



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

ESTHER PEREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
JOÃO PESSOA/PB**

Recife
2018



ESTHER PEREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
JOÃO PESSOA/PB**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutor em Nutrição.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Mônica Maria Osório

Coorientador: Prof. Dr. Roberto Teixeira Lima

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

S586a Silva, Esther Pereira da.
Análise da Qualidade da Assistência pré-natal na atenção primária à saúde do Município de João Pessoa/PB / Esther Pereira da Silva. – 2018.
193 folhas : il. ;30 cm.

Orientadora: Mônica Maria Osório.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Nutrição, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Avaliação em saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Osório, Mônica Maria. (Orientadora). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2018 - 087)

ESTHER PEREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
JOÃO PESSOA/PB**

Tese aprovada em: 31 de Janeiro de 2018.

Prof^a Dr^a Michelle Figueiredo Carvalho
Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Sandra Cristina da Silva Santana
Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Vanessa Sá Leal
Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Juliana Souza Oliveira
Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Mônica Maria Osório
Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco

Recife

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

REITOR

ANÍSIO BRASILEIRO DE FREITAS DOURADO

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISAS E PÓS-GRADUAÇÃO

ERNANI RODRIGUES DE CARVALHO NETO

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

NICODEMOS TELES DE PONTES FILHO

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

ELIZABETH DO NASCIMENTO

VICE COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

MARGARIDA ANGÉLICA DA SILVA VASCONCELOS

CORPO DOCENTE PERMANENTE

ALCIDES DA SILVA DINIZ
CAROL VIRGÍNIA GÓIS LEANDRO
CÉLIA MARIA MACHADO BARBOSA DE CASTRO
ELIZABETH DO NASCIMENTO
ESTER RINEIRO GOUVEIA
ILMA KRUIZE GRANDE DE ARRUDA
JOÃO HENRIQUE DA COSTA SILVA
MARGARIDA ANGÉLICA DA SILVA VASCONCELOS
MARÍLIA DE CARVALHO LIMA
PATRÍCIA MOREIRA AZOUBEL
PEDRO ISRAEL CABRAL DE LIRA
POLIANA COELHO CABRAL
RAUL MANHÃES DE CASTRO
RUBEM CARLOS ARAÚJO GUEDES
SANDRA LOPES DE SOUZA
THAYZA CHRISTINA MONTENEGRO STAMFORD
TÂNIA LÚCIA MONTENEGRO STAMFORD

CORPO DOCENTE COLABORADOR

ADRIANO EDUARDO LIMA DA SILVA
ÂNGELA AMÂNCIO DOS SANTOS
EVANDRO LEITE DE SOUZA
KARLA MÔNICA FERRAZ TEIXEIRA LAMBERTZ
LEONIE ASFORA SARUBBO
MALAQUIAS BATISTA FILHO
MÔNICA MARIA OSÓRIO DE CERQUEIRA
RAQUEL CANUTO
RAQUEL DA SILVA ARAGÃO

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, fonte inesgotável de sabedoria, pela força e proteção durante toda a caminhada.

Aos meus **pais**, Sr Moisés e Dona Alaíde, pela presença, paciência e incentivo constantes, aos quais serei eternamente grata e dedico à obtenção deste título.

Ao meu **irmão e sua esposa**, Isaac Alberto e Taiana Valois, pelas palavras sempre encorajadoras que fortaleceram meu coração nos momentos de dúvida.

Ao meu **noivo**, Daniel Mendes, por sempre me incentivar e pela compreensão nos momentos de ausência.

Às **amizades** que Deus me presenteou: Heleni Aires, Geovanna Torres, Débora Cavalcante e, a mais recente Marcela Melo, pelos momentos de dúvida e angústia compartilhados e estímulo a prosseguir sempre.

À **minha amiga**, Ana Paula Leite, e aos **demais colegas com quem trabalho**, que represento nas pessoas de Profª Terezinha Domisciano e Ronaldo Cirne, pelo constante apoio e compreensão.

Ao **amigo e colaborador**, Antônio Leite, por suas fundamentais contribuições na estatística do trabalho e pelo apoio sempre disponível.

À **orientadora**, Profª Mônica Osório, por ter me aceitado como orientanda e pelas orientações tão bem direcionadas e fundamentadas.

Ao **co-orientador**, Prof. Roberto Teixeira, pelo bom acolhimento de sempre, pela logística de estrutura disponibilizada em João Pessoa para a realização da pesquisa, pelas palavras de incentivo e pelas orientações.

Aos **membros da banca**, Professores: Michelle Figueiredo Carvalho, Sandra Cristina da Silva Santana, Vanessa Sá Leal, Poliana Coelho Cabral, Juliana Souza Oliveira e Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna por aceitarem o convite e colaboração na elaboração deste trabalho.

Aos **amigos e colegas da turma de doutorado**, por compartilhar momentos de aprendizados e por todo apoio e incentivo.

Aos **Professores da Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco**, pela dedicação, eficiência e ensinamentos que engrandecem a qualidade do programa.

Às **secretárias da Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco**, Cecília Arruda e anteriormente Neci Nascimento, pela disponibilidade e apoio durante este período.

Aos **participantes da pesquisa**, profissionais e mulheres do pré-natal da atenção primária de saúde de João Pessoa-PB, por aceitarem a participar da pesquisa.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente tornaram possível a elaboração deste trabalho.

“Grandes coisas fez o Senhor por nós e por isso estamos alegres”
(Bíblia Sagrada, Salmos 126.3)

RESUMO

A qualidade da atenção pré-natal está associada a desfechos obstétricos desejáveis e à boa saúde do binômio mãe-filho, sendo sua avaliação importante na descoberta de resultados que possibilitem intervenções visando à melhoria dessa assistência. Nesse contexto, são observados alguns índices, entre eles, os índices de Kessner e APNCU, que visam avaliar o cuidado pré-natal. Entretanto os mais utilizados apresentam como componentes avaliativos apenas informações referentes à idade gestacional de início do pré-natal e número de consultas, o que não reflete na totalidade a qualidade do cuidado. Inserido nesta temática, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal no município de João Pessoa-PB e verificar se variáveis demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, de morbidades maternas e, de cuidado pré-natal, foram possíveis fatores determinantes da adequação do pré-natal. Trata-se de um estudo transversal, com base em entrevistas com 130 profissionais das unidades de saúde da atenção primária e 1673 puérperas, no momento pós-parto, na maternidade. Para estas, as informações também foram coletadas a partir do Cartão da Gestante e dos prontuários. Neste estudo, a avaliação da atenção pré-natal se deu por meio do índice IPR pré-natal, que classifica o pré-natal em quatro categorias (adequado superior, adequado, intermediário e inadequado), a partir de critérios envolvendo estrutura, processo e resultados. A classificação do pré-natal foi dicotomizada (adequado, inadequado) e, por meio da regressão logística binária, com o cálculo do odds ratio e intervalo de confiança (IC95%), foram verificados os fatores associados ao desfecho, considerado aqui como: “pré-natal”. A assistência pré-natal no município de João Pessoa apresentou baixa prevalência de adequação, com aproximadamente 25%. A partir das análises, foi observado que o Distrito Sanitário onde a mulher foi assistida, a paridade, o aumento da renda per capita, a participação da mulher em atividades sistemáticas de educação em saúde, o seu atendimento pela equipe multiprofissional e a escolaridade, foram determinantes na adequação do pré-natal. Portanto, o estudo demonstrou que fatores como: acesso, iniquidades reprodutivas e econômicas, elementos educativos e multiprofissionalidade na assistência determinam o pré-natal adequado. Aspectos estes que devem ser levados em consideração no planejamento e desenvolvimento das ações voltadas para a saúde materno-infantil, especificamente no cuidado pré-natal da atenção primária à saúde.

