



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

LEANDRO ALVES DA LUZ

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-
NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO BRASIL**

Salvador

2016

LEANDRO ALVES DA LUZ

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-
NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA com área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof. Dr^a. Rosana Aquino Guimarães Pereira

Salvador

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

L979a Luz,

Leandro Alves da.

Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil / Leandro Alves da Luz.-- Salvador: L.A.Luz, 2016.

89 f.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Atenção Pre-natal. I. Título.

CDU 614.2

LEANDRO ALVES DA LUZ

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA com área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof. Dr^a. Rosana Aquino Guimarães Pereira

BANCA EXAMIDORA

Profa. Rosana Aquino Guimarães Pereira
(orientadora - ISC/UFBA)

Profa. Maria do Carmo Leal
(Fundação Oswaldo Cruz)

Profa. Monique Azevedo Esperidião
(ISC/UFBA)

Profa. Maria Guadalupe Medina
(ISC/UFBA)

Salvador
2016

DEDICATÓRIA

*“Me vejo no que vejo
Como entrar por meus olhos
Em um olho mais límpido
Me olha o que eu olho
É minha criação
Isto que vejo
Perceber é conceber
Águas de pensamentos
Sou a criatura do que vejo”*
Octavio Paz

A minha avó que mesmo diante das adversidades da vida, sempre priorizou a minha educação, e celebra comigo mais uma conclusão desta etapa da vida.

AGRADECIMENTOS

Após dois anos de aprendizado e crescimento, nesse momento meus olhos lacrimejam de felicidade, e meu coração encontra-se em festa e cheio amor para agradecer as pessoas que estiveram comigo nesta jornada.

Agradeço primeiramente a Deus pelo fôlego de vida, de me permitir chegar até aqui e de realizar um sonho. Sonho que nasceu antes de meu ingresso na graduação em Saúde Coletiva e hoje é real.

À Rosana Aquino, minha orientadora, na qual me inspiro! Ela é umas das pessoas responsáveis por eu está trilhando o caminho acadêmico. É a quem eu agradeço por ter confiado no meu trabalho e no meu projeto de pesquisa. Agradeço pelas horas de orientação, pela paciência, dedicação e amizade, principalmente pelo fato de ter acreditado mais uma vez em mim. Obrigado!

Aos queridxs Val, Tiago e Mônica por terem me acolhido no GRAB e na família Coutinho! Para mim, é um exemplo de família, na qual me inspiro pela união, pelo cuidado com o próximo e o que tiveram com a rainha Judite *in memoriam*. Não canso de mencionar o exemplo de vocês para mim. Obrigado pela torcida e pelo carinho de sempre.

Aos amigos do GRAB, Nília, Marina, Elzo, Rosemary, Maisa e Daiane Castro pelo apoio e disponibilidade em colaborar para a conclusão deste trabalho. À Diana Ruiz, Colombaiana, pela amizade e momentos divididos no mestrado e na finalização de nossas dissertações.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, em especial Ana Luiza Queiroz VilasBôas, Cristiane Abdon Nunes, Guadalupe Medina que foram responsáveis pela minha seleção, ainda na graduação, para do projeto GRAB no DSL, e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

As professoras que compuseram minha banca de qualificação e de defesa, Monique Esperidião, Maria do Carmo e, novamente, Guadalupe Medina pela disponibilidade e, sobretudo, pelas sugestões e críticas que contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

Aos Drs. Ivana e Rositana Balthazar e Gessé Silva que não tiveram dúvidas do meu potencial e acreditaram na minha entrada na Universidade Federal da Bahia, e na minha escolha pela Graduação em Saúde Coletiva, do ISC-UFBA, instituição na qual concluo meu mestrado. A Márcia Araújo, Dras. Durvalina e Cristiane Daltro, Dr. Roberto Nascimento, Vilma, Nadime, Laíse Maia, Gilson e demais colegas do DEMEP.

Aos meus amigos, em especial Marcio Nascimento, Adjailton Barros, Uelton Almeida, Ricardo Silva, Jobson Silva, e Pedro Alan (Mc Maroto), que sempre estiveram comigo e me apoiaram em todos os momentos do mestrado. Ao quarteto da graduação - Laiana, Dinho e Daiane Celestino pelos momentos que passamos juntos estudando, discutindo temas da Saúde Coletiva e por estarem sempre comigo.

Por fim, agradeço a minha família, meu bem maior, alicerce de minha vida, pela força, e a qual presenteio como o primeiro mestre da família. A minha avó Marlene, Rosário minha mãe, meus irmãos Laís e Breno, ao meu cunhado Danilo, aos tixs, primxs Joyce, Janaina, Fernanda, Eliene, Edlon, Luan, Jessica, Decio, Atailon...(são muitos, risos!) e todos os demais da família da Hora, Matos, Alves, Luz, pelo amor, pela compreensão nos momentos ausentes, por se orgulharem de mim, pela paciência e incentivo. Amo vocês!

Agradecer e abraçar!

LUZ, Leandro Alves da. **Avaliação da Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.

RESUMO

A atenção pré-natal (APN) é um importante instrumento na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, e sua qualidade está relacionada à disponibilidade de recursos em âmbito gerencial, assistencial e ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo a padrões técnico-científicos de qualidade. É recomendável para sua efetividade que sejam atendidas condições básicas, estabelecidas por protocolo, com objetivo de evitar mortalidade materna, perinatal e neonatal. Este estudo, tendo em vista a incipiência de avaliações da qualidade da atenção pré-natal em âmbito nacional, investigou características da estrutura e dos processos gerenciais e assistenciais da APN. Trata-se de estudo transversal com dados secundários relativos a 16.566 EqSF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e que participaram do Censo de UBS. O estudo fundamentou-se no referencial teórico estrutura e processo de Donabedian para a construção dos critérios e padrões que compuseram as dimensões de análise assistencial e gerencial, sendo classificados como inadequado, intermediário e adequado. As evidências encontradas neste estudo acerca da qualidade da atenção pré-natal na ESF no Brasil e destacaram que a estrutura das unidades de APS e os processos no desenvolvimento das ações prestadas encontram-se aquém do desejável, tanto na dimensão gerencial, quanto na dimensão assistencial, revelando a baixa qualidade da atenção pré-natal e ao puerpério, no Brasil, o que, seguramente, tem impactos negativos na saúde materno-infantil em todo país. Assim, tendo em vista a baixa qualidade da atenção pré-natal e pelo fato do Brasil não ter atingido um dos Objetivos de Milênio na redução da mortalidade materna, reforça-se a necessidade de realização de estudos que avaliem os efeitos da qualidade da atenção pré-natal sobre a redução da mortalidade materna.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Pré-natal

LUZ, Leandro Alves da. Attention Quality Assessment of Prenatal in the Family Health Strategy in Brazil, 2016. Dissertation (Masters). Institute of Public Health. Federal University of Bahia, Salvador. 2016.

ABSTRACT

Prenatal care (APN) is an important health care tool for pregnancy and childbirth, its quality is related to the availability of resources and management, assistance and development of activities on a routine basis, according to technical standards at scientific quality. For its effectiveness it is recommended to meet basic conditions established by protocol, in order to prevent maternal mortality, perinatal and neonatal. This study, in view of the paucity of evaluations of quality prenatal care nationwide, investigated characteristics of the structure and management and care processes of APN. This is a cross-sectional study with secondary data on 16,566 EqSF who joined the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) and participating in the UBS Census. The study was based on the theoretical framework and reference Donabedian process for the construction of criteria and standards which made up the dimensions of care and management analysis and was classified as inappropriate, intermediate and appropriate. The quality of prenatal care in the FHS in Brazil and the evidence found in this study pointed out that the structure of PHC units and processes in the development of given actions are suboptimal in both the managerial dimension, and in the patient care dimension, revealing the low quality of prenatal care and the postpartum period, in Brazil, which certainly has negative impacts on maternal and child health in the country. Thus, in view of the low quality of prenatal care and the fact that Brazil has not reached one of the Millennium Goals in reducing maternal mortality, it reinforces the need for studies to assess the effects of the quality of attention pre natal on reducing maternal mortality.

Key words: Health Evaluation; Primary Health Care; Health Strategy for the Family; Prenatal care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo geral	16
2.2. Específicos	16
3. Fundamentação Teórica	17
3.1 Avaliação em Saúde.....	17
3.2 Políticas Públicas de Saúde Materno-Infantil	21
3.3 Utilização de Indicadores.....	23
4. MÉTODOS	26
4.1. Modelo lógico	26
4.2 Tipo de estudo.....	31
4.3 População e amostra	32
4.4 Descrição dos critérios e padrões.....	32
4.5 Processamento e análise dos dados.....	40
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	41
5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSSÃO.....	60
7. REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	90
APÊNDICE A - Matriz de Critérios e Padrões.....	91
APÊNDICE B	112
APÊNDICE C – TABELAS	113

1. INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é um importante instrumento na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, e sua qualidade está relacionada à disponibilidade de recursos em âmbito gerencial, assistencial e ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo a padrões técnico-científicos de qualidade. É recomendável para sua efetividade que sejam atendidas condições básicas, especialmente o início precoce (BEECKMAN et al, 2011; WILDMAN et al 2003) e o cumprimento de conjunto de ações estabelecidas por protocolo, como a Rede Cegonha, com objetivo de evitar mortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2012a).

Diversos estudos têm demonstrado a associação da atenção pré-natal com a prevenção de risco na gestação, e redução de complicações no parto e puerpério (SANTOS et al, 2000; GRANGEIRO et al, 2008; DOMINGUES et al, 2012; ALMEIDA; BARROS, 2005); melhores condições de saúde do concepto, como melhor crescimento intrauterino (VINTZILEOS et al, 2002); menor incidência de baixo peso ao nascer (BARROS et al 1996; BOLZÁN et al, 2000; SILVEIRA;SANTOS, 2004; LEAL; GAMA; CUNHA, 2006); e com redução da morbimortalidade neonatal (VINTZILEOS et al, 2002; MENEZES et al, 1998) perinatal e materna (SILVA et al, 2013; BRASIL, 2009b; OMS, 1976).

Especificamente os casos de mortalidade materna, principalmente na América Latina, a sua maioria dos casos são de causa obstétrica direta (BRASIL, 2012c), evitáveis, como a hipertensão - hemorragia e sepsemia (KHAN et al, 2006; SAY et al, 2014; BRASIL, 2012C); passíveis de diagnóstico precoce e tratamento (HOFMEYR et al, 2014) por intervenções na atenção pré-natal que se apresentam satisfatórias (GELBAND et al, 2001).

Apesar disso, a redução da mortalidade materna ainda se constitui como desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e demais setores da sociedade, haja vista que a meta firmada pelo Brasil nos objetivos do milênio de reduzir a mortalidade materna em até 35 óbitos por mil nascidos vivos até o final de 2015, ou seja, $\frac{3}{4}$ dos observados em 1990 (BRASIL, 2012c), não foi atingida.

Ao longo das últimas décadas, no Brasil, foram elaborados diversos manuais técnicos relacionados à atenção pré-natal de baixo risco para guiar as práticas e descrever o escopo das atribuições dos profissionais de atenção primária à saúde considerando que esta é uma atividade estratégica das equipes, no sentido de garantir orientação às gestantes e o cuidado com as crianças. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2012a). Dentre as recomendações mais relevantes destacam-se, dentre outros, captação precoce das gestantes (acompanhamento da gestante a partir do primeiro trimestre de gravidez), realização de 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal e de exames laboratoriais básicos essenciais para o pré-natal (BRASIL, 2012a).

Quanto a interação dos serviços de atenção primária com os demais níveis da rede de serviços, a adequação do pré-natal é fundamental para evitar problemas específicos ao parto (SANTOS et al, 2000) e puerpério (OBA; TAVARES, 2000), o que remete que além da importância da qualidade da atenção pré-natal, com assistência efetiva, existe a necessidade de serviços organizados e integrados. Nessa perspectiva, Costa e colaboradores (2000) evidenciaram que mulheres com acompanhamento de pré-natal adequado tiveram maior cobertura de vacina antitetânica, realizaram mais exames citopatológico, ultrassonografias e maior revisão puerperal.

Existem controvérsias quanto à quantidade ideal do número de consultas de pré-natal, variando de 04 (OMS, 2002) a 06 consultas ou mais (BRASIL, 2012a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado a realização de 04 consultas de pré-natal e

01 pós-neonatal, comprovando a efetividade por meio dos estudos (CARROLI et al, 2001; VILLAR et al, 2001). No Brasil, o Ministério de Saúde recomenda a realização de 06 consultas ou mais e a realização de um conjunto de ações (BRASIL, 2012a).

Os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (Brasil, 2009b) permitem estimar diversos indicadores relacionados à atenção ao pré-natal, parto e puerpério e revelaram que 80,9% das mulheres realizam ao menos 06 consultas ao longo do pré-natal e 83,6% iniciaram o acompanhamento até o primeiro trimestre. Além disso, demonstrou alta cobertura de pré-natal em consonância com diversos autores (VICTORIA et al, 2011; BOARETTO, 2003; FACCHINI et al, 2006; BERNARDES et al, 2014; VIELLAS et al, 2014; NEUMANN et al, 2003).

Apesar da ampliação da cobertura, a qualidade da atenção é diferenciada a depender do modelo de organização dos serviços. Estudos que avaliaram a qualidade da assistência pré-natal comparando unidades básicas de saúde convencionais (UBS) com unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm evidenciado melhor desempenho das ESF frente às UBS (ANVERSA et al, 2012; CALDEIRA et al, 2010). Foram identificados por outros autores que mulheres acompanhadas pela ESF tiveram menor taxa de utilização de pré-natal inadequado (BERNARDES et al, 2014) e maior frequência de parto vaginal (MAGALHÃES et al, 2011). Além disso, há evidência da associação de redução da mortalidade infantil com aumento da cobertura da ESF, assim como, aumento na cobertura das ações de saúde de acordo com o nível de cobertura do programa (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008).

Para alguns agravos, como a transmissão vertical de HIV e sífilis, tem sido verificado avanços em 17 países e territórios das Américas, apontando para a possível eliminação. O Brasil, no entanto, apesar de alguns progressos continua apresentando elevadas taxas (OPAS, 2015), fato que pode estar relacionado a falhas na realização do pré-natal, haja

vista que existe protocolo de rotina na APS para evitar a sua transmissão (BRASIL, 2007a).

Outros estudos têm evidenciado desigualdades na qualidade da assistência pré-natal para grupos específicos, destacando maiores problemas entre adolescentes (CESAR et al, 2011), indígenas residentes da Região Norte (VIELLAS et al, 2014) e gestantes hipertensas, com deficiência na distribuição de medicamentos para este agravo na gravidez (VETTORE et al, 2011). Do ponto de vista social, os estudos apontaram acesso inadequado para mulheres com menor escolaridade, sem companheiro e múltiparas (VIELLAS et al, 2014), disparidades social e racial (BERNARDES et al, 2014; LEAL et al, 2005; VIELLAS et al, 2014; RODRIGUES, 2009) e desigualdades regionais e baixa cobertura para mulheres residentes da zona rural (COIMBRA et al, 2003; GRANGEIRO et al, 2008; BRASIL, 2009b; VIELLAS et al, 2014).

Além disso, a peregrinação da gestante nos serviços de atenção pré-natal e ao parto tem sido constantemente demonstrada em diversos estudos (MENEZES et al, 2006; MCCALLUM; REIS et al, 2006; LEAL et al, 2004; RODRIGUES, 2009; LEAL et al, 2005), o que remete ao escasso referenciamento (NETO et al, 2008; ROCHA; SILVA, 2012) com falta de acolhimento nas organizações e problemas na estrutura e organização dos serviços de saúde (SILVEIRA et al, 2001; MAGLUTA et al, 2009).

Nos últimos anos, diversas iniciativas foram implementadas para diminuir os elevados índices de mortalidade materna (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008) e melhorar a qualidade da atenção pré-natal (Brasil, 2012a). Como parte dessas iniciativas cabe destacar a vigilância do óbito materno, a busca ativa de mortes não informadas, a criação e fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna em todos os níveis de gestão (BRASIL, 2009c) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2012a).

Ao mesmo tempo foram desenvolvidos programas no âmbito da APS voltados à sua avaliação e qualificação (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012b), sendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) uma das estratégias mais recentes. Este programa, criado em 2011, mediante a adesão voluntária e incentivo financeiro aos Municípios e Distrito Federal, tem como objetivo a ampliação do acesso e da qualidade na atenção primária à saúde, bem como garantir um padrão de qualidade comparável em todos os níveis de gestão, com ações efetivas. Em seu escopo foram definidas diretrizes com o intuito de estimular, de forma contínua, a melhoria de padrões, indicadores de acesso e qualidade, tanto na gestão, quanto para o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde. Bem como a transparência em suas etapas, estímulo ao planejamento, negociação, contratualização, maior proximidade com as necessidades e satisfação dos usuários e fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica e (BRASIL, 2015a).

Assim, os dados do PMAQ tornam-se fundamentais para identificar, em âmbito nacional, aspectos relacionados à atenção ao pré-natal e puerpério, indicando questões gerenciais e assistenciais que podem subsidiar as práticas de planejamento, monitoramento do processo e resultados, permitindo, ainda, o desenvolvimento de pesquisas que visam utilizar indicadores de qualidade do pré-natal na ESF.

Este estudo, tendo em vista a incipiência de avaliações da qualidade da atenção pré-natal em âmbito nacional, investigou características da estrutura e dos processos gerenciais e assistenciais da atenção pré-natal para além dos indicadores clássicos de cobertura. Nesse sentido, buscou responder as seguintes perguntas de investigação: como estão sendo implementadas as ações relacionadas ao pré-natal no Brasil? Essas ações atendem a padrões técnico-científico de qualidade?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade da atenção pré-natal no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, segundo regiões.

2.2. Específicos

- Avaliar características estruturais das unidades de saúde da família, relacionadas com a qualidade da atenção pré-natal e ao puerpério;
- Avaliar os processos gerenciais e assistenciais desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, na atenção pré-natal e ao puerpério, na rede básica de saúde.

3. Fundamentação Teórica

3.1 Avaliação em Saúde

A avaliação é uma área que apresenta polissemia conceitual e metodológica, e entre as diferentes definições existentes, as que se referem à avaliação de programas apresentam maior consenso (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Contandriopoulos e colaboradores (1997) definem avaliação como o julgamento que se faz da intervenção ou de seus componentes, subsidiando a tomada de decisão. Para Vieira-da-Silva (2014) é o julgamento de intervenção sanitária, seja política, programa ou prática, que tenha como objetivo a resolução dos problemas de saúde, visando mensurar seus valores para seu aperfeiçoamento ou modificação.

Dentre os estudiosos do tema de avaliação da qualidade destaca-se Donabedian, teórico da avaliação e autor mais referido desta abordagem, que propôs a avaliação de desempenho de médicos, abordando estrutura dos serviços de saúde, processo e resultado das ações de saúde (DONABEDIAN, 1990b).

A qualidade, aspecto central para a avaliação em saúde, é entendida pelo autor como o grau em que se utilizam os meios desejáveis para alcançar os melhores níveis de saúde, de modo que se julguem as expectativas do resultado no presente (DONABEDIAN, 1990b). Ainda nessa perspectiva, reconhece a qualidade como fenômeno complexo e que esta se refere a sete aspectos fundamentais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990c).

Em outras abordagens da qualidade da atenção, Vuori (1991) denota diversas características desejáveis de qualidade como afetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualificação técnico-científica. Além disso, sugere que a garantia da qualidade é uma medida da qualidade real do atendimento baseada em padrões, e sua avaliação deve ser seguida de ações corretivas adequadas.

STARFIELD (2002) conceitua qualidade como o quanto os serviços de saúde atendem de forma otimizada as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, considerando aspectos

relacionados ao conhecimento atual a respeito da distribuição, do reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas ligados à saúde. Segundo a autora, para a alta qualidade devem ser consideradas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões relacionadas ao desenvolvimento profissional.

Na abordagem da qualidade de Donabedian (1990a) se valoriza três componentes: a atenção técnica, o manejo da relação interpessoal e o ambiente físico onde se desenvolve o processo. Além disso, destaca que a garantia da qualidade depende de dois componentes inseparáveis e que mantêm apoio mútuo entre si: o desenho do sistema com seus recursos e o monitoramento de desempenho do sistema.

A abordagem proposta pelo autor está baseada em modelo sistêmico que a partir de sua inferência permite expressar qualidade e causalidade (DONABEDIAN, 1990b). Segundo Donabedian (1990a) a estrutura relaciona-se com os componentes estáveis no sistema e inclui atributos de recursos materiais ou organizacionais. Os recursos materiais estão relacionados à movimentação de materiais como instalações, equipamentos, recursos financeiros e recursos humanos, e organizacionais à forma de organização. O processo corresponde às atividades e procedimentos utilizados no manejo dos recursos. Os resultados referem-se ao efeito do cuidado sobre o estado de saúde dos indivíduos e da população (DONABEDIAN, 1988).

O autor afirma que avaliação destas características não seria possível sem o estabelecimento de critérios e padrões (DONABEDIAN, 1990b). Estes são descritos como ferramentas para mensuração da qualidade do cuidado e veículos pelos quais os conceitos gerais e atributos de qualidade são convertidos em medições reais, e pressupõem a comparação dos resultados observados com parâmetros que definem a imagem do que se pretende alcançar. O autor define critérios como elementos, atributos ou aspectos da estrutura do sistema de saúde, processo ou resultado, utilizado para inferência de qualidade, e os padrões como medida quantitativa precisa de magnitude ou frequência que especifica qualidade (DONABEDIAN, 1986; 2003). Os critérios devem corresponder precisamente aos conceitos de qualidade que estão destinados a

medir, devem ser especificados de maneira que seja de fácil mensuração, e seguir os componentes de validade, confiabilidade e sensibilidade (DONABEDIAN, 2003).

Em outra perspectiva de análise da qualidade, Starfield (2002), valorizando a importância da estrutura e processo como possibilidade de avaliação da atenção primária, reconhece a influência de fatores como comportamento individual, político, econômico e físico interagindo com os componentes de estrutura e processo. A autora denomina estrutura como capacidade, que a partir de características próprias propicia a prestação de serviços, e o processo como desempenho. Destaca ainda que para a alta qualidade devem ser consideradas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões relacionadas ao desenvolvimento profissional.

As críticas mais frequentes a abordagem de Donabedian referem-se à sua redução do real (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; VIEIRA-DA-SILVA, 2014) e a suposta relação de causalidade (VUORI, 1991; VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Para esses autores cada componente da abordagem tem valor e significado diferente, ou seja, boas condições estruturais podem não resultar em bom atendimento, assim como, qualificação técnico-científica pode resultar em efeitos positivos, mesmo em condições adversas, e resultados podem não ser consequência do processo.

VUORI (1991), analisando individualmente cada componente da tríade, afirma que a fragilidade da abordagem estrutural se relaciona com a validade. Para o autor, as ligações entre estrutura e resultados são longas e, portanto, fracas, insustentáveis e sem possibilidade de comprovação. Sobre o processo, destaca que existe uma tendência em valorizar o desenvolvimento de critérios e padrões apenas para os aspectos passíveis de registro, deixando de avaliar características importantes. O resultado seria componente da tríade que apresentaria maior validade para se avaliar.

Entretanto, apesar de considerar a abordagem de resultado de maior validade, Vuori (1991) destaca que a melhoria da atenção deve acontecer em nível de processo ou de estrutura, pois os resultados são consequência de algo, e se os resultados são precários

deve-se identificar deficiências em nível de estrutura ou processo para propor ações corretivas.

Assim, embora os limites apresentados para avaliar a qualidade, outros autores utilizando o referencial de Donabedian destacam que a avaliação do processo de um programa permite a análise de seu funcionamento, pois é nele que se verifica os cuidados fornecidos e recebidos na assistência (COUTINHO et al, 2003); mencionam que na avaliação de estrutura podem ser encontrados problemas referentes às condições estruturais relacionados com a organização dos serviços de saúde (Oba & Tavares, 2000); e ressaltam que esta abordagem permite identificar fatores que influenciam aspectos que levam a inadequação da assistência, subsidiando a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde (KOBAYASHI et al, 2011).

As propostas de avaliação da qualidade da APS, como o PMAQ, representam importantes ferramentas de avaliação. Os dados do PMAQ possibilitam o conhecimento de questões relacionadas à estrutura das unidades de saúde, a partir do censo realizado em todas unidades básicas de saúde do Brasil, e dos processos gerenciais e assistenciais, com o conhecimento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, das unidades pactuadas com o programa e de resultados, haja vista que os usuários dos serviços de saúde são entrevistados e questionados sobre o desenvolvimento das ações pelos profissionais da unidade. No caso específico da atenção pré-natal, os instrumentos incluem informações relevantes que permitem avaliar a qualidade destas ações desenvolvidas na APS, a partir de indicadores de processo e estrutura, que possibilitam o acompanhamento do programa e de como o serviço tem se organizado para prestar o cuidado.

3.2 Políticas Públicas de Saúde Materno-Infantil

No Brasil as políticas públicas voltadas para a saúde materna apresentaram avanços nas últimas décadas como a ampliação da cobertura de pré-natal, dos serviços de imunização e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança (SANTOS et al, 2000). Essas políticas são prioridade da saúde pública (COSTA et al, 2000; COUTINHO et al, 2003) e visam garantir a saúde da mãe e filho, evitando, principalmente a morte (TEIXEIRA, 2012).

Apesar da assistência à gestante ser uma prática realizada há muitos anos nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009b), esta área só ganhou prioridade a partir de 1984, a partir de demandas dos movimentos sociais, quando foi concebido o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BOARETTO, 2003; NETO et al, 2008).

O PAISM para além das práticas da assistência pré-natal, ao parto e puerpério, incluiu a contracepção no planejamento familiar em seu escopo de atividades (NETO et al, 2008), os princípios de integralidade e a universalidade da atenção à saúde. Por isso, o programa tem sido apontado como marco na história das políticas públicas voltadas para saúde da mulher com amplo significado social (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Apesar dos avanços, e do PAISM estar implementado nos serviços saúde - com desenvolvimento das atividades preconizadas -, questionava-se, entretanto, a qualidade do atendimento realizado, a falta de acesso, a necessidade de avaliar o seu impacto nos indicadores de resultados, destacando, especialmente, a manutenção de altas taxas de mortalidade materna e a falta de vínculo entre o pré-natal e as maternidades (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Nessa perspectiva, ao longo dos anos 1990 foram implementadas diversas iniciativas para garantir o cuidado materno e reorientar as práticas nos serviços de saúde. Como parte dessas estratégias, destaca-se o Programa de Agentes Comunitários (PACS), criado em 1991, que visava reduzir a mortalidade infantil, especificamente no estado de Ceará, nordeste do Brasil (AVILLA, 2011) e o Programa de Saúde da Família, criado em 1994 como parte da estratégia do Ministério da Saúde (MS) para garantir a reorganização do modelo de atenção à saúde da família e cuidado voltados para a saúde materna e infantil (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009).

Na contramão dessas iniciativas, prevalecia no Brasil um modelo de atenção ao parto centrado nas práticas médicas, medicalizado e tecnocrático. Como crítica a esse modelo, foram conduzidas propostas alternativas pelo MS (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012a) no sentido de garantir atenção menos intervencionista ampliando a participação da mulher e da família.

