



## ARTIGO ORIGINAL

**FATORES ASSOCIADOS AO NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL: ANÁLISE SEGUNDO A AUTOPERCEPÇÃO DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL****FACTORS ASSOCIATED WITH THE NUMBER OF PRENATAL CONSULTATIONS: ANALYSIS ACCORDING TO THE SELF-PERCEPTION AMONG WOMEN USERS OF PRIMARY CARE IN BRAZIL**Leonardo Ito Silveira<sup>1</sup>Fernanda Andrade<sup>2</sup>Bruna Di Dea<sup>3</sup>Erildo Vicente Muller<sup>4</sup>Manoelito Ferreira Silva Junior<sup>5</sup>**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar os fatores sociodemográficos, clínicos e educativos associados ao número de consultas no pré-natal segundo a percepção de mulheres brasileiras usuárias da Atenção Primária à saúde. **Método:** O estudo transversal foi realizado com dados secundários do III Módulo da Avaliação Externa do 2º Ciclo do Programa Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2014). Houve realização de testes de associação entre o número de consultas no pré-natal ( $\leq 5$  ou  $\geq 6$  consultas) e variáveis independente (sociodemográficos, clínicos e educativos) através do teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A amostra foi composta por 9.923 mulheres que realizaram pré-natal na unidade de saúde avaliada pelo PMAQ, sendo que 84,3% realizaram no mínimo seis consultas durante o pré-natal. A realização de seis ou mais consultas foi associado maior escolaridade e residir na região centro-oeste e norte, maior realização de procedimentos clínicos, como procedimentos médicos, exames laboratoriais, prescrição de medicamentos, orientações e práticas educativas ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Apesar do número de consultas ser um dado quantitativo, apresentou-se como importante indicador da qualidade do pré-natal, uma vez que aumentou a chance de realização de mais procedimento clínicos e educativos.

**Descritores:** Atenção Primária a Saúde. Gravidez. Cuidado pré-natal. Diagnóstico pré-natal. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT**

<sup>1</sup>Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: leonardoitosilveira@hotmail.com.

<sup>2</sup>Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: ferandradee\_@outlook.com.

<sup>3</sup>Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: diideabruna@gmail.com.

<sup>4</sup>Doutor e Professor do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: erildomuller@hotmail.com.

<sup>5</sup>Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: manoelito\_fsjunior@hotmail.com.



**Objective:** To evaluate sociodemographic, clinical and educational factors associated with the number of prenatal consultations according to the perception of Brazilian women users of the Primary Health Care. **Methods:** The cross-sectional study was carried out with secondary data from the III External Evaluation Module of the 2nd Cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) (2014). There were tests of association between the number of prenatal consultations ( $\leq 5$  ou  $\geq 6$  consultations) and independent variables (sociodemographic, clinical and educational) using chi-square test ( $p < 0.05$ ). **Results:** The sample consisted of 9,923 women who underwent prenatal care at the health unit evaluated by the PMAQ, and 84.3% performed at least 6 visits during prenatal care. The accomplishment of 6 or more consultations was associated with greater schooling and residing in the central-west and north region, greater accomplishment of clinical procedures, such as medical procedures, laboratory tests, prescription of medication and participation of educational guidelines and practices ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Although the number of consultations was quantitative, it was an important indicator of prenatal quality, since it increased the chance of performing more clinical and educational procedures.

**Keywords:** Primary Health Care. Pregnancy. Prenatal care. Prenatal diagnosis. Appointments and schedules. Health Evaluation.

## INTRODUÇÃO

Um pré-natal de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de atenção básica, sendo um fator importante na proteção e prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, proporcionando a identificação e o manejo clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e seus recém-nascidos<sup>(1,2,3)</sup>. Sendo assim, a atenção pré-natal busca contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil<sup>(1)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera as mortes e doenças relacionadas à gravidez como indicadores de saúde que ainda estão inaceitavelmente elevados<sup>(4)</sup>. Em 2015, cerca de 300 mil mulheres morreram por causas relacionadas a gravidez, e aproximadamente 99% das mortes maternas foram devido a causas evitáveis e ocorreram devido a poucos recursos<sup>(4,5)</sup>. No Brasil, em 2017, ocorreram 1.718 óbitos maternos de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e apresentou disparidades nas regiões do país, sendo mais elevadas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte<sup>(6)</sup>.