Descritores: Cuidado pré-natal. Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde

ABSTRACT

Prenatal quality is associated with desirable obstetric outcomes and with the health of the mother-child binomial, which assessment is important in the discovery of results that allow interventions aimed at improving prenatal care. In this context, some indexes are used to evaluate prenatal care; however, the most used present as evaluative components only information regarding gestational age at the beginning of prenatal care and number of medical visits, which does not reflect in full the quality of care. The aim of this study was to evaluate the quality of prenatal care in the city of João Pessoa-Paraíba and to verify whether demographic, socioeconomic, reproductive, maternal morbidity and prenatal care variables were possible determinants of prenatal adequacy. This cross-sectional epidemiological study was carried out based on interviews with 130 professionals from primary health care units and 1673 postpartum women at the maternity ward. For these, information was also collected from the Pregnant Woman's Card and medical records. Prenatal qualification was based on the prenatal IPR index, which classifies prenatal care into four categories (appropriate superior, adequate, intermediate and inadequate), based on criteria involving structure, process and results. Prenatal qualification was dichotomized (adequate, inadequate) and, through binary logistic regression, odds and confidence interval (95% CI), the risk factors associated with the outcome were verified, considered here as: "Adequate prenatal care". Prenatal care in the city of João Pessoa presented low prevalence of adequacy, with approximately 25%. Based on the analyses, it was observed that in the Health District where women were assisted, parity, *per capita* income increase, women's participation in systematic health education activities, their attendance by the multiprofessional team, and schooling were determinants of prenatal qualification. Therefore, the study demonstrated that factors such as: access, reproductive and economic inequities, educational elements and multiprofessionality in prenatal care determine its quality, and should be taken into account in the planning and development of actions aimed at the maternal-child group, specifically in the prenatal care performed in primary health care units.

Keywords: Prenatal care. Health evaluation. Primary health care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação esquemática do fluxo da coleta de dados para a classificação do pré-natal pelo índice IPR Pré-Natal. João Pessoa/PB, 2016	61
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Comparação dos Índices de Kessner e APNCU e Recomendações do MS/PHPN	47
Quadro 2 - Distribuição de unidades amostrais segundo unidades totais de saúde do município por Distrito Sanitário. João Pessoa, 2016	54
Quadro 3 - Distribuição de puérperas amostrais segundo nascidos vivos por Distrito Sanitário. João Pessoa, 2016.....	55
Quadro 4 - Classificação da adequação da assistência pré-natal pelo IPR Pré natal. João Pessoa/PB, 2016	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da Estrutura dos serviços de atenção ao pré-natal em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB, 2016	65
Tabela 2- Caracterização do processo de trabalho dos serviços de atenção ao pré-natal em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB, 2016	66
Tabela 3- Características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas das usuárias que realizaram o pré-natal da atenção primária de João Pessoa-PB, 2016.....	67
Tabela 4- Características de morbidade e de cuidado de pré-natal relatadas por usuárias da atenção primária de João Pessoa-PB, 2016.....	68
Tabela 5- Qualificação da assistência ao pré-natal segundo aspectos de estrutura, processo e resultados na atenção primária.....	69
Tabela 6- Comparação dos índices para avaliação do pré-natal da atenção primária do município de João Pessoa-PB. 2016	70
Tabela 7- Análise da regressão logística com a associação das variáveis independentes com a adequação da assistência ao pré-natal na atenção primária	71
Tabela 8- Análise da regressão logística das variáveis com a adequação da assistência ao pré-natal da atenção primária	73

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Saúde Materno Infantil	17
2.1.1 Caracterização do grupo materno-infantil e sua vulnerabilidade biológica e social	17
2.1.2 Histórico de políticas de saúde materno-infantil	21
2.2 Assistência pré-natal no Brasil	26
2.3 Assistência pré-natal na atenção primária em saúde	28
2.4 Nutrição na assistência pré-natal	29
2.5 Avaliação em Saúde	33
2.6 Avaliação da adequação da assistência pré-natal	38
2.6.1 Índices e critérios de avaliação da qualidade da assistência pré-natal	40
2.6.2 Índice IPR Pré Natal	48
3 PERGUNTAS CONDUTORAS	51
4 HIPÓTESES	51
5 OBJETIVOS	52
5.1 Objetivo geral	52
5.2 Objetivos específicos	52
6 MÉTODOS	53
6.1 Área de estudo	53
6.2 Desenho e plano de amostragem	53
6.3 Coleta dos dados	55
6.4 Processamento e análise dos dados	57
6.5 Considerações éticas	64
7 RESULTADOS	65
8 DISCUSSÃO	74
8.1 Caracterização do pré-natal	74
8.2 Análise dos fatores determinantes na adequação da assistência pré-natal	82
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88

APÊNDICES	107
APÊNDICE A- ARTIGO 1: “Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados”	108
APÊNDICE B- ARTIGO 2: “Fatores determinantes para adequação do pré-natal na atenção primária de saúde no nordeste do Brasil”	135
APÊNDICE C- Formulário de entrevista aos profissionais de saúde	165
APÊNDICE D – Formulário de entrevista na maternidade	170
APÊNDICE E- Termo de consentimento livre e esclarecido destinado aos profissionais	178
APÊNDICE F- Termo de consentimento livre e esclarecido destinado às mulheres	180
APÊNDICE G- Termo de assentimento livre e esclarecido	182
ANEXOS	178
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética	185
ANEXO B- Comprovante de Submissão à Revista BMC Health Services Research e email da revista aos autores	189
ANEXO C- Aprovação do artigo na Revista Ciência & Saúde Coletiva	192

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal corresponde ao período de acolhimento da mulher, desde o início de sua gravidez até o momento pós-parto. Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de monitorar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança. Estudos observacionais sugerem que a adequação do pré-natal está associada com menores índices de mortalidade fetal, neonatal e infantil, como também menores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna. Neste sentido, torna-se necessária a avaliação da assistência, a fim de colaborar para a melhoria das práticas (ANVERSA et al., 2012; BRASIL, 2012; DOMINGUES et al., 2012; 2013; FONSECA et al., 2014; REIS et al., 2015).

Na literatura especializada verificou-se que alguns procedimentos são usados para avaliar o serviço do pré-natal; entre estes, destacam-se o Índice de Kessner (1973) e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-Natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization* - APNCU), proposto por Kotelchuck (1994), adaptados em estudos para avaliar a oferta do cuidado pré-natal. Ambos classificam o pré-natal a partir dos critérios avaliativos: trimestre de início do pré-natal e número de consultas (ALMEIDA; BARROS, 2005; ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; GOMES; CESAR, 2013; SILVEIRA et al., 2001; TAKEDA, 1993).

Estudos recentes demonstram que, na avaliação da atenção ao pré-natal, privilegiar apenas estes aspectos quantitativos impossibilita a visualização de impactos relevantes no conteúdo e na qualidade da assistência, sendo necessária a inserção de novos componentes que mensurem a qualidade de forma integral, como: profissionais que realizam as consultas, aspectos educativos, exames e procedimentos clínicos, entre outros (BEECKMAN et al., 2011; DOMINGUES et al., 2012; SILVA et al., 2013; HEAMAN et al., 2014).

Nesse contexto, para ampliar a qualidade do cuidado pré-natal o Ministério da Saúde (MS) implantou, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) e, em 2011, a iniciativa Rede Cegonha, que estabelecem parâmetros de avaliação que ultrapassam os aspectos referentes ao número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencam também, elementos de conteúdo, como estrutura dos serviços, recursos humanos, ações clínicas e

educativas durante a assistência, de modo que o pré-natal seja realizado de forma resolutiva (BRASIL, 2011; ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2015).

Apesar do aumento da cobertura de pré-natal no país, desigualdades regionais ainda persistem; especificamente na Região Nordeste, estudo nacional recente (LEAL et al., 2015) constataram menores percentuais de cobertura, início tardio do pré-natal, maiores barreiras de acesso e menor realização de exames, além de maiores proporções de indicadores obstétricos relacionados à assistência pré-natal de baixa qualidade, como óbitos maternos e neonatais. Neste mesmo estudo, foi observado que na Paraíba, estado de realização da presente pesquisa, foi observada uma menor prevalência de adequação em comparação a outros Estados da Região, ao se avaliar o pré-natal de acordo com as recomendações do MS.

Sendo o município o ponto de partida para possíveis intervenções nas práticas de saúde e pressupondo que a Região Nordeste, quando comparada às outras regiões brasileiras, apresenta maiores indicadores negativos quanto ao pré-natal (LEAL et al., 2015), a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal da atenção primária à saúde do município de João Pessoa, no estado da Paraíba, por meio de um índice estruturado a partir das diretrizes do MS, inserindo em sua avaliação elementos de conteúdo referentes à estrutura dos serviços, processo de trabalho e resultados da assistência pré-natal da atenção primária. Além disso, pretendeu identificar correlações de aspectos demográficos, socioeconômicos, reprodutivos, de morbidade materna e relacionadas ao cuidado, como possíveis fatores que determinam à adequação da assistência pré-natal.

Os resultados desta tese estão apresentados no formato tradicional. Desse trabalho, foram desenvolvidos dois artigos. Um de revisão intitulado: “Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados” publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva (apêndice A), o qual teve por objetivo analisar a partir de uma revisão sistemática, por meio da busca de estudos randomizados em bases de dados nacionais e internacionais, o impacto de estratégias educacionais desenvolvidas no pré-natal de baixo risco em resultados obstétricos como: peso ao nascer, prematuridade e aleitamento materno.