Em 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN) criando protocolos para o desenvolvimento de ações voltado a atenção à saúde materna, regulamentando as atividades a serem desenvolvidas no pré-natal. O PHPN estabeleceu repasse de incentivo financeiro aos municípios, por gestante que cumprisse os seguintes requisitos: início precoce do pré-natal até 120 dias de gestação, mínimo de seis consultas por gestante, exames essenciais na gestante em duas ocasiões, entre outras. Além disso, estabeleceu o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) que foi desenhado para monitorar os indicadores de qualidade e acompanhar o cumprimento dos critérios estabelecidos pelo PHPN (BRASIL, 2000).

O PHPN, do ponto de vista operacional, foi fundamental, pois em seu escopo estabeleceu elementos para a assistência a gestação e ao parto, centrou objetivos

voltados para a redução das altas taxas de morbimortalidade materna (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; ANDREUCCI; CECATTI, 2011), e meta para atendimento humanizado (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Entretanto, apesar das diversas iniciativas para melhoria do cuidado do pré-natal, da ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica permanecem altas, sendo a HAS, considerada a causa mais frequente de morbimortalidade materna, o que compromete a qualidade da atenção pré-natal no país (BRASIL, 2012a).

Visando reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e garantir a qualidade da atenção pré-natal, foi instituída a Rede Cegonha que tem como objetivo qualificar, estruturar e organizar as redes de atenção. Além disso, preconiza para a qualidade da atenção pré-natal, dentre outros: a captação precoce da gestante com início do pré-natal na APS até a 12^o semana de gestação; recursos humanos, físicos, materiais e técnicos dimensionados segundo as necessidades; solicitação, realização e avaliação de exames em tempo oportuno; acesso à unidade de referência especializada; e vinculação da gestante ao serviço onde irá dar à luz (BRASIL, 2012a) Assim, a Rede Cegonha representa uma importante estratégia para reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil, qualificar, estruturar e organizar as Redes de Atenção Materno-Infantil.

3.3 Utilização de Indicadores

O cuidado pré-natal pode ser analisado por diferentes abordagens. Para a realização de estudos com análise direcionada a adequação do uso da assistência pré-natal, muitos índices tem sido empregados como de Kessner, APNCUI (*Adequacy Prenatal Care*

Utilization Index, Índice de Kotelchuck e GINDEX (KESSNER et al, 1973; KOGAN, et al 1998; KOTELCHUCK, 1994; ALEXANDER; CORNELLY, 1987). A utilização desses índices permite a construção de um indicador composto para avaliação da atenção pré-natal por meio do mês de início do pré-natal e o número total de consultas, podendo também utilizar o número de consultas pré-natais pela idade gestacional.

No que se refere ao número de consultas de pré-natal, de fato não existe consenso na literatura sobre a quantidade ideal do número de consultas. Em âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (2006) tem difundido a recomendação de realização de apenas 04 consultas de pré-natal e 01 pós-natal. Esta recomendação está apoiada nas evidências de estudos randomizados conduzidos por grupo de pesquisadores da OMS que demonstraram que a realização de quatro consultas de pré-natal juntamente com as atividades específicas previstas pelo programa apresentou resultados semelhantes aos de pré-natal com maior número de consultas (CARROLI et al, 2001; VILLAR et al, 2001). Entretanto, este modelo de racionalização dos cuidados de pré-natal, possivelmente, não se adequaria ao contexto brasileiro, território que apresenta disparidades sociais e atendimento diversificado entre as regiões. Estudo realizado por Silva e colaboradores (2006), no Brasil, encontrou associação positiva entre a realização de menos de 06 consultas de pré-natal com mortalidade infantil. Em âmbito internacional, revisão realizada por Dowswell et al (2015) apontou aumento significativo de mortalidade perinatal em grupos de visitas reduzidas em países de baixa e média renda em comparação com o tratamento padrão. Entretanto, esses achados, em países em desenvolvimento como o Brasil, e de baixa renda como nos países investigados, podem estar associados à inadequação da assistência pré-natal e não ao número de consultas. Desse modo, a análise com a utilização dos índices pode apresentar disparidades a depender da quantidade do número de consultas adotado no estudo. Estudo de Heaman

et al, (2008), utilizando os índices R- GINDEX e o APNCU evidenciou que a associação entre pré-natal inadequado, baixo peso ao nascer e prematuridade variou de acordo com a seleção dos índices. Esse achado revela o cuidado e a limitação na utilização dos índices mencionados.

As investigações referentes ao pré-natal podem subsidiar o planejamento das ações e o monitoramento das tendências quanto ao cuidado prestado e resultados alcançados, além de indicar as possíveis complicações no período gestacional.

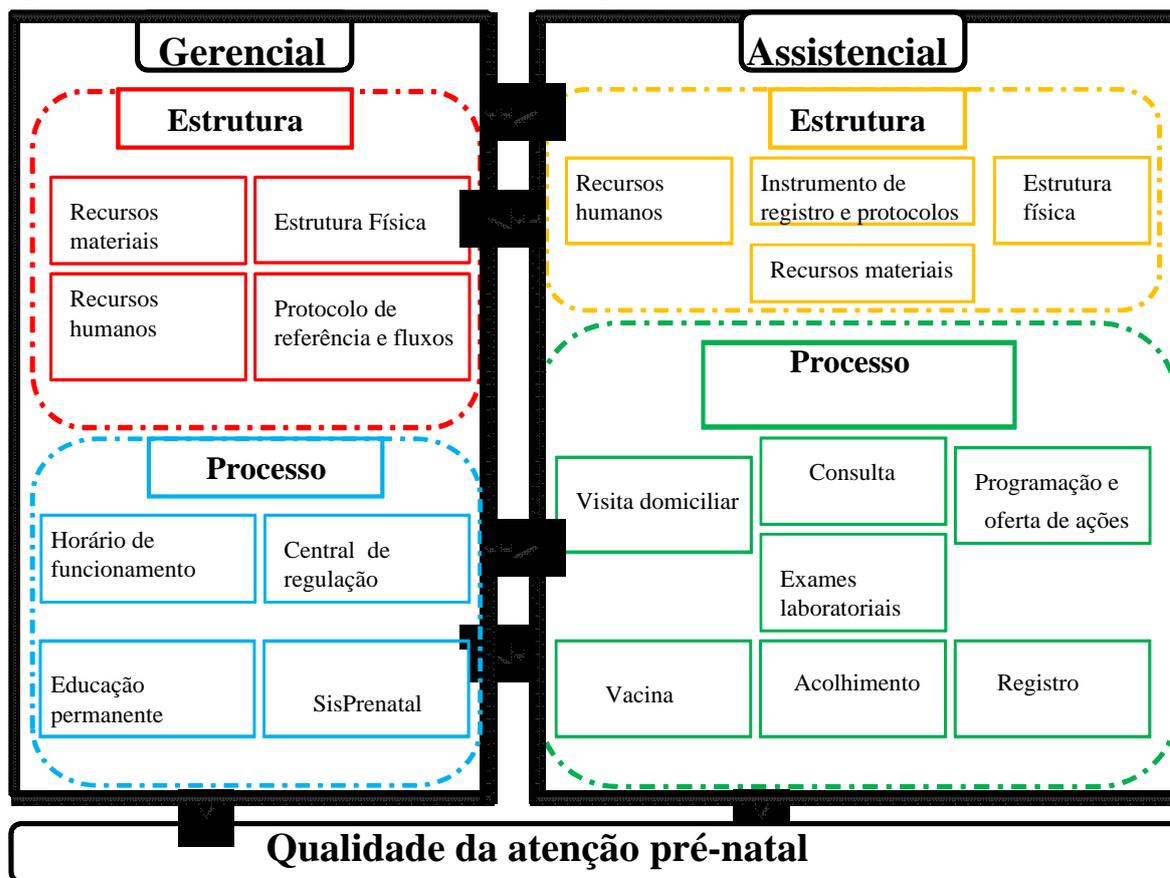
Os dados do PMAQ são fundamentais para análise de indicadores de qualidade do pré-natal, para além do número de consultas, utilizando informações de estrutura e processo das unidades e equipes de atenção primária à saúde no Brasil. A utilização desses dados figura como um novo aporte metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre a qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família.

4. MÉTODOS

4.1. Modelo lógico

No presente estudo, a construção do modelo lógico foi orientada pelos parâmetros apresentados no Manual técnico de Atenção Básica – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, componente pré-natal da Rede Cegonha (Brasil, 2012a) e no Manual de Estrutura Física das UBS (BRASIL, 2008a) desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Para elaboração do modelo, inicialmente, buscou-se compreender os componentes da atenção pré-natal e suas relações entre si e, a partir disso, foram formuladas as duas dimensões de análise: Dimensão gerencial e Dimensão assistencial, compostas por atributos de estrutura e processo, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1: Modelo lógico da Qualidade da Atenção Pré-natal



Fonte: elaboração própria

1. Dimensão gerencial

Na dimensão gerencial, os atributos de estrutura foram classificados em quatro subdimensões:

- Estrutura física, com ambientes administrativos e de apoio ao interior da unidade, corrigido pelo número de equipes conforme recomendação para cada ambiente; além disso, características estruturais como iluminação, ventilação e privacidade; acessibilidade para usuário que não sabe ler ou deficiente visual e/ou auditivo, e usuário com dificuldade de locomoção ou cadeirante; e sinalização externa;
- Recursos materiais, considerando equipamentos de informática e acesso a internet; equipamentos audiovisuais e veículo;

- c. Recursos humanos, coordenador da equipe;
- d. Protocolos de referências e fluxos, sobre documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal.

E, os atributos de processo, nas seguintes subdimensões:

- a. Funcionamento da unidade com serviços para garantia de atendimento as gestantes;
- b. Central de regulação, com garantia de EqSF vinculada a central, com objetivo de integração da rede;
- c. SisPrenatal, alimentado pelos profissionais de saúde da unidade e
- d. Educação permanente, que considera a ações de educações permanente no município e participação dos profissionais da unidade em pelo menos uma das ações.

No que se refere à central de regulação, orienta-se a importância de um sistema de caminhos de referência claros, que devem ser estabelecidos de modo que as mulheres grávidas que necessitam de cuidados adicionais sejam gerenciadas e tratadas adequadamente pelas equipas especializadas (NICE CG62).

2. Dimensão assistencial

Na dimensão assistencial, os atributos de estrutura foram classificados em cinco subdimensões:

- a. Estrutura física, que diz respeito aos ambientes para atendimento clínico ao interior da unidade, corrigido pelo número de equipes em cada ambientes conforme recomendação;
- b. Recursos materiais disponíveis na unidade para oferta de serviços, considerando os seguintes critérios: instrumentais; equipamentos para a conservação dos

insumos na farmácia e de medicamentos na sala de vacina; insumos para a atenção a saúde da população em geral e para a saúde da mulher; medicamentos essenciais indispensáveis para a gestante e controlado; disponibilidade de testes rápidos na unidade e vacinas básicas;

- c. Recursos humanos, dispor de todas categorias profissionais da equipe mínima de atenção básica, de acordo com o tipo de EqSF;
- d. Funcionamento da unidade para que possa garantir atendimento integral a gestante em horários flexíveis de atendimento;
- e. Instrumentos de registro e protocolos para o acompanhamento do pré-natal, sendo composta pelos critérios: disponibilidade de material impresso na unidade; prontuário físico da equipe e prontuário eletrônico integrado com a rede de atenção; protocolo com definição de diretrizes terapêuticas: pré-natal e exames essenciais, acolhimento a demanda espontânea, e para visita domiciliar.

Estudos internacionais evidenciam a importância da estrutura física, infraestrutura, recursos humanos (MRISHO et al, 2009) e equipamentos (GRANER et al, 2010) para qualidade da atenção pré-natal. Além disso, as Instituições como o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), por meio de definição de padrões reforça a necessidade do cuidado continuado durante o pré-natal pelos profissionais de saúde (NICE CG62), destacando a importância do registro das informações do pré-natal como os resultados de exames/testes, e orientação à gestante (NICE QS22).

Em relação ao funcionamento da unidade em horário especial para garantia de atendimento as gestantes, há evidências de que quanto maior o número de horas que os serviços se dedicam para atenção, maior o número de gestantes que solicitam o atendimento pré-natal, e esses refletem na maior satisfação, garantindo maior

continuidade e aderência das gestantes as visitas programadas (RIVERA MEJIA et al, 2014).

Além disso, que a disponibilidade de materiais digitais pode ser útil para facilitar o trabalho dos profissionais, garantindo a alimentação de sistemas de informação fundamentais para o levantamento de indicadores, que podem melhorar o serviço na atenção primária, e tornar a avaliação mais eficiente (DOUBOVA et al, 2014).

Os atributos de processo da dimensão assistencial foram classificados em seis subdimensões:

- a. Visita domiciliar, com critérios de cuidado domiciliar e captação de gestante e puérpera;
- b. Acolhimento, que funcione 05 ou mais dias por semana, manhã e tarde, realize avaliação de risco e vulnerabilidade, defina resposta em função do risco identificado e seja realizado por profissional de nível superior;
- c. Exames laboratoriais, garantindo a coleta, realização e recebimento dos exames em tempo oportuno, além do tempo de espera para atendimento especializado;
- d. Vacina considera a situação vacinal e oferta de vacinas do calendário básico; e) registro: utilização da caderneta de gestante e registro das informações relacionadas ao pré-natal;
- e. Programação e oferta de ações considera a programação de consultas e ações; a organização da agenda e oferta promoção da saúde; organização da oferta com base na classificação de risco;
- f. Consulta: consulta para garantir puerpério e encaminhamento de usuários.

Em relação a estes critérios, a literatura internacional destaca que, considerando a possibilidade de complicação na gestação, como também a necessidade de suplementação de algumas gestantes de baixo risco, o suprimento de medicamentos e a

sua administração são fundamentais para a qualidade do pré-natal. Além disso, a efetividade das vacinas é indiscutível, pois podem prevenir diversas doenças não só na gestante, mas também no concepto (OMS, 2006). Outro aspecto se refere a importância da realização de exames que podem detectar doenças passíveis de tratamento pelos profissionais na APS, e evitar a transmissão vertical de sífilis e HIV (NICE CG62).

Quanto ao registro de dados, recomenda-se que em todos os atendimentos, na unidade de saúde ou domiciliar, os encaminhamentos e orientações sejam registrados de forma adequada (OMS, 2006), pois a falta ou inadequação no preenchimento dos registros de dados prejudica a boa perspectiva de continuidade do cuidado entre as equipes de saúde (MBWELE et al, 2012), e no caso do Brasil, compromete o trabalho das equipes multidisciplinares da APS.

Quanto à captação precoce da gestante, a sua importância e necessidade de realização estão pautadas em protocolo (OMS, 2006), pois se realizado de forma eficaz, evita complicações (MRISHO et al, 2009). O acolhimento, comumente preconizado na literatura nacional é também orientado pela OMS, devendo ser realizado na forma de um atendimento breve às mulheres da sala de espera, de forma que se examinem sinais prioritários e dê o devido encaminhamento (OMS, 2006).

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal com dados secundários relativos às equipes de saúde da família (EqSF) que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2012, no Brasil (BRASIL, 2012b).

O estudo utilizou elementos teóricos da avaliação para categorização das variáveis. A avaliação pode ser entendida como uma atividade na qual se aplica um julgamento de

valor a uma intervenção, considerando que a sua implementação pode modificar uma situação-problema através de instrumentos físicos, humanos, financeiros e simbólicos, inserido em contexto e momento específicos (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al, 2000).

4.3 População e amostra

Do total de municípios brasileiros, 3.935 (70,7%) aderiram ao PMAQ-AB, e 17.432 (53,9%) equipes de saúde (parametrizadas e de saúde da família) participaram da avaliação. Ressalta-se que a adesão ao PMAQ foi bastante heterogênea entre os estados, variando de 6,5% no Maranhão a 79,5% em Santa Catarina (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012). Do total de equipes participantes, 70% era do tipo ESF com saúde bucal, 26% de ESF sem saúde bucal e menos de 4% de equipes de atenção básica de outro tipo ou parametrizadas (MEDINA et al, 2014). No mesmo período, foi realizado um censo de todas as unidades básicas de saúde, abrangendo 38.812 estabelecimentos. Este estudo utilizou dados relativos à linha de base do PMAQ, realizado em 2012. Esses dados correspondem a 16.566 EqSF que aderiram ao PMAQ-AB e que participaram do Censo de UBS. Foram excluídas as equipes de atenção básica de outra modalidade, pois representaram menos de 4% da amostra.

4.4 Descrição dos critérios e padrões

Para construção dos critérios e padrões que compuseram as duas dimensões de análise - assistencial e gerencial - e suas respectivas subdimensões (Apêndice A) foram utilizados os protocolos de atenção pré-natal - Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, componente pré-natal da Rede Cegonha (Brasil, 2012a) e o

guia de recomendação para construção de unidades de saúde Manual de Estrutura Física das UBS (BRASIL, 2008) desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, conforme já descrito na apresentação do Modelo lógico.

As dimensões gerencial e assistencial foram compostas pelos critérios descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios utilizados no estudo, segundo dimensões e atributos.

Gerencial		Assistencial	
Estrutura		Estrutura	
Subdimensões	Critérios	Subdimensões	Critérios
Estrutura física	Ambientes administrativos e de apoio ao interior da unidade: recepção, sala de espera, sanitário*, sanitário adaptado para pessoas com deficiência, abrigo de resíduos sólidos (expurgo), local para depósito de lixo comum, sala de espera com capacidade de 15 a 75 (a depender do número de EqSF na USF), banheiro para funcionários	Estrutura Física	Ambientes para atendimento clínico ao interior da unidade: farmácia, sala de reunião/educação, consultório de enfermagem ou médico, consultório odontológico (Se EqSF com saúde bucal), sala de procedimentos, sala de vacina, sala de nebulização, sala de curativo
	Características estruturais: iluminação, ventilação e privacidade	Recursos materiais	Instrumentais (aparelho de pressão adulto, balança adulta de 150 ou 200 kg, estetoscópio adulto, foco de luz para exame ginecológico, mesa para exame ginecológico com perneira ou mesa para exame clínico, sonar ou estetoscópio de

			pinar)
			Equipamentos para conservação dos insumos: - na farmácia - na sala de vacina
	Acessibilidade: Para cadeirante ou com dificuldade de locomoção e para usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva		Insumos para atenção à saúde para população geral: (abaixador de língua; agulhas descartáveis de diversos tamanhos; ataduras; fita métrica; EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas; espelho descartável; equipo de soro macrogotas e microgotas; seringas descartáveis de diversos tamanhos ou seringas descartáveis com agulha acoplada; recipientes duros para descarte de perfurocortante; gaze; frasco plástico com tampa; esparadrapo/fita micropore e outras, recipiente duro para descarte de perfurocortantes e caixas térmicas para vacinas)
	Sinalização externa: identificação externa visível para os usuários como placa na fachada, totem externo adequado ou outra forma de sinalização		Insumos para atenção à saúde da mulher (tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; fixador de lâmina; espátula de ayres)
Recursos materiais	Equipamentos de informática e acesso à internet: (computador e impressora, estabilizador e equipe com acesso à internet)		Medicamentos essenciais (Analgésicos e antipiréticos, antidiabéticos, antibacterianos, anti-hipertensivo ou de ação cardiovascular, antiparasitários, antiasmáticos,

			<p>antiácidos e antieméticos, vitaminas, polivitamínicos, sais minerais, contraceptivos hormonais e hormônios sexuais)</p> <p>Medicamentos controlados essenciais (dispensados na USF ou centralizado)</p> <p>Testes rápidos na unidade (sífilis, HIV, gravidez)</p> <p>Vacinas básicas (dupla do tipo adulto dT, influenza sazonal e hepatite B)</p>
	Equipamentos audiovisuais (televisão e caixa de som)		
	Veículo		
Recursos humanos	Coordenador de equipe	Recursos humanos	Equipe mínima de atenção básica (1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião dentista (se EqSF com saúde bucal), 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 4 ou mais agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnico ou auxiliar em saúde bucal (se EqSF com saúde bucal)
Protocolos de referência e fluxos	Documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal: (sorológico para sífilis (VDRL), anti-HIV, glicose, urocultura ou sumario de urina (tipo 1), ultrassonografia) e	Funcionamento da unidade	Funcionamento da unidade (Funcionar em dois turnos e ter disponíveis os serviços de consulta médica, de enfermagem e odontológica; dispensação de medicamentos; vacinação e

	local para o parto (maternidade), com comprovação)	Instrumentos de registro e protocolos	acolhimento) Material impresso na unidade (caderneta gestante, cartão de vacina, ficha B-GES do SIAB, ficha de atendimento pré-natal, ficha encaminhamento demais ponto) Prontuário da equipe (Ter registro com letra legível, identificação do usuário, hipótese diagnóstica ou condição e exames solicitados) e comprove Prontuário eletrônico integrado com a rede de atenção Protocolo com definição de diretrizes terapêuticas: pré-natal e exames essenciais Protocolos e diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea Protocolos para visita domiciliar
Gerencial		Assistencial	
Processo		Processo	
Subdimensões	Critérios	Subdimensões	Critérios
Horário de funcionamento	Funcionamento da unidade (funcionar em dois turnos e no horário de almoço - 12h às 14h)	Visita domiciliar	Cuidado domiciliar (levantamento ou mapeamento dos usuários que necessitam de cuidados no

			domicílio, organização da agenda para visita domiciliar, avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar periodicidade distinta de visitas das famílias, e programação das visitas dos ACS em função das prioridades de toda a equipe)
Central de regulação	Vínculo a Central de regulação		Captação de gestante e puérpera
SisPreNatal	Alimentação do SisPreNatal	Acolhimento	Acolhimento (Funcione 05 ou mais dias por semana, manhã e tarde, realize avaliação de risco e vulnerabilidade, defina resposta em função do risco identificado, realizado por profissional de nível superior)
Educação permanente	Ações de educação permanente	Exames laboratoriais	Realização, coleta e recebimento de exames Tempo de espera para atendimento especializado
		Vacina	Situação vacinal e oferta de vacinas (ofertar vacinas do calendário básico, com comprovação e orientar no pré-natal sobre a importância da vacina contra tétano)
		Registro	Utilização da

			caderneta da gestante e registro das informações
		Programação e oferta de ações	Programação de consultas e ações
			Organização da agenda e oferta promoção da saúde
			Organização da oferta com base de classificação de risco
		Consulta	Consulta para garantir puerpério (consulta em qualquer dia e horário da semana para garantir atendimento de puerpério de até 10 dias após o parto, realizado por enfermeiro ou médico, com comprovação)
			Encaminhamento de usuários

* A variável "sanitário" considerou a existência de sanitário masculino ou feminino, conforme disponível no instrumento do PMAQ: Sanitário para usuário masculino (I.9.18) e Sanitário para usuário feminino (I.9.19). Verificou-se que 17,1% das EqSF referiram não dispor de sanitário na unidade, seja masculino ou feminino. Mas, ressalta-se que a inexistência dessa estrutura pode estar relacionada à pergunta, por não ter questionado a existência de "sanitário unissex".

No caso dos equipamentos, instrumentais, insumos, teste rápido, medicamentos vacinas, e material impresso, as questões do instrumento do PMAQ apresentam como opções de resposta, além das alternativas "sim" e "não", informações sobre sua conservação, disponibilidade e suficiência. Considerou-se como resposta afirmativa, apenas os casos em que os itens estavam em condições de uso, existiam em quantidade suficiente, sempre disponível, ou, no caso particular dos veículos, estavam disponíveis (sim, algumas vezes ou quando necessário).

No caso das questões referentes às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, (atributos de processo da Dimensão assistencial), eram solicitados documentos que comprovassem a sua realização. Considerou-se como resposta afirmativa, apenas os casos que referiram a realização da ação e apresentaram confirmação documental.

(Quadro 2).

As demais opções de resposta (nunca disponíveis, às vezes disponíveis), inclusive as opções (atributo de processo, dimensão assistencial), “não sabe / não respondeu” e “não se aplica” (que significava não dispor do equipamento/insumo ou não comprovar realizar ação etc.), também foram considerados como “não”, conforme apresentado abaixo por critérios (Apêndice B).

Quadro 2 – Variáveis que compuseram as respostas afirmativas, conforme a realização da ação e confirmação documental, segundo critérios de atributos de processo, da dimensão assistencial.

Critério	Variável	Variável de confirmação
Cuidado domiciliar	A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares? (II.16.4)	- Existe documento que comprove? (II.16.4/1)
	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio? (II.32.6)	- Existe documento que comprove? (II.32.6/1)
Realização, coleta e recebimento de exames	Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes: - Exame sorológico para sífilis (VDRL) (II.23.9.1) - Exame sorológico anti-HIV (II.23.9.2) - Exame sorológico para hepatite B (II.23.9.3) - Exame sorológico para toxoplasmose (II.23.9.4) - Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito (II.23.9.5) - Exame de glicose (II.23.9.6) - Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) (II.23.9.7)	- Existe documento que comprove? (II.23.9/1)
Situação vacinal e oferta de	A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico? (II.20.5)	- Existe documento que comprove? (II.20.5/1)

vacinas		
Utilização da caderneta e registro das informações	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes? (II.23.5)	- Existe documento que comprove? (II.23.5/1)
Programação de consultas e ações	A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? (II.16.6)	- Existe documento que comprove? (II.16.6/1)
Organização da agenda e oferta	- A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde? (II.16.5)	- Existe documento que comprove? (II.16.5/1)
promoção da saúde	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: - Gestantes e puérperas (aleitamento materno) (II.31.1.3)	- Existe documento que comprove? (II.31.1/1)
Organização da oferta com base de classificação de risco	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade? (II.23.1)	- Existe documento que comprove? (II.23.1/1)
Consulta para garantir puerpério	Quais profissionais realizam a consulta de puerpério? - Médico (II.23.15.1) ou Enfermeiro (II.23.15.2)	- Existe documento que comprove? (II.23.15/1)

4.5 Processamento e análise dos dados

Os bancos de dados do PMAQ são disponibilizados separadamente, sendo um referente aos dados do Censo das unidades (módulo I) e um referente às informações das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ (módulo II). Inicialmente, para construção do banco de dados do presente estudo, foi selecionada a variável “CNES”, comum entre os dois bancos (módulo I e módulo II). Feito isso, foi selecionado o banco “módulo II” pelo comando *combine datasets, merge to datasetes, many-to-many on key variables* do *software Stata 12.0®*.

Foram encontradas inconsistências na informação sobre o número de equipes na unidade, obtida a partir do Censo. Assim, houve casos em que o respondente deste instrumento não soube informar o número de equipes ou que não havia equipes de saúde da família na unidade, mas havia o instrumento correspondente a equipe preenchido. Nestes casos, o número de equipes foi corrigido parcialmente, a partir das equipes que aderiram ao PMAQ e, conseqüentemente responderam ao módulo II.