Uma das formas de minimizar a mortalidade materno-infantil pode ser uma adequação da assistência pré-natal, através da realização de um número adequado de consultas, exames e procedimentos técnicos conforme preconizados pelo Ministério da Saúde<sup>(3)</sup>. Estudos demonstram que o maior número de consultas pré-natal está associado a maiores cobertura vacinais e a suplementação



com sulfato ferroso, e a menores taxas hipertensão no período gestacional<sup>(7)</sup>, prematuridade<sup>(7)</sup> e baixo peso ao nascer, além de menor mortalidade neonatal e materna<sup>(8)</sup>.

No Brasil, a busca de melhoria nos desafios relacionados à qualidade da assistência no pré-natal tem aumentado a necessidade de institucionalizar a avaliação e o monitoramento da rotina de suas ações, implementada pela equipe de saúde da família (EqSF)<sup>(1)</sup>. Além da avaliação sistemática para avaliar a redução de risco e custos, além do impacto e benefícios obtidos pelas políticas realizadas, a percepção do usuário também deve ser considerada<sup>(9)</sup>. Nesse sentido, deve-se conhecer e avaliar a percepção dos usuários sobre os serviços ofertados, e assim, conhecer sobre as expectativas e propiciar uma tomada de decisão mais compatível com o contexto e objetivos da população, e como ela participa das suas decisões de saúde<sup>(9)</sup>.

Reconhecendo a necessidade de institucionalização da avaliação em saúde, o Ministério da Saúde (MS), com a Portaria nº 1.654, estabeleceu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, além de buscar garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, tem como objetivo ampliação do acesso da atenção primária a saúde (APS)<sup>(10,11)</sup>. A satisfação dos usuários faz parte de um dos módulos durante a fase de avaliação externa do PMAQ, assim fortalecendo a participação da comunidade no planejamento e avaliação, tornando-os avaliadores diretos, ampliando seus direitos como cidadãos e os responsabilizando da produção do cuidado à saúde, com influência direta na oferta de cuidados e possibilitando uma interação entre o serviço de saúde e o usuário<sup>(12,13)</sup>. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores sociodemográficos, clínicos e orientações à saúde associados ao número de consultas no pré-natal segundo a percepção de mulheres brasileiras usuárias da Atenção Básica à Saúde (APS).

## MÉTODOS

Estudo transversal com dados secundários do III Módulo da Avaliação Externa do 2º Ciclo do Programa Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ).

A coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa brasileiras e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. A adesão voluntária ao PMAQ-AB era possível por todas as Equipes de Atenção Básica (EAB) em um processo inicial de pactuação entre equipes e gestores municipais. A adesão se deu por meio de formulário eletrônico preenchido pelos gestores municipais, sendo avaliadas apenas as equipes que formalizaram a adesão.



O segundo ciclo abrangeu 5.070 municípios brasileiros (91%) em 30.424 EAB (90%) em todas as cinco regiões do Brasil. A coleta aconteceu entre os meses de novembro de 2013 e julho de 2014, com avaliadores externos previamente treinados, através de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ-AB. A coleta de dados foi realizada em quatro usuários, com idade acima de 18 anos, para cada equipe avaliada, por meio de entrevista *in loco*, com os que estavam aguardando atendimento na própria Unidade de Saúde no momento da avaliação externa, com o uso de computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente, abrangendo sete módulos. No entanto, o presente estudo utilizou apenas dados referentes à etapa de Avaliação Externa do Programa, sobre as avaliações do Módulo III (usuário).

Embora tenha sido utilizado um banco de dados de domínio público, o projeto da avaliação externa do PMAQ-AB foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, registrado com o CAAE 02040212.1.0000.5240.

Para minimização de erro na composição da amostra para o estudo, houve uso de filtro no banco de dados, com a seleção na variável de sexo, da categoria mulher (código 2), que afirmaram terem realizado o pré-natal na Unidade de Saúde onde estava sendo realizado a coleta de dados (código 1), e que possuía idade atual menor de 60 anos.

