0)a	328 (35,8)a	1601 (42,4)b	455 (50,8)c		

EF: Ensino fundamental. EM: Ensino médio. HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana. VDRL: Laboratório de pesquisa de doenças venéreas. ACS: Agente Comunitária de Saúde. UBS: Unidade Básica de Saúde.

Letras diferentes denotas diferença entre a comparação por linha de porcentagem entre as regiões geográficas brasileiras (p<0,05).