A partir disso, foram criados e codificados os critérios, sendo analisados por cada uma das dimensões e sub-dimensões. Os critérios foram classificados como inadequado, intermediário e adequado, a partir dos padrões adotados. Foram calculadas frequências simples e relativa, pelo *software* Stata 12.0[®], e percentuais para cada critério isoladamente e por grupo de critérios, apresentadas sob a forma de tabelas e gráficos. Para a construção dos gráficos, utilizou-se o gráfico de radar, que cada valor é representado por um eixo, iniciado no centro do gráfico e finaliza na parte extrema. Como os dados foram estratificados de acordo com as regiões do país, cada critério, com valores correspondentes ao Brasil e regiões foram plotados em cada eixo correspondente, permitindo comparar os valores agregados da série de dados (Regiões do país).

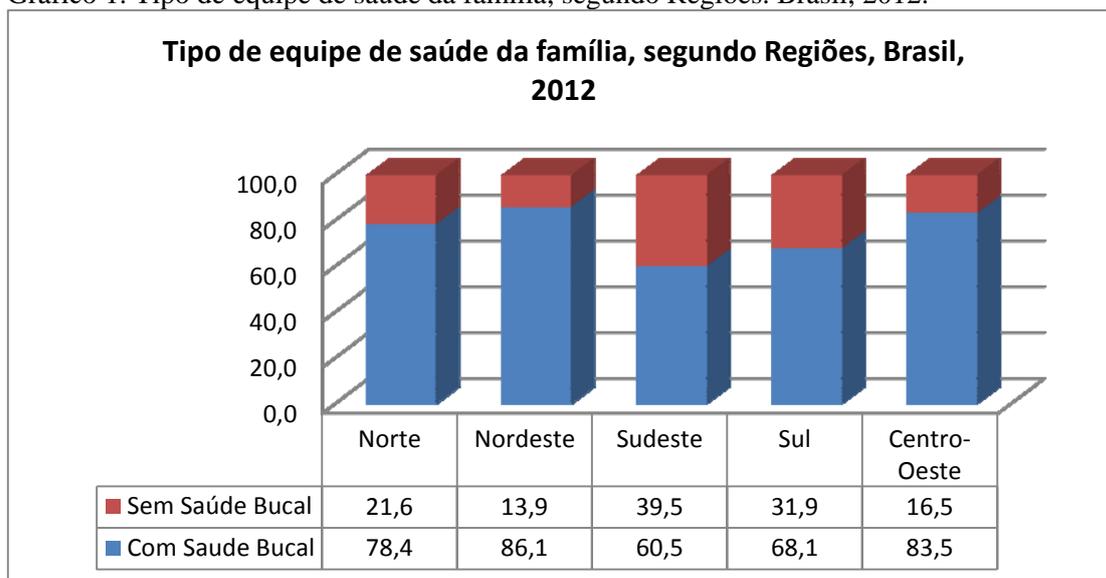
4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Em se tratando de pesquisa com dados secundários, público, disponível em plataforma do Ministério da Saúde, não foi preciso submeter o projeto de pesquisa no Comitê de Ética.

5. RESULTADOS

Foram avaliadas 16.566 EqSF no Brasil, sendo 12.019 (72,5%) e 4.547 (27,5%), respectivamente, com e sem profissionais de saúde bucal. Maiores percentuais de EqSF com profissionais de saúde bucal foram observados nas Regiões Centro-Oeste (83,5%) e Nordeste (86,1%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tipo de equipe de saúde da família, segundo Regiões. Brasil, 2012.



1. Dimensão Gerencial

1.1. Atributos de Estrutura

a) Subdimensão Estrutura física

Os resultados dos critérios de atributos de estrutura e de processo, da dimensão gerencial, tabela 1, serão descritos a seguir.

No critério “ambientes para atividades administrativas e de apoio”, apenas 5,1% das EqSF referiram desenvolver atividades em unidades com todas as estruturas presentes, seguindo a recomendação do MS, que define o tipo e o número adequado de espaços

para o funcionamento dos serviços, considerando até 5 (cinco) EqSF por unidade. Este percentual variou de 2,1% (Região Norte) a 7,1% (Região Sul). Observou-se que 6,0% das EqSF, no Brasil, compartilhavam a mesma unidade com cinco ou mais equipes sendo, assim, consideradas inadequadas. Analisando apenas a presença de ambientes comuns (recepção, sanitário adaptado para PNE, expurgo e local para lixo), 14,3% das EqSF (4,3% na Região Nordeste e 24,7% na Região Sudeste) apresentavam todos os ambientes. Quanto a presença de sala de espera com capacidade adequada e sanitários (masculino ou feminino e para funcionários), calculadas de acordo com o número de equipes na unidade, 45,3% das EqSF foram classificadas como adequadas.

Em relação às características estruturais, 57,4% das EqSF referiram dispor de iluminação, ventilação e consultório com privacidade, com percentual inferior nas Regiões Norte (43,8%), Centro-Oeste (45,8%) e Nordeste (51,9%).

Apenas 1,4% das EqSF referiram que as unidades apresentavam todas características relacionadas à acessibilidade de usuário cadeirante ou com dificuldade de locomoção, sendo classificadas como adequadas. Destacando a presença de calçadas em boas condições, porta e corredor de entrada adaptados, rampa de acesso e piso regular, para classificação de equipes intermediárias para este critério, observou-se um percentual de 19,9% para o Brasil (10,0% na Região Norte a 26,8% Região Sul).

No que se refere às características para acessibilidade de usuários com dificuldade para ler, deficiente visual ou auditivo, o percentual de equipes adequadas foi de 4,8% e de intermediárias de 22,4% (maiores nas Regiões Sudeste, 26,2%, e Sul, 31,5%) quando foi considerada apenas a disponibilidade de caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) e recursos auditivos (sonoros).

A maior parte (84,4%) das EqSF contava com pelo menos uma forma de sinalização externa da unidade, com valores próximos entre as regiões. Mas, apesar disso, chama

atenção o fato de que 15,6% das EqSF referiram não dispor de nenhuma forma de identificação da unidade.

b) Subdimensões Recursos materiais, recursos humanos e documentos contendo referências e fluxos

Observou-se que menos de 40% das EqSF do país contavam com equipamentos de informática e acesso à internet (38,7%) e audiovisuais em condições de uso (22,8%). Em ambos os critérios, apenas as Regiões Sul e Sudeste apresentaram percentuais superiores ao encontrados para o Brasil.

A disponibilidade de veículo para realização das visitas domiciliares foi observada em 72,6% das EqSF no Brasil, contudo, somente 48,9% referiram que o veículo atendia todas as necessidades da equipe, o que foi considerado adequado. Percentuais inferiores foram verificados para as Regiões Norte (30,8%), Centro-Oeste (42,2%) e Sudeste (41,2%). Quase a totalidade (98,0%) contava com Coordenador na equipe e 33,2% referiram dispor de documentos contendo referências e fluxos relacionados ao parto e para exames de pré-natal, pactuados pela gestão municipal. Foram consideradas intermediárias para este critério 23,4% das EqSF que contavam apenas com os fluxos relacionados aos exames de pré-natal.

1. 2) Atributos de Processo

Grande parte das EqSF (88,9%) trabalhavam em unidade que funcionava em dois turnos, com percentuais semelhantes entre as regiões do Brasil. Analisando-se o funcionamento da unidade em dois turnos e no horário de almoço, consideradas como adequadas, o percentual foi de 45,4%, sendo inferiores a 30,0% nas Regiões Nordeste (29,2%) e Sul (28,8%), e superior na Região Sudeste (67,8%).

A maior parte das EqSF (90,9%) no Brasil referiu estar vinculada à central de regulação, percentual inferior apenas na Região Norte (81,9%). O percentual de equipes adequadas foi de 25,7%, considerado a vinculação à central de regulação com marcação de consulta especializada, exames e leitos, e apenas as Regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram percentuais superiores a 30,0%.

Observou-se que a alimentação regular do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL) foi referida por 87,4% das EqSF, variando de 82,2% (Região Sul) a 90,9% (Região Nordeste).

Ações de educação permanente nos municípios foram referidas por 81,1% das equipes analisadas, mas, apenas 23,9% referiram participar, no último ano, de pelo menos uma das ações, com percentual inferior para as Regiões Nordeste (8,1%) e Norte (15,1%).

Tabela 1. Percentual de adequação de atributos de estrutura e processo, dimensão gerencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Atributos de estrutura												
Ambientes administrativos e de apoio ao interior da unidade	848	5,1	21	2,1	156	2,9	42	4,0	427	6,7	202	7,1
Características Estruturais (iluminação, ventilação e privacidade)	9.502	57,4	436	43,8	2.761	51,9	483	45,8	3.909	61,7	1.913	67,0
Características para acessibilidade cadeirante ou usuário com dificuldade de locomoção	233	1,4	9	0,9	20	0,4	1	0,1	179	2,8	24	0,8
Características para acessibilidade para usuários com dificuldade para ler, deficiente visual ou auditivo	803	4,8	24	2,4	172	3,2	22	2,1	401	6,3	184	6,4
Sinalização externa	13.981	84,4	801	80,4	4.459	83,8	913	86,5	5.361	84,6	2.447	85,7
Equipamentos de informática e acesso à internet	6.404	38,7	203	20,4	864	16,2	438	41,5	3.134	49,4	1.765	61,8
Equipamentos audiovisuais	3.777	22,8	108	10,8	361	6,8	218	20,7	2.208	34,8	882	30,9
Veículo	8.098	48,9	307	30,8	3.007	56,5	445	42,2	2.613	41,2	1.726	60,5
Coordenador	16.232	98,0	991	99,5	5.159	97,0	1.047	99,2	6.234	98,3	2.801	98,1
Documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal	5.493	33,2	247	24,8	1.448	27,2	252	23,9	2.624	41,4	922	32,3
Atributos de Processo												
Funcionamento da unidade	7.523	45,4	430	43,2	1.555	29,2	416	39,4	4.299	67,8	823	28,8
Vínculo a Central de regulação	4.261	25,7	243	24,4	1.147	21,5	323	30,6	1.475	23,3	1.073	37,6
Alimentação do SISPRENATAL	14.474	87,4	865	86,9	4.837	90,9	910	86,3	5.515	87,0	2.346	82,2
Ações de educação permanente	3.964	23,9	150	15,1	430	8,1	270	25,6	2.258	35,6	856	30,0

2. Dimensão Assistencial

2.1. Atributos de Estrutura

a) Subdimensão Estrutura física

No critério “ambientes para atendimento clínico ao interior da unidade”, apenas 8,8% das EqSF referiram desenvolver atividades em unidades com todas as estruturas presentes. Este percentual variou de 2,8% (Região Norte) a 13,2% (Região Sudeste). Analisando apenas a presença de ambientes comuns (farmácia e sala de reunião/educação), 39,8% das EqSF (22,9% na Região Norte e 51,0% na Região Sudeste) apresentavam todos os ambientes. Quanto a consultórios de enfermagem ou médico, odontológico e salas de curativo, procedimentos, nebulização e de vacina, calculadas de acordo com o número de equipes na unidade, 13,0% das EqSF foram classificadas como adequadas. Como já referido, 6,0% das EqSF no Brasil compartilhavam a mesma unidade com cinco ou mais equipes sendo, assim, consideradas inadequadas neste critério (tabela 2).

b) Subdimensão Recursos materiais

A maior parte das EqSF (83,3%) referiram dispor de todos os instrumentais (aparelho de pressão, balança e estetoscópio adulto, foco de luz, mesa para exame ginecológico ou clínico, sonar ou estetoscópio de pinar), em condições de uso, relacionados a assistência à gestante (71,2% na Região Norte e 88,6% na Região Sul) (tabela 2).

Quanto aos equipamentos para a conservação dos insumos na sala de vacina (geladeira e ar-condicionado exclusivos), o percentual de equipes adequadas foi de 47,8% (28,4% na Região Sudeste e 91,8% na Região Norte). Destacando somente a disponibilidade de geladeira, o percentual foi de 47,6%, sendo classificadas como intermediárias. Quando considerado os mesmos equipamentos exclusivos (geladeira e ar-condicionado) para a

farmácia, apenas 16,9% referiram dispor desses equipamentos na unidade, sendo classificadas como adequadas. Foram consideradas intermediárias para este critério 26,6% das EqSF que contavam somente com geladeira na farmácia (tabela 2).

Em relação aos insumos para atenção à saúde da população, apenas 28,1% das EqSF referiram dispor de todos os insumos básicos necessários (abaixador de língua, agulhas descartáveis, atadura, fita métrica, EPI, espéculo descartável, equipo para soro, seringas, gaze, esparadrapo/fita micropore, recipiente duro para descarte de perfurocortante, frasco plástico com tampa, caixas térmicas para vacina e tira reagente). Percentuais menores foram observados para as Regiões Nordeste (14,7%) e Norte (18,3%). Para a classificação de equipes intermediárias, que considerou a disponibilidade de 8 a 13 dos insumos analisados, observou-se um percentual de 68,0% para o Brasil (55,1% na Região Nordeste a 85,3% na Região Sul). Quando analisado a disponibilidade de insumos para atenção à saúde da mulher (porta lâmina, fixador de lâmina, espátula de ayres, lâmina de vidro), 67,0% das EqSF referiram contar com todos os insumos na unidade, sendo classificadas como adequadas (55,1% Região Nordeste a 85,3% Região Sul) (tabela 2).

Observou-se que somente 28,3% referiram dispor de pelo menos um tipo de medicamento, em quantidade suficiente, em cada grupo de medicamentos essenciais (analgésicos e antipiréticos, antidiabéticos, antibacterianos, anti-hipertensivos ou ação vascular, antiparasitários, antiasmáticos, antiácidos e antieméticos, vitaminas, polivitamínicos, sais minerais, contraceptivos hormonais/hormônios sexuais), variando de 10,3% (Região Norte) a 43,7% (Região Sul). Foram classificadas como intermediárias quase a metade (49,2%) das EqSF, quando considerado a disponibilidade de 04 (quatro) a 08 (oito) grupos de medicamentos essenciais (34,1% Região Sudeste a 69,9% Regiões Norte). No critério que considerou a disponibilidade de medicamentos

controlados em quantidade suficiente, foi verificado baixo percentual (26,3%) para a existência desses medicamentos nas unidades das EqSF analisadas, contudo, 82,5% referiram dispor de medicamentos controlados na unidade ou dispensação centralizada (realizada pelo município), o que foi considerado adequado (67,1% Região Norte a 91,3% Região Sul) (tabela 2).

A disponibilidade de testes rápido para sífilis, HIV e gravidez na unidade, foi observada em somente 1,6% das EqSF do país. Somente 43,5% referiram dispor de vacinas de influenza sazonal, hepatite B e tipo adulto dT (percentuais inferiores foram verificados para as Regiões Sul 32,6% e Centro-Oeste 35,4%) (tabela 2).

c) Subdimensões Recursos humanos, Funcionamento da unidade e Instrumento de registro e protocolos

No tocante ao critério equipe mínima de atenção básica, que considerou a disponibilidade de profissionais (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e mais de 04 (quatro) ACS), pelo tipo de equipe, conforme recomendação do MS, verificou-se que grande parte (84,5%) das EqSF foram classificadas como adequadas, por apresentar o total de profissionais na unidade (percentuais inferiores para as regiões Centro Oeste, 79,5% e Sul, 79,0) (tabela 2).

Em relação ao funcionamento da unidade com disponibilidade de serviços, 51,6% das EqSF referiram desenvolver atividades em unidade que funcionava em dois turnos com consulta de enfermagem, médica, e odontológica (para EqSF com saúde bucal), e com os serviços de vacinação e dispensação de medicamento (38,9% Região Norte a 62,8% Região Sul) (tabela 2).

Mais da metade (59,6%) contavam com todos os impressos (caderneta da gestante, cartão de vacina, ficha B da gestante SIAB, de pré-natal e de encaminhamento) na unidade para realização de atendimento da gestante, sendo consideradas adequadas (52,2% na Região Nordeste a 64,0% Região Sudeste) (tabela 2).

Observou-se que 58,7% das EqSF apresentavam prontuário físico com letra legível, registro de hipótese diagnóstica/problema ou condição e exames solicitados (percentuais menores nas Regiões Centro-Oeste 52,5% e Região Nordeste 55,0%). Somente 10,9% das equipes foram consideradas adequadas por dispor de prontuário eletrônico implantado e integrado a rede de atenção (0,9% Região Nordeste a 24,4% Região Sul) (tabela 2).

No que se refere aos protocolos com definição de diretrizes terapêuticas, mais da metade (71,5%) das EqSF contavam com protocolos para o pré-natal e exames de glicemia, diagnóstico de sífilis, HIV, hepatite B, urocultura ou sumário de urina. Percentuais inferiores foram verificados para as Regiões Centro-Oeste (60,7%), Norte (61,1%) e Nordeste (64,5%). Apenas 35,0% referiram disponibilidade de protocolo com definição de situações prioritárias para a realização de visita domiciliar (25,9% Região Centro-Oeste a 41,7% Região Sudeste) e 28,0% de protocolos para acolhimento à demanda espontânea, com percentual superior apenas na Região Sudeste (41,8%) (tabela 2).

2.2. Atributos de Processo

a) Subdimensões Visita domiciliar, acolhimento, exames laboratoriais

A realização de visita domiciliar (99,7%) e o cuidado domiciliar (por médico ou enfermeiro) (99,2%) foi observado para quase a totalidade das EqSF no Brasil. No entanto, quando considerado para adequação a realização dos critérios

levantamento/mapeamento dos usuários que necessitavam de cuidado no domicílio, programação da visita de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade e do ACS em função da prioridade da equipe, bem como agenda organizada para a realização de visita, apenas 42,2% das EqSF atenderam todos os critérios (percentuais inferiores verificados para as Regiões Centro-Oeste 30,0%, Norte 31,8% e Nordeste 36,2%) (tabela 3).

A captação de gestante e puérpera foi referida por 89,6% das EqSF (83,9% Região Centro-Oeste a 91,2% Nordeste). Grande parte (80,4%) das EqSF contavam com acolhimento implantado, mas, apenas 34,3% foram consideradas adequadas por atender os critérios (avaliar risco e vulnerabilidade, condições de definir resposta em função do risco identificado, realizado por profissional de nível superior e acima de cinco dias e dois turnos), variando de 20,0% na Região Nordeste a 48,6% na Região Sudeste (tabela 3).

Em relação aos exames, observou-se que apenas 37,3% das EqSF referiram realizar todos os exames essenciais (sífilis, anti-HIV, hepatite B, toxoplasmose, hemoglobina/hematócrito, glicose, sumário de urina) na gestante, coletar material para exame de laboratório na unidade e receber os resultados tempo oportuno. Analisando apenas a realização dos exames, para classificação de equipes intermediárias, observou-se um percentual de 47,5% para o Brasil (36,2% na Região Sudeste a 61,6% Nordeste). Quando analisado o tempo de espera em nível especializado dos encaminhamentos realizados pelas equipes, somente 46,3%, das EqSF referiram que as gestantes foram atendidas em até 30 dias para a realização de exames de detecção do HIV, diagnóstico de sífilis e USG, e em até 15 dias, as gestante de alto risco na consulta de ginecologia ou obstetrícia. Destacando apenas o atendimento de gestantes em até 30 dias, em nível especializado, para classificação de equipes intermediárias, verificou-se percentual de

40,1% para o Brasil (38,0% na Região Sudeste a 46,5% na Região Centro-Oeste) (tabela 3).

b) Subdimensões vacina, registro, programação e oferta de ações, consulta

No que se refere à situação vacinal e oferta de vacinas, a maior parte (78,6%) das EqSF referiram realizar todas as vacinas do calendário básico e orientar a gestante sobre a vacina contra o tétano (percentuais inferiores para as Regiões Sul 74,2%, Centro-Oeste 75,6% e Sudeste 76,6%). Apenas 30,6% das EqSF referiram utilizar a caderneta gestante e possuir registro do profissional que a acompanha, da vacinação em dia, do exame citopatológico, da consulta odontológica e do número de gestante de alto risco no território (26,3% na Região Centro-Oeste a 34,2% Região Sudeste). Quando foi considerada somente a utilização da caderneta da gestante, 54,6% das EqSF no Brasil foram classificadas como intermediárias (tabela 3).

No que se refere à programação de consultas e ações, a maior parte das EqSF referiram: planejar ações para usuários de programa ou grupos prioritários que necessitavam de cuidado continuado e para o pré-natal (73,4%, sendo superior apenas na Região Nordeste); organizar a agenda para oferta de atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, bem como oferta de ações educativas de promoção da saúde direcionadas ao aleitamento materno para gestante e puérpera (51,7%, variando de 47,5%, na Região Nordeste a 48,4%, na Região Centro-Oeste); e organizar a oferta de serviços e encaminhamentos das gestantes com base na classificação de risco e vulnerabilidade (67,5%, com percentual superior apenas na Região Sudeste, 71,7%).

Em relação ao puerpério, apenas 27,1% das EqSF no Brasil referiram garantir a consulta de puerpério por meio da realização de consulta em horário especial em qualquer dia da

semana e realizadas por médico ou enfermeiro (percentual inferior para as Regiões Centro-Oeste, 15,0%, Sul, 20,2% e Norte, 20,7%) (tabela 3).

No tocante ao encaminhamento de usuários para o nível especializado após a realização das consultas na unidade, 39,1% das EqSF referiram agendamento imediato (paciente saia da unidade com a consulta agendada) ou era marcada pela própria unidade informada posteriormente ao paciente (23,0% Região Nordeste a 51,6% Região Sudeste) (tabela 3).

Tabela 2. Percentual de adequação de atributos de estrutura, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Atributos de estrutura												
Ambientes para atendimento clínico ao interior da Unidade	1.461	8,8	28	2,8	161	3,0	100	9,5	838	13,2	334	11,7
Instrumentais	13.801	83,3	709	71,2	4.287	80,6	885	83,9	5.391	85,0	2.529	88,6
Equipamentos para conservação dos imunobiológicos na sala de vacina =13.691	6.543	47,8	784	91,8	1.976	44,4	627	72,1	1.444	28,4	1.712	70,3
Equipamentos para conservação dos medicamentos na farmácia = 11.801	1.988	16,9	124	16,8	434	11,0	124	19,1	732	16,9	574	26,9
Insumos para atenção à saúde da população	4.659	28,1	182	18,3	784	14,7	298	28,2	2.244	35,4	1.151	40,3
Insumos para atenção à saúde da mulher	11.091	67,0	609	61,1	2.931	55,1	749	71,0	4.368	68,9	2.434	85,3
Medicamentos essenciais	4.695	28,3	115	11,6	878	16,5	109	10,3	2.345	37,0	1.248	43,7
Medicamentos controlados essenciais	13.667	82,5	668	67,1	4.327	81,3	773	73,3	5.293	83,5	2.606	91,3
Testes rápidos na unidade	270	1,6	37	3,7	47	0,9	33	3,1	119	1,9	34	1,2
Vacinas básicas	7.204	43,5	486	48,8	2.457	46,2	373	35,4	2.956	46,6	932	32,6
Equipe mínima de atenção básica	13.999	84,5	846	84,9	4.592	86,3	839	79,5	5.466	86,2	2.256	79,0
Funcionamento da unidade com serviços	8.552	51,6	387	38,9	2.629	49,4	423	40,1	3.319	52,4	1.794	62,8
Material impresso na unidade	9.879	59,6	678	68,1	2.777	52,2	598	56,7	4.058	64,0	1.768	61,9
Prontuário da equipe	9.724	58,7	683	68,6	2.924	55,0	554	52,5	3.887	61,3	1.676	58,7
Prontuário eletrônico integrado com a rede de atenção	1.803	10,9	18	1,8	50	0,9	186	17,6	852	13,4	697	24,4
Protocolo com definição de diretrizes terapêuticas: pré-natal e exames essenciais	11.843	71,5	609	61,1	3.433	64,5	640	60,7	5.103	80,5	2.058	72,1
Protocolos e diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea	4.640	28,0	145	14,6	943	17,7	158	15,0	2.650	41,8	744	26,1
Protocolo para visita domiciliar	5.801	35,0	328	32,9	1.613	30,3	273	25,9	2.641	41,7	946	33,1

Tabela 3. Percentual de adequação de atributos de processo, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

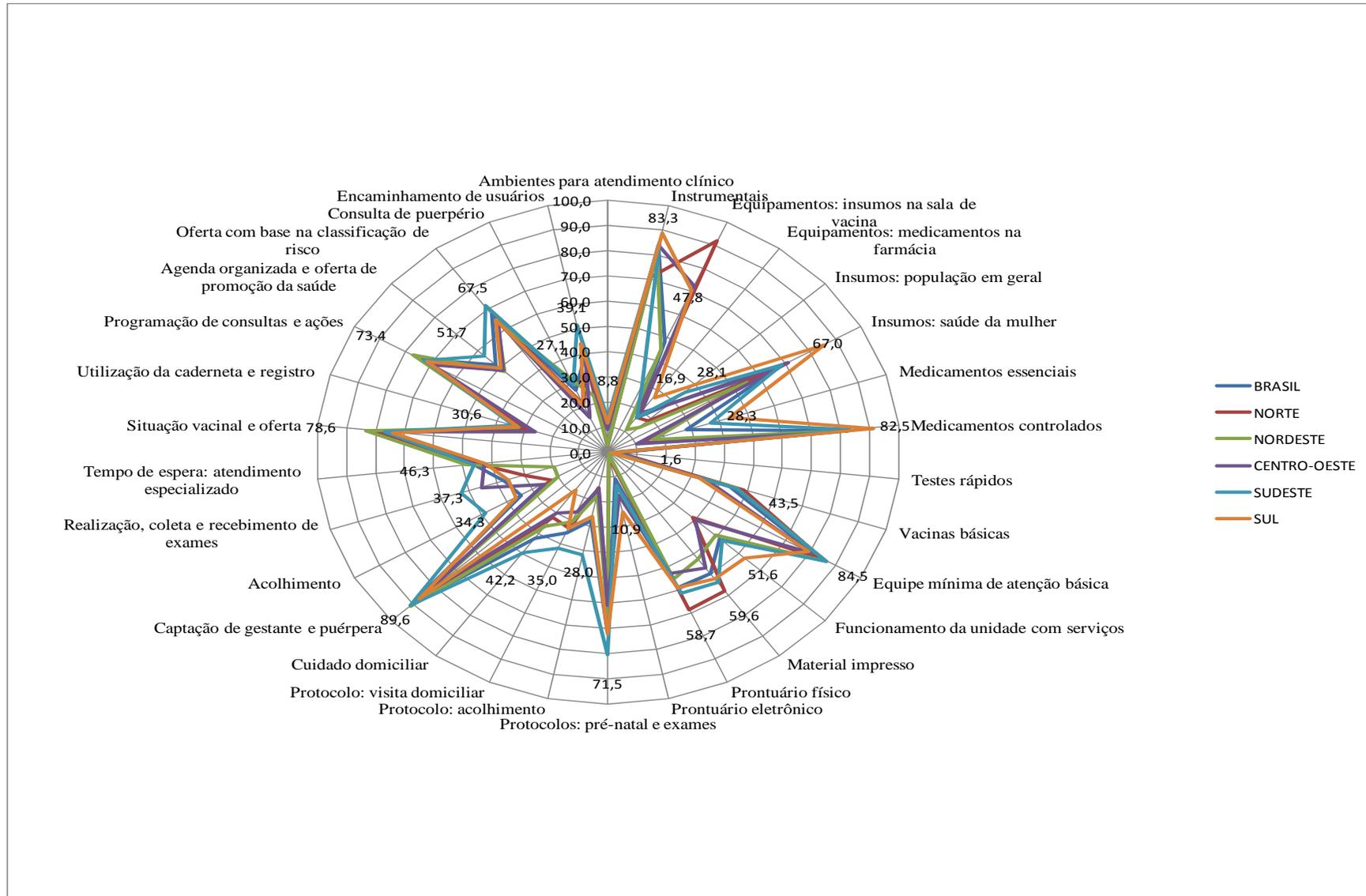
Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atributos de Processo												
Cuidado domiciliar	6.985	42,2	317	31,8	1.924	36,2	316	30,0	3.125	49,3	1.303	18,7
Captação de gestante e puérpera	14.849	89,6	870	87,4	4.851	91,2	885	83,9	5.761	90,9	2.482	86,9
Acolhimento	5.674	34,3	224	22,5	1.062	20,0	267	25,3	3.082	48,6	1.039	36,4
Realização, coleta e recebimento de exames	6.186	37,3	295	29,6	1.025	19,3	481	45,6	3.356	52,9	1.029	36,0
Tempo de espera para atendimento especializado	3.504	46,3	165	45,2	1.504	48,7	151	42,8	1.096	46,2	588	42,3
Situação vacinal e oferta de vacinas	13.020	78,6	821	82,4	4.427	83,2	798	75,6	4.856	76,6	2.118	74,2
Utilização da caderneta e registro das informações	5.077	30,6	286	28,7	1.421	32,1	277	26,3	2.166	34,2	927	32,5
Programação de consultas e ações	12.164	73,4	706	70,9	4.088	76,8	733	69,5	4.591	72,4	2.046	71,7
Organização da agenda e oferta promoção da saúde	8.563	51,7	480	48,2	2.527	47,5	511	48,4	3.627	57,2	1.418	49,7
Organização da oferta com base de classificação de risco	11.176	67,5	645	64,8	3.454	64,9	675	64,0	4.544	71,7	1.858	65,1
Consulta para garantir puerpério	4.489	27,1	206	20,7	1.705	32,1	158	15,0	1.844	29,1	576	20,2
Encaminhamento de usuários	6.477	39,1	347	34,8	1.221	23,0	379	35,9	3.273	51,6	1.257	44,0

3.0 Síntese dos achados para o Brasil e Regiões

Em síntese, cabe mencionar que na dimensão gerencial, apesar dos resultados extremamente incipientes, houve melhor desempenho dos atributos de estrutura, quando comparado aos de processo. Apenas em três critérios (características estruturais, sinalização externa e coordenador) mais da metade das EqSF conseguiram cumprir um padrão mínimo. Alguns critérios, como características para acessibilidade para usuário cadeirante ou com dificuldade de locomoção, para usuários com dificuldade para ler ou deficiente visual, e ambientes administrativos e de apoio, apresentaram resultados precários e todos os demais critérios o resultado foi satisfatório para menos da metade das equipes. No processo, somente a alimentação do SisPrenatal apresentou bom desempenho. Em todos os demais critérios menos da metade das EqSF apresentaram resultados satisfatórios, sendo que o vínculo a central de regulação e ações de educação permanente aqueles que apresentaram os menores valores (gráfico 2).