O desfecho do estudo foi o número de consultas no pré-natal (menor igual a 5 e maior igual a 6 consultas), conforme os critérios mínimos de consultas estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>(2)</sup>. As variáveis independentes foram divididas em sociodemográficas, clínicas e orientações à saúde. As variáveis sociodemográficas foram: idade (16 a 19 anos; 20-34 anos; 35 ou mais); cor (branco ou não branco); escolaridade (sem escolaridade-fundamental incompleto; ensino médio incompleto; ensino médio completo ou mais); trabalha (sim ou não); renda própria (menor que 1 salário mínimo; 1 salário mínimo ou mais); região (Sul; Sudeste; Centro-oeste; Norte; ou Nordeste). As variáveis clínicas foram: Hipertensão arterial sistêmica (sim ou não); diabetes (sim ou não); apresentou necessidade de urgência durante gravidez (sim ou não); mediram sua barriga? (sim ou não); mediram sua pressão? (sim ou não); examinaram sua boca? (sim ou não); examinaram suas mamas? (sim ou não); realizaram exame ginecológico? (sim ou não); realizou Papanicolau? (sim ou não); realizou exame de urina? (sim ou não); realizou exame de vírus de imunodeficiência humana? (HIV) (sim ou não); realizou exame de para pesquisa de laboratório de doenças venéreas (VDRL)? (sim ou não); realizou ultrassonografia? (sim ou não); realizou exame de glicose? (sim ou não);



recebeu vacina de tétano? (sim ou não); recebeu receita sulfato ferroso? (sim ou não); recebeu receita de ácido fólico? (sim ou não); As variáveis sobre orientação à saúde foram: orientação sobre alimentação (sim ou não); orientação sobre amamentação (sim ou não); orientação sobre cuidado criança (sim ou não); orientação sobre o preventivo (sim ou não); orientação ajudou a saber sobre a gravidez e os cuidados a criança (sim ou não); orientação sobre o grupo gestante (sim ou não); sabia sobre a maternidade do ocorreria o parto (sim ou não).

Os dados coletados foram analisados no *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0 (IBM Corp., NY, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada através de frequências absolutas (n) e relativas (%). Os Testes de associação entre desfecho (número de consultas no pré-natal) e variáveis independente (sociodemográficas, clínicas e orientação) sendo utilizado o teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

O estudo apresenta uma amostra composta por 9.293 mulheres que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde da Família do Brasil, sendo a maioria das usuárias com um mínimo de 6 consultas durante o pré-natal (84,3%). Houve variação entre zero e quinze consultas sendo a maioria entre oito (17,4%) e 9 (17,3%) consultas (Figura 1).

A maioria das mulheres participantes do estudo tinha idade entre 20 e 34 anos (75,7%), com ensino médio completo (33,3%), não trabalhavam (75,1%) Dentre as que trabalham, a maior parte recebe mais de 1 salário mínimo (67,1%). As regiões de maior prevalência de realização do pré-natal foram as regiões Sudeste com 34,2% e Nordeste em 38%, sendo que as regiões Sul e Nordeste apresentaram maior adesão e a Centro-Oeste a menor, proporcionalmente. (Tabela 1).

Sobre as variáveis clínicas, as mulheres declaração apresentar Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 7,4% e diabetes em 1,1%, sendo elas comorbidades crônicas ou desenvolvidas durante o período gestacional, a necessidade de urgência durante a gestação foi presente em apenas 33% dos casos. (Tabela 2).

Dentre os procedimentos clínicos, exames laboratoriais e prescrição de medicamentos, a maioria das gestantes realizou medição da barriga (96,7%) e pressão (98,9%). Os exames mais realizados foram o teste de HIV (95%) e o VDRL (87,7%) e das prescrições, a maioria recebeu a receita de sulfato ferroso (96,7%) e ácido fólico em 93,4%. Os exames menos realizados foram de boca (50,8%), ginecológico (58,8%) e Papanicolau em 64,9%. As mulheres que apresentaram 6 ou



mais consultas, tiveram maior acesso a procedimentos médicos, exames laboratoriais e prescrição de medicamento ( $p < 0,001$ ) (Tabela 3).