O outro estudo intitulado: “Fatores determinantes para adequação do pré-natal na atenção primária de saúde no nordeste do Brasil” foi enviado à revista internacional: BMC Services Research (Apêndice B). Este teve por objetivo avaliar a

adequação do pré-natal identificando possíveis fatores determinantes na adequação da assistência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde materno-infantil

2.1.1 Caracterização do grupo materno-infantil e sua vulnerabilidade biológica e social

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), estão incluídas no grupo materno-infantil as seguintes faixas etárias ou momentos fisiológicos: Mulheres em idade reprodutiva ou mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes, nutrizes ou lactantes (mulheres que amamentam), lactentes (0 a 11 meses e 29 dias), crianças (12 meses a 9 anos 11 meses e 29 dias) e, adolescentes (10 a 19 anos 11 meses e 29 dias).

No Brasil, este grupo, corresponde a aproximadamente 60% da população total de habitantes e apresenta as mais elevadas taxas de morbi-mortalidade em comparação com outros grupos populacionais (BRASIL, 2012).

O Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP, 2010) conceitua terminologias aplicadas ao grupo materno-infantil, dentre as quais destacamos algumas de interesse para o estudo:

- Período pré-natal: Período compreendido entre a concepção e o momento do parto;
- Período pós-natal: Refere-se ao período após o nascimento até 42 dias pós-parto;
- Mortalidade Materna: Óbito da mulher durante a gravidez até completar 42 dias de puerpério, por causas relacionadas à gestação, ao parto e puerpério;
- Mortalidade perinatal: Óbito fetal compreendido entre as 22 semanas de gestação aos 7 primeiros dias de nascimento;
- Peso ao nascer: Primeiro peso obtido após o nascimento;
- Recém-nascido de baixo peso: Recém-nascido com peso ao nascer inferior a 2500 g;
- Idade gestacional: Duração da gestação a partir do primeiro dia do último período menstrual;

- Gestação pré-termo: Gestação com menos ou igual a 37 semanas completas;
- Gestação a termo: Gestação compreendida entre a 38^a e 41^a semana;
- Gestação pós-termo: Corresponde a 42 semanas completas ou mais de gestação.

Sobre o aspecto da vulnerabilidade do grupo materno-infantil, ressalta-se a gestação na adolescência, como um grave problema de saúde pública no país. De maneira geral, a gestação na adolescência representa uma situação de risco biológico (tanto para as mães como para os recém-nascidos) e está associada à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em relação à infecção pelo HIV, os dados epidemiológicos vêm mostrando um aumento do número de casos na faixa etária de 17 a 20 anos (TABORDA et al., 2014).

Nesse contexto de vulnerabilidade, é também evidenciado um elevado índice de morbidade e mortalidade na população de crianças e mulheres, causadas por complicações passíveis de serem evitadas, mediante detecção precoce e tratamento adequado nas fases da gravidez e do parto, momentos cruciais para um nascimento saudável (QUEIROZ et al., 2009).

Entre as complicações de causas evitáveis encontra-se a mortalidade materna. Este indicador é considerado como sendo o que mais discrimina os níveis de saúde entre os países mais pobres e os mais ricos (BRASIL, 2012). Nos anos 90, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil era de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV). Nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ficou acordada a redução de 75% do número de mortes maternas até o ano de 2015 (BRASIL, 2015; ONU, 2015; RODRIGUES et al., 2016). No país, foi observada a redução da mortalidade materna em 2015 para 44 óbitos por 100 mil nascidos vivos, não atingindo a meta proposta que era de aproximadamente 20 óbitos por mil nascidos vivos, estabelecida como aceitável para OMS. Especificamente no município de João Pessoa, local de realização do estudo, a RMM encontra-se com taxas elevadas, em torno de 58,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos, superior ao valor da taxa nacional

Visando a redução destes indicadores, em 2015, líderes mundiais se reuniram e firmaram os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Esta iniciativa teve como finalidade propor planos e metas até 2030 que visam erradicar a pobreza e a fome em todos os lugares, combater as desigualdades dentro e entre os países, construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, proteger os direitos humanos e promover a igualdade de gênero e, assegurar a proteção duradoura do planeta e seus recursos naturais (ONU, 2015).

Entre estes planos e metas, está à redução da mortalidade materna e neonatal que segundo firmado nos ODS, pretende-se a redução em todos os países para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos de mortes maternas e, a queda da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

No entanto, os valores encontrados são bem acima quando comparados a países desenvolvidos como Finlândia, Alemanha e, Noruega, nos quais, a RMM encontra-se na faixa de três a cinco óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Anda, quando se observa países próximos como Chile e Uruguai, o Brasil apresenta também valores superiores. A RMM nestes países corresponde a 22 e 15 respectivamente (ONU, 2015).

Entre as principais causas da mortalidade materna estão: a hemorragia grave (especialmente durante e no pós-parto), hipertensão na gestação, infecções e complicações de abortos.

Nesse contexto, práticas benéficas realizadas durante a assistência pré-natal podem contribuir para prevenir a morte materna. As estratégias mais importantes constituem em um tripé com intervenções específicas relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional durante a gestação (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

O pré-natal deve ser eficaz na detecção de riscos e, nesses casos, a gestante deve ser encaminhada para serviços de atenção especializada (BRASIL, 2012).

Na perspectiva de mortes por causas evitáveis, outro indicador é a mortalidade neonatal, considerada uma importante variável de impacto da assistência, principalmente no que diz respeito às iniquidades dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal (BRASIL, 2012). No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal foi de 9/1.000 nascidos vivos em 2015. No município de João Pessoa-PB, os valores se assemelham ao valor da taxa nacional com

9,06 óbitos neonatais por mil nascidos vivos. Esses valores excedem quando comparados a países desenvolvidos como Suécia, e Finlândia, nos quais os números apontam uma faixa entre dois a quatro óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2015; RODRIGUES et al., 2016).

Estas elevadas taxas podem estar possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e a utilização de práticas iatrogênicas como intensa medicalização, que podem repercutir sobre os resultados perinatais. Inserida nestas práticas, encontra-se também a taxa elevada de partos cesáreos que corresponde a mais da metade dos nascidos vivos no país (LANSKY et al., 2014).

Revisões sistemáticas demonstram a efetividade da assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, tais como o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso e vacinação antitetânica (VILLAR et al., 2006; BARROS et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012). Estudos observacionais têm também demonstrado benefícios dessa assistência, correlacionando a desfechos mais favoráveis (WEHBY et al., 2009; DEBIEC et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012).

A vulnerabilidade biológica do grupo materno-infantil pode ser justificada pelas elevadas necessidades nutricionais devido ao processo peculiar de crescimento e desenvolvimento. Tais transformações implicam em aumento nos requerimentos de macro e micronutrientes (THIAPÓ et al., 2007).

As gestantes são suscetíveis à inadequação nutricional, pelo aumento da demanda de energia e de macro e micronutrientes que ocorre durante a gravidez para garantir a saúde materno-fetal. A qualidade da alimentação e o estado nutricional da mulher, antes e durante a gravidez, afetam o crescimento e o desenvolvimento fetal, bem como a evolução da gestação (FAZIO et al., 2011).

Nesse contexto, torna-se relevante conhecer as características da população materno-infantil e seus agravos, na perspectiva de contribuir no planejamento das ações para atender às demandas e as necessidades das usuárias, a partir de uma rede qualificada de assistência integral com sistemas regionalizados e hierarquizados; o que permite assegurar o acesso deste grupo populacional com serviços eficientes e resolutivos (QUEIROZ et al., 2009).

2.1.2 Histórico de políticas de saúde materno-infantil

A segunda metade do século passado foi marcada pela realização de vários fóruns sobre saúde e nutrição, estando a mulher e a criança no centro das discussões, sendo reconhecida a vulnerabilidade biológica e o contingente expressivo do grupo materno-infantil, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento. Tal reconhecimento justifica a prioridade conferida a esse segmento populacional nas intervenções em saúde, inserindo-se a alimentação e a nutrição. (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

A saúde materno-infantil no Brasil vem sofrendo mudanças desde a reforma sanitária em 1920, quando foi criada a Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância no Departamento Nacional de Saúde Pública. As ações políticas levaram a ampliação da atenção à saúde, bem como a introdução de programas de saúde, no campo da assistência à mulher e à criança, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil (BICESKI et al., 2012).