Na dimensão assistencial, houve melhor desempenho dos atributos de estrutura, frente aos de processo. Em estrutura, do total de critérios analisados, oito (instrumentais, insumos para atenção à saúde da mulher, medicamentos controlados, equipe mínima de atenção básica, funcionamento da unidade com serviços, material impresso, prontuário físico e protocolos para pré-natal e exames essenciais) apresentaram percentuais acima da metade. Para alguns critérios como, ambiente para atendimento clínico, prontuário eletrônico e testes rápido, o desempenho foi precário. No tocante ao processo, em apenas cinco critérios (captação da gestante e puérpera, situação vacinal e oferta, programação de consultas e ações, agenda organizada e oferta de promoção da saúde, e oferta com base na classificação de risco), houve mais da metade das EqSF que alcançaram percentuais satisfatórios. Alguns critérios como utilização da caderneta e registro; realização, coleta e recebimento de exames, acolhimento, e cuidado domiciliar, menos da metade das EqSF apresentaram desempenho satisfatório (gráfico 3). Contrariando o que se esperava, cabe mencionar que tanto da Dimensão assistencial, como na Dimensão gerencial, existe um padrão regional que se repete, e apesar dos resultados apresentarem maior carência nas Regiões do Norte e Nordeste, as equipes compartilhavam nas Regiões do Brasil as mesmas deficiências (gráficos 2 e 3).

Gráfico 3. Adequação de atributos de estrutura e de processo, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012



6. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a qualidade da atenção pré-natal na ESF no Brasil e as evidências encontradas destacaram que a estrutura das unidades básicas de saúde e os processos no desenvolvimento das ações prestadas encontram-se aquém do desejável, tanto na dimensão gerencial, quanto na dimensão assistencial, adotando-se como referência protocolos nacionais. Estes resultados revelam a baixa qualidade da atenção pré-natal e ao puerpério, no Brasil, o que, seguramente, tem impactos negativos na saúde materno-infantil em todo país.

Dados de abrangência nacional relativos à avaliação da qualidade da atenção pré-natal na perspectiva dos atributos de estrutura e processo no âmbito da APS são escassos. Em geral, os estudos utilizaram as informações da caderneta da gestante (início do pré-natal, o número de consulta, idade gestacional, realização de exames e vacinação antitetânica) como indicadores de qualidade, sendo que este estudo adotou outros critérios. Assim, diante do critério metodológico adotado pelo estudo (construção de matriz de critérios e padrões tendo parâmetro a Rede Cegonha, outros documentos técnicos do MS e revisão de literatura), que considerou o conjunto de ações/indicadores para a adequação em cada critério, a comparabilidade dos dados com outros estudos tornou-se um desafio.

Entretanto, devido aos resultados precários encontrados neste estudo, como também os já evidenciados na literatura utilizando outros indicadores de análise, optou-se por apresentá-los, independente do critério adotado e do tipo de estudo, sejam estudos de âmbito hospitalar de abrangência nacional ou aqueles realizados nas unidades básicas de saúde, de abrangência local, que avaliaram o PHPN ou a Rede Cegonha sobre diferentes índices.

Em geral, houve melhor desempenho da dimensão assistencial quando comparado a gerencial, mas em ambas as dimensões verificou-se melhor desempenho dos atributos

de estrutura frente aos de processo. Chama atenção os resultados extremamente precários para ambientes administrativos e de apoio e para acessibilidade e que em processo apenas à alimentação do Sis prenatal apresentou resultados satisfatórios.

Na dimensão assistencial observou-se ausência de insumos como vacinas, testes rápidos, materiais impressos, equipamentos para conservação de medicamentos na farmácia e medicamentos essenciais os quais depende de repasse/aquisição. Foi extremamente precário o percentual observado para ambientes para atendimento clínico e apesar de terem sido identificados maior realização de “ações clássicas” como captação da gestante e puérpera, situação vacinal e oferta de vacinas, programação de consultas e ações oferta com base na classificação de risco e vulnerabilidade, chama atenção a menor realização de ações como acolhimento e organização da agenda e oferta para promoção da saúde. Assim, o baixo desempenho observado nas dimensões gerencial e assistencial compromete o desenvolvimento de ações pelos profissionais, o acesso de usuários, a integração da rede para o encaminhamento de usuários e conseqüentemente a qualidade da atenção pré-natal. Abaixo, teceremos alguns comentários específicos a cada critério.

A descentralização das ações e serviços de saúde contribuiu para o desenvolvimento de atividades gerenciais nas unidades de saúde, permitindo a atuação de gerente, que para além das habilidades inerentes à formação, exigiu sua atuação na condução das questões gerenciais das equipes, recursos físicos, materiais e financeiros das unidades básicas de saúde. Embora o estudo não tenha avaliado as questões inerentes ao papel do gerente, os resultados demonstraram a existência de coordenadores em quase a totalidade das equipes avaliadas, o que contrastou, embora não tenha sido realizada análise estatística, com o baixo desempenho dos indicadores gerenciais. Por outro lado, no estudo, também, encontrou-se alto percentual de equipes de atenção básica completa (todos os

profissionais da equipe mínima), mas na dimensão assistencial, houve melhor desempenho dos atributos de estrutura, frente aos de processo.

A inadequação da estrutura física tanto para “ambientes para atividades administrativas e de apoio” (dimensão gerencial), quanto para “ambientes para atividades clínicas” (dimensão assistencial) corroboram com estudos de abrangência local, desenvolvidos em unidades básicas de saúde, seja no quesito estrutura de apoio (ARANTES et al, 2014; COSTA et al, 2009) ou no quesito estrutura para atividades clínicas (SILVEIRA et al, 2001).

Além da inadequação da estrutura física, verificou-se que uma pequena parte das EqSF compartilhavam o mesmo ambiente de trabalho da unidade com cinco ou mais equipes, número superior a recomendação do MS (BRASIL, 2008). Como não existe na norma padrões estruturais para unidades de saúde que comportam mais de cinco EqSF, foi considerado que números superiores de equipes por unidade possam colaborar com a dificuldade de funcionamento dos serviços devido a necessidade das equipes se alternarem para realização de atividades (COSTA et al, 2009), prejudicando não somente o trabalho dos profissionais, como também os usuários do serviço.

No Brasil, a preocupação com a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde tem sido crescente (OLIVEIRA et al, 2012; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Neste estudo, buscou-se verificar as características para acessibilidade de usuário cadeirante ou com dificuldade de locomoção e para usuários com dificuldade para ler, deficiente visual ou auditivo. Em todos os critérios adotados, as equipes apresentaram resultados insatisfatórios, evidenciando a precariedade estrutural das unidades investigadas. Em estudo qualitativo realizado na cidade de São Paulo, Castro et al (2011) encontraram dificuldade na acessibilidade dos usuários com necessidades especiais, sendo relatada a ausência de rampas e sanitários adaptados. Em se tratando de unidade de saúde que lida

com usuários em todo o ciclo de vida, em especial as gestantes, a inadequação desses critérios, uma vez que as unidades não apresentam uma adaptação mínima de suas estruturas para usuários nessas condições, nem a inclusão de itens básicos para o acesso dos mesmos revela dificuldades de acesso, que podem comprometer a atenção a esses usuários nas unidades investigadas.

No que se refere ao uso de equipamentos de informática e audiovisuais, a ausência destes equipamentos, como verificado no estudo em várias equipes podem comprometer o desenvolvimento de ações de educação em saúde, e, no caso de equipamentos de informática, dificultar o desenvolvimento de ações gerenciais e assistenciais, bem como a alimentação de sistemas de informações como SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e Sisprenatal.

A existência de veículo, elemento facilitador para a realização das ações das equipes de saúde fora da unidade, como a visita domiciliar aos usuários que residem em área de difícil acesso, e também para aqueles considerados como grupo de risco e de vulnerabilidade, foi satisfatória para menos da metade das EqSF avaliadas, o que pode estar relacionada a fatores como condição de uso do automóvel e suficiência de gasolina para a realização das atividades, quesitos não investigados.

Com vistas a assegurar respostas às necessidades de saúde da população e a equidade social, no Brasil, foram implementados ao longo dos últimos anos instrumentos de acordos inter-federativos entre as três esferas governamentais com o objetivo de fortalecer, o âmbito regional e realizar pactuação de fluxos de referências intermunicipais, baseado em redes de atenção (OPAS, 2011).

Essa característica, no que tange a atenção pré-natal, ainda é pouco aplicada no Brasil, pois a existência de documentos contendo referências e fluxos relacionados ao parto e exames de pré-natal, pactuados pela gestão municipal, foi apontada por uma pequena

parcela de EqSF avaliadas, o que também foi descrito em estudo realizado na Paraíba (PROTÁSIO et al, 2014). Vale mencionar que dos documentos analisados, o fluxo relativo ao parto apresentou menor percentual. Este achado contrasta com o esforço governamental em reduzir a peregrinação da gestante por meio da integração dos serviços de atenção pré-natal e maternidade (maternidade de referência) (Lei n. 11.634 de 27 de dezembro de 2007; BRASIL 2012a).

Na perspectiva de integração da APS com os demais pontos da rede de atenção à saúde, à vinculação das equipes com a central de regulação é fundamental para a assistência oportuna das gestantes e redução de riscos. Os achados deste estudo evidenciam fragilidade no funcionamento da central de regulação, em especial para a marcação de consulta especializada, exames e leitos. ARANTES et al, 2014; MORAIS, 2013; VIELLAS et al, 2014 descreveram a fragilidade de referência de gestantes para os serviços de especializados e maternidade. Esses dados evidenciam a deficiência na integração da rede de atenção à saúde, comprometendo o papel da USF como ordenadora das redes.

No critério tempo de espera para atendimento em nível especializado, que considerou apenas os encaminhamentos referidos pelas equipes, menos da metade das equipes foram consideradas adequadas, evidenciando que em alguns casos não foi possível o atendimento da gestante em nível especializado em tempo considerável. Para o bom acesso das gestantes e demais usuários ao nível especializado, como já mencionado, torna-se fundamental uma rede integrada com definição de fluxos, mas observou-se uma pequena parte das equipes sem percurso definido para encaminhamento dos usuários, podendo contribuir para barreiras no agendamento de consultas, como apontado por (DOMINGUES et al, 2013).

O Sis prenatal, fruto do PHPN (Brasil, 2002) tem sido importante instrumento de avaliação do pré-natal nos últimos anos (BRASIL, 2008b; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; ALMEIDA; TANAKA, 2009; GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Atualmente, inserido na Rede Cegonha, continua sendo fundamental para o cadastramento das gestantes e monitoramento dos indicadores de processo na atenção pré-natal e puerpério (BRASIL, 2012a). No presente estudo, verificou-se que o Sis prenatal é alimentado regularmente pelas equipes avaliadas, mas Andreucci; Cecatti (2011) descreveram em revisão sistemática que existem diferenças nos dados do Sis prenatal quando comparado seus resultados com outras fontes, evidenciando comprometimento na qualidade dos dados.

Outro componente das políticas de saúde, a educação permanente, pode ser entendida como "prática de ensino-aprendizagem" e "política de educação na saúde" (CECCIM; FERLA, 2009). Enquanto política deve ser desenvolvida no âmbito dos serviços de saúde com objetivo de aprendizagem no trabalho, com vistas ao desenvolvimento profissional, capacidade resolutiva das ações, gestão direcionadas as políticas de saúde, articulação das necessidades de saúde, e transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2009d). Entretanto, parece que a implementação da Política Nacional de Educação em Permanente em Saúde não foi suficiente para a participação das equipes nas ações de educação em saúde nas unidades, pois neste estudo as ações de educação permanente para os profissionais de saúde foram referidas por uma pequena parte das equipes. Em estudo qualitativo, de abrangência local, evidenciou-se a falta de atualização e diferença nas condutas das profissionais na realização do pré-natal, reforçando a necessidade de capacitação (BONILHA et al, 2010).

A disponibilidade de instrumentais e insumos são fundamentais para o atendimento à gestante, considerados necessários para a qualidade da atenção pré-natal (BRASIL, 2012a). Neste estudo verificou-se percentuais satisfatórios para este critério, corroborando com achados de estudo de abrangência local (XIMENES NETO, 2008).

No tocante aos medicamentos, no presente estudo não foram consideradas todas as etapas da assistência farmacêutica, como armazenamento e dispensação, sendo verificada, apenas, a disponibilidade dos medicamentos em quantidade suficiente na unidade. Acredita-se que se considerado os procedimentos mencionados, os resultados também revelariam aspectos de inadequação, como observado no critério equipamentos para conservação dos medicamentos na farmácia e em disponibilidade de medicamentos essenciais corroborando com achado de outros estudos (SILVEIRA et al, 2001; VIEIRA et al, 2008; VETTORE et al, 2011).

A eficácia das vacinas no período gestacional é indiscutível na prevenção da gripe, hepatite B e tétano. Começando a respeito da orientação à gestante sobre a vacina contra o tétano, verificou-se no estudo que quase a totalidade das EqSF referiu tal prática. Quanto à realização das vacinas, apesar de boa parte das equipes afirmarem realizar todas as vacinas do calendário básico, as vacinas referentes às gestantes estavam disponíveis em menos da metade das equipes avaliadas. A ausência das vacinas nas unidades básicas, como encontrado no estudo, pode comprometer a imunização das gestantes, tendo como consequência a baixa qualidade da atenção pré-natal, dificuldade na prevenção de doenças, e necessidade de deslocamento da gestante para imunização. Em outros estudos em que se adotou a vacinação contra o tétano como um dos indicadores de adequação, encontrou-se baixo percentual de gestantes imunizadas (DOMINGUES et al, 2013; CHRESTANI MAD et al. 2008; DOMINGUES et al, 2012). Esses achados revelam que apesar da universalização das ações do Programa de

Imunização, existe um problema relacionado à disponibilidade das vacinas para atenção pré-natal e a efetiva imunização pelas gestantes.

A realização de teste rápido nas unidades básicas é uma das recomendações da Rede Cegonha para a detecção precoce de gestantes, e de vírus como sífilis e HIV. Espera-se com o uso dos testes impacto em nível nacional para o controle das doenças e evitar a transmissão vertical. Entretanto, para que essas ações sejam efetivas, torna-se fundamental a disponibilização dos testes rápido nas unidades, que ao contrário do que se recomenda, encontrou-se em um número muito pequeno de equipes. Em estudo de abrangência local evidenciou-se dificuldade na implantação de teste rápido nas unidades, baixa realização e alto percentual de unidades com material para teste rápido fora da validade (LOPES et al, 2016). Além disso, estudos tem destacado baixo rastreamento de HIV e sífilis nas gestantes (CHRESTANI MAD et al. 2008), maior prevalência de HIV e dificuldade de diagnóstico em mulheres com menor escolaridade, de cor da pele parda ou preta (DOMINGUES et al, 2015a), sendo o mesmo padrão de desigualdade verificado para as mulheres com sífilis, e baixa cobertura de tratamento dos parceiros (DOMINGUES et al, 2014). Vale destacar que ao mesmo tempo em que se observou ausência de testes rápido nas unidades, que pode estar relacionada à perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento das gestantes, aponta-se para a dificuldade de eliminação de transmissão vertical de sífilis e HIV no Brasil (OPAS, 2015) e aumento na incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2015).

No presente estudo, os materiais impressos (conjunto de instrumentos de registro) que deveriam estar disponíveis na totalidade das equipes avaliadas para acompanhamento sistemático da gestante, encaminhamento e registro dos dados, estavam presentes em mais da metade das unidades. Quando considerou-se à utilização da caderneta da gestante, um dos instrumentos de registro que contém os principais dados de seu

acompanhamento, e o registro do conjunto de ações relacionadas ao seu atendimento, verificou-se inadequação, corroborando com estudos de abrangência local que apontaram sub-registro de informações na caderneta da gestante (ZANCHI et al, 2013; COSTA et al, 2009).

A questão do sub-registro de dados na APS parece não se limitar a caderneta da gestante, pois apesar de mais da metade das EqSF apresentarem prontuário físico adequado, ainda foi observado que parte das EqSF não atendiam aos critérios adotados. Nesse sentido, considerando que o desenvolvimento de atividades nas UBS se dá pelo trabalho multidisciplinar, a ausência de informações no prontuário físico ou na caderneta da gestante pode dificultar o trabalho das equipes pela falta do histórico de atendimentos e do relato dos procedimentos realizados. Quando considerado a disponibilidade de prontuário eletrônico integrado a rede de atenção, que pode facilitar o acesso dos profissionais às informações de saúde dos usuários e agilizar o atendimento, evitando, inclusive, sub-registro e má qualidade de preenchimento, verificou inadequação corroborando com estudo realizado em Monte Claros (GONÇALVES et al, 2013), evidenciando que no Brasil ainda não foi possível romper com a lógica de prontuário físico, nem como já mencionado, integrar a rede de atenção. No critério funcionamento da unidade, quando considerado o funcionamento em dois turnos e no horário de almoço, bem como, funcionamento em dois turnos com o conjunto de serviços (consulta de enfermagem, médica, serviço de vacina, dispensação de medicamento, consulta odontológica) menos da metade das EqSF foram consideradas adequadas, sugerindo que, no caso do funcionamento da unidade com serviços, pode existir profissionais que desenvolvem atividades com carga horária menor que quarenta horas, ou pior, se contratado para 40 horas, desenvolve carga horária menor que a contratada. A literatura aponta que quanto maior o número de horas

que os serviços se dedicam para atenção, maior o número de mulheres que solicitam o atendimento pré-natal, e esses refletem na maior satisfação das mulheres, garantindo maior continuidade e aderência das gestantes as visitas programadas (RIVERA MEJIA et al, 2014), sendo necessário, portanto, a ampliação do funcionamento das unidades.

Na APS, as visitas domiciliares, devem considerar critérios pautados em protocolos para que aquelas famílias que apresentem maior risco e vulnerabilidade sejam visitadas com maior frequência (BRASIL, 2011). Neste estudo, apesar do alto percentual de adequação de realização de visita/cuidado domiciliar, verificou-se que menos da meta das equipes atendiam aos critérios para a realização da visita, bem como de protocolo com definição de situações prioritárias para a realização de visita domiciliar. A falta de critérios previamente estabelecidos pode favorecer a realização de ações fragmentadas e com baixa efetividade, inclusive, negligenciando os caso de gestantes e puérperas que necessitam de acompanhamento sistemático. Ressalta-se que embora este estudo não tenha analisado a percepção de usuários, Ribeiro et al, 2004 descreveram que nas cinco regiões do Brasil, apenas 50,5% das gestantes referiram receber visita domiciliar.

A captação de gestantes e puérperas, outra ação fundamental nas práticas das equipes, obteve resultados satisfatórios. Apesar de não está necessariamente associada à captação realizada pelas equipes de atenção básica, Domingues et al (2015a) descreveram que no Brasil, mais da metade das puérperas avaliadas iniciaram o pré-natal precocemente (até 12 ° semana de gestação). No presente estudo, verificou-se baixa adequação das ações de atenção ao puerpério, que tem como objetivo o atendimento para avaliação, não apenas do estado de saúde da puérpera, mas também do recém-nascido para redução de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012a).

No critério relativo ao acolhimento, verificou-se baixa adequação, sendo que dos critérios analisados à capacidade da equipe definir os encaminhamentos necessários em

função do risco identificado apresentou pior resultado, o que compromete a oportuna resolução e encaminhamento de casos mais graves, como as gestantes de alto risco e as definições necessárias, reforçando a necessidade de qualificação das equipes frente a questões desta natureza.

Desde as primeiras avaliações do PHPN no Brasil, foram apontadas dificuldades das gestantes na realização de exames, por não serem ofertados pelos serviços (ALMEIDA CAL; TANAKA, 2009), baixo percentual de realização de exames (ANVERSA et al, 2012; POLGLIANE et al, 2014); baixa adequação de realização de exames a depender do período gestacional (DOMINGUES, et al, 2013). No presente estudo se observou baixo percentual de equipes que coletam material para exame de laboratório na unidade, realizam e recebem os resultados dos exames em tempo oportuno.

Quando questionadas sobre a atenção pré-natal, observou-se adequação para o planejamento das ações para usuários de programa ou grupos prioritários que necessitavam de cuidado continuado e para o pré-natal, corroborando com Piccini et al (2007), assim como para a disponibilidade de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para o pré-natal e exames essenciais. Piccini et al (2007); Facchini et al (2006) descreveram resultados satisfatórios de utilização de protocolos pelas equipes estudadas.

No tocando ao aleitamento materno, esta prática tende a diminuir a ocorrência de mortes em crianças menores de 05 anos idade em 13% e se realizado de forma exclusiva até os seis meses de vida resulta em benefícios para ao longo da vida das crianças (BRASIL, 2013b). Os achados deste estudo evidenciam que apenas a metade das EqSF organizavam a agenda para oferta de atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, e oferta ações educativas de promoção da saúde direcionadas ao aleitamento materno para gestante e puérpera. A literatura destaca a baixa participação de gestantes

em grupo durante o pré-natal (CRUZ et al, 2010; COSTA et al, 2009) e de gestantes orientadas quanto ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida (COSTA et al, 2009; POLGLIANE et al, 2014); superior a 50,0% quando questionada se recebeu orientação sobre aleitamento materno (não exclusivo) (CRUZ et al, 2010; VIELLAS et al 2014); introdução precoce de alimentos não saudáveis para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2013b); baixa prevalência de amamentação exclusiva em crianças de 0 a 6 meses tanto no Brasil (VENANCIO et al, 2010; TEIXEIRA, 2012) quanto na Espanha (GIMENO et al, 2011). A baixa proporção da organização da agenda e oferta de promoção da saúde evidencia a deficiência na organização de ações para essas atividades pelas equipes de APS, e dificuldade de preparar a mulher para o período de amamentação, reforçando o caráter clínico das práticas profissionais. Com isso, reforça-se que a orientação do aleitamento materno e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde devem estar cada vez mais presentes nas práticas cotidianos dos profissionais da atenção básica, contribuindo para a melhoria desses indicadores.

Dos estudos analisados, verificou-se baixo percentual de adequação da atenção pré-natal, seja em estudo nacional de base hospitalar que utilizou os indicadores da Rede Cegonha (VIELLAS et al, 2014) ou aqueles que utilizaram os indicadores do PHPN (POLGLIANE et al, 2014; OLIVEIRA et al, 2013; ROCHA;SILVA, 2012; PASSOS;MOURA, 2008). Em estudo que avaliou o pré-natal pela tríade estrutura-processo-resultados na atenção primária de João Pessoa, apontou boa estrutura para rede de serviços sugerindo adequação quanto ao processo (SILVA et al, 2013).

Na literatura internacional, os autores apontam baixo percentual de gestantes encaminhadas para atividades educativas (DOUBOVA et al, 2014) e em Punjab, Paquistão, nos serviços de APS, encontrou-se qualidade da atenção pré-natal extremamente inadequada, tendo como principais fatores para a inadequação a baixa

cobertura em níveis gerenciais e assistenciais, a distância das instalações das unidades, a falta de equipamentos e suprimentos e disponibilidade de recursos humanos e horário de funcionamento (MAJROOH et al, 2014).

Considerando que a inadequação de pré-natal se relaciona a fatores sociodemográficos (BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009; BERNARDES et al, 2014), pode-se ainda supor que, além das equipes investigadas apresentarem estrutura e processo inadequados, o acesso ao serviço, a depender das características das gestantes, poderia estar comprometido.

A maior limitação deste estudo foi à utilização de uso de dados secundários, devido a problemas relacionados à qualidade dos dados, como por exemplo, o viés de informação; o que, no caso do PMAQ, poderiam ter sido potencializados por duas questões principais: primeiro, diversas Instituições de ensino superior foram responsáveis pela coleta de dados, o que poderia ter comprometido a padronização dos procedimentos segundo, os instrumentos foram respondidos, em maior parte, pelos coordenadores das unidades, o que poderia levar a possibilidade de superestimação das atividades realizadas pelas equipes.