A tabela 4 descreve as orientações recebidas durante as consultas de pré-natal nas quais as gestantes foram orientadas em relação ao período gestacional, sendo que a maioria foi orientada em relação a alimentação (87,9%), amamentação (90,8%) e cuidados a criança (85,2%). No entanto, a maioria não sabia o local de parto (57,5%) das gestantes. As mulheres relataram que a orientação ajudou a saber mais sobre a gravidez e os cuidados com a criança em 73,1%. Para todos os aspectos de orientações foram maior entre as gestantes que apresentaram maior número de consultas no pré-natal, com exceção do conhecimento sobre o local do parto ( $p < 0,001$ ).

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria das mulheres realizou o mínimo de seis consultas durante o pré-natal, número mínimo de consultas estabelecido pelo Ministério de Saúde do Brasil<sup>(2,14)</sup>. Outras organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam o número mínimo de oito consultas, para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados<sup>(4)</sup>. No entanto, um dado ainda mais positivo, foi que aproximadamente metade das usuárias realizou entre sete e nove consultas, os dados da presente pesquisa corrobora aos achados em outros estudos<sup>(15,16)</sup>, indicando uma quantidade de consultas superior ao mínimo necessário, e assim, demonstra uma boa adesão ao pré-natal, o que pode reforçar os benefícios das políticas públicas em saúde materno-infantil implantadas no Brasil, tais como a Rede Cegonha<sup>(14)</sup>.

O número de consultas do pré-natal foi associado às características socioeconômicas, como a escolaridade e a região do país. Verificou-se que a maior escolaridade está relacionada com a realização de seis ou mais consultas no pré-natal, semelhante a estudos anteriores<sup>(15,17)</sup>, e pode indicar a relação entre maior escolaridade e maior percepção sobre o cuidado de saúde, entre ele durante o pré-natal, tais como o conhecimento em casos de sinais de complicação, maior busca por hábitos saudáveis e maior autonomia para evitar riscos aos bebês<sup>(15,18)</sup>. Também foi observada associação entre o número de consultas e a região do país, verifica-se para as regiões sul e nordeste maior a adesão ao pré-natal, quando comparadas a região centro-oeste. O estudo de Tomasi et al.<sup>(19)</sup> que avaliou no 1º Ciclo do PMAQ também apresentou associação com as questões regionais, com maior adesão no Sul e menor no Norte. A maior adesão dessas regiões pode ser explicada pelo maior número de domicílios cadastrados as Unidades da Saúde da Família, onde as regiões Nordeste e Sul, respectivamente, apresentam maior número de cadastros domiciliares<sup>(20,21)</sup>.



Todos os parâmetros clínicos realizados durante o pré-natal que foram considerados no presente estudo, apresentaram maior prevalência entre as mulheres que tiveram maior número de consultas, aspecto também verificado entre outros estudos<sup>(22,23)</sup>. Ou seja, o aspecto de maior consulta não interfere apenas por ser um dado quantitativo pelo número de vezes que a gestante vai ao pré-natal, mas oportuniza uma maior quantidade de aspectos clínicos avaliados, e assim, interfere no aspecto qualitativo da atenção prestado. No entanto, muitos exames apresentaram baixo índice de realização mesmo entre as que apresentaram maior número de consultas durante o pré-natal, tais como: os exames das mamas, ginecológico e Papanicolau, fato similar ao encontrado em demais estudos<sup>(24,25)</sup>. O exame Papanicolau foi feito em apenas 35% das gestantes, um valor muito abaixo do desejado, pois se trata de um exame de extrema importância na saúde da mulher, pois pode detectar precocemente lesões pré-invasiva e, conseqüentemente, essencial para redução da mortalidade por câncer de colo uterino<sup>(26)</sup>. Alguns dos motivos da baixa realização, além da ausência de oferta, o constrangimento e vergonha ao se submeterem ao exame, sendo mais acentuado quando o profissional que realiza é do sexo masculino<sup>(27)</sup>. O exame de boca também apresentou baixos índices quando comparado aos demais, dado confirmado por outro estudo<sup>(19)</sup>, a falta dos exames de cavidade oral, pode estar relacionada a baixa cobertura de equipes de saúde bucal, quando comparada a de médicos e enfermeiros.