As políticas de saúde até a década de 60 voltadas para proteção da maternidade e da infância visavam à criação de uma nação forte e sadia, onde a reprodução era vista como uma função social e as práticas de higiene como defesa e conservação da vida. Assim, a assistência à maternidade e à criança tinha como objetivo o desenvolvimento de recém-nascidos saudáveis e a redução da mortalidade infantil, além da preocupação social e política com o crescimento populacional e o fortalecimento da nação (BICESKI et al., 2012).

Para tanto, nos anos 70, as questões específicas da saúde da mulher e da criança começaram a ser discutidas e registradas, uma vez que o modelo de atenção à saúde era médico assistencial privatista, priorizando o cuidado individualizado, de base hospitalar e ambulatorial. As políticas adotadas tinham como características o excesso de intervenções médicas sobre o corpo feminino (BICESKI et al., 2012; CASSIANO et al., 2014).

A partir de meados da década de 1980, observa-se no cenário nacional um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. As mulheres passam a expor suas reivindicações que dizem respeito ao direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde, desigualdade social entre homens e mulheres, doenças sexualmente

transmissíveis, sobrecarga de trabalho doméstico e questões entendidas na esfera da saúde pública. O interesse pelo tema Saúde da Mulher e Infantil cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento ao grupo materno-infantil que garantissem o respeito aos seus direitos (SANTOS et al., 2008; SEPÚLVEDA, 1997).

Nesse contexto, como resposta do Estado às reivindicações populares, surgem programas que têm como enfoque a assistência materno-infantil, entre eles: o Programa Materno-Infantil (PMI), implantado em 1975, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ambos instituídos em 1984. Cada um destes programas foi construído em contextos históricos distintos. O primeiro, numa conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura. O segundo e o terceiro, discutidos e implantados no período de transição democrática, fruto de negociação com o movimento de mulheres (TYRRELL; CARVALHO, 1995). Segundo Hartz e Silva (2005) o PMI era constituído de subprogramas, entre eles: assistência materna: gestação, parto e puerpério, expansão da assistência materno-infantil, suplementação alimentar, prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação e capacitação de recursos humanos.

O PAISM foi a estratégia criada pelo Ministério da Saúde para melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher. As diretrizes do programa previam a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, com enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção (contextos social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva). Outra meta importante do projeto era a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

O PAISC foi preconizado pelo Ministério da Saúde, com objetivo mais amplo de reduzir a morbimortalidade na faixa etária até cinco anos, com cuidados específicos: acompanhar o crescimento e o desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança; promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no primeiro ano de vida; aumentar os níveis de cobertura vacinal de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde; identificar precocemente os processos patológicos, favorecendo o diagnóstico e tratamento

oportunos; e promover a educação, destacando a importância da família nas atividades de assistência à criança (LACOSKI; HONER, 2005).

Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir a saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1990 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde. O modelo do SUS tem seus princípios centrados na universalidade, integralidade, equidade, controle social; organizado por meio da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (BRASIL, 2000). Inserido no contexto da descentralização, com ênfase na municipalização, surge a atenção primária à saúde, como forma de garantir a efetividade do SUS a nível mais local (BRASIL, 2010).

Com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente reorganizado como Estratégia Saúde da Família (ESF), foram enfatizados pelo governo federal brasileiro como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. Países que implementaram estratégias resolutivas de atenção primária apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006; CASTRO; MACHADO, 2010).

Sobre as ações básicas de saúde, o grupo materno-infantil é o responsável pela maior parte dos atendimentos nas unidades de saúde da atenção primária. Portanto, os profissionais de saúde devem estar capacitados a atender de forma humanizada e resolutiva esta parcela da população, proporcionando uma assistência qualificada, contribuindo na promoção à saúde, identificação prévia de riscos e, tratamento de agravos, sendo também responsáveis para a redução de indicadores desfavoráveis como mortalidade materna e neonatal (ANVERSA et al., 2012 NETO et al., 2012).

No final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição PAISM, a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde passou a desenvolver ações que tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande eixo condutor. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto

de referência para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Surge nesse cenário, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), implantado no ano 2000 pelo Ministério da Saúde em todo território brasileiro. O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, inclui também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

O programa estabelece critérios quantitativos mínimos para o cuidado obstétrico, visando indiretamente à obtenção de melhoria na qualidade da atenção, que incluem entre eles, início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do HIV, imunização contra o tétano e consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; NETO et al., 2012).

O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização é condição primeira para o adequado acompanhamento da gestante, parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde acolher com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher e ao neonato. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2006).

Inserido nas estratégias de atenção ao grupo materno-infantil, encontra-se também o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma vez que estes indicadores possuem forte associação com a assistência e poderiam ser evitados pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. O pacto foi firmado com diferentes instâncias governamentais e sociais visando a formulação de estratégias para a redução das mortes maternas e neonatais. Especificamente no pré-natal as ações são: a expansão da oferta dos exames laboratoriais, o tratamento de gestantes com sífilis e AIDS e, a garantia da

vinculação da gestante ao serviço que fará o parto integrando os níveis de atenção proporcionando a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004).

Reforçando a redução da mortalidade infantil e materna, é implantado em 2006, o Pacto pela Saúde, que possui como um de seus componentes o Pacto pela Vida. Este também apresenta como uma de suas prioridades a redução da mortalidade materna e neonatal com o apoio à elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção e à garantia de insumos e medicamentos para tratamento de agravos (BRASIL, 2006).

Nesse contexto de redução de indicadores com causas evitáveis que incluem a assistência pré-natal não qualificada, surgem os comitês para a redução da mortalidade materna. Os comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é Saúde da Mulher. Os comitês, portanto, exercem um importante papel de controle social. Seus objetivos são identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes (BRASIL, 2007).

Em 2011, é instituída pelo Ministério da Saúde, a iniciativa “Rede Cegonha” como forma de sistematizar a rede de cuidados materno-infantil e assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Apresenta como objetivos, fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

2.2 Assistência pré-natal no Brasil

As primeiras formas de intervenção estatal de cuidado pré-natal datam da Inglaterra do século XVIII, por meio de políticas voltadas para a infância e medicalização do parto, com o objetivo de produzir condições melhores de vida para as crianças, impondo assim, um conjunto de obrigações sobre pais e filhos (NETO et al., 2013). Entretanto, segundo Rasia e Albernaz (2008) os serviços de atendimento pré-natal foram iniciados no Brasil nos anos 20-30, quando se estabeleceram como serviço indispensável para o acompanhamento da gestação.

Para o MS do Brasil, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças fisiomorfológicas e emocionais - que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem induzir o advento de intercorrências patológicas próprias da gravidez ou agravar processos pré-existentes (BRASIL, 2012).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, para que a assistência pré-natal seja efetiva, as seguintes condições devem ser garantidas: captação precoce da gestante na comunidade; controle periódico contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimo; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contrarreferência e avaliação das ações de assistência pré-natal. Esta assistência, inserida no contexto da assistência integral à saúde da mulher, deve contar com avaliação clínica, odontológica, nutricional, psicológica e de apoio social (BRASIL, 2012).

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

O pré-natal deve ser eficaz em detectar gestantes de risco possibilitando o tratamento e prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal. A gestação é de alto risco quando a vida ou saúde da mãe e/ou filho e/ou do recém-nascido têm maiores chances de morbi-mortalidade imediata. A gravidez é considerada de baixo risco quando não é necessário aplicar

intervenções de maior complexidade e cujas ocorrências de morbidades e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população geral (BRASIL, 2012).

No Brasil, em 2015, a cobertura de mulheres que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal encontrava-se em 90%. Porém, esse indicador esconde iniquidades importantes, apresentando piores resultados em mulheres adolescentes, negras, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, múltiparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2010; DOMINGUES et al., 2015).

O cuidado pré-natal exerce um efeito protetor para a saúde materna e a neonatal, que compreende um conjunto de ações voltadas à redução do risco e da severidade da morbimortalidade para o binômio mãe-filho (CHEN et al., 2010; LIBERA et al., 2011). A atenção pré-natal permite o monitoramento da saúde da gestante, identifica fatores de risco e realiza a detecção e o tratamento oportuno de afecções, o que contribui para melhores desfechos maternos e perinatais (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013).