Entretanto, os resultados deste estudo revelam várias debilidades nas unidades e nos processos assistenciais e gerenciais das equipes, mesmo mediante adesão voluntária para recebimento de incentivo financeiro – supostamente o PMAQ foi aderido em sua linha de base pelas melhores EqSF do Brasil -, o que não reforça a hipótese de mascaramento dos problemas pelos coordenadores. Além disso, faz-se necessário destacar que em todas as subdimensões estudadas as Regiões do país apresentaram os mesmos padrões, com pequenas variações, revelando que os problemas apresentados são compartilhados pelas equipes, o que reforça a confiabilidade dos dados e fala a favor da robustez dos resultados apresentados.

Por fim, apesar da alta cobertura e da institucionalização das ações de atenção pré-natal através de normas e protocolos no Brasil, há muitos anos, isto não se traduziu ainda na melhoria da qualidade do atendimento para a população, sendo imperativa sua melhoria. Destaca-se que é possível monitorar a qualidade da atenção pré-natal no Brasil utilizando a metodologia adotada neste estudo com os dados do PMAQ, onde foi possível identificar as dimensões na atenção pré-natal que necessitam de melhoria.

Desafios persistem, todavia, para a melhoria da qualidade dessa assistência, cabe a realização dos procedimentos preconizados pela Rede Cegonha, bem como suprir as unidades com os recursos materiais necessários para a realização das ações, em especial procedimentos diagnósticos, insumos como medicamentos e vacinas, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, além da melhoria na infraestrutura das unidades.

Os principais problemas encontrados referentes às Dimensões gerencial e assistencial podem prejudicar a realização e efetividade das ações desenvolvidas no âmbito da APS à saúde da gestante e da puérpera. Diante disso, e pelo fato do Brasil não ter atingido um dos Objetivos de Milênio na redução da mortalidade materna, reforça-se a necessidade de realização de estudos que avaliem os efeitos da qualidade da atenção pré-natal sobre a redução da mortalidade materna, bem como de estudos para o aperfeiçoamento da Política Sobre a Saúde Materno-Infantil no Brasil e a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerpério a partir da avaliação externa dos ciclos seguintes a linha de base do PMAQ.

7. REFERÊNCIAS

1. ALEXANDER GR, CORNELLY DA. Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. *Am J Prev Med.* 1987;3:243–253. [PubMed]
2. ALMEIDA SD, BARROS MB. Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17: 15-25.
3. Almeida, C.AL.; Tanaka, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública** 2009;43(1):98-104
4. ALMEIDA, CRISTIANE ANDRÉA LOCATELLI DE; TANAKA, OSWALDO YOSHIMI. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 98-104, Feb. 2009 .
5. ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1053-1064, June 2011
6. ANDREUCCI, CARLA BETINA; CECATTI, JOSÉ GUILHERME. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, June 2011
7. ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G.A.N.; NUNES, L.N.; PIZZOL, T.S.D. 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**, Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012
8. AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health I** January 2009, Vol 99, No. 1
9. ARANTES, R. B.; ALVARES, A. S.; CORREA, A. C. P.; MARCON, S. R. Prenatal Care in The Family Health Strategy: Assessment of Structure. **Cienc Cuid Saude** 2014 Abr/Jun; 13(2):245-254

10. AVILLA, M. M. M. O Programa De Agentes Comunitários De Saúde no Ceará: O Caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.
11. BARROS, H.; TAVARES, M.; RODRIGUES, T. Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal. **Journal of Public Health Medicine**. Vol. 18, No. 3, pp. 321-328. 1996
12. BASSANI, D.G.; SURKAN, P.J.; OLINTO, M.T.A. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(1):15–20
13. 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 DOI 10.1007/s10995-010-0652-1
14. BERNARDES, A.C.F.; SILVA, R. A.; COIMBRA, L.C.; ALVES, M.T.S.S.B.; QUEIROZ, R.C.S.; BATISTA, R.F.L.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A.; SILVA, A.A.M. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2014, 14:266
15. BOARETTO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009. 114 f. : il. Orientador: José Mendes Ribeiro. Dissertação (Mestrado) – Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
16. BOLZAN, ANDRÉS; GUIMAREY, LUIS; NORRY, MARCOS. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematurez en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). **Rev. chil. Pediatr.** Santiago , v. 71, n. 3, mayo 2000.
17. BONILHA, A.L.L.; SCHMALFUSS, J.M.; MORETTO, V.L.; LIPINSKI, J.M.; PORCIUNCULA, M.B. Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 set-out; 63(5): 811-6
18. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015 anos IV nº 01. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2015. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf Acessado em novembro de 2015.

19. _____. Portaria nº 569/GM de 1º de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 08/06/2000. Seção I, Pagina 4 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
20. _____. Assistência pré-natal : normas e manuais técnicos/equipe de colaboração: Janine Schirmer... [et al.]. - 3º ed. - **Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde**, 2000. 56p.
21. _____. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº. 1.119, de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. **Diário Oficial da União**, 06/06/2008. Seção I, Pagina 48.
22. _____. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº. 1.645, de 02 de outubro de 2015a
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2006
24. _____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2009b. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
25. _____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2002. 28p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
26. _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. **Brasília, DF: Ministério da Saúde**. 2012b.
27. _____. Ministério da Saúde. Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.
28. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade

- materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – **Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.**
29. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Brasília: Ministério da Saúde, 2005.** 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)
30. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação nº 4 : Equipe Saúde da Família : Parte 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – **Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.** 102 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família; n. 4)
31. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – **Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.** 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
32. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – **Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.** 32 p.: il.
33. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – **Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.** 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

34. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2009c.
35. _____. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública** 2008b;42(2):383-7
36. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – **Brasília : Editora do Ministério da Saúde**, 2012C.
37. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2007a. 180 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2008a. 52 p. : il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos
39. _____. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - **Brasília: Ipea**: MP, SPI, 2014. 208 p. : il., gráfs., mapas color.
40. _____. Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011. **Diário Oficial da União**, 20/07/2011. Seção I, Pagina 79.
41. CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R.M.; RODRIGUES, O.A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 2):3139-3147, 2010

42. CARROLI, G. et al. for the Who Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. **The Lancet** , Volume 357 , Issue 9268 , 1565 – 1570. 2001
43. CASTRO, SHAMYR SULLYVAN et al . Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011 .
44. CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. IN: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ. 2009
45. CESAR, J.A.; MENDONZA-SASSI, R.A.; GONZALEZ-CHICA, DAVID. A.; MANO, P.A.; GOULART-FILHA, S.M. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):985-994, mai, 2011
46. CHRESTANI, MARIA AURORA D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1609-1618, jul, 2008
47. COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G.; ALVES, M.T.S.S.B.; RIBEIRO, V.S.; ARAGAO, V.M.F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública** 2003;37(4):456-62
48. CONTANDRIOPOULOS AP, POUVOURVILLE G, POUILLIER JP, CONTANDRIOPOULOS D. **À la recherche d'une troisième voie**: les systèmes de santé au XXIe siècle. In: Pomey MP, Poullier JP, éditeurs. Santé publique. Paris: Elipses; 2000. p. 637-67.
49. CONTANDRIOUPOLOS, A.P, CAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos in HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1.
50. COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; REIS, J.R.; REIS, J.R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P.; FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação do cuidado

- à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1347-1357, 2009
51. COSTA, J.S.D.; MADEIRA, A.C.C.; LUZ, R.M.; BRITTO, M.A.P. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil **Rev. Saúde Pública**, 34 (4): 329-36, 2000
52. COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S.; SAYD, J.D.; COUTINHO, L.M. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **RBGO** - v. 25, nº 10, 2003
53. CRUZ, S.H.; GERMANO, J.A.; TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUME, E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(2): 259-67
54. CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010
55. DOMINGUES RMSM, VIELLAS EF, DIAS MAB, TORRES JA, THEME-FILHA MM, GAMA SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(3):140–7.
56. DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A.; VETTORE, M.V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2013; 16(4): 953-65
57. DOMINGUES, R.M.S.; SZWARCOWALD, C.L.; JUNIOR, P.R.B.S.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2014;48(5):766-774
58. DOMINGUES, R.M.S.M.; .; SZWARCOWALD, C.L.; JUNIOR, P.R.B.S.; LEAL, M.C. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. **BMC Infectious Diseases**. December 2015a, 15:100
59. DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):425-437, mar, 2012

60. DONABEDIAN. A. ,**Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio**. México, Ed. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990b
61. _____. A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB**, 12 (3) 99-108. 1986.
62. _____. A. Formulating Criteria and Standards. In: _____ **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, 2003.
63. _____. A. **La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad Salud Pública de México**, vol. 32, núm. 2, marzo-abril, 1990a, pp. 113-117, Instituto Nacional de Salud Pública México
64. _____. A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov 1990c.
65. _____. A., The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, 260:1743-1748. 1988.
66. DOUBOVA SV, PÉREZ-CUEVAS R, ORTIZ-PANOZO E, HERNÁNDEZ-PRADO B. 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. doi:10.1186/1471-2393-14-168.
67. DOWSWELL T, CARROLI G, DULEY L, GATES S, GÜLMEZOGLU AM, KHAN-NEELOFUR D, PIAGGIO G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2015, Issue 7. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub3.
68. FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUME, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: uma avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 669-681, 2006
69. GELBAND, et al. The evidence base for interventions to reduce maternal and neonatal mortality in low and middle-income countries. **Geneva: WHO**; 2001. (Commission on macroeconomics and health working paper nº 5).
70. GIMENO, M.J.P.; FERRER, E.F.; MANUEL, S.F.; GARCIA, B.E.; PENÃ, F.E.; SEGARRA, C.G. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud:

- prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. **Revista Pediatría de Atención Primaria**. Vol XII. Nº 49. Enero-Marzo 2011. 13:47-62.
71. GONÇALVES, J.P.P.; BATISTA, L.R.; CARVALHO, L.M.; OLIVEIRA, M.P.; MOREIRA, K.S.; LEITE, M.T.S. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013
72. GRANER S, MOGREN I, DUONG LQ, KRANTZ G, KLINGBERG-ALLVIN M. Maternal health care professionals' perspectives on the provision and use of antenatal and delivery care: a qualitative descriptive study in rural Vietnam. **BMC Public Health**. 2010;10:608. doi:10.1186/1471-2458-10-608.
73. GRANGEIRO, GISELE RIBEIRO; DIOGENES, MARIA ALBERTINA ROCHA; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 105-111, Mar. 2008 .
74. HEAMAN MI, NEWBURN-COOK CV, GREEN CG, ELLIOTT LJ, HELEWA ME. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2008;8:15.
75. HOFMEYR, et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database Syst Rev**. 2014.
76. LOPES, ANA CRISTINA MARTINS UCHOA et al . Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 1, p. 62-66, Feb. 2016 .
77. KESSNER D, SINGER D, KALK C, SCHLESINGER E. Infant Death: An Analysis by Maternal Risk and Health Care. **Washington, D.C: Institute of Medicine**; 1973.
78. KHAN et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **The Lancet**. Volume 367, Issue 9516, 1–7 April 2006, Pages 1066–1074
79. KOBAYASHI H, TAKEMURA Y, KANDA K. Patient perception of nursing service quality: an applied model of _____.'s structure-process-outcome approach theory. **Scand J Caring. Sci**. 2011; 25: 419-25.

80. KOGAN MD, MARTIN JA, ALEXANDER GR, KOTELCHUCK M, VENTURA SJ, FRIGOLETTO F. The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981-1995, using different prenatal care indices. **JAMA** 1998; 279:1623-8.
81. KOTELCHUCK M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a propose adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**. 1994;84:1414–1420. [PMC free article] [PubMed]
82. LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBAYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S20-S33, 2004
83. LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. **Rev Saúde Pública** 2006;40(3):466-73
84. LEAL, M.C; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública vol.39** no.1 São Paulo Jan. 2005
85. MAGALHÃES, M.C.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T.; RIBEIRO, L.C.; MORENO, A.B.; CAETANO, R.; CAMPOS, E.M.S.; CARMARGO JR. K.R.; COELI, C.M. Indicadores relacionados ao nascimento da população adscrita a duas Unidades de Saúde da Família. **Cad. Saúde Colet.**, 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 299-304
86. MAGLUTA, C.; NORONHA, M.F.; GOMES, M.A.M.; AQUINO, L.A.; ALVES, C.A.; SILVA, R.S. Estrutura das maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. vol.9 no.3 Recife July./Sept. 2009
87. MAJROOH, M.A.; HASNAIN, S.; AKRAM, J.; SIDDIQUI, A.; MEMON, Z.A. Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the ‘Punjab’ Province of ‘Pakistan’. **PLOS ONE**. November 2014 | Volume 9 | Issue 11 | e113390

88. MBWELE B, REDDY E, REYBURN H. A rapid assessment of the quality of neonatal healthcare in Kilimanjaro region, northeast Tanzania. **BMC Pediatrics**. 2012;12:182. doi:10.1186/1471-2431-12-182.
89. MCCALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1483-1491, jul, 2006
90. MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A.L.Q.; MOTA, E.; PINTO, J.E.P.; LUZ, L. A. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, out. 2014.
91. MENEZES, ANA M. B. et al . Risk factors for perinatal mortality in an urban area of Southern Brazil, 1993. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 32, n. 3, June 1998
92. Menezes, D.C.S.; Leite, I.C.; Schramm, J.M.A.; Leal, M.C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3):553-559, mar, 2006.
93. MORAIS MM. **Avaliação da Atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás** [dissertação]. Ciências Ambientais e Saúde: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia 2013
94. MRISHO M, OBRIST B, SCHELLENBERG JA, HAWS RA, MUSHI AK, MSHINDA H, TANNER M, SCHELLENBERG D. The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2009;14:10. doi: 10.1186/1471-2393-9-10
95. NETO, E.T.S.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008
96. NETO, E.T.S.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1650-1662, set, 2012

97. NEUMANN, N.A.; TANAKA, O.Y.; VICTORIA, C.G.; CESAR, J.A. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 6, Nº 4, 2003.
98. OBA, M.D.V.; TAVARES, M.S.G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 11-17, abril 2000.
99. OLIVEIRA, R.L.A.; FONSECA, C.R.B.; CARVALHAES, M.A. B.L.; PARADA, C.M. G.L. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 21(2):[08 telas] mar.-abr. 2013
100. OLIVEIRA, S.L.; NASCIMENTO A, L.; OLIVEIRA C., BRASILEIRO A.; OLIVEIRA S, AURÉLIO M.; BRASIL G.G; MEDINA M. G.; AQUINO R. G. P; 2012. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva** 17: 3047-3056.
101. Organização Pan-Americana da Saúde. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas.Update 2015. **Washington, DC: PAHO**, 2015.
102. _____. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 111 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).
103. Organización Mundial de La Salud. Nuevas Tendencias y Metodos de Asistencia Maternoinfantil en los servicios de salud. **Sexto informe Del comité de expertos de La OMS em Salud de La Madre y El Niño**. Ginebra, 1976.
104. World Health Organization. WHO antenatal Care Randomized Trial: Manual for the implementation of the New Model. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Department of Reproductive Health and Research. Family and Community Health. **WHO, Geneva**, 2002.
105. _____. Gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido – guia para a prática fundamental / Organização Mundial de Saúde: [Tradução: Monica de Queiroz Telles Spadoni Neves]. – **São Paulo: Roca**, 2006.

106. PASSOS, A.A.; MOURA, E.R.F. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil: análise da série histórica 2001-2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1572-1580, jul, 2008
107. PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V.V.; TEIXEIRA, V.A. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Ver. Bras. Saude Matern. Infant.**, Recife, 7(1): 75-82, jan / mar., 2007.
108. PINTO, H.; SOUSA, A; FLORENCIO,A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.
109. POLGLIANE, R.B.S.; NETO, E.T.S.; ZANDONE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(6):269-75
110. POLGLIANE, R.B.S.; LEAL, M.C.; AMORIM, M.HC.; ZANDONADE, E.; NETO, E.T.S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7):1999-2010, 2014
111. PROTÁSIO, A.P.L.; POLYANA, B.S.; LIMA, C.E.; GOMES, L.B.; MACHADO, L.S.; VALENÇA, A.M. G. 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 em Debate** | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 209-220, OUT 2014
112. RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R.; PINTO, L.F.S.; SILVA, P.L.B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):534-545, mar- a b r, 2004
113. RIVERA M. P. T. et al. Factores De Servicios De Salud Y Satisfacción De Usuarías Asociados Al Acceso Al Control Prenatal. **Hacia promoc. Salud, Manizales** , v. 19, n. 1, p. 84-98, June 2014 .

114. ROCHA, R.S.; SILVA, M.G.C. Assistência Pré-Natal Na Rede Básica de Fortaleza-Ce: Uma Avaliação Da Estrutura, do Processo e do Resultado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 25(3): 344-355, jul./set., 2012
115. RODRIGUES, Q. P. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto** / Quessia Paz Rodrigues. – Salvador, 2009. 98 f. : il. Orientadora: Prof^a Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2009
116. Santos, I.S.; Santos, et al 2000, R.C.; Minotto, I.; Klumb, A.G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública** 2000;34(6):603-9
117. SAY et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet**. Volume 2, No. 6, e323–e333, June 2014
118. SERRUYA SJ, LAGO TDG, CECATTI JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2004; 4(3):269-79.
119. SERRUYA, S.J; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1281-1289, Oct. 2004 .
120. SERRUYA, S.J; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 4, n. 3, p. 269-279, Sept. 2004 .
121. SILVA, C.F.; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, N.M.G.S.; GONDIM, R.C. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Rev Bras Epidemiol** 2006; 9(1): 69-80
122. SILVA, E.P.; LIMA, R.T.; FERREIRA, N.L.S.; CARVALHO E COSTA, M.J.C. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 13 (1): 29-37 jan. / mar., 2013.

123. SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1160-1168, set-out, 2004
124. SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.
125. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, e tecnologia / Barbara Starfield. **Brasília: UNESCO, Ministerio da Saude**, 2002. 726 p.
126. TEIXEIRA, R.M.V. **Indicadores de Saúde Materno-Infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica** / Regina Mônica Viana Teixeira. -2012. 67f.:il. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, 2012. Orientação: Profa^a. Dra. Maria Vaudelice Mota
127. VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L.; SALDIVA, S.R.D.M.; GIUGLIANI, E.R.J. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr. (RIO J.)* [ONLINE]. 2010, VOL.86, N.4, PP. 317-324.
128. VETTORE, M.V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R.M.S.M.; VETTORE, M.V.; LEAL, M.C. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):1021-1034, mai, 2011
129. VICTORIA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.L.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**. 2011
130. VIEIRA, M. R. S.; LORANDI, P.A.; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1419-1428, jun, 2008
131. VIEIRA-DA-SILVA LM, FORMIGLI VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública**. 1994; 10: 80-91.

132. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde in Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde / Zulmira Maria de Araujo Hartz, Ligia Maria Vieira-da-Silva (organizadoras). - Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p. : Il.
133. VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 110 p. : il.
134. VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; FILHA, M.M.T.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014
135. VILLAR et al. for the WHO Antenatal Care Trial Research Group for the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care *The Lancet*, 2001, **357**: 1551–1564
136. VINTZILEOS, A.M.; ANANTH, C.V; SMULIAN, J.C.; SCORZA, W.E.; KNUPPEL, R.A. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. Volume 186, Issue 5, May 2002, Pages 1011–1016
137. VUORI H. **A Qualidade em saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, 3:17-25, 1991.
138. WILDMAN, K; BLONDEL, B; NIJHUIS, J; DEFOORT, P; BAKOULA, C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. Volume 111, Supplement 1, 28 November 2003, Pages S53–S65
139. XIMENES N. F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2008, vol.61, n.5, pp.595-602. ISSN 1984-0446.
140. ZANCHI, M.; GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; DUMITH, S.C. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5):1019-1028, mai, 2013

APÊNDICES

APÊNDICE A - Matriz de Critérios e Padrões

Dimensão Gerencial: atributos de estrutura			
Subdimensão: Estrutura física			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Ambientes administrativos e de apoio ao interior da unidade</p> <p>Fonte: Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde – Saúde da Família, 2008 (2ª edição), adaptado com a disponibilidade no instrumento PMAQ.</p>	<p>Apresentar estrutura física adequada, dispoendo dos ambientes para atividades administrativas e de apoio, considerando o número de equipes na unidade de saúde, conforme especificado abaixo:</p> <p>Estrutura comum para até cinco EqSF: 1 Sala de recepção / 1 sanitário adaptado para pessoas com deficiência / 1 abrigo de resíduos sólidos (expurgo) / 1 local para depósito de lixo comum</p> <p>Para uma EqSF: Sala de espera (que comporte aprox. 15 pessoas) / 1 sanitário (para usuário masculino ou feminino) / 1 banheiro para funcionários;</p> <p>Para duas EqSF: Sala de espera (que comporte aprox. 30 pessoas) / 2 sanitários (para usuário masculino ou feminino) / 1 banheiro para funcionários;</p> <p>Para três EqSF: Sala de espera (que comporte aprox. 45 pessoas) / 2 sanitários (para usuário masculino ou feminino) / 1 banheiro para funcionários;</p> <p>Para quatro EqSF: Sala de espera (que comporte aprox. 60 pessoas) / 4 sanitários (para usuário masculino ou feminino) / 2 banheiros para funcionários;</p> <p>Para cinco EqSF: Sala de espera (que comporte aprox. 75 pessoas) / 4 sanitários (para usuário masculino ou feminino) / 2 banheiros para funcionários.</p> <p>Considerando a recomendação do MS que em uma UBS devem trabalhar, no máximo, 05 ESF, todas as EqSF que funcionavam em UBS com mais de 5 EqSF, bem como as que trabalhavam em UBS com menos de 3 estruturas foram classificadas como inadequada; intermediária em UBS com entre 4 e 6 ambientes; e adequada EqSF em UBS com 7 ambientes e número de equipe adequado a recomendação do MS para cada ambiente.</p>	<p>ADMINISTRATIVO -Recepção (I.9.4); -Sala de Espera (I.9.8); -Se tem pelo menos uma sala de espera, qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas? (I.9.9).</p> <p>APOIO -Sanitário para usuário masculino (I.9.18); -Sanitário para usuário feminino (I.9.19); -Banheiros para funcionários (I.9.1); -Expurgo (I.9.21); -Sanitário adaptado para pessoas com deficiência (I.9.20); -Local para depósito de lixo comum (I.9.22).</p> <p><i>estruturaapoio</i>cat "Possui estrutura adm e de apoio adequada?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Subdimensão: Estrutura física (cont.)			
CrITÉRIOS	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Características estruturais: iluminação e ventilação e privacidade</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.</p>	<p>Apresentar características estruturais que garantam a circulação de ar (existência de janelas exaustores); iluminação, aproveitando a luminosidade natural; e os consultórios permitem a privacidade do usuário.</p> <p>Será considerada inadequada a unidade que sem pelo menos uma das características estruturais e adequada a EqSF com todas as características: iluminação e ventilação e privacidade.</p>	<p>-Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores) possibilitando a circulação de ar (I.8.1.1);</p> <p>-Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível (I.8.1.2);</p> <p>-Os consultórios da Unidade de Saúde permitem privacidade ao usuário? (I.8.1.5);</p> <p><i>caracestrucat</i> "As características estruturais permitem privacidade, ventilação e luminosidade"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>
<p>Sinalização externa</p> <p>Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Apresentar formas de identificação externa visível para os usuários como placa na fachada, totem externo adequado ou outra forma de sinalização.</p> <p>Será considerada inadequada a equipe que não dispor de nenhuma forma de identificação da unidade; adequada a que possuir pelo menos uma forma de identificação.</p>	<p>- A unidade de saúde possui totem externo adequado, com sinalização da unidade? (I.4.1)</p> <p>- A unidade de saúde possui placa da fachada adequada? (I.4.2)</p> <p>- A unidade de saúde possui outra forma de sinalização? (I.4.3)</p> <p><i>sinalizacaoextcat</i> "Apresenta alguma forma de identificação externa visível - fachada, totem ou outra forma"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>

Subdimensão: Estrutura física (cont.)			
CrITÉRIOS	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Acessibilidade</p> <p>Fonte: Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde – Saúde da Família, 2008 (2ª edição), adaptado com a disponibilidade no instrumento PMAQ</p>	<p>Apresentar características estruturais que garantam a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais:</p> <p>Para cadeirante ou com dificuldade de locomoção</p> <p>- Barras de apoio / Calçada da entrada em boas condições (piso regular, sem desníveis nem buracos), com facilidade de deslocamento para pessoas com necessidades especiais / Porta e corredor de entrada e internas adaptadas para cadeira de rodas / Rampa de acesso / Barras de apoio / Corrimão; Bebedouros adaptados / Possuir piso regular, firme e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas.</p> <p>Será considerada intermediária a EqSF que apresentar pelo menos calçada em boas condições, portas e corredores de entrada adaptados para cadeira de rodas, rampa de acesso e piso regular; adequada a equipe com capacidade de promover acessibilidade com todos os itens; inadequada todas as demais situações.</p> <p>Para usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva</p> <p>Devem ser consideradas também as sinalizações de ambientes, bem como as formas de comunicação e sinalização realizadas através de: textos ou figuras (visual), caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) e recursos auditivos (sonora). Será considerada intermediária a EqSF que apresentar recursos auditivos (sonoros) e caracteres em relevo, Braille ou figura em relevo (tátil) adequada a equipe que tenha capacidade de promover acessibilidade com todos os itens; inadequada todas as demais situações.</p>	<p>- A calçada da entrada da Unidade de Saúde está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para cadeirantes, pessoas com necessidades especiais e cadeirantes (I.5.1.1)</p> <p>- Possui rampa de acesso (i.5.1.6)</p> <p>- Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas (I.5.1.8)</p> <p>- Possui piso regular (I.5.1.4)</p> <p>- Possui piso antiderrapante (I.5.1.3)</p> <p>- Barras de apoio (i.5.2.2)</p> <p>- Possui corrimão (I.5.1.7)</p> <p>- Bebedouros adaptados (I.5.2.7)</p> <p><i>acessocadeiracat</i> "A USF garante acessibilidade para cadeirante ou com dificuldade de locomoção?"</p> <p>Para usuários que não sabem ler, diminuição da visão e audição:</p> <p>- Sinalização realizada através de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da Unidade de Saúde e os serviços ofertados (I.5.3.2)</p> <p>- Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) (I.5.1.3)</p> <p>- Recursos auditivos (sonoro) (I.5.1.4)</p> <p><i>sinalizacaocat</i> "A USF garante acessibilidade p quem n ler e c problema visual e/ou auditivo?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Subdimensão: Recursos materiais			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Equipamentos de informática e acesso à internet Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	Existência de equipamentos, em condições de uso, de informática (computador e impressora, estabilizador) e equipe com acesso à internet. Será considerada intermediária a EqSF que dispor pelos menos de computador e impressora em condições de uso na unidade; adequada à equipe que além de possuir de todos os equipamentos em condições de uso, disponha de acesso à internet; inadequada todas as demais situações	- Computador; Impressora; Estabilizador. Quantos em condições de uso? (i.17.1/1) (i.17.6/1) (I.17.4/1) - A equipe tem acesso à internet? (I.17.8) <i>equipaminfocat</i> "Existência de equipamentos de informática, em condições de uso, com acesso à internet"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Equipamentos audiovisuais Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	Existência de equipamento, em condições de uso, audiovisual (televisão e caixa de som) para que possam ser utilizados em diversos ambientes da unidade, como sala de espera e em atividades educativas. Será considerada inadequada a equipe que não dispor de pelo menos um dos itens de equipamentos audiovisuais; intermediária as que apresentarem ao menos televisão e adequada à equipe com televisão e caixa do som.	- Televisão. Quantos em condições de uso? (i.17.7/1) - Caixa de som. Quantos em condições de uso? (17.3/1) <i>equipvisualcat</i> "Dispõe de equipamentos audiovisual em condições de uso?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Veículo Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012	Existência de veículo que atenda às suas necessidades para realização de atividades externa das equipes (visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros). Será considerada inadequada à equipe que não possua veículo; intermediária quando a equipe possuir veículo, mas não atenda às necessidades da equipe; adequada quando possuir veículo e atenda às necessidades da equipe	- A unidade dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (exs.: visitas domiciliares, busca ativa e outros)? (I.18.1). - Se SIM, A disponibilidade do veículo atende às necessidades da(s) equipe(s)? (I.18.2) <i>veiculocat</i> "Existe veículo na unidade e atende as necessidades da equipe?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Subdimensão: Recursos humanos			
Critério	Padrão	Pergunta / Fonte de verificação	Codificação
Coordenador de equipe Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	Possuir coordenador na equipe para o gerenciamento da unidade de saúde. Será considerada inadequada a equipe sem coordenador e adequada a que dispor deste para gerenciar as atividades.	- O(a) senhor(a) é coordenador(a) da equipe? (II.3.4) <i>Coordenador</i> "Existe coordenador na equipe"	0=inadequada 10=adequada