A maioria os parâmetros de orientações realizadas para gestantes foi maior entre as mulheres que tiveram maior número de consultas pré-natal, resultado semelhante foi descrito por outros autores<sup>(5,28)</sup>, o fornecimento de orientações não implica custos ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dependente da atitude e qualificação dos profissionais. A orientação adequada determina maior conhecimento acerca da idade para introdução de novos alimentos a dieta da criança, assim como maior conhecimento a respeito do aleitamento materno e das desvantagens de uso de mamadeira e chupeta<sup>(29)</sup>. Em relação as orientações, apenas o aspecto sobre a maternidade onde iria ganhar o bebê foi maior entre quem realizou menor número de consultas, fato também verificado no estudo de Gonçalves et al.<sup>(5)</sup> realizado em 2017. Somente 50% das gestantes sabiam onde nasceria seu filho, orientação que deveria ser rotina dos profissionais de saúde que acompanham o pré-natal, garantindo segurança e tranquilidade a gestante<sup>(2)</sup>.

Na amostra do presente estudo, houve maior participação de usuárias que residem na região Nordeste, esse aspecto, pode mostrar uma maior adesão a políticas públicas de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e também a inscrição no PMAQ-AB, fonte desses dados, e que o sistema tem sido capaz de trabalhar com princípio de equidade, ou seja, utilizando apenas as



necessidades de saúde como diferenciação durante o atendimento, como é proposto pelo SUS e a ESF<sup>(30)</sup>. No entanto, a diferença regional entre o número de mulheres que realizaram mais ou menos consultas no pré-natal, foi mais expressiva entre as mulheres da região Centro-oeste, que pode ser explicado, pela região apresentar a menor cobertura assistencial de atenção básica de todo o país<sup>(19)</sup>.

Como limitação, ressalta-se a utilização no presente estudo de dados de fonte secundária, e possíveis problemas da qualidade dos dados apresentados, como por exemplo, a diversidade de instituições envolvidas na coleta de dados poderia ter comprometido a padronização de procedimentos. Além disso, os valores podem não expressar a realidade populacional, pois as mulheres participantes tinham o privilégio do acesso a Atenção Primária à Saúde, não condizendo com as camadas populacionais mais carentes. Também, ao trabalhar com dados do PMAQ-AB, deve-se levar em conta que a adesão voluntária, e os resultados são derivados de uma realidade de equipes mais comprometidas com o processo de trabalho, e por isso, permitiram sua participação. Apesar de não ser possível a comparação sobre o pré-natal realizado em outros níveis de atenção, o presente estudo estabeleceu como os critérios de qualidade derivados dos padrões recomendados em protocolos do Ministério da Saúde. Sendo assim, o PMAQ-AB mostrou-se uma ferramenta útil para avaliar a maioria dos itens relativos à estrutura do pré-natal e por analisar a atenção básica como um todo, é entendível que não contemple todos os detalhes considerados importantes em relação ao atendimento e entendimento do usuário.

## CONCLUSÃO

O número de consultas durante o pré-natal tem sido maior do que o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. A associação com poucos indicadores socioeconômicos explora a dimensão de equidade no pré-natal realizado no Brasil. Além disso, apesar do número de consultas caracterizar um dado quantitativo, apresentou-se como importante indicador da qualidade do pré-natal, uma vez que aumentou a chance de realização de mais procedimento clínicos e educativos.

Apesar do aspecto quantitativo do número de consultas aumentar a chance de realização de mais procedimento, deve-se valorizar o aspecto qualitativo atribuído ao pré-natal, sendo assim, o profissional que a realiza o pré-natal é um componente importante para que todas as exames e orientações sejam feitos. Aspecto que ainda precisa melhorar, uma vez que ainda existem vários procedimentos com baixa prevalência, como exame de boca, ginecológico, Papanicolau e de mamas, sugerindo que os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde podem não estar sendo seguidos como deveria, e ainda há muito a ser realizado para melhorar a assistência pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(5): e00110417.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS; 2006.
3. Nunes JT, Gomes QRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Col* 2016; 24(2): 252-261.
4. World Health Organization (WHO). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization, 2016.
5. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Peloso SM. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* 2017; 38(3): e0063.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.
7. Bezerra EHM, Alencar Júnior CA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(9): 548-53.
8. Pereira PMH, Frias PG, Carvalho PI, Vidal SA, Figueiroa JN. Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de nascidos vivos em maternidade-escola na Região Nordeste do Brasil, 2001-2003. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(4):19-28.
9. Donabedian, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bul* 1992;18(11):356-60.
10. Bezerra MM, Medeiros KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(spe2): 188-202.
11. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42(spe2): 111-126.
12. Brasil. Ministério da saúde (MS). Saúde mais perto de você – acesso e qualidade Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: MS; 2012.
13. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(6): 1829-1844.
14. Brasil. Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Gabinete do Ministro 2011; 24 jun