Na mais recente Pesquisa Nacional de Saúde publicada em 2015, mostrou que a cobertura de pré-natal foi de 97,4%. Deste total, 83,7% iniciaram a assistência no primeiro trimestre e 87,8% tiveram seis ou mais consultas. Ainda, 69,2% declararam ter recebido orientação sobre sinais de risco na gravidez; 82,4% tiveram orientação sobre aleitamento materno; 74,9% foram informadas sobre o serviço de saúde a que deveriam ir ao momento do parto e 97,9% tiveram o último parto em hospital ou maternidade. Questionadas pelos exames realizados durante o pré-natal, 97,3% das gestantes declararam ter feito exame de sangue; 88,8% informaram que foi solicitado exame de HIV; 98,1% realizaram exame de urina e 97,7% fizeram ao menos um exame de ultrassonografia (BRASIL, 2015).

Em estudo realizado no município de João Pessoa-Paraíba, foi verificada uma prevalência de cobertura de pré-natal de 97,1%. A prevalência de gestantes que iniciaram a assistência no primeiro trimestre e realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal foi de 83,6% e 89,9%, respectivamente, valores aproximados às prevalências nacionais. Entretanto, quando se insere, além do início do pré-natal e número de consultas, o número de mulheres que realizaram os exames básicos e cobertura antitetânica, a prevalência diminuiu para 39,9% (SILVA et al., 2013).

2.3 Assistência pré-natal na atenção primária em saúde

Os indicadores da assistência à saúde materno-infantil têm melhorado no Brasil como um todo. A taxa de mortalidade infantil no país foi reduzida a menos da metade ao longo de 15 anos, passando de 29,02 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos no ano 2000 para 13,82/1.000 nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2015). Isso decorre, sobretudo, da expansão dos serviços básicos de saúde, na melhoria da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, com especial destaque para os serviços de atenção primária à saúde (GOMES; CESAR, 2013).

A atenção primária à saúde é a responsável pela coordenação do cuidado pré-natal. Nela, se efetua o pré-natal de baixo risco, quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade e as ocorrências de desfechos obstétricos desfavoráveis são menores dos que a população geral (BRASIL, 2012). No Brasil, 89,6% das gestantes realizam a assistência pré-natal na atenção primária. Com esta cobertura, espera-se que na Estratégia de Saúde da Família o cuidado pré-natal seja realizado com o máximo de procedimentos clínicos e diagnósticos, além de atividades educativas, qualificando a assistência e apresentando intervenções resolutivas (NETO et al., 2012; BRASIL, 2015).

O cuidado pré-natal deve ser eficiente de tal forma a prevenir, detectar intercorrências clínicas, orientar e acompanhar a gestante durante todo o processo da gestação até o pós-parto. Seus profissionais devem ser perspicazes em identificar situações de alto risco (na qual a mãe e o feto apresentam riscos de morte) e encaminhá-las aos serviços de maior complexidade, objetivando assim, a redução da morbi-mortalidade neonatal e materna, prematuridade e baixo peso ao nascer (SILVA et al., 2013).

Além das consultas, procedimentos clínicos e identificação de agravos, o pré-natal na atenção primária à saúde deve ser visto como um campo de ações favoráveis a estratégias de educação em saúde que visem também o incentivo ao aleitamento materno, sobretudo ao exclusivo, orientando as nutrizes ao longo de toda assistência (BRASIL, 2016).

Neste contexto, em 2013 é instituída a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça o compromisso do MS com a valorização da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade

fortalecendo ações na atenção primária. Entre os seus objetivos estão apoiar as unidades de saúde para qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, viabilizar as condições necessárias para a realização das oficinas de trabalho em aleitamento materno e alimentação complementar, e pactuar ações com os outros níveis de complexidade do sistema de saúde para que promovam, protejam e apoiem a amamentação e a alimentação complementar saudável (BRASIL, 2015).

Sobre este aspecto, em estudo realizado no Estado de Pernambuco, a partir de um corte transversal com crianças até vinte e quatro meses de idade, foi observado os fatores associados à duração do aleitamento materno exclusivo. A duração mediana do aleitamento materno total foi significativamente mais prolongada entre as crianças cujas mães haviam recebido orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal nas unidades de saúde, ressaltando a importância de ações educativas no cuidado pré-natal na atenção primária à saúde (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006).

2.4 Nutrição na assistência pré-natal

A eficácia da assistência nutricional durante o pré-natal também tem sido sugerida em decorrência do crescente número de trabalhos que confirmam os benefícios da nutrição adequada sobre o resultado da gestação (NIELSEN et al., 2006; LIBERA et al., 2011).

Durante a gestação, o desequilíbrio entre a necessidade e demandas fisiológicas pode implicar no comprometimento do crescimento e desenvolvimento do concepto e no ganho de peso na gravidez, tornando de grande interesse o estudo da evolução ponderal da gestante e dos fatores relacionados (FAZIO et al., 2011; BRASIL, 2012).

Para o crescimento adequado do feto e garantia dos mecanismos de adaptação do organismo materno é necessário maior aporte calórico, de proteínas, de ferro, cálcio, vitamina D, ácido fólico entre outros sais minerais e vitaminas. A deficiência destes nutrientes pode elevar o risco de má formação fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade materna e perinatal (PARIZZI; FONSECA, 2010).

Compreender a relação entre a nutrição materna e os resultados do parto pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções nutricionais que irão melhorar o resultado da gestação, favorecendo a saúde materna e do recém-nascido, e em longo prazo contribuir para uma melhor qualidade de vida bem como a redução da mortalidade, morbidade e custos de atenção à saúde (ABU-SAAD; FRASER, 2010).

Barker (2007) mostraram que a desnutrição na gravidez aumenta o risco de baixo peso, diabetes e doença cardiovascular na vida adulta; como também, o ganho de peso materno excessivo esteve associado ao aumento no peso ao nascer, podendo apresentar um risco à obesidade nas demais fases da vida (LUDWIG; CURRIE, 2010).

Segundo Eigbefoh et al. (2005) entre os fatores agravantes das causas de morte materna destacam-se as deficiências de micronutrientes, representadas especialmente pelas carências de Vitamina A, Ferro e Ácido fólico. Evidências crescentes comprovam o impacto das microdeficiências na morbidade e na mortalidade dos grupos de maior vulnerabilidade das populações - as mulheres em idade fértil e as crianças.

A deficiência de Vitamina A é um problema de saúde pública significativo nos países em desenvolvimento, afetando gravemente crianças. De acordo com estimativas existem 127 milhões de crianças na fase pré-escolar com esta deficiência, sendo 4,4 milhões de pré-escolares com xeroftalmia nos países em desenvolvimento. Esta carência pode acarretar conseqüências indesejáveis para o desenvolvimento infantil, em especial, nos índices de morbidade e de mortalidade (GOGIA; SACHDEV, 2010).

Em estudo realizado por Santos, Velarde e Ferreira (2010), na cidade de Diamantina, município de Minas Gerais, verificou-se a prevalência de 8,7% das gestantes com cegueira noturna, sintoma da deficiência de Vitamina A, este se encontra associado com risco cinco vezes maior de mortalidade materna nos dois anos pós-parto. Além disso, as gestantes com cegueira noturna e com deficiência de Vitamina A parecem estar mais predispostas às intercorrências e complicações gestacionais, tais como aborto espontâneo, anemia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, náuseas, vômitos, falta de apetite e infecções do trato urinário, reprodutivo e gastrointestinal.

Sobre a questão alimentar e nutricional, suplementar micronutrientes têm sido uma importante estratégia de boa relação custo-benefício, adotada principalmente por países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil a fim de assistir o grupo materno-infantil objetivando a redução da mortalidade materna e infantil (LONG et al., 2011).

No Brasil, dentre as estratégias de garantir o aporte adequado de Vitamina A, destaca-se o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, intitulado “Vitamina A Mais”, instituído em 2005, que apresenta como uma de suas finalidades reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar). A suplementação oral de Vitamina A constitui-se na estratégia mais eficaz para prover Vitamina A em indivíduos com riscos para a sua deficiência (BRASIL, 2013).

Quanto ao Ácido Fólico, a sua suplementação tem sido frequentemente recomendada na idade reprodutiva, especialmente no período pré-concepção e durante a gestação, com o intuito de prevenir defeitos no fechamento do tubo neural. Quanto ao Ferro, o mesmo é um nutriente essencial para o desenvolvimento normal do sistema hematopoiético e de diversos outros processos metabólicos, sendo frequente sua deficiência em todos os grupos populacionais, principalmente em gestantes e crianças (MARQUIA et al., 2014).