Subdimensão: Protocolos de referência e fluxos			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.</p>	<p>Possuir fluxo definido pela gestão municipal para garantir a atenção integral às gestantes na realização de exames essenciais (sorológico para sífilis (VDRL), anti-HIV, glicose, urocultura ou sumário de urina (tipo 1), ultrassonografia) e local para o parto, com comprovação</p> <p>Será classificada como intermediária a EqSF que disponha pelo menos de documento contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe adequada a equipe que além de possuir o documento contendo as referências e fluxos indique os fluxos relacionados todos os fluxos relacionados ao pré-natal; inadequada todas as demais situações.</p>	<p>- A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe? (II.18.4)</p> <p>Indique quais são as referências e fluxos definidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto(maternidade) (II.18.5.3) - Exame sorológico para sífilis (VDRL) na gestante (II.18.5.4) - Exame sorológico anti-HIV na gestante (II.18.5.5) - Exame de glicose (ii.18.5.6) - Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) (II.18.5.7) - Exame de ultrassonografia para gestante (II.18.5.9) - Existe documento que comprove? (II.18.5/1) <p><i>refefluxoscat</i> "Possui fluxo definido pela gestão para realização de exames essenciais e local para o parto com comprovação"</p>	<p>0 = inadequada</p> <p>5 = intermediária</p> <p>10 = adequada</p>

Dimensão Gerencial: atributos de processo			
Subdimensão: Horário de funcionamento			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Funcionamento da unidade Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	A unidade de saúde deve funcionar em dois turnos e no horário de almoço (12h às 14h). Será considerada intermediária a equipe em que a unidade funcione apenas em dois turnos e adequada à equipe que desenvolve atividades em unidade que funciona em três turnos e no horário de almoço; inadequada todas as demais situações.	- Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população? (I.7.1) - Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)? (I.7.7) <i>funcionamentocat</i> "A unidade funciona em três turnos e no horário de almoço?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Subdimensão: Central de regulação			
Vínculo a Central de regulação Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.	Central de regulação disponível para garantia de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção com marcação de consulta especializada, exames e leitos. Será considerada intermediária a equipe que dispor de pelo menos central de regulação para encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção; adequada as equipes que disporem de vínculo com central de regulação para marcação de consulta especializada, exames e leitos; inadequada todas as demais situações.	- Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? (II.18.1) - Marcação de consulta especializada (II.18.2.1) - Marcação de exames (II.18.2.2) - Marcação de leitos (II.18.2.2) <i>centralregucat</i> "Central de regulação disponível para encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção com garantia de marcação de consulta especializada, marcação de exames e marcação de leitos".	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Subdimensão: SisPreNatal			
Alimentação do SisPreNatal Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL), alimentado regularmente na unidade pelos profissionais de saúde, com comprovação Será considerada inadequada a equipe que não alimentar o SISPRENATAL ou não comprovar que alimenta regularmente o sistema; adequada a equipe que atender aos critérios.	- A equipe alimenta regularmente o SIS-PRENATAL? (II.23.4) - Existe documento que comprove? (II.23.4/1) <i>alimsisprenatalcat</i> "Alimenta regularmente o SISPRENATAL e comprova".	0=inadequada 10=adequada

Subdimensão: Educação permanente			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Ações de educação permanente	<p>Existência de ações de educação permanente no município que envolva os profissionais da unidade e que tenha garantido a participação da equipe no último ano em pelo menos uma das ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telessaúde (para equipe com telessaúde na unidade) - EAD/UNASUS - RUTE – rede universitária de telemedicina - cursos presenciais - Troca de experiência - Tutoria/preceptoria - Outros <p>Será considerada intermediária a equipe que possuir pelo menos ações de educação permanente no município que envolva os profissionais da atenção básica; adequada a equipe que em que as ações de educação permanente estejam implementadas no município e tenha participado de alguma das ações de qualificação no último ano; inadequada todas as demais situações.</p>	<p>Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (II.8.1)</p> <p>Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telessaúde (ii.8.2.1) - EAD/UNASUS (ii.8.2.2) - RUTE – rede universitária de telemedicina (ii.8.2.3) - Cursos presenciais (ii.8.2.4) - Troca de experiência (ii.8.2.5) - Tutoria/preceptoria (ii.8.2.6) - Outro(s) (ii.8.2.7) <p>A equipe possui telessaúde? (I.17.9)</p> <p><i>educacaopermcat</i> "Existe educação permanente no município, telessaúde para a equipe, e participou de ações no último ano?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Dimensão assistencial: atributos de estrutura			
Subdimensão: Estrutura Física			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Ambientes ao interior da unidade – atendimento clínico</p> <p>Fonte: Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde – Saúde da Família, 2008 (2ª edição), adaptado com a disponibilidade no instrumento PMAQ.</p>	<p>Apresentar estrutura física adequada, dispo do dos ambientes relacionados, considerando o número de equipes implantadas:</p> <p>Estrutura física comum para até 5 EqSF: 1 farmácia / 1 sala de reunião/educação</p> <p>Estrutura física para atendimento clínico para uma EqSF: 1 consultório de enfermagem ou médico / 1 consultório odontológico (se EqSF com saúde bucal*) / 1 sala de procedimentos / 1 sala de vacina / 1 sala de nebulização / 1 sala de curativo.</p> <p>Para duas EqSF: 3 consultórios de enfermagem ou médico / 1 consultório odontológico* / 1 sala de procedimentos / 1 sala de vacina / 1 sala de nebulização / 1 sala de curativo.</p> <p>Para três EqSF: 3 consultórios de enfermagem ou médico / 1 consultório odontológico* / 1 sala de procedimentos / 1 sala de vacina / 1 sala de nebulização / 1 sala de curativo.</p> <p>Para quatro EqSF: 4 consultórios de enfermagem ou médico / 1 consultório odontológico* / 1 sala de procedimentos / 1 sala de vacina / 1 sala de nebulização / 1 sala de curativo.</p> <p>Para cinco EqSF: 5 consultórios de enfermagem ou médico / 1 consultório odontológico* / 1 sala de procedimentos / 1 sala de vacina / 1 sala de nebulização / 1 sala de curativo.</p> <p>Considerando a recomendação do MS para um máximo de cinco ESF para uma UBS, todas as EqSF que funcionam em UBS com mais de 5 EqSF serão classificadas como estrutura física inadequada, bem como as equipes de saúde bucal sem consultório odontológico e com menos de 3 ambientes e EqSF sem saúde bucal com menos de 3 ambientes; intermediária as EqSF com saúde bucal com consultório odontol. e entre 4 a 6 ambientes e EqSF sem saúde bucal em UBS com 4 a 6 ambientes; adequada EqSF com saúde bucal com consultório odontol. e com 7 ambientes e EqSF sem saúde bucal em UBS com 7 ambientes.</p>	<p>ATENDIMENTO CLINICO</p> <p>-Consultório Clínico (i.9.2);</p> <p>-Sala de procedimento (i.9.13);</p> <p>-Sala de vacina (I.9.15);</p> <p>-Sala de nebulização (I.9.14);</p> <p>-Sala de Curativo (I.9.6);</p> <p>-Consultório Odontológico (I.9.3) & Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal (II.4.1).</p> <p>Estrutura comum às equipes de saúde bucal e sem saúde bucal:</p> <p>- Sala de reunião e atividades educativas (I.9.17);</p> <p>- Farmácia (I.9.7).</p> <p><i>estruturaclinicat</i> "possui estrutura clínica adequada para o num de equipe?"</p>	<p>0=inadequada</p> <p>5=intermediária</p> <p>10=adequada</p>

Subdimensão: Recursos materiais			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Instrumentais Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012, adaptado de acordo com a disponibilidade de informações do PMAQ.	Possuir equipamentos e instrumentais mínimos, em condições de uso: - Aparelho de pressão adulto - Balança adulta de 150 ou 200 kg - Estetoscópio adulto - Foco de luz para exame ginecológico - Mesa para exame ginecológico com perneira ou Mesa para exame clínico - Sonar ou estetoscópio de pinar Será considerada inadequada a equipe que possuir menos de 03 instrumentais em condições de uso; intermediária as equipes com 04 a 05 instrumentais; e adequada a EqSF que dispor de todos os instrumentais em condições de uso.	- Aparelho de pressão adulto (I.11.2) - Balança antropométrica de 150 kg (I.11.8) ou balança antropométrica de 200 kg (I.11.9) - Estetoscópio adulto (I.11.12) - Foco de luz para exame ginecológico (I.11.14) - Mesa para exame ginecológico com perneira (I.11.20) ou Mesa para exame clínico (I.11.21) - Sonar ou estetoscópio de Pinard (I.11.25) <i>equipinstrcat</i> "Possui equipamentos e instrumentais mínimos em condições de uso?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Equipamentos para conservação dos insumos na farmácia	Dispor de geladeira e ar-condicionado específicos para farmácia, com objetivo de manter a conservação dos medicamentos. Será considerada inadequada a EqSF que não possuir pelo menos um dos equipamentos para conservação dos insumos na farmácia; intermediária a que possuir pelo menos geladeira na farmácia e adequada a que possuir geladeira e ar-condicionado.	- Ar-condicionado farmácia (I.11.5) e farmácia (I.9.7) - Geladeira para farmácia (I.11.16) e farmácia (I.9.7) <i>equipinsumofarmaciacat</i> "Dispõe de equipamentos ar, geladeira para a conservação dos insumos na farmácia?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Equipamentos para conservação dos insumos na sala de vacina	Dispor de geladeira e ar-condicionado específicos para sala de vacina e, com objetivo de manter a conservação dos imunobiológicos. Será considerada inadequada a EqSF que não possuir pelo menos um dos equipamentos para conservação dos insumos na sala de vacina; intermediária a que possuir pelo menos geladeira na sala de vacina e adequada a que possuir geladeira e ar-condicionado	- Geladeira exclusiva para vacina (I.11.15) e sala de vacina - Ar-condicionado para sala de vacina (I.11.6) e sala de vacina <i>equipinsumovacinacat</i> "Dispõe de equipamentos ar, geladeira para a conservação dos insumos na sala de vacina?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada

Subdimensão: Recursos materiais (cont.)			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Insumos para atenção à saúde para população geral</p> <p>Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Disponer sempre de insumos básicos (abaixador de língua; agulhas descartáveis de diversos tamanhos; ataduras; fita métrica; EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas; espelho descartável; equipo de soro macrogotas e microgotas; seringas descartáveis de diversos tamanhos ou seringas descartáveis com agulha acoplada; recipientes duros para descarte de perfurocortantes; gaze; frasco plástico com tampa; esparadrapo/fita micropore e outras, recipiente duro para descarte de perfurocortantes e caixas térmicas para vacinas).</p> <p>Será considerada inadequada a EqSF que dispor de menos de 7 insumos básicos na unidade; intermediária a equipe que apresentar de 8 a 13 insumos e adequada a que dispor de 14 (todos os insumos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abaixador de língua (I.12.1) - Agulhas descartáveis de diversos tamanhos (I.12.2) - Ataduras (I.12.3) - Fita métrica (I.12.5) - EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas (I.12.6) - Espelho descartável (I.12.7) - Equipo de soro macrogotas e microgotas (I.12.8) - Seringas descartáveis de diversos tamanhos (I.12.18) ou Seringas descartáveis com agulha acoplada (I.12.19) - Gaze (I.12.14) - Frasco plástico com tampa (I.12.13) - Esparadrapo/fita micropore e outras (I.12.11) - Recipientes duros para descarte de perfurocortantes (I.12.20) - Caixas térmicas para vacinas (I.12.4) <p><i>insumocat</i> "Dispõe sempre de insumos básicos na USF?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>
<p>Insumos para atenção à saúde da mulher</p> <p>Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Disponer sempre de insumos direcionados à saúde da mulher (tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; fixador de lâmina; espátula de ayres) para atenção à saúde da gestante</p> <p>Será considerada inadequada a EqSF que dispor de menos de 2 insumos direcionados à saúde da mulher na unidade; intermediária a EqSF que dispor de 3 insumos e adequada a equipe que dispor de 4 (todos os insumos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiras reagentes de medida de glicemia capilar (I.12.17) - Lâmina de vidro com lado fosco (I.12.15) e Porta-lâmina (I.12.16) - Fixador de lâmina (I.12.12) - Espátula de Ayres (I.12.10) <p><i>insumosmcat</i> "Dispõe sempre de insumos para atenção a saúde da mulher na USF?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Subdimensão: Recursos materiais (cont.)			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Medicamentos essenciais</p> <p>Fonte: Caderno do Pré-Natal E Puerpério Atenção Qualificada E Humanizada, 2006.</p> <p>Adotou-se esse caderno porque o caderno da atenção ao pré-natal de baixo risco não discrimina lista com os nomes dos medicamentos. Do total de medicamentos listados, foram selecionados 35 disponíveis no instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Suficiência de medicamentos, necessários para o pré-natal, categorizados por grupos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgésicos e antipiréticos (Dipirona; Paracetamol ou Acetaminofen) - Antidiabéticos (Insulina regular e nph) - Antibacterianos (Clindamicina, Eritromicina; Miconazol; Amoxicilina; Gentamicina; Nistatina; Nitrofurantoína; Benzilpenicilina benzatina.; Sulfadiazina; Sulfametoxazol + Trimetoprim) - Anti-hipertensivo ou de ação cardiovascular (Furosemida ou Espironolactona; Hidralazina; Verapamil; ácido acetilsalicílico) - Antiparasitários (Espiramicina; Albendazol/Mebendazol; Metronidazol/teclozana) - Antiasmáticos (Fenoterol; Prednisona/fosfato sódico prednisolona; Sulfato de Salbutamol) - Antiácidos e Antieméticos (Hidróxido de alumínio e magnésio; Cloridrato de Metoclopramida) - Vitaminas, polivitaminicos, sais minerais (Sulfato ferroso; Carbonato de cálcio + colecalciferol, Ácido fólico) - Contraceptivos hormonais e hormônios sexuais: (Acetato de Medroxiprogesterona) <p>Será considerada inadequada a EqSF que, do total dos grupos (cada EqSF deve dispor de pelo menos um medicamento em cada grupo) presente apenas 3 grupos; intermediária a EqSF que presente entre 4 a 8 grupos de medicamentos e adequada a que dispor dos nove grupo de medicamentos.</p>	<p>Medicamentos abaixo listados em quantidade suficiente?</p> <p>Dipirona sódica (I.14.63/1). Paracetamol (I.14.65/1). Insulina regular (I.14.41/1) ou Insulina NPH (I.14.42/1). Cloridrato de clindamicina (I.14.53/1). Estearato de eritromicina (I.14.54/1). Nitrato de miconazol (I.61/1). Amoxicilina (I.14.43/1). Sulfato de gentamicina (I.14.55/1). Nitrofurantoína (I.14.56/1). Nistatina (I.14.62/1). Benzilpenicilina benzatina (I.14.46/1). Sulfadiazina (I.14.58/1). Sulfametoxazol + trimetoprima (I.14.57/1). Furosemida (I.14.29/1) ou Espironolactona (I.14.28/1). Cloridrato de hidralazina (I.14.27/1). Cloridrato de verapamil (I.14.31/1). Ácido acetilsalicílico (I.14.34/1). Espiramicina (I.14.4/1). Albendazol/mebendazol (I.14.1/1). Metronidazol/teclozana (I.14.2/1). Prednisona/fosfato sódico prednisolona (I.14.14/1). Sulfato de salbutamol (I.14.16/1). Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio (I.14.68/1). Fenoterol (I.14.15/1). Cloridrato de metoclopramida (I.14.69/1). Ácido fólico (I.14.5/1). Sulfato ferroso (I.14.11/1). Carbonato de cálcio + colecalciferol (I.14.66/1). Acetato de medroxiprogesterona (I.14.19/1).</p> <p><i>medicamentoessencicat</i> "Dispõe de medicamentos essenciais suficiente?"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>

Subdimensão: Recursos materiais (cont.)			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Medicamentos controlados essenciais</p> <p>Fonte: Caderno do Pré-Natal E Puerpério Atenção Qualificada E Humanizada, 2006.</p>	<p>Disponibilizar suficientemente na unidade de saúde ou exista a dispensa no município de medicamentos controlados necessários para garantia de atendimento integral à saúde das gestantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina - Fenobarbital - Fenitoína sódica - Clonazepam <p>Será considerada inadequada a EqSF que não dispore de medicamentos controlados e dispensação não seja centralizada; adequada àquelas que apresentarem pelo menos um dos medicamentos controlados ou a dispensação de medicamentos seja centralizada, garantida pelo município.</p>	<p>- A dispensação de medicamentos controlados é centralizada? I(14.72)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina (I.14.73/1) - Clonazepam (I.14.74/1) - Fenitoína sódica (I.14.75/1) - Fenobarbital (I.14.76/1) <p><i>medcontroladocat</i> "Dispõe de medicamentos controlados suficiente ou dispensa centralizada?"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>
<p>Testes rápidos na unidade</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.</p>	<p>Existência de testes rápidos (sífilis, HIV, gravidez) para diagnóstico na unidade.</p> <p>Será considerada inadequada a equipe que não dispore de pelo menos um dos testes rápidos na unidade; adequada àquelas que apresentarem todos os testes rápidos essenciais para a gestante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Teste rápido de sífilis (I.16.1) - Teste rápido gravidez (I.16.2) - Teste rápido HIV (I.16.3) <p><i>testediagnoscat</i> "Dispõe de teste rápido diagnóstico na unidade?"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>
<p>Vacinas básicas</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.</p>	<p>Sempre dispore das vacinas dupla do tipo adulto dT, influenza sazonal e hepatite B, essenciais para o pré-natal.</p> <p>Será considerada inadequada a EqSF não disponha de pelo menos uma das vacinas; adequada a EqSF que apresente as três vacinas essenciais para o pré-natal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dupla tipo adulto – dT (I.15.2) - Influenza sazonal (I.15.4) - Hepatite B (I.15.5) <p><i>vacinascat</i> "Vacinas básicas DT, hepatite B, influenza, sempre disponíveis na unidade de saúde"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>

Subdimensão: Recursos humanos			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Equipe mínima de atenção básica</p> <p>Fonte: Política Nacional de Atenção Básica, 2012.</p>	<p>Apresentar equipe mínima de atenção básica composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião dentista (se EqSF com saúde bucal), 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 4 ou mais agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnico ou auxiliar em saúde bucal (se EqSF com saúde bucal).</p> <p>Será considerada inadequada EqSF com saúde bucal sem pelo menos um dos profissionais (cirurgião dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal, médico, enfermeiro e com número de ACS inferior a 4) ou EqSF sem saúde bucal sem pelo menos um dos profissionais (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e com número ACS inferior a 4); adequada as EqSF com saúde bucal que possua cirurgião dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal, médico, enfermeiro e com número de ACS superior a 4 ou EqSF sem saúde bucal com médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e com mais de 4 ACS.</p>	<p>Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico (II.4.2.1) - Enfermeiro (II.4.2.2) - Cirurgião-dentista (II.4.2.3) - Técnico de enfermagem (II.4.2.4) ou - Auxiliar de enfermagem (II.4.2.5) - Técnico em saúde bucal (II.4.2.6) ou - Auxiliar em saúde bucal (II.4.2.7) - Agente Comunitário de Saúde (II.4.2.8) <p><i>equipecat</i> "Qual a composição da equipe mínima de atenção básica?"</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>
Subdimensão: Funcionamento da unidade			
<p>Funcionamento da unidade</p> <p>Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Funcionar em dois turnos e ter disponíveis os serviços de consulta médica, de enfermagem e odontológica; dispensação de medicamentos; vacinação e acolhimento.</p> <p>Será considerada intermediária a EqSF que funcionar em dois turnos e possuir consulta médica, de enfermagem e dispensação de medicamento; adequada a EqSF que funcionar em dois turnos, e ter em funcionamento todos os serviços: consulta médica, de enfermagem e odontológica, dispensação de medicamento, vacinação e realização de acolhimento, pelo tipo de EqSF (com e sem saúde bucal); inadequada todas as demais situações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população? (I.7.1). - Os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? consultas médicas (I.7.8.1) / consulta de enfermagem (I.7.8.2) / dispensação de medicamentos pela farmácia (I.7.8.4) / consultas odontológicas (I.7.8.3) / vacinação (I.7.8.7) / acolhimento (I.7.8.8)/ recepção aos usuários (I.7.8.5). <p><i>funcservicocat</i> "A unidade funciona em dois turnos com serviços?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Subdimensão: Instrumentos de registro e protocolos			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Material impresso na unidade Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012, adaptado de acordo com disponibilidade no PMAQ.	Dispor de instrumentos de registro para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez e puerpério, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada encontro, sendo: - caderneta gestante; cartão de vacina; Ficha B-GES do SIAB; Ficha de atendimento pré-natal, Ficha encaminhamento demais ponto. Será considerada inadequada a EqSF que não dispor de um dos instrumentos de registro e adequada a EqSF que apresentar todos os instrumentos de registro.	- Caderneta da gestante (I.13.1) / Cartão de vacinação (I.13.5) / Ficha B-GES do SIAB (I.13.7) / Ficha de atendimento pré-natal (I.13.18) / Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? (II.18.3) <i>materialimpcat</i> "Dispõe de instrumento de registro p acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez e puerpério?"	0=inadequada 10=adequada
Prontuário da equipe Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	Possuir prontuário físico que atenda aos requisitos abaixo, com comprovação: - Ter registro com letra legível - Identificação do usuário (nome, sexo, idade) - Hipótese diagnóstica ou condição - Exames solicitados Será considerada inadequada a EqSF que não cumprir um dos requisitos acima citados ou não os comprove e adequada as EqSF com prontuário, que atenda aos requisitos e os comprove.	Observar em um prontuário os seguintes itens: - Letra legível (I.14.4.1) / Identificação do usuário (nome, sexo, idade) (I.14.4.2) / Hipótese diagnóstica/problema ou condição (I.14.4.3) / Exames solicitados (I.14.4.4) / Existe documento que comprove? (I.14.4/1). <i>prontuariocat</i> "Possui prontuário físico que atende requisitos com comprovação?"	0=inadequada 10=adequada
Prontuário eletrônico integrado com a rede de atenção Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	Dispor de prontuário eletrônico integrado com outros pontos da rede de atenção, com comprovação. Será considerada inadequada a EqSF que não possuir prontuário eletrônico ou não comprove que possui; intermediária a EqSF que possuir prontuário eletrônico, comprove, mas não esteja integrado com outros pontos da rede de atenção e adequada a EqSF que dispor de prontuário eletrônico, comprove e esteja integrado com outros pontos da rede de atenção	- Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? (II.14.5) - O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção? (II.14.6) - Existe documento que comprove? (II.14.5/1) <i>prontuarioelec</i> "Possui prontuário eletrônico integrado na rede com comprovação?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada

Subdimensão: Instrumentos de registro e protocolos (cont.)			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Protocolo com definição de diretrizes terapêuticas: pré-natal e exames essenciais. Fonte: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2012, adaptado.	Apresentar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado 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) Será considerada inadequada a EqSF que dispor de menos de três protocolos; intermediária a EqSF que dispor de 4 a 5 protocolos e adequada a EqSF que dispor de 6 (todos os protocolos)	- Equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para: - Pré-natal (II.17.4.3); Glicemia de jejum (II.17.10.1); Sorologia para sífilis (VDRL) (II.17.10.2); Sorologia para HIV (II.17.10.3); Sorologia para hepatite b (II.17.10.4); Urocultura ou sumário de urina (urina tipo 1) (II.17.10.5). <i>protoprenatalcat</i> "Dispõe de protocolos e diretrizes terapêuticas para o pré-natal e exames essenciais?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Protocolos e diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.	Dispor de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado com definição para o acolhimento à demanda espontânea e urgência, que considere a captação precoce de gestante e as queixas mais frequentes. Será considerada inadequada a EqSF que dispor de 1 ou menos protocolos; intermediária a EqSF que dispor de 2 protocolos e adequada a EqSF que dispor de 3 (todos os protocolos).	- A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea / urgência? (II.15.6). - O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: Captação precoce de gestantes (II.17.7.5); queixas mais frequentes (I.17.7.1) <i>protocoacolhicat</i> "Dispõe de protocolos e diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea, queixas e captação precoce da gestante?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Protocolos para visita domiciliar Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 e PNAB, 2012, adaptado.	Dispor de protocolos com definição de situações prioritárias para realização de visita domiciliar, com comprovação. Será considerada inadequada a EqSF que não dispor de protocolo com definição de situações prioritárias para realização de visitar domiciliar ou não comprove; e adequada a EqSF que dispor do protocolo e comprove.	- A equipe possui protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? (II.32.2). Existe documento que comprove? (II.32.2/1) <i>protocovisitacat</i> "Dispõe de protocolos com definição de situação prioritária para realização de visita domiciliar com comprovação?"	0 = inadequada 10 = adequada