15. 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): 835-850.
16. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4): 789-800.
17. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(6): 977-984.
18. Moura AF, Masquio DCL. A influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. *Rev Ed Popular* 2014;13(1):82-4.
19. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Suele MS, Mirelle OS, Bruno PN, Anaclaudia GF, Luiz AF. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(3): e00195815.
20. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc saúde coletiva* 2016 ; 21(2): 327-338.
21. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme FMM, Costa JV, MHB, Maria CL. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): S85-S100.
22. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do Sispre-natal. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42: 105-11.
23. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev Bras. Saude Mater Infant* 2013; 13(1): 29-37.
24. Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, Mônia SB. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1783-90.
25. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4): 787-796.
26. Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cervicouterino. *Acta Sci Health Sci* 2004; 26(2): 319-24.
27. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery* 2009; 13(2): 378-384.
28. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3): 425-437.



29. Escarce AG, Araújo NG, Friche AAL, Motta AR. Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário. *Rev CEFAC* 2013; 15(6): 1570-1582.

30. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Núbia CS, Calazans JA, Michelle NS, Lucas RC, Aline AS. Equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(6): 1175-1187.

## TABELAS

**Tabela 1** - Caracterização da amostra de mulheres que realizaram o pré-natal na Atenção Primária. Brasil, 2014.

Variável	Número de consultas no pré-natal			p-valor
	Total n (%)	≤5 n (%)	≥6 n (%)	
<b>Idade (n=9293)</b>				
Até 19 anos	1165 (12,5)	203 (13,9)	962 (12,3)	0,198
20 até 34 anos	7039 (75,7)	1097 (75,0)	5942 (75,9)	
35 ou mais	1089 (11,7)	162 (11,1)	927 (11,8)	
<b>Cor da pele (n=9173)</b>				
Branco	2640 (28,8)	390 (27,2)	2250 (29,1)	0,139
Não branco	6533 (71,2)	1046 (72,8)	5487 (70,9)	
<b>Escolaridade (n=9291)</b>				
Até EF incompleto	2622 (28,2)	492 (33,7)	2130 (27,2)	<0,001
Até EM incompleto	2921 (31,4)	458 (31,3)	2463 (31,5)	
EM completo ou mais	3748 (40,3)	512 (35,0)	3236(41,3)	
<b>Trabalha (n=9293)</b>				
Sim	2316 (24,9)	346 (23,7)	1970 (25,2)	0,227
Não	6977 (75,1)	1116 (76,3)	5861 (74,8)	
<b>Renda própria (n=2049)</b>				
Menos de 1 salário	645 (31,5)	97 (31,4)	548 (31,5)	0,963
1 salário ou mais	1404 (68,5)	212 (68,6)	1192 (68,5)	
<b>Região (n = 9293)</b>				
Sul	879 (9,5)	118 (8,1)	761 (9,7)	<0,001
Sudeste	3180 (34,2)	448 (30,6)	2732 (34,9)	
Centro-oeste	853 (9,2)	239 (16,3)	614 (7,8)	
Nordeste	3534 (38,0)	481 (32,9)	3053 (39,0)	
Norte	847 (9,1)	176 (12,0)	671 (8,6)	

Fonte: Dados da pesquisa.

EF: Ensino fundamental. EM: Ensino Médio.

**Tabela 2** - Variáveis clínicas das mulheres que realizaram o pré-natal na Atenção Primária. Brasil, 2014.

Variável	Número de consultas no pré-natal			p-valor
	Total n (%)	≤5 n (%)	≥6 n (%)	
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica (n=9277)</b>				
Não	8588 (92,6)	1350 (92,4)	7238 (92,6)	0,786
Sim	689 (7,4)	111 (7,6)	578 (7,4)	
<b>Diabetes (n=9255)</b>				
Não	9154 (98,9)	1434 (98,6)	7720 (99,0)	0,256
Sim	101 (1,1)	20 (1,4)	81 (1,0)	
<b>Apresentou necessidade de urgência durante gravidez (n=9265)</b>				
Não	6193 (66,8)	959 (66,0)	5234 (67,0)	0,483
Sim	3072 (33,2)	493 (34,0)	2579 (33,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 3** - Fatores clínicos e laboratoriais associados ao número de consultas no pré-natal na Atenção Primária. Brasil, 2014.