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2006) foi observada uma prevalência de anemia de 20,9% em crianças menores que 59 meses e 29,4% em mulheres. Vieira e Ferreira (2010), a partir de uma revisão sistemática com metanálise de estudos epidemiológicos verificaram uma prevalência nacional de 60,2% de anemia em crianças atendidas em serviços de atenção primária. No município de João Pessoa-PB, em estudo realizado com mulheres entre 15-49 anos de idade, foi verificada prevalência de 15% de anemia (SILVA; VIANNA, 2010). Quanto às gestantes, em estudo local realizado no município de Maceió-Alagoas, a prevalência de anemia observada foi de 28,3%, dados que mostram que a anemia é um problema de saúde pública no grupo materno-infantil (OLIVEIRA; BARROS; FERREIRA, 2015). A carência materna de ferro durante o período gestacional pode comprometer o desenvolvimento do cérebro do recém-nascido, levando ao prejuízo no desenvolvimento físico e mental, diminuição da capacidade cognitiva, aprendizagem, concentração, memorização e alteração do estado emocional (ANDRADE et al., 2015).

Durante o período de lactação, as deficiências nutricionais da nutriz podem contribuir para a manutenção de baixas reservas de nutrientes nos lactentes, aumentando as chances para o desenvolvimento de carências nutricionais nos primeiros anos de vida, período em que há maior prevalência de agravos à saúde infantil (THIAPÓ et al., 2007; BRASIL, 2012).

Quanto aos lactentes, estes se encontram entre os grupos mais vulneráveis à anemia, devido às necessidades aumentadas de ferro para a formação de novos tecidos e expansão do número de hemácias, uma vez que a reserva hepática de Ferro encontra-se adequada somente até os primeiros seis meses de vida. Entretanto, caso a deficiência ocorra neste período, a anemia ferropriva pode acarretar redução na condução nervosa e prejuízos na memória, que se tornam irreversíveis mesmo após a correção da deficiência de ferro (SILVA et al., 2007; ANDRADE et al., 2015).

Neste contexto, uma estratégia que atende à população materno infantil é o Programa Nacional de Suplementação do Ferro, instituído em 2005, que está compreendido no conjunto de ações voltadas para controle e redução da anemia por deficiência de Ferro no país. Consiste na suplementação medicamentosa de ferro para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto (BRASIL, 2013).

Como forma de garantir melhor desenvolvimento infantil e aporte adequado dos micronutrientes, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. O leite materno é uma importante fonte de nutrientes e protege contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluíram que crianças que não eram amamentadas tinham um risco quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (OMS, 1998; BRASIL, 2012).

Outra patologia que possui relação com o componente nutricional e merece a devida atenção é a hipertensão arterial durante a gestação. No Brasil, ela é a principal causa de morte materna decorrente diretamente da gravidez. Sua prevalência depende da faixa etária, raça, sexo, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes. Durante o pré-natal na atenção primária, devem ser adotadas medidas preventivas e de promoção da saúde, visando tratar precocemente as intercorrências e prevenir evoluções desfavoráveis, promovendo

um acompanhamento nutricional adequado (FREIRE; TEDOLDI, 2009; ZANATELLI et al., 2016).

Portanto, dadas as repercussões na saúde da mãe e de seu filho, as alterações nutricionais necessitam ser compreendidas e trabalhadas na atenção primária, na lógica da integração com os programas de saúde que envolvem suplementação nutricional, promoção de hábitos alimentares e estilo de vida adequados, com vistas à melhoria da saúde materno-infantil, por meio da: redução dos índices de morbi-mortalidade materna, melhoria das condições ao nascimento (peso e idade gestacional ao nascer) e redução da mortalidade perinatal. Para tanto, os profissionais de saúde precisam estar preparados para prestar uma assistência pré-natal eficaz, solidária, integral e contextualizada (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; WELLS et al., 2006).

2.5 Avaliação em saúde

A temática de avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde tem a década de 50 como marco referencial, em função de ser uma fase de expansão desenvolvida na saúde mundial; com o grande crescimento da tecnologia clínica e dos serviços de saúde, mas também com importante incremento de custos e de responsabilidade por parte dos Estados no financiamento da saúde, demandando a disposição de serviços efetivos e eficazes. A partir daí, as primeiras investigações foram baseadas principalmente na utilização de métodos epidemiológicos para avaliação da eficácia terapêutica e diagnóstica (SISSON, 2007; CLAXTON et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a avaliação em saúde produz informações para melhoria e eficácia das intervenções (WHO, 1998). Métodos de avaliação devem ser realizados em cada etapa no desenvolvimento das práticas de saúde, a fim de verificar se o que foi proposto está condizente com os resultados obtidos (DAVIES; SHERRIFF, 2011).

Segundo Stenzel; Misoczky; Oliveira (2004), avaliar é emitir juízo de valor sobre as qualidades, atributos ou propriedades de um objeto, uma ação, uma ideia, uma pessoa, entre outros. Hortale; Moreira; Koifman (2004) apontam que a construção de instrumentos de avaliação se faz necessária, pois, reunindo técnicas

e métodos científicos, constitui uma estratégia objetiva para examinar o funcionamento de instituições sociais.

Ressaltam, entretanto, que o diagnóstico que se pode elaborar por meio de um instrumento de avaliação, por mais completo que seja, será algo provável, possível, mas nunca exato e verdadeiro. Ainda assim, esse olhar científico pode (e deve) servir como base para orientar de forma justa e objetiva a execução de planos, projetos e programas de gestão (HORTALE; MOREIRA; KOIFMAN, 2004).

Pesquisas em avaliação que incluam a gestão das práticas de saúde, envolvimento dos profissionais e satisfação dos diversos integrantes do processo são relevantes para melhoria dos serviços e ações de saúde (SUÑOL et al., 2009). Os processos de avaliação em saúde fazem parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão. No setor público, pela atuação da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas, se constatando certo recuo nas questões referentes às propostas de gestão, garantia da qualidade, sistemas de acreditação e monitoramento (NOVAES, 2004).

Importante contribuição nesse contexto foram os trabalhos de Avedis Donabedian (2003), pediatra armênio radicado nos Estados Unidos. Considerado o autor clássico na área de avaliação em saúde. Ele propôs uma avaliação da qualidade da atenção à saúde por meio de um modelo que sistematizava os atributos que traduzem a qualidade nos serviços: aceitabilidade, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, otimização e legitimidade. Definiu também sua constituição, através de etapas de produção que poderiam ser medidas: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 2003; SISSON, 2007).

O componente *Estrutura* abrange a qualidade dos contextos em que ocorre o cuidado, ou seja, os recursos necessários para proporcionar a assistência. Estes incluem: recursos humanos (número e qualificação), recursos materiais e físicos (instalações e equipamentos), recursos financeiros, presença de mecanismos de monitoramento da qualidade, sistemas de informação e, instrumentos normativos técnico-administrativos (ARANTES et al., 2014).

O componente *Processo* corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os

cuidados prestados. E o componente *Resultados* corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas na situação de saúde dos usuários, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, e, ou pelos usuários ligados ao recebimento e prestação dos cuidados (HARTZ; SILVA, 2005).

É possível encontrar diversos estudos elaborados a partir da abordagem proposta por Donabedian (2003) para avaliar os serviços de saúde, mais precisamente referindo-se à qualidade desses serviços. A nível internacional Beeckman et al. (2011) e Hsia et al. (2011) avaliaram a atenção ao pré-natal por meio da tríade avaliativa recomendada por Donabedian em cidades do Canadá e África do Sul, respectivamente. No Brasil, Jandrey (2005); Rasia e Albernaz (2008) utilizaram o referencial teórico deste pesquisador para avaliar a qualidade do pré-natal em municípios do Rio Grande do Sul. Magluta et al. (2009) tomaram por base a teoria de Donabedian para avaliar a estrutura de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. Na Região Nordeste, o estudo realizado por Silva et al. (2013) utilizou as recomendações de Donabedian para avaliar o pré-natal no município de João Pessoa.

Sobre a questão de estudos que abordam o termo qualidade cabe ainda distinguir “avaliação de qualidade (adequação)” e “avaliação qualitativa”. Termos muitas vezes empregados como sinônimos. A avaliação de qualidade, que engloba a avaliação qualitativa, inclui dimensões de qualidade que admitem mensuração e objetivação (BOSI; UCHIMURA, 2007). Segundo Donabedian (2003), o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das práticas relacionadas à saúde, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Avaliação qualitativa corresponde à análise (compreensão) de dimensões que escapam aos indicadores e à linguagem quantitativa, voltando-se para a produção subjetiva que permeia os processos. No âmbito da avaliação qualitativa, além de incluir a visão do contexto, é também participativa, ou seja, privilegia não apenas a validação dos resultados pelos vários segmentos, mas a inserção dos diferentes atores (e interesses) implicados nos processos sob avaliação. Buscando, assim, garantir distintas perspectivas, sobretudo a dos usuários quase sempre

excluídos no processo de formulação, pactuação e execução prática das ações (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais. Necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (BRASIL, 2005).