Dimensão Assistencial: atributos de Processo			
Subdimensão: Visita domiciliar			
Crítérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Cuidado domiciliar</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 e PNAB, 2012, adaptado.</p>	<p>Realizar cuidado domiciliar (médico ou enfermeiro) aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, e atenda aos critérios: (levantamento ou mapeamento dos usuários que necessitam de cuidados no domicílio, organização da agenda para visita domiciliar, avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar periodicidade distinta de visitas das famílias, e programação das visitas dos ACS em função das prioridades de toda a equipe).</p> <p>Será considerada intermediária as equipes que realizarem visita domiciliar, cuidado domiciliar por médico ou enfermeiro e a agenda esteja organizada para a realização das visitas domiciliares; adequada a EqSF que o médico ou o enfermeiro realize cuidado domiciliar; a equipe que visita a família com periodicidade de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade; possua o levantamento ou mapeamento dos usuários que necessitam de cuidado no domicílio e comprove; tenha agenda organizada para realização de visita domiciliar e comprove; e garanta que a programação da visita do ACS seja feita em função das prioridades de toda equipe; inadequada todas as demais situações.</p>	<p>A equipe realiza visita domiciliar (II.32.1) / A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio? (II.32.6) / Existe documento que comprove? (II.32.6/1) / Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar: Médico (II.32.7.1) ou Enfermeiro (I.32.7.2)? / As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade? (II.32.3) / Os agentes comunitários de saúde têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe? (II.32.4) / A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares? (II.16.4) / Existe documento que comprove? (II.16.4/1).</p> <p><i>cuidadovdcat</i> "Realiza cuidado no domicílio e atende a padrões mapeamento, agenda, programa ACS, avalia risco e comprove?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>
<p>Captação de gestante e puérpera</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 e instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Realizar busca ativa de gestantes faltosas ao pré-natal (pelos ACS), e captação de puérpera a partir da visita de membro da equipe ou ACS.</p> <p>Será considerada inadequada a EqSF em que o ACS não realize a busca ativa de gestante faltosa ao pré-natal ou o ACS ou membro da equipe deixe de realizar a captação da puérpera; adequada a EqSF que garante a busca ativa de gestante faltosa e a captação da puérpera em até 10 dias com a visita do ACS ou outro profissional da equipe.</p>	<p>Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de gestantes faltosas? (II.32.5.2) / Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? / Visita do ACS para captação da mulher (II.23.14.1) / Visita domiciliar de membro da equipe (II.23.14.2).</p> <p><i>captacaocat</i> "Busca ativa de gestantes faltosas ao APN pelos ACS, e captação de puérpera pela equipe".</p>	<p>0=inadequada 10=adequada</p>

Subdimensão: Acolhimento			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Acolhimento</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 (adaptado).</p>	<p>Realizar acolhimento atendendo as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funcione 05 ou mais dias por semana, manhã e tarde; - Realize avaliação de risco e vulnerabilidade; - Defina resposta em função do risco identificado; - Realizado por profissional de nível superior (médico ou enfermeiro ou cirurgião-dentista). <p>Será considerada intermediária a EqSF possua acolhimento implantado, seja realizado em 5 ou mais dias por semana, manhã e tarde; adequada a EqSF que atenda a todas as características acima listadas; inadequada todas as demais situações.</p>	<p>- Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (II.15.1). Em quais turnos é feito o acolhimento? - Manhã (II.15.2.1) e Tarde (II.15.2.2). Com que frequência acontece? (II.15.3).</p> <p>- A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? (II.15.10) / Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta? (II.15.11) / Quais profissionais participam do acolhimento: médico (II.15.5.1); enfermeiro (II.15.5.2); cirurgião-dentista (II.15.5.3)?</p> <p><i>acolhimentocat</i> "Realiza acolhimento considerando todas as características?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>
Subdimensão: Exames laboratoriais			
<p>Realização, coleta e recebimento de exames</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 (adaptado).</p>	<p>Coletar material para exames de laboratório, realizar exames sorológicos (sífilis; toxoplasmose; anti-hiv, hepatite B) e básicos (urocultura ou sumário de urina (urina tipo I), hemoglobina e hematócrito, exame de glicose), com comprovação e receber os resultados em tempo oportuno para garantia de atendimento integral as gestantes.</p> <p>Será considerada intermediária a EqSF que realiza todos os exames laboratoriais essenciais na gestante adequada a EqSF que realiza coleta de material para exames de laboratório, exames laboratoriais essenciais na gestante e comprova, e recebe o resultado dos exames das gestante do território em tempo oportuno; inadequada todas as demais situações.</p>	<p>A equipe coleta de material para exames de laboratório? (II.20.3).</p> <p>Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes: sorológico para sífilis (VDRL) (II.23.9.1); sorológico anti-HIV (II.23.9.2); sorológico para hepatite B (II.23.9.3); sorológico para toxoplasmose (II.23.9.4); para dosagem de hemoglobina e hematócrito (II.23.9.5); de glicose (II.23.9.6); Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) (II.23.9.7). Há documento que comprove? (II.23.9/1); A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno? (II.23.10).</p> <p><i>examescat</i> "Coleta, realiza os exames essenciais do pré-natal, e recebe os exames em tempo oportuno?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Subdimensão: Exames laboratoriais (cont.)			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
<p>Tempo de espera para atendimento especializado</p> <p>Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Garantir até 15 dias de espera para atendimento especializado de consultas em ginecologia e obstetrícia para mulher em pré-natal de alto risco e 30 dias para realização de exames de ultrassonografia, detecção de HIV e diagnóstico de sífilis.</p> <p>Será considerada inadequada a EqSF encaminhou as gestante de alto risco para o nível especializado e não foi atendida em até 15 dias; intermediária as equipes que garantiram o atendimento das gestantes que foram encaminhadas em até 30 dias para a realização de exames; adequada a EqSF em que a gestante de alto risco esperou até no máximo por 15 dias para consulta em ginecologia e obstetrícia em nível especializado, e as demais gestantes 30 dias para realização de ultrassonografia no pré-natal e para os demais exames: diagnóstico de sífilis e detecção do HIV.</p>	<p>- Consulta em ginecologia e obstetrícia para mulher em pré-natal de alto risco. Quantos dias de espera? (II.19.20.2)</p> <p>- Exames de ultrassonografia no pré-natal. Quantos dias de espera? (II.19.25.2)</p> <p>- Exame para diagnóstico de sífilis no pré-natal. Quantos dias de espera? (II.19.26.2)</p> <p>- Exame para detecção de HIV no pré-natal. Quantos dias de espera? (II.19.27.2)</p> <p><i>quantdiaespeciacaat</i> "A gestante é encaminhada para o nível especializado para consulta e exames e atendida até 30 dias?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>
Subdimensão: Vacina			
<p>Situação vacinal e oferta de vacinas</p> <p>Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 e Instrumento do PMAQ, 2012.</p>	<p>Ofertar vacinas do calendário básico, com comprovação e orientar no pré-natal sobre a importância da vacina contra tétano.</p> <p>Será inadequada a EqSF que não oferta as vacinas do calendário básico ou não comprova; intermediária as equipes que ofertam as vacinas do calendário básico e comprovação; adequada a EqSF que ofertar as vacinas do calendário básico, comprovar e orientar as gestantes sobre a importância da vacina contra o tétano.</p>	<p>- A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano? (II.23.8)</p> <p>- A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico? (II.20.5)</p> <p>- Existe documento que comprove? (II.20.5/1)</p> <p><i>vacinacat</i> "A unidade oferta vacinas do calendário básico com comprovação e orienta sobre a importância da vacina contra tétano?"</p>	<p>0=inadequada 5=intermediária 10=adequada</p>

Subdimensão: Registro			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Utilização da caderneta e registro das informações Fonte: PNAB, 2012, adaptado.	Utilizar a caderneta da gestante para o acompanhamento das grávidas com comprovação e possuir registro do profissional responsável pelo acompanhamento da gestante, da consulta odontológica, da coleta de exame citopatológico, da vacinação em dia e do número de gestante de alto risco no território. Será considerada intermediária a EqSF que apenas utiliza a caderneta da gestante, com comprovação; adequada as EqSF que utiliza a caderneta da gestante e comprova, e possui registro do profissional responsável pelo acompanhamento da gestante, da consulta odontológica, da vacinação em dia, da coleta de exame citopatológico e de número de gestantes de alto risco no território; inadequada todas as demais situações.	- A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes? (II.23.5) / Existe documento que comprove? (II/23.5/1). - No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: o profissional responsável pelo acompanhamento (II.23.7.1); consulta odontológica (II.23.7.2); Vacinação em dia da gestante (II.23.7.3); coleta de exame citopatológico (II.23.7.4). - A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território? (II.23.2) <i>registrocat</i> "Utiliza a caderneta da gestante, comprova, e possui registro das informações de acompanhamento da gestante?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Subdimensão: Programação e oferta de ações			
Programação de consultas e ações Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.	Programar consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado, com comprovação, e para o pré-natal Será considerada intermediária a EqSF que apenas programa ações para o pré-natal; adequada as EqSF que programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e que necessitam de cuidado continuado, comprove, e programe ações para o pré-natal; inadequada todas as demais situações.	- A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? (II.16.6). / Existe documento que comprove? (II.16.6/1). Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? Pré-natal (II.16.7.5) <i>prograconacoescat</i> "Programa consultas e ações para usuários de programas ou grupos prioritários, comprova, e para o pré-natal?"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada

Subdimensão: Programação e oferta de ações (cont.)			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Organização da agenda e oferta promoção da saúde Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012	Organizar a agenda para oferta de atividades educativas de promoção da saúde na comunidade e/ou grupos de educação em saúde, e ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno), com comprovação. Será considerada intermediária a EqSF que programa apenas atividades educativas e de promoção da saúde direcionadas ao aleitamento materno; adequada a EqSF que organize a agenda para ofertar de atividades educativas comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, com comprovação e oferte ações educativas e de promoção da saúde direcionadas a ao aleitamento para gestantes e puérperas, com comprovação; inadequada todas as demais situações.	- A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde? (II.16.5) - Existe documento que comprove? (II.16.5/1) A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: - Gestantes e puérperas (aleitamento materno) (II.31.1.3) - Existe documento que comprove? (II.31.1/1) <i>orgapromocat</i> "Agenda organizada para realização de atividades educativas/promoção da saúde na comunidade e ações de aleitamento materno, com comprovação"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada
Organização da oferta com base de classificação de risco Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012.	Organizar a oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, com comprovação. Será considerada inadequada a EqSF que não atenda ao critério ou não comprove; adequada a EqSF que organiza as ofertas de serviços e encaminhamentos, como consultas e exames, das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade e comprove.	- A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade? (II.23.1). / Existe documento que comprove? (II.23.1/1). <i>ofertgesriscocat</i> "Organiza a oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, com comprovação"	0=inadequada 10=adequada

Subdimensão: Consulta			
Critérios	Padrões	Perguntas / Fonte de verificação	Codificação
Consulta para garantir puerpério Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco (componente da Rede Cegonha), 2012 e Instrumento do PMAQ, 2012.	Realizar consulta em qualquer dia e horário da semana para garantir atendimento de puerpério de até 10 dias após o parto, realizado por enfermeiro ou médico, com comprovação. Será considerada inadequada a EqSF que não atenda aos critérios ou não comprove que a consulta de puerpério é realizada por médico ou enfermeiro; adequada EqSF que garanta consulta de puerpério em horário especial em qualquer dia da semana e que a consulta de puerpério seja realizada por médico ou enfermeiro e comprove.	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? Consulta em horário especial em qualquer dia da semana (II.23.14.3). Quais profissionais realizam a consulta de puerpério: médico (II.23.15.1) ou enfermeiro (II.23.15.2)? Existe documento que comprove? (II.23.15/1). <i>consultapuercat</i> "Realiza consulta de puerpério em qualquer horário, e garante consulta de puerpério por médico ou enfermeiro e comprova"	0=inadequada 10=adequada
Encaminhamento de usuários Fonte: Instrumento do PMAQ, 2012.	Garantir o agendamento da consulta do usuário no nível especializado após atendimento na unidade de saúde a partir das seguintes ações: - Sair com a consulta agendada; - Consulta marcada pela unidade e a data informada posteriormente ao paciente. Será considerada adequada a EqSF que garanta a marcação da consulta em nível especializado pela própria unidade e a data seja informada posteriormente ao paciente ou aquelas em que o paciente sai com a consulta agendada; intermediária a EqSF em que a consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas ou o paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado ou o paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado; inadequada todas as outras situações.	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada (II.17.1.1); a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente (II.17.1.2); a consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas (II.17.1.3); o paciente recebe a ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço/profissional especializado (II.17.1.4); o paciente recebe a ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço/profissional especializado (II.17.1.5). Não há um percurso definido (II.17.1.6). <i>encamusuarioscat</i> "agendamento da consulta do usuário no nível especializado após atendimento na UBS"	0=inadequada 5=intermediária 10=adequada

APÊNDICE B

Quadro de critérios com as categorias "999" e "988" considerados como "não" na análise.

Crítérios	Categoria
Estrutura ADM e de apoio comum	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Circulação de ar com janelas ou ventilação indireta (exaustores)	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Acessibilidade para cadeirante ou dificuldade de locomoção	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Acessibilidade para deficientes visuais e auditivos	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Sinalização externa unidade	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Equipamentos de informática e audiovisual	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
Documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
Funcionamento da unidade	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Central de regulação	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
SISPRENATAL	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
Educação permanente	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
Estrutura clínica comum	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Instrumentais	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Equipamentos para a conservação dos insumos na sala de vacina e farmácia	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Insumos para atenção à saúde da população geral e da mulher	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Medicamentos essenciais e Medicamentos controlados	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
Testes diagnósticos na unidade	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Vacinas básicas	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Equipe mínima de atenção básica	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Funcionamento da unidade	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Material impresso na unidade	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Prontuário da equipe	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica (comprovação)"
Prontuário eletrônico	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica (comprovação)"
Protocolo com definição de diretrizes terapêuticas: pré-natal e exames essenciais	999 'Não Sabe Não Respondeu'
Protocolos para a visita domiciliar	999 'Não Sabe Não Respondeu' e 988 "Não Se Aplica"
Protocolos e diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea	999 'Não Sabe Não Respondeu'

Cr�terios	Categoria
Cuidado domiciliar	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’ e 988 ‘N�o Se Aplica’
Capta�o de pu�rpera e gestante	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’ e 988 ‘N�o Se Aplica’
Acolhimento implantado	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’ e 988 ‘N�o Se Aplica’
Realiza�o, coleta e recebimento de exames	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’ e 988 ‘N�o Se Aplica (comprova�o)’
Tempo de espera para atendimento especializado	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’
Situa�o vacinal e oferta de vacinas	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’
Utiliza�o da caderneta e registro das informa�oes	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’
Programa�o de consultas e a�oes	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’
Organiza�o da agenda e oferta promo�o da sa�de	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’ e 988 ‘N�o Se Aplica (comprova�o)’
Organiza�o da oferta com base de classifica�o de risco	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’ e 988 ‘N�o Se Aplica (comprova�o)’
Consulta para garantir puerp�rio	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’
Encaminhamento de usu�rios	999 ‘N�o Sabe N�o Respondeu’

APÊNDICE C – TABELAS

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

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
N de equipes >5 - inadequadas	1.000	6,0	43	4,3	103	1,9	45	4,3	757	11,9	52	1,8
Ambientes administrativos e de apoio ao interior da unidade												
Estrutura comum												
Recepção	15.559	93,9	852	85,5	4.807	90,4	1.029	97,5	6.100	96,2	2.771	97,1
Sanitário adaptado PNE	4.278	25,8	171	17,2	695	13,1	212	20,1	2.323	36,6	877	30,7
Expurgo	6.425	38,8	218	21,9	1.219	22,9	379	35,9	3.329	52,5	1.280	44,8
Local para lixo comum	8.331	50,3	447	44,9	1.799	33,8	430	40,8	3.987	62,9	1.668	58,4
Adequada	2.371	14,3	57	5,7	231	4,3	70	6,6	1.565	24,7	448	15,7
Estrutura de acordo com n equipe												
Sala de espera	15.697	94,8	849	85,2	5.011	94,2	991	93,9	6.033	95,2	2.813	98,5
Sala de espera com capacidade adequada	10.321	62,3	639	64,2	3.811	71,6	677	64,2	3.339	52,7	1.855	65,0
Sanitário masculino ou feminino	11.216	67,7	590	59,2	3.814	71,7	802	76,0	4.115	64,9	1.895	66,4
Banheiro para funcionários	14.000	84,5	781	78,4	4.476	84,1	931	88,2	5.226	82,4	2.586	90,6
Adequada	7.497	45,3	397	39,9	2.616	49,2	548	51,9	2.650	41,8	1.286	45,0
Inadequada	4.770	28,8	420	42,2	1.983	37,3	295	28,0	1.402	22,1	670	23,5
Intermediária	10.948	66,1	555	55,7	3.181	59,8	718	68,1	4.511	71,2	1.983	69,5
Adequada	848	5,1	21	2,1	156	2,9	42	4,0	427	6,7	202	7,1
Características Estruturais (iluminação, ventilação e privacidade)												
Janelas/exautores	11.976	72,3	604	60,6	3.529	66,3	627	59,4	4.881	77,0	2.335	81,8
Ambientes claros	12.186	73,6	665	66,8	3.801	71,5	681	64,6	4.757	75,0	2.282	79,9
Consultórios com privacidade	14.830	89,5	867	87,1	4.756	89,4	904	85,7	5.699	89,9	2.604	91,2
Inadequada	7.064	42,6	560	56,2	2.559	48,1	572	54,2	2.431	38,3	942	33,0
Adequada	9.502	57,4	436	43,8	2.761	51,9	483	45,8	3.909	61,7	1.913	67,0

Tabela 1 (cont.)

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Características para acessibilidade cadeirante ou usuário com dificuldade de locomoção												
Calçadas em boas condições	7.209	43,5	340	34,1	1.757	33,0	433	41,0	3.293	51,9	1.386	48,6
Porta e corredor de entrada adaptados	8.073	48,7	346	34,7	1.937	36,4	450	42,7	3.590	56,6	1.750	61,3
Corredores e portas internas adaptados	5.840	35,3	164	16,5	1.165	21,9	329	31,2	2.893	45,6	1.289	45,2
Rampa de acesso	9.250	55,8	476	47,5	2.675	50,3	547	51,9	3.760	59,3	1.792	62,8
Barras de apoio	4.089	24,7	126	12,7	703	13,2	204	19,3	2.261	35,7	795	27,9
Corrimão	2.159	13,0	46	4,6	425	8,0	71	6,7	1.162	18,3	455	15,9
Bebedouro adaptado	2.462	14,9	149	15,0	456	8,6	136	12,9	1.134	21,0	387	13,6
Piso regular	9.480	57,2	507	50,9	2.737	51,5	543	51,5	3.934	62,1	1.759	61,6
Piso antiderrapante	6.239	37,7	218	21,9	1.554	29,2	295	28,0	2.651	41,8	1.521	53,3
Inadequada	13.037	78,7	884	88,8	4.646	87,3	880	83,4	4.562	72,0	2.065	72,3
Intermediária	3.296	19,9	103	10,3	654	12,3	174	16,5	1.599	25,2	766	26,8
Adequada	233	1,4	9	0,9	20	0,4	1	0,1	179	2,8	24	0,8
Características para acessibilidade para usuários com dificuldade para ler, deficiente visual ou auditivo												
Sinalização visual de textos ou figuras	2.067	12,5	111	11,1	658	12,4	73	6,9	836	13,2	389	13,6
Braille ou figuras em relevo	6.239	37,7	218	21,9	1.554	29,2	295	28,0	2.651	41,8	1.521	53,3
Recursos auditivos (sonoros)	9.480	57,2	507	50,9	2.737	51,5	543	51,5	3.934	62,1	1.759	61,6
Inadequada	12.055	72,8	862	86,5	4.301	80,8	844	80,0	4.275	67,4	1.773	62,1
Intermediária	3.708	22,4	110	11,0	847	15,9	189	17,9	1.664	26,2	898	31,5
Adequada	803	4,8	24	2,4	172	3,2	22	2,1	401	6,3	184	6,4

Tabela 2. Adequação de atributos de estrutura, dimensão gerencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinalização externa												
Fachada adequada	6.196	37,4	288	28,92	1.939	36,45	367	34,79	2.518	39,72	1.084	37,97
Totem externo adequado	1.695	10,23	85	8,53	326	6,13	88	8,34	796	12,56	400	14,01
Outra forma de sinalização	7.434	44,88	496	49,8	2.478	46,58	538	51	2.682	42,3	1.240	43,43
Inadequada	2.585	15,6	195	19,6	861	16,2	142	13,5	979	15,4	408	14,3
Adequada (alguma forma de identificação)	13.981	84,4	801	80,4	4.459	83,8	913	86,5	5.361	84,6	2.447	85,7
Equipamentos de informática e acesso à internet												
Computador em condições de uso	11.109	67,1	542	54,4	2.021	38,0	838	79,4	5.096	80,4	2.612	91,5
Impressora em condições de uso	9.210	55,6	412	41,4	1.284	24,1	686	65,0	4.518	71,3	2.310	80,9
Estabilizador em condições de uso	9.858	59,5	543	45,5	1.990	37,4	745	70,6	4.484	70,7	2.186	76,6
Equipe com acesso à internet	8.532	51,5	267	26,8	1.197	22,5	555	52,6	4.200	66,3	2.313	81,0
Inadequada	7.631	46,1	588	59,0	4.076	76,6	378	35,8	2.025	31,9	564	19,8
Intermediária	2.531	15,3	205	20,6	380	7,1	239	22,7	1.181	18,6	526	18,4
Adequada	6.404	38,7	203	20,4	864	16,2	438	41,5	3.134	49,4	1.765	61,8
Equipamentos audiovisuais												
Televisão em condições de uso	10.863	65,57	541	54,32	2.536	47,67	627	59,43	5.086	80,2	2.073	72,6
Caixa de som em condições de uso	4.498	27,15	174	17,47	521	9,79	286	27,1	2.408	38,0	1.109	38,8
Inadequada	5.703	34,4	455	45,7	2.784	52,3	428	40,6	1.254	19,8	782	27,4
Intermediária	7.086	42,8	433	43,5	2.175	40,9	409	38,8	2.878	45,4	1.191	41,7
Adequada	3.777	22,8	108	10,8	361	6,8	218	20,7	2.208	34,8	882	30,9
Veículo												
Veículo disponível	12.032	72,6	467	46,9	3.932	73,9	703	66,6	4.337	68,4	2.593	90,8
Inadequada (não possui veículo)	4.534	27,4	529	53,1	1.388	26,1	352	33,4	2.203	31,5	262	9,1
Intermediária (possui veículo mas não atende as necessidades)	3.934	23,8	160	16,1	925	17,4	258	24,5	1.724	27,2	867	30,4
Adequada (possui veículo e atende as necessidades)	8.098	48,9	307	30,8	3.007	56,5	445	42,2	2.613	41,2	1.726	60,5

Tabela 2 (cont.)

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Coordenador												
Inadequada (não possui coordenador)	334	2,0	5	0,5	161	3,0	8	0,8	106	1,7	54	1,9
Adequada (Equipe com coordenador)	16.232	98,0	991	99,5	5.159	97,0	1.047	99,2	6.234	98,3	2.801	98,1
Documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal												
Documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal	9.376	56,6	460	46,2	2.667	50,1	479	45,4	4.128	65,1	1.642	57,5
Referência e fluxo para o parto com comprovação	6.364	38,4	307	30,8	1.631	30,7	305	28,9	3.109	49,0	1.012	35,5
Referência e fluxo para o exame sífilis com comprovação	6.608	39,9	326	32,7	1.810	34,0	324	30,7	3.014	47,5	1.134	39,7
Referência e fluxo para o exame HIV com comprovação	6.649	40,1	327	32,8	1.821	34,2	323	30,6	3.035	47,9	1.143	40,0
Referência e fluxo para o exame glicose com comprovação	6.464	39,0	314	31,5	1.788	33,6	310	29,4	2.949	46,5	1.103	38,6
Referência e fluxo para o exame sumário de urina com comprovação	6.381	38,5	290	29,1	1.788	33,6	296	28,1	2.912	45,9	1.095	38,4
Referência e fluxo para o exame USG com comprovação	6.682	40,3	320	32,1	1.840	34,6	312	29,6	3.095	48,8	1.115	39,1
Inadequada	7.190	43,4	536	53,8	2.653	49,9	576	54,6	2.212	34,9	1.213	42,5
Intermediária	3.883	23,4	213	21,4	1.219	22,9	227	21,5	1.504	23,7	720	25,2
Adequada	5.493	33,2	247	24,8	1.448	27,2	252	23,9	2.624	41,4	922	32,3

Tabela 3. Adequação de atributos de processo, dimensão gerencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Funcionamento da unidade												
Funciona dois turnos	14.721	88,9	873	87,7	4.811	90,4	977	92,6	5.473	86,3	2.587	90,6
Funciona três turnos	1.078	6,5	66	6,6	153	2,9	39	3,7	610	9,6	210	7,4
Funciona um turno	767	4,6	57	5,7	356	6,7	39	3,7	257	4,1	58	2,0
Funciona horário de almoço	8.840	53,4	514	51,6	1.835	36,5	457	43,3	5.058	79,8	976	34,2
Inadequada	1.845	11,1	123	12,4	509	9,6	78	7,4	867	13,7	268	9,4
Intermediária	7.198	43,5	443	44,5	3.256	61,2	561	53,2	1.174	18,5	1.764	61,8
Adequada	7.523	45,4	430	43,2	1.555	29,2	416	39,4	4.299	67,8	823	28,8
Vínculo a Central de regulação												
Central de regulação existente	15.059	90,9	816	81,9	4.802	90,3	941	89,2	5.909	93,2	2.591	90,8
Marcação de consulta especializada	14.896	89,9	804	80,7	4.763	89,5	932	88,3	5.836	92,1	2.561	88,3
Marcação de exames	14.377	86,8	751	75,4	4.665	87,7	867	82,2	5.687	89,7	2.407	84,3
Marcação de leitos	4.433	26,8	258	25,9	1.174	22,1	350	33,2	1.518	23,9	1.133	39,7
Inadequada	2.275	13,7	252	25,3	672	12,6	191	18,1	706	11,1	454	15,9
Intermediária	10.030	60,6	501	50,3	3.501	65,8	541	51,3	4.159	65,6	1.328	46,5
Adequada	4.261	25,7	243	24,4	1.147	21,5	323	30,6	1.475	23,3	1.073	37,6
Alimentação do SISPRENATAL												
Inadequada	2.092	12,6	131	13,2	483	9,1	145	13,7	824	13,0	509	17,8
Adequada	14.474	87,4	865	86,9	4.837	90,9	910	86,3	5.515	87,0	2.346	82,2
Ações de educação permanente												
Ações de Educação Permanente no município	13.433	81,1	751	75,4	3.994	75,1	860	81,5	5.528	87,2	2.300	80,6
Telessaúde no último ano	3.964	23,9	150	15,1	430	8,1	270	25,6	2.258	35,6	856	30,0
EAD/ UNASUS no último ano	1.215	7,3	17	1,7	98	1,8	82	7,8	687	10,8	331	11,6
Rede universitária de telemedicina no último ano	414	2,5	16	1,6	35	0,7	29	2,8	177	2,8	157	5,5
Cursos presenciais no último ano	3.132	18,9	118	11,9	353	6,6	225	21,3	1.747	27,6	689	24,1
Troca de experiência	2.685	16,2	85	8,5	308	5,8	184	17,4	1.499	23,6	609	21,3
Tutoria/ Preceptoria	892	5,4	25	2,5	118	2,2	58	5,5	539	8,5	152	5,3

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Outro curso	418	2,5	13	1,3	30	0,6	11	1,0	259	4,1	105	3,7
Inadequada	3.133	18,9	245	24,6	1.326	24,9	195	18,5	812	12,8	555	19,4
Intermediária	9.469	57,2	601	60,3	3.564	67,0	590	55,9	3.270	51,6	1.444	50,6
Adequada	3.964	23,9	150	15,1	430	8,1	270	25,6	2.258	35,6	856	30,0

Tabela 4. Adequação de atributos de estrutura, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambientes para atendimento clínico ao interior da Unidade												
Estrutura comum												
Farmácia	11.801	71,2	740	74,3	3.932	73,9	651	61,7	4.342	68,5	2.136	74,8
Sala de reunião/educação	8.474	51,2	300	30,1	1.679	31,6	499	47,3	4.336	68,4	1.660	58,1
Adequada	6.592	39,8	228	22,9	1.457	27,4	327	31,0	3.236	51,0	1.344	47,1
Estrutura com num de equipe												
Consultório de enfermagem ou médico	13.955	84,2	728	73,1	4.811	90,4	884	83,8	5.007	79,0	2.525	88,4
Consultório odontológico EqSF Bucal (12019)	10.771	89,6	703	90,0	4.163	90,9	810	91,9	3.261	85,1	1.834	94,3
Sala de curativo	11.005	66,4	656	65,9	3.189	59,9	693	65,7	4.599	72,5	1.868	65,4
Sala de procedimentos	8.278	50,0	442	44,4	2.404	45,2	552	52,3	3.228	50,9	1.652	57,9
Sala de nebulização	5.049	30,5	201	20,2	1.093	20,5	393	37,3	2.255	35,6	1.107	38,8
Sala de vacina	12.733	76,9	815	81,8	4.358	81,9	832	78,9	4.337	68,4	2.391	83,7
Adequada	2.151	13,0	69	6,9	311	5,9	161	15,3	1.153	18,2	457	16,0
Inadequada	1.248	7,5	78	7,8	416	7,8	71	6,7	572	9,0	111	3,9
Intermediária	13.857	83,6	890	89,4	4.743	89,2	884	83,8	4.930	77,8	2.410	84,4
Adequada	1.461	8,8	28	2,8	161	3,0	100	9,5	838	13,2	334	11,7
Instrumentais												
Aparelho de pressão adulto	16.369	98,8	984	98,8	5.245	98,6	1.036	98,2	6.255	98,7	2.849	99,8
Balança adulto	15.630	94,4	911	91,5	4.890	91,9	996	94,4	6.084	96,0	2.749	96,3
Estetoscópio adulto	16.269	98,2	957	96,1	5.210	97,9	1.034	98,0	6.225	98,2	2.843	99,6
Foco de luz	15.698	94,8	914	91,8	4.928	92,6	1.020	96,7	6.065	95,7	2.771	97,1
Mesa para exame ginecológico ou clínico	16.444	99,3	979	98,3	5.278	99,2	1.046	99,2	6.290	99,2	2.851	99,9
Sonar ou estetoscópio de pinar	15.231	91,9	851	85,4	4.955	93,1	969	91,9	5.780	91,2	2.676	93,7
Inadequada	167	1,0	17	1,7	72	1,4	8	0,8	60	1,0	10	0,4
Intermediária	2.598	15,7	270	27,1	961	18,1	162	15,4	889	14,0	316	11,1
Adequada	13.801	83,3	709	71,2	4.287	80,6	885	83,9	5.391	85,0	2.529	88,6

Tabela 4 (cont.)