Variável	Número de consultas no pré-natal			p-valor
	Total n (%)	≤5 n (%)	≥6 n (%)	
<b>Mediram sua barriga? (n=9037)</b>				
Não	295 (3,3)	141 (9,9)	154 (2,0)	<0,001
Sim	8742 (96,7)	1278 (90,1)	7464 (98,0)	
<b>Mediram sua pressão? (n=9293)</b>				
Não	102 (1,1)	47 (3,2)	55 (0,7)	<0,001
Sim	9191 (98,9)	1415 (96,8)	7776 (99,3)	
<b>Examinaram sua boca? (n=9293)</b>				
Não	4720 (50,8)	900 (61,6)	3820 (48,8)	<0,001
Sim	4573 (49,2)	562 (38,4)	4011 (51,2)	
<b>Examinaram suas mamas? (n=9293)</b>				
Não	4066 (43,8)	817 (55,9)	3249 (41,5)	<0,001
Sim	5227 (56,2)	645 (44,1)	4582 (58,5)	
<b>Realizaram exame ginecológico? (n=9293)</b>				
Não	5460 (58,8)	1004 (68,7)	4456 (56,9)	<0,001
Sim	3833 (41,2)	458 (31,3)	3375 (43,1)	
<b>Realizou o Papanicolau? (n=9293)</b>				
Não	6027 (64,9)	1058 (72,4)	4969 (63,5)	<0,001
Sim	3266 (35,1)	404 (27,6)	2862 (36,5)	
<b>Realizou exame de urina? (n=9230)</b>				
Não	220 (2,4)	89 (6,2)	131 (1,7)	<0,001
Sim	9010 (97,6)	1354 (93,8)	7656 (98,3)	

continua

continua				
<b>Realizou exame de HIV? (n=9126)</b>				
Não	452 (5,0)	128 (9,0)	324 (4,2)	<0,001
Sim	8674 (95,0)	1297 (91,0)	7377 (95,8)	
<b>Realizou exame de VDRL? (n=8374)</b>				
Não	1033 (12,3)	241 (18,6)	792 (11,2)	<0,001
Sim	7341 (87,7)	1052 (81,4)	6289 (88,8)	
<b>Realizou Ultrassonografia? (n=9128)</b>				
Não	568 (6,2)	163 (11,5)	405 (5,3)	<0,001
Sim	8560 (93,8)	1259(88,5)	7301 (94,7)	
<b>Realizou exame de Glicose? (n=8981)</b>				
Não	1234 (13,7)	291 (20,9)	943 (12,4)	<0,001
Sim	7747 (86,3)	1104 (79,1)	6643 (87,6)	
<b>Recebeu vacina de tétano? (n=9101)</b>				
Não	994 (10,9)	220 (15,4)	774 (10,1)	<0,001
Sim	8107 (89,1)	1205 (84,6)	6902 (89,9)	
<b>Recebeu receita sulfato ferroso? (n=9255)</b>				
Não	310 (3,3)	89 (6,1)	221 (2,8)	<0,001
Sim	8945 (96,7)	1363 (93,9)	7582 (97,2)	
<b>Recebeu receita ácido fólico? (n=9213)</b>				
Não	607 (6,6)	155 (10,7)	452 (5,8)	<0,001
Sim	8606 (93,4)	1293(89,3)	7313 (94,2)	

Fonte: Dados da pesquisa.

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; VDRL: Laboratório de pesquisa para doenças venéreas.

**Tabela 4** - Atividades educativas de saúde recebidas referente ao número de consultas entre mulheres que realizaram o pré-natal na Atenção Primária. Brasil, 2014.