No contexto recente, a avaliação em saúde tem se constituído como uma ferramenta importante e indispensável para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Sua prática vem se fortalecendo ao longo dos anos, sendo influenciada pelos movimentos de democratização da saúde e da reforma sanitária (PAIM; TEIXEIRA, 2006; POLGLIANE et al., 2014).

A avaliação deve ser vista como fonte de produção de informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde. A avaliação não deve ser vista apenas como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança. Não deve ser entendida com um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas cabíveis que busquem implementar as mudanças (CAMPOS, 2005; HARTZ; SILVA, 2005).

Segundo Donabedian (1990), a avaliação compreende sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O conhecimento da eficácia na avaliação em saúde diz respeito à melhoria possível sobre um problema específico de saúde, em uma população definida sob condições ideais, à luz do conhecimento existente. A efetividade compreende avaliar a situação de saúde de uma população em condições reais. A efetividade é um atributo de maior interesse na avaliação da provisão diária de cuidados de saúde, servindo a eficácia como um parâmetro para consideração do quanto os resultados observados se distanciam dos resultados idealmente esperados.

Eficiência é uma medida que contrapõe recursos utilizados e resultados obtidos, no uso de uma tecnologia ou serviço de saúde. A eficiência é dada por análises de custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade, definidas no âmbito da avaliação econômica, por meio da comparação de duas alternativas tecnológicas

empregadas na solução ou na redução de um problema de saúde em uma população (PORTELA, 2000).

A otimização leva em conta os custos das práticas de saúde, tentando criar a melhor relação custo-benefício, ou seja, a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido. Com a otimização, busca-se melhorar os processos já existentes, tornando-os mais rápidos e melhores. Dessa maneira, cria-se um incentivo à cultura de melhoria, estimulando os usuários a darem sugestões para melhorar o sistema (PORTELA, 2000; RAMOS, 2017).

A aceitabilidade relaciona-se à satisfação do usuário às práticas de saúde. Está diretamente relacionada às expectativas do paciente e de seus familiares em relação aos cuidados recebidos. A legitimidade tem a ver com a visão que o usuário tem a respeito do cuidado recebido. Obter legitimidade é fazer com que o usuário considere determinada prática de saúde como qualificada (PORTELA, 2000; RAMOS, 2017).

A equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, ele se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade (BRASIL, 2006).

É de extrema importância o fomento de uma mobilização permanente em torno da temática da avaliação em saúde, a partir de possibilidades concretas que constituam atividades estruturantes de uma prática qualificada; como também que contribuam: com o “aculturamento” do uso da avaliação como parte da gestão; sirvam de suporte para o redirecionamento de práticas; permitam avaliar o desempenho institucional e de seus profissionais; constituam-se em instrumentos para a produção e utilização do conhecimento; bem como favoreçam a formação e satisfação das pessoas e, assim, qualifiquem a atenção à saúde (FELISBERTO, 2006).

2.6 Avaliação da adequação da assistência pré-natal

A assistência pré-natal com objetivos de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução de morbi-mortalidade materno-infantil, só apresentará bom êxito se for realizada de forma qualificada durante todo o período e, para isso o processo de avaliação torna-se importante uma vez que apresenta como objetivo verificar se o que está proposto nas recomendações está sendo executado (GONÇALVES et al., 2008; BRASIL, 2012).

O acompanhamento e a avaliação das ações sobre a saúde materna e perinatal, especificamente o pré-natal, tornam-se importantes a fim de garantir que as estratégias estejam voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, contribuindo para bons resultados de saúde da mãe e bebê (BRASIL, 2012).

A avaliação da adequação da assistência pré-natal pode levar à melhoria dos cuidados e, por conseguinte, melhorar indicadores de saúde materno-infantil na área de cobertura desses serviços (SILVEIRA et al., 2001; SILVA et al., 2013; SAAVEDRA; CESAR, 2015).

A avaliação da qualidade sistemática do pré-natal permite identificar problemas de saúde da população alvo, e monitora o desempenho do serviço. Os resultados obtidos de tal avaliação poderão subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto a sua modificação, com vistas na melhoria da qualidade da assistência. Ressalta-se que a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde depende da adesão das mulheres ao programa de pré-natal e esta adesão é essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, portanto estratégias de captação precoce, busca ativa das gestantes devem ser realizadas nos serviços de saúde (COIMBRA et al., 2003; GONÇALVES et al., 2008).

A maior parte das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, tais como melhorar a qualidade do cuidado pré-natal e garantir o acesso aos serviços de saúde. Vale salientar que outras características socioeconômicas, culturais e demográficas podem impactar no acesso e na qualidade dos serviços (BRASIL, 2012).

No Brasil, a persistência de resultados obstétricos negativos como a mortalidade materna e perinatal, tem motivado o surgimento de políticas públicas

que focalizam o ciclo gravídico-puerperal como prioridade da assistência. Entretanto, essas iniciativas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal. A própria literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das ações prestadas (GONÇALVES; CÉSAR; MENDONZA-SASSI, 2009; SILVA et al., 2013).

No geral, a qualidade do pré-natal tem sido avaliada por meio do número de consultas e da idade gestacional de ingresso no serviço de saúde. No entanto, tem-se verificado a necessidade de avaliar não apenas o número de consultas, mas também o seu conteúdo. Estudos recentes revelaram que mulheres com menor renda familiar, menor escolaridade e não brancas são as que ingressam tardiamente no pré-natal e, quando o realizam, este é de mais baixa qualidade, revelando iniquidades sociais presentes na assistência (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2013; POLGLIANE et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015).

Além das condições socioeconômicas, a qualidade da atenção pré-natal está diretamente associada a melhores indicadores de saúde materno e infantil, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Dessa forma, é relevante a avaliação do pré-natal, principalmente em países com amplas desigualdades regionais econômicas e sociais e de acesso aos serviços de saúde.

Após a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que até então não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil, a qualidade da assistência pré-natal tem sido objeto de estudos de diversos pesquisadores nas diferentes Regiões do país (POLGLIANE et al., 2014).

Domingues et al. (2012) ao avaliarem o pré-natal no município do Rio de Janeiro a partir das recomendações do PHPN verificaram apenas 38,5% de adequação, sendo as principais dificuldades encontradas, a baixa proporção da realização de exames laboratoriais recomendados e baixa prevalência de gestantes que receberam orientações sobre o parto, direitos reprodutivos e ao aleitamento materno.

Polgliane et al. (2014), observaram no município de Vitória- Espírito Santo, que menos de 5% das gestantes realizaram o pré-natal em consonância com os critérios

do PHPN. Esta baixa adequação possivelmente está relacionada a uma prática não orientada das atividades que são desenvolvidas rotineiramente no SUS, quais sejam: à ausência do registro de informações nos cartões das gestantes, à ausência de cumprimento de protocolos pelos profissionais de saúde e à falta de organização dos serviços de saúde.

Côrrea et al. (2014) no município de São Paulo, constataram “adequação” do pré-natal em 67,9% das mulheres quando observado os seguintes elementos: início precoce, mínimo de seis consultas e a consulta puerperal. Entretanto, ao se ampliar a análise com a inclusão de todos os exames básicos preconizados no PHPN e imunização antitetânica, esse número caiu drasticamente para 9,7%. Os autores consideram que falhas no registro em prontuário quanto aos exames e imunização antitetânica podem ter interferido no resultado final da adequação do pré-natal. Existe também a possibilidade de falhas na execução dos exames, por insuficiência de insumos específicos, equipamentos danificados, demora no retorno do resultado e extravio das amostras.

Martinelli et al (2014) em cidades do estado do Espírito Santo, ao considerarem apenas o número de consultas e o início do acompanhamento pré-natal segundo o recomendado pelo PHPN, encontraram 69% de “adequação”. Porém, observaram que a qualidade das consultas ainda não vem revelando bons resultados, pois quando acrescentado como critério avaliativo a realização dos exames laboratoriais de repetição recomendados pelo PHPN, apenas 7,4% das mulheres analisadas apresentaram “adequação”. Além dos exames de repetição, os autores verificaram que outros parâmetros de grande importância para assistência pré-natal apresentaram proporções baixas, como a imunização antitetânica e o recebimento de atividades educativas sobre aleitamento materno (em torno de 60%).

2.6.1 Índices e critérios de avaliação da qualidade da assistência pré-natal

Índices são medidas estatísticas usadas para comparar grupos de variáveis relacionadas entre si e obter uma análise das mudanças significativas nas áreas estudadas. Índice em saúde é uma indicação numérica do estado de saúde de uma população derivada de uma fórmula composta especificada (ROUQUAYROL; FILHO, 2009).

Os critérios para avaliar a ação do pré-natal passaram por várias mudanças ao longo dos anos, refletindo o desenvolvimento de novas ferramentas tecnológicas e de diagnóstico e evidências científicas na saúde materno-infantil (AMORIM; MELO, 2009).

A avaliação do cuidado pré-natal geralmente é abordada por métodos que envolvem especificamente questões de cobertura, número total de consultas e idade gestacional em cada visita (DOMINGUES et al., 2012).

Os índices mais amplamente utilizados quando se pretende avaliar a assistência pré-natal são o índice de Kessner proposto em 1973 e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-Natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*, APNCU) proposto por Kotelchuck no início da década de 90. Este último é considerado o melhor parâmetro, pois vem apresentando melhor desempenho nas pesquisas quando comparado ao Kessner (NETO et al., 2013).

Diversos autores adaptaram estas recomendações e desenvolveram novos índices para avaliar a qualidade da prática do pré-natal de acordo com as suas realidades trabalhadas (CIARI; SANTOS; ALMEIDA, 1972; ALEXANDER; CORNELLY, 1987; ROSEN; MERKATZ; HILL, 1991; TAKEDA, 1993).

Os índices de Kessner e APNCU levam em conta o mês de início do pré-natal, o número de consultas realizadas e a idade gestacional no parto, e utilizam como parâmetro um número mínimo de 9 a 13 consultas para uma gestação de 40 semanas, conforme a recomendação do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia – *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG). (ACGOC, 1985; KESSNER, 1973; KOTELCHUCK, 1994; ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996).

O índice de Kessner (1973) considera a semana de início do pré-natal, a idade gestacional no parto e o número de consultas de pré-natal para classificar o cuidado ao pré-natal nas categorias de “adequado”, “intermediário” e “inadequado”. Embora o ACOG defina como “adequado” quando houver treze consultas, o índice de Kessner define como adequação nove consultas por questões de limitação numérica computacionais na época de sua criação (ACGOC, 1996).

O cuidado é considerado “adequado” se o pré-natal é iniciado antes do final do 1º trimestre de gestação (antes da 13ª semana de gestação) e se houver o seguinte número de consultas: uma ou mais consultas para gestação de 13 ou menos semanas; duas ou mais consultas para gestação de 14 a 17 semanas; três

ou mais consultas para gestação de 18 a 21 semanas; quatro ou mais consultas para gestação de 22 a 25 semanas; cinco ou mais consultas para gestação de 26 a 29 semanas; seis ou mais consultas para gestação de 30 a 31 semanas; sete ou mais consultas para gestação de 32 a 33 semanas; oito ou mais consultas para gestação de 34 a 35 semanas e nove ou mais consultas para gestação de 36 ou mais semanas (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996)

Ainda segundo este índice o cuidado é considerado “inadequado” se não houver consultas (ou não forem informadas) em gestação de 14 a 21 semanas; se houver uma consulta ou menos em gestação de 22 a 29 semanas; duas ou menos consultas em gestação de 30 a 31 semanas; três ou menos consultas em gestação de 32 a 33 semanas; e quatro ou menos consultas em gestação a partir de 34 semanas. O cuidado é classificado como “intermediário” para todas as outras combinações que não se enquadram nas especificadas acima (KESSNER, 1973; ROSENBERG; HANDLER; FURNER, 2004; BLOCH; DAWLEY; SUPLEE, 2009).

Segundo Nagahama e Santiago (2006) o índice APNCU caracteriza a adequação da utilização do cuidado pré-natal em duas dimensões independentes e distintas:

- 1)** Adequação do início do cuidado pré-natal ou mês em que o cuidado pré-natal foi iniciado. Considera que quanto mais precoce, mais adequado o cuidado pré-natal. Estabelece a distribuição da gestação em quatro grupos segundo os meses: 1º e 2º; 3º e 4º; 5º e 6º; e 7º ao 9º. A adequação do início do cuidado pré-natal corresponde a: “adequado-superior/intensivo” quando iniciado no 1º ou 2º mês; “adequado” no 3º ou 4º mês; “intermediário” no 5º ou 6º mês e “inadequado” no 7º mês ou mais tarde, ou sem assistência pré-natal.
- 2)** Adequação dos cuidados recebidos ou porcentagem de consultas recebidas ajustadas para o mês de início da assistência pré-natal e para a idade gestacional da ocorrência do parto. A medida da adequação dos cuidados recebidos corresponde à razão entre o número de consultas recebidas do número esperado de consultas. O número esperado de consultas é baseado no padrão de consultas pré-natais para gestações de baixo-risco recomendado pelo ACOG (1985): uma consulta por mês até 28 semanas, duas consultas por mês até 36 semanas e uma consulta por semana até o nascimento. A adequação dos cuidados recebidos (proporção do número de visitas recomendado pelo ACOG recebidas desde o início do cuidado pré-natal até o término da assistência pré-natal ou nascimento) corresponde a:

“adequado-superior/intensivo” quando maior ou igual 110%; “adequado” de 80-109%; “intermediário” de 50-79% e “inadequado” com menos que 50%.

Dessa forma, o APNCU combina a adequação do início da assistência pré-natal (mês de início da assistência) e a adequação da utilização do cuidado pré-natal (número de consultas realizadas) como sendo: “adequado-superior/intensivo” quando o cuidado pré-natal for iniciado até o 2º mês e realização de 110% ou mais das consultas recomendadas; “adequado”, quando o cuidado pré-natal for iniciado até o 4º mês e realização de 80-109% das consultas recomendadas; “intermediário”, quando o cuidado pré-natal for iniciado até o 6º mês e realização de 50-79% das consultas recomendadas; “inadequado” quando o cuidado pré-natal for iniciado após o 7º mês e quando há realização de menos que 50% das consultas recomendadas (KOTELCHUCK, 1994; BLOCH; DAWLEY; SUPLEE, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem questionado se o número de consultas proposto por esses indicadores não seria excessivo (OMS, 2000). Isto pode ser observado no estudo de Villar et al. (2006) que compararam gestantes atendidas em 27 clínicas de 75 países da América Latina, Ásia e África e concluíram que não havia diferenças significativas com relação a resultados adversos maternos ou perinatais, como pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, mortalidade materna ou baixo peso ao nascer com uma mediana de cinco visitas pré-natais e àquelas com mediana de oito. Já apontando que o importante não é a quantidade de consultas, mas, sim, a qualidade da atenção ao pré-natal.

No Brasil, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece as seguintes recomendações para o pré-natal qualificado: realizar a primeira consulta de pré-natal até o final do primeiro trimestre de gestação e garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gestação, sendo: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; exames laboratoriais: ABO-Rh (teste de tipagem sanguínea), na primeira consulta; teste para VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory* para identificar sorologia para sífilis), um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; sumário de urina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; aplicação da vacina antitetânica até a

dose imunizante (duas) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; além da realização de pelo menos cinco dos procedimentos clínico-obstétricos recomendados: cálculo da idade gestacional; cálculo da data provável do parto; tomada de peso e altura; controle da pressão arterial; palpação obstétrica; medição da altura uterina; ausculta dos batimentos cardio-fetais; registro de movimentos fetais; teste de estímulo sonoro; verificação da presença de edema; análise das mamas, colpocitológico de colo uterino e solicitação de outros exames bioquímicos quando necessários (BRASIL, 2006; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Com a instituição da Rede Cegonha, os critérios do PHPN são reafirmados com a ampliação do número mínimo de consultas para sete além de acrescentar como meta a realização de ultrassonografia para 100% das gestantes (BRASIL, 2011).

Diversos estudos já utilizaram os índices de Kessner e APNCU, como também os critérios recomendados pelo PHPN com a finalidade de avaliar a assistência ao pré-natal (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; COUTINHO et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005; NETO et al., 2013).

Silveira; Santos; Costa (2001) em uma pesquisa desenvolvida no sul do Brasil avaliaram a atenção ao pré-natal na rede básica a partir de questões acerca da estrutura (planta física, recursos materiais e humanos, insumos terapêuticos) e processo de trabalho (exames laboratoriais e procedimentos da consulta verificados a partir de registros no prontuário médico). Por meio do índice de Kessner, a prevalência de pré-natal adequado foi