**Equipamentos para conservação dos imunobiológicos na sala de vacina
=13.691**

Ar-condicionado para sala de vacina	6.683	48,8	798	93,4	2.033	45,7	639	74,5	1.470	28,9	1.743	71,6
Geladeira exclusiva para sala de vacina	13.056	95,4	835	97,8	4.128	92,8	842	96,8	4.882	96,0	2.369	97,3
Inadequada	635	4,6	19	2,2	320	7,2	28	3,2	202	4,0	66	2,7
Intermediária	6.513	47,6	51	5,97	2.152	48,4	215	24,7	3.438	67,6	657	27,0
Adequada	6.543	47,8	784	91,8	1.976	44,4	627	72,1	1.444	28,4	1.712	70,3

**Equipamentos para conservação dos medicamentos na farmácia =
11.801**

Ar-condicionado para farmácia	3.248	27,5	456	61,6	959	24,4	228	35,0	848	19,5	757	35,4
Geladeira exclusiva para farmácia	5.130	43,5	153	20,7	711	18,1	222	34,1	2.841	65,4	1.203	56,3
Inadequada	6.671	56,5	587	79,3	3.221	81,9	429	65,9	1.501	34,6	933	43,7
Intermediária	3.142	26,6	29	3,9	277	7,0	98	15,1	2.109	48,6	629	29,5
Adequada	1.988	16,9	124	16,8	434	11,0	124	19,1	732	16,9	574	26,9

Tabela 5. Adequação de atributos de estrutura, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Insumos para atenção à saúde da população												
Abaixador de língua	15.874	95,8	926	93,0	4.973	93,5	1.027	97,4	6.137	96,8	2.811	98,5
Agulhas descartáveis	15.456	93,3	915	91,9	4.706	88,5	984	93,3	6.030	95,1	2.821	98,8
Ataduras	14.734	88,9	829	83,2	4.598	86,4	880	83,4	5.718	90,2	2.709	94,9
Fita métrica	15.802	95,4	922	92,6	5.024	94,4	1.009	95,6	6.064	95,7	2.783	97,5
EPI	12.289	74,2	685	68,8	3.542	66,6	720	68,3	5.021	79,2	2.321	81,3
Espéculo descartável	14.106	85,2	889	89,3	4.504	84,7	917	86,9	5.271	83,1	2.525	88,4
Equipo soro	10.630	64,2	659	66,2	2.764	52,0	730	69,2	4.375	69,0	2.102	73,6
Seringas	16.047	96,9	943	94,7	5.123	96,3	1.012	95,9	6.153	97,1	2.816	98,6
Gaze	15.211	91,8	911	91,5	4.832	90,8	904	85,7	5.815	91,7	2.749	96,3
Esparadrapo/Fita micropore	15.289	92,3	870	87,4	4.814	90,5	940	89,1	5.906	93,2	2.759	96,6
Recipiente duro p/ descarte perfurocortante	15.405	93,0	827	83,0	4.718	88,7	976	92,5	6.100	96,2	2.784	97,5
Frasco plástico com tampa	11.727	70,8	594	59,6	797	75,6	797	75,6	5.298	83,6	2.195	76,9
Caixa térmicas para vacina	13.956	84,2	810	81,3	4.518	84,9	859	81,4	5.257	82,9	2.512	88,0
Tira reagente	14.455	87,3	686	68,9	4.566	85,8	820	77,7	5.661	89,3	2.722	95,3
Inadequada	642	3,9	67	6,7	273	5,1	64	6,1	208	3,3	30	1,1
Intermediária	11.265	68,0	747	75,0	4.263	80,1	693	65,7	3.888	61,3	1.674	58,6
Adequada	4.659	28,1	182	18,3	784	14,7	298	28,2	2.244	35,4	1.151	40,3
Insumos para atenção à saúde da mulher												
Porta lâmina	13.324	80,4	732	73,5	3.767	70,8	887	84,1	5.434	85,7	2.504	87,7
Fixador de lâmina	13.295	80,3	813	81,6	3.869	72,7	910	86,3	4.951	78,1	2.752	96,4
Espátula de ayres	15.561	93,9	885	88,9	4.890	91,9	959	90,9	6.063	95,6	2.764	96,8
Lâmina de vidro	15.439	93,2	858	86,1	4.891	91,9	939	89,0	5.987	94,4	2.764	96,8
Inadequada	1.894	11,4	163	16,4	923	17,3	125	11,8	584	9,2	99	3,5
Intermediária	3.581	21,6	224	22,5	1.466	27,6	181	17,2	1.388	21,9	322	11,3
Adequada	11.091	67,0	609	61,1	2.931	55,1	749	71,0	4.368	68,9	2.434	85,3

Tabela 6. Adequação de atributos de estrutura, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicamentos essenciais												
Analgésicos e antipiréticos	12.506	75,5	783	78,6	4.046	76,1	681	64,6	4.525	71,4	2.471	86,6
Antidiabéticos	7.909	47,7	476	47,8	1.985	37,3	485	46,0	3.373	53,2	1.590	55,7
Antibacterianos	12.496	75,4	783	78,6	4.207	79,1	620	58,8	4.430	69,9	2.456	86,0
Anti-hipertensivos ou ação vascular	13.052	78,8	796	79,9	4.340	81,6	748	70,9	4.634	73,1	2.534	88,8
Antiparasitários	11.803	71,3	693	69,6	3.955	74,3	546	51,8	4.203	66,3	2.406	84,3
Antiasmáticos	12.146	73,3	735	73,8	3.950	74,3	628	59,5	4.358	68,7	2.475	86,7
Antiácidos e antieméticos	10.726	64,8	686	68,9	3.289	61,8	446	42,3	3.909	61,7	2.396	83,9
Vitaminas, polivitamínicos, sais minerais	12.529	75,6	729	73,2	4.314	81,1	716	67,9	4.337	68,4	2.433	85,2
Contraceptivos hormonais/hormônios sexuais	8.496	51,3	347	34,8	2.503	47,1	316	30,0	3.338	52,7	1.992	69,8
Inadequada	3.724	22,5	185	18,6	1.018	19,1	351	33,3	1.835	28,9	335	11,7
Intermediária	8.147	49,2	696	69,9	3.424	64,4	595	56,4	2.160	34,1	1.272	44,6
Adequada	4.695	28,3	115	11,6	878	16,5	109	10,3	2.345	37,0	1.248	43,7
Medicamentos controlados essenciais												
Medicamentos controlados na unidade	4.348	26,3	240	24,1	703	13,2	185	17,5	2.715	34,3	1.045	36,6
Dispensação de medicamentos controlados centralizada	12.013	72,5	587	58,9	4.081	76,7	738	69,9	4.172	65,9	2.435	85,3
Inadequada	2.899	17,5	328	32,9	993	18,7	282	26,7	1.047	16,5	249	8,7
Adequada (dispõe na unidade ou dispensa centralizada)	13.667	82,5	668	67,1	4.327	81,3	773	73,3	5.293	83,5	2.606	91,3
Testes rápidos na unidade												
Sífilis	512	3,1	98	9,8	121	2,3	55	5,2	179	2,8	59	2,1
HIV	3.201	19,3	137	13,8	240	4,5	68	6,5	2.483	39,2	273	9,6
Gravidez	1.062	6,4	178	17,9	247	4,6	75	7,1	396	6,3	166	5,8
Inadequada	16.296	98,4	959	96,3	5.273	99,1	1.022	96,9	6.221	98,1	2.281	98,8

Tabela 6 (cont.)

Adequada	270	1,6	37	3,7	47	0,9	33	3,1	119	1,9	34	1,2
Vacinas básicas												
Dupla tipo adulto - dT	13.379	80,8	853	85,6	4.376	82,3	4.964	78,3	830	78,7	2.356	82,5
Influenza sazonal	7.556	45,6	510	51,2	2.655	49,9	390	37,0	3.037	47,9	964	33,8
Hepatite B	13.650	82,4	869	87,3	4.544	85,4	840	79,6	5.013	79,1	2.384	83,5
Inadequada	9.362	56,5	510	51,2	2.863	53,8	682	64,6	3.384	53,4	1.923	67,4
Adequada	7.204	43,5	486	48,8	2.457	46,2	373	35,4	2.956	46,6	932	32,6

Tabela 7 (cont.)

Caderneta da gestante	13.974	84,4	887	89,1	4.107	77,2	909	86,2	5.504	86,9	2.567	89,9
Cartão vacina	14.484	87,4	889	89,3	4.731	88,9	891	84,5	5.435	85,7	2.538	88,9
Ficha B gestante SIAB	14.363	86,7	912	91,6	4.344	81,7	876	83,0	5.664	89,3	2.567	89,9
Ficha pré-natal	14.687	88,7	946	95,0	4.819	90,6	960	91,0	5.582	88,0	2.380	83,4
Ficha encaminhamento	14.822	89,5	901	90,5	4.507	84,7	956	90,6	5.866	92,5	2.592	90,8
Inadequada	6.687	40,4	318	31,9	2.543	47,8	457	43,3	4.058	64,0	1.087	38,1
Adequada	9.879	59,6	678	68,1	2.777	52,2	598	56,7	4.058	64,0	1.768	61,9
Prontuário da equipe												
Letra legível	12.281	74,1	817	82,0	3.793	74,7	766	72,6	4.738	74,7	1.987	69,6
Identificação do usuário	15.300	92,4	955	95,9	4.975	93,5	989	93,7	5.743	90,6	2.638	92,4
Hipótese diagnóstica/problema ou condição	14.117	85,2	865	86,9	4.349	81,8	865	82,0	5.587	88,1	2.451	85,8
Exames solicitados	13.994	84,5	870	87,4	4.138	81,2	792	75,1	5.516	87,0	2.498	87,5
Inadequada	6.842	41,3	313	31,4	2.396	45,0	501	47,5	2.453	38,7	1.179	41,3
Adequada	9.724	58,7	683	68,6	2.924	55,0	554	52,5	3.887	61,3	1.676	58,7
Prontuário eletrônico integrado com a rede de atenção												
Inadequada (não possui prontuário eletrônico)	14.272	86,2	968	97,2	5.254	98,8	830	78,7	5.196	82,0	2.024	70,9
Intermediária (possui prontuário, mas não integrado a rede de atenção)	491	3,0	10	1,0	16	0,3	39	3,7	292	4,6	134	4,7
Adequada (possui prontuário eletrônico e está integrado à rede de atenção)	1.803	10,9	18	1,8	50	0,9	186	17,6	852	13,4	697	24,4

Tabela 8. Adequação de atributos de estrutura, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Protocolo com definição de diretrizes terapêuticas: pré-natal e exames essenciais												
Pré-natal	12.410	74,9	699	70,2	3.636	68,4	678	64,3	5.282	83,3	2.115	74,1
Glicemia para o pré-natal	16.290	98,3	992	99,6	5.294	99,5	1.042	98,3	6.178	97,4	2.784	97,5
Sífilis para o pré-natal	16.291	98,3	988	99,2	5.295	99,5	1.041	98,7	6.184	97,5	2.783	97,5
HIV para o pré-natal	16.282	98,3	983	98,7	5.284	99,3	1.041	98,7	6.190	97,6	2.784	97,5
Hepatite para o pré-natal	15.917	96,1	904	90,8	5.063	95,2	1.042	98,8	6.140	97,9	2.768	97,0
Urocultura ou sumário de urina para o pré-natal	16.046	96,9	924	92,8	5.251	98,7	1.006	95,4	6.099	96,2	2.766	96,9
Inadequada	265	1,6	13	1,31	25	0,5	12	1,1	148	2,3	67	2,4
Intermediária	4.458	26,9	374	37,5	1.862	35,0	403	38,2	1.089	17,2	730	25,6
Adequada	11.843	71,5	609	61,1	3.433	64,5	640	60,7	5.103	80,5	2.058	72,1
Protocolos e diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea												
Acolhimento a demanda espontânea/urgência	6.338	38,3	206	20,7	1.442	27,1	226	21,4	3.429	54,1	1.035	36,3
Captação precoce da gestante	4.849	29,3	159	16,0	1.006	18,9	169	16,0	2.736	43,2	779	27,3
Queixas mais frequentes	5.806	35,1	181	18,2	1.275	24,0	204	19,3	3.192	50,4	954	33,4
Inadequada	10.551	63,7	801	80,4	3.982	74,9	840	79,6	3.062	48,3	1.866	65,4
Intermediária	1.375	8,3	50	5,0	395	7,4	57	5,4	628	9,9	25	8,6
Adequada	4.640	28,0	145	14,6	943	17,7	158	15,0	2.650	41,8	744	26,1
Protocolo para visita domiciliar												
Inadequada (não possui protocolo ou não comprova)	10.765	65,0	668	67,1	3.707	69,7	782	74,1	3.699	58,3	1.909	66,9
Adequada (possui protocolo e comprova)	5.801	35,0	328	32,9	1.613	30,3	273	25,9	2.641	41,7	946	33,1

Tabela 09. Adequação de atributos de processo, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuidado domiciliar												
Realiza visita domiciliar	16.515	99,7	988	99,2	5.305	99,7	1.045	99,1	6.327	99,8	2.850	99,8
Cuidado domiciliar realizado por médico ou enfermeiro	16.428	99,2	964	96,8	5.284	99,3	1.035	98,1	6.305	99,5	2.840	99,5
Visitadas de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade	15.407	93,0	880	88,4	5.008	94,1	929	88,1	5.907	93,2	2.683	94,0
Levantamento/mapeamento dos usuários cuidado no domicílio	9.144	55,2	421	42,3	2.481	46,6	431	40,9	4.062	64,1	1.749	61,3
Agenda organizada para garantir visita	11.930	72,0	665	66,8	3.787	71,2	658	62,4	4.819	76,0	2.001	70,1
Programação da visita ACS em função da prioridade da equipe	15.076	91,0	873	87,7	4.969	93,4	918	87,0	5.762	90,9	2.554	89,5
Inadequada	4.688	28,3	342	34,3	1.547	29,1	403	38,2	1.539	24,3	857	30,0
Intermediária	4.893	29,5	337	33,8	1.849	34,8	336	31,8	1.676	26,4	695	24,3
Adequada	6.985	42,2	317	31,8	1.924	36,2	316	30,0	3.125	49,3	1.303	18,7
Captação de gestante e puérpera												
Busca ativa de gestante faltosa pelos ACS	15.498	93,6	926	93,0	4.936	92,8	964	91,4	6.007	94,8	2.665	93,4
Captação de puérpera pelos ACS ou membro da equipe	15.749	95,1	926	93,0	5.197	95,4	954	90,4	6.047	95,4	2.625	91,9
Inadequada	1.717	10,4	126	12,7	469	8,8	170	16,1	579	9,1	373	13,1
Adequada	14.849	89,6	870	87,4	4.851	91,2	885	83,9	5.761	90,9	2.482	86,9
Acolhimento												
Acolhimento implantado	13.314	80,4	626	62,9	3.784	71,1	701	66,5	5.862	92,5	2.341	82,0
Acontece acima de 5 dias e em dois turnos	10.554	63,7	463	46,5	2.388	44,9	610	57,8	4.948	78,0	2.145	75,1
Avaliação risco e vulnerabilidade	11.667	70,4	516	51,8	3.302	62,1	602	57,1	5.160	81,4	2.087	73,1
Em função do risco, define resposta	7.141	43,1	315	31,6	1.717	32,3	314	29,8	3.636	57,4	1.159	40,6
Realizado por profissional de nível superior (médico, enfermeiro ou	12.740	76,9	543	54,5	3.535	66,5	656	62,2	5.727	90,3	2.279	79,8

Tabela 9 (cont.)

cirurgião-dentista													
Inadequada	6.012	36,3	533	53,5	2.932	55,1	445	42,2	1.392	22,0	710	24,9	
Intermediária	4.880	29,5	239	24,0	1.326	24,9	343	32,5	1.866	29,4	1.106	38,7	
Adequada	5.674	34,3	224	22,5	1.062	20,0	267	25,3	3.082	48,6	1.039	36,4	
Realização, coleta e recebimento de exames													
Coleta material para exame de laboratório	8.692	52,5	519	52,1	1.999	37,6	624	59,2	4.250	67,0	1.300	45,5	
Realiza exame de sífilis (VDRL) na gestante	15.283	92,3	920	92,4	5.031	94,6	988	93,7	5.850	92,3	2.494	87,4	
Realiza exame anti-HIV na gestante	15.227	91,9	908	91,2	4.992	93,8	987	93,6	5.846	92,2	2.494	87,4	
Realiza exame hepatite b na gestante	14.711	88,8	805	80,8	4.667	87,7	987	93,6	5.770	91,0	2.482	86,9	
Realiza exame toxoplasmose na gestante	14.456	87,3	760	76,3	4.444	83,5	985	93,4	5.794	91,4	2.473	86,6	
Realiza exame hemoglobina/hematócrito na gestante	15.140	91,4	910	91,4	4.980	93,6	967	91,7	5.816	91,7	2.467	86,4	
Realiza exame glicose na gestante	15.241	92,0	917	92,1	5.027	94,5	972	92,1	5.835	92,0	2.490	87,2	
Realiza exame sumário de urina na gestante	14.889	89,9	833	83,6	4.961	93,3	939	89,0	5.686	89,7	2.470	86,5	
Recebe exame em tempo oportuno	12.142	73,3	694	69,7	3.087	58,0	879	83,3	5.085	80,2	2.397	84,0	
Inadequada	2.518	15,2	267	26,8	1.017	19,1	108	10,2	688	10,9	438	15,3	
Intermediária	7.862	47,5	434	43,6	3.278	61,6	466	44,2	2.296	36,2	1.388	48,6	
Adequada	6.186	37,3	295	29,6	1.025	19,3	481	45,6	3.356	52,9	1.029	36,0	
Tempo de espera para atendimento especializado													
Até 15 dias para consulta da gestante de risco em ginecologia/obstetrícia (7.968)	5.798	75,3	297	80,7	2.269	74,4	280	81,4	2.043	77,5	909	70,0	
Até 30 dias para exame de USG (10.856)	8.921	82,2	503	82,9	3.627	85,6	457	90,9	2.876	77,0	1.458	82,1	
Até 30 dias para exame de diagnóstico de sífilis (8.922)	8.393	94,0	436	90,8	3.373	91,8	382	95,7	2.640	96,0	1.552	96,0	
Até 30 dias para detecção do HIV (8.956)	8.111	90,6	417	88,2	3.141	86,0	373	94,2	2.627	93,9	1.553	94,9	
Inadequada	1.030	13,6	39	10,7	394	12,8	38	10,8	377	15,9	182	13,1	
Intermediária	3.036	40,1	161	44,1	1.188	38,5	164	46,5	902	38,0	621	44,6	
Adequada	3.504	46,3	165	45,2	1.504	48,7	151	42,8	1.096	46,2	588	42,3	

Tabela 10. Adequação de atributos de processo, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

Critérios	Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Situação vacinal e oferta de vacinas												
Orienta a gestante sobre a vacina contra tétano	16.405	99,0	988	99,2	5.293	99,5	1.041	98,7	6.284	99,1	2.799	98,0
Realiza e comprova todas as vacinas do calendário básico	13.110	79,1	828	83,1	4.447	83,6	808	76,6	4.880	77,0	2.147	75,2
Inadequada	3.456	20,9	168	16,9	873	16,4	247	23,4	1.460	23,0	708	24,8
Intermediária	90	0,5	7	0,7	20	0,4	10	0,9	24	0,4	29	1,0
Adequada	13.020	78,6	821	82,4	4.427	83,2	798	75,6	4.856	76,6	2.118	74,2
Utilização da caderneta e registro das informações												
Utiliza caderneta da gestante e comprova	14.116	85,2	890	89,4	4.321	81,2	883	83,7	5.494	86,7	2.528	88,6
Registro profissional que acompanha a gestante	15.231	91,9	945	94,9	4.988	93,8	992	94,0	5.785	91,3	2.521	88,3
Registro consulta odontológica da gestante	9.259	55,9	595	59,7	2.954	55,5	603	57,2	3.500	55,2	1.607	56,3
Registro vacinação em dia da gestante	15.330	92,5	920	92,4	5.049	94,9	987	93,6	5.780	91,2	2.594	90,9
Registro exame citopatológico realizado na gestante	12.236	73,9	694	69,7	3.957	74,4	797	75,6	4.654	73,4	2.134	74,8
Registro do número gestante alto risco no território	10.159	61,3	563	56,5	3.134	58,9	535	50,7	4.190	66,1	1.737	60,8
Inadequada	2.450	14,8	106	10,6	999	18,8	172	16,3	846	13,3	327	11,5
Intermediária	9.039	54,6	604	60,7	2.900	54,5	606	57,4	3.328	52,5	1.601	56,1
Adequada	5.077	30,6	286	28,7	1.421	32,1	277	26,3	2.166	34,2	927	32,5
Programação de consultas e ações												
Programa consultas e ações para usuários de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado, comprova	13.060	78,8	723	72,6	4.177	78,5	767	72,7	5.189	81,9	2.204	77,2
Programa consultas e ações para o pré-natal	13.971	84,3	869	87,3	4.792	90,1	881	83,5	5.083	80,2	2.346	82,2
Inadequada	2.595	15,7	127	12,8	528	9,9	174	16,5	1.257	19,8	509	17,8
Intermediária	1.807	10,9	163	16,4	704	13,2	148	14,0	492	7,8	300	10,5
Adequada	12.164	73,4	706	70,9	4.088	76,8	733	69,5	4.591	72,4	2.046	71,7

Tabela 10 (cont.)

Organização da agenda e oferta promoção da saúde

Agenda organizada para oferta de atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, comprova	11.340	68,5	590	59,2	3.218	60,5	667	63,2	4.778	75,4	2.087	73,1
Oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para aleitamento materno	10.835	65,4	692	69,5	3.847	65,6	652	61,8	4.331	68,3	1.673	58,6
Inadequada	5.731	34,6	304	30,5	1.833	34,5	403	38,2	2.009	31,7	1.182	41,4
Intermediária	2.272	13,7	212	21,3	960	18,0	141	13,4	704	11,1	255	8,9
Adequada	8.563	51,7	480	48,2	2.527	47,5	511	48,4	3.627	57,2	1.418	49,7

Organização da oferta com base de classificação de risco

Organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	15.190	91,7	871	87,5	5.033	94,6	956	90,6	5.762	90,9	2.568	90,0
Inadequada	5.390	32,5	351	35,2	1.866	35,1	380	36,0	1.796	28,3	997	34,9
Adequada (com comprovação)	11.176	67,5	645	64,8	3.454	64,9	675	64,0	4.544	71,7	1.858	65,1

Consulta para garantir puerpério

Consulta em horário especial em qualquer dia da semana	8.798	53,1	514	51,6	2.873	54,0	526	49,9	3.317	52,3	1.568	54,9
Consulta de puerpério realizada por médico ou enfermeiro, comprova	8.483	51,2	417	41,9	3.113	58,5	336	31,9	3.519	55,5	1.098	38,5
Inadequada	12.077	72,9	790	79,3	3.615	68,0	897	85,0	4.496	70,9	2.279	79,8
Adequada	4.489	27,1	206	20,7	1.705	32,1	158	15,0	1.844	29,1	576	20,2

Encaminhamento de usuários

Sai da unidade com consulta em nível especializado agendada	1.939	11,7	68	6,8	264	5,0	71	6,7	1.005	15,9	531	18,6
A consulta é marcada e a data informada depois ao paciente	6.052	36,5	313	31,4	1.100	20,7	342	32,4	3.166	49,9	1.131	39,6
Marcada pelo paciente junto a central de regulação	3.145	19,0	163	16,4	1.725	32,4	190	18,0	558	8,8	509	17,8
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a	2.559	15,5	254	25,5	1.179	22,2	223	21,1	553	8,7	350	12,3

Tabela 10 (cont.)

determinado serviço ou profissional especializado												
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado	1.399	8,5	135	13,6	756	14,2	73	6,9	299	4,7	136	4,8
Não há percurso definido	35	0,2	8	0,8	8	0,2	3	0,3	8	0,1	8	0,3
Inadequada	4.913	29,7	224	22,5	1.548	29,1	275	26,1	2.017	31,8	849	29,7
Intermediária	5.176	31,2	425	42,7	2.551	48,0	401	38,0	1.050	16,6	749	26,2
Adequada	6.477	39,1	347	34,8	1.221	23,0	379	35,9	3.273	51,6	1.257	44,0