Variável	Número de consultas			p-valor
	Total n (%)	≤5 n (%)	≥6 n (%)	
<b>Orientação sobre alimentação (n=9293)</b>				
Não	1123 (12,1)	312 (21,3)	811 (10,4)	<0,001
Sim	8170 (87,9)	1150 (78,7)	7020 (89,6)	
<b>Orientação sobre amamentação (n=9293)</b>				
Não	858 (9,2)	265 (18,1)	593 (7,6)	<0,001
Sim	8435 (90,8)	1197 (81,9)	7238 (92,4)	
<b>Orientação sobre o cuidado com a criança (n=9293)</b>				
Não	1375 (14,8)	355 (24,3)	1020 (13,0)	<0,001
Sim	7918 (85,2)	1107 (75,7)	6811 (87,0)	
<b>Orientação sobre o preventivo (n=9293)</b>				
Não	3219(34,6)	667 (45,6)	2552 (32,6)	<0,001
Sim	6074 (65,4)	795 (54,4)	5279 (67,4)	

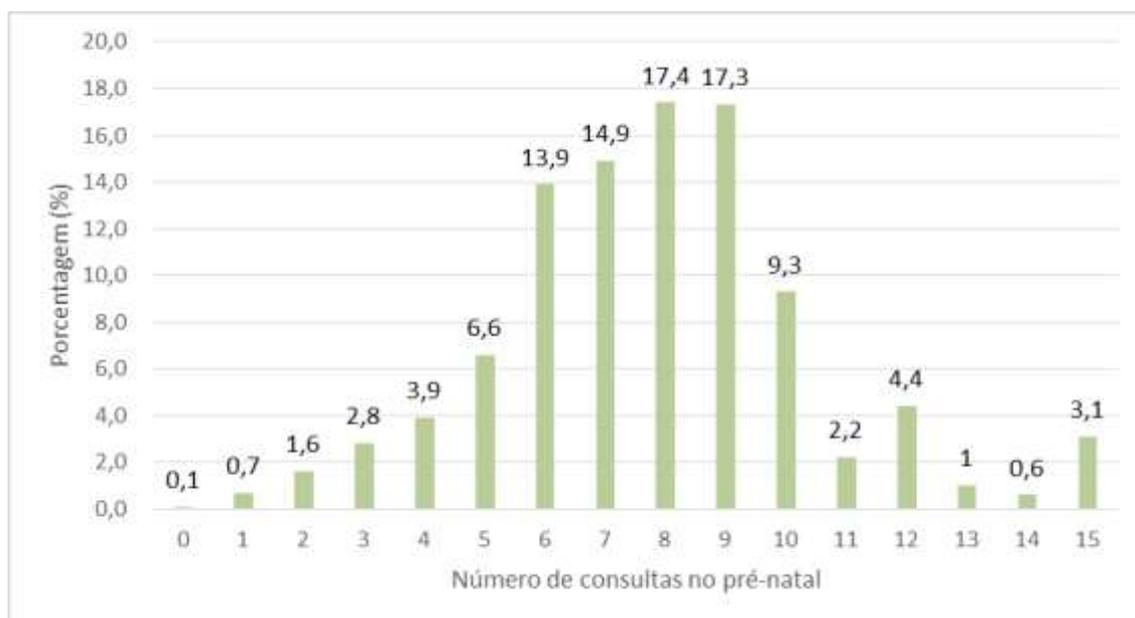
continua

continua				
<b>Orientação ajudou a saber sobre a gravidez e os cuidados a criança (n=9231)</b>				
Sim	6750 (73,1)	887 (61,6)	5863 (75,2)	<0,001
Mais ou menos	1585 (17,2)	297 (20,6)	1288 (16,5)	
Não	896 (9,7)	255 (17,7)	641 (8,2)	
<b>Orientação sobre o grupo de gestantes (n=9210)</b>				
Não	4173 (45,3)	814 (56,3)	3359 (43,3)	<0,001
Sim	5037 (54,7)	631 (43,7)	4406 (56,7)	
<b>Sabia sobre a maternidade do ocorrência o parto (n=9225)</b>				
Não	5305 (57,5)	662 (46,2)	4643 (59,6)	<0,001
Sim	3920 (42,5)	772 (53,8)	3148 (40,4)	

Fonte: Dados da pesquisa.

## FIGURAS

**Figura 1.** Distribuição por número de consultas no pré-natal de mulheres que realizaram o pré-natal na Atenção Primária. Brasil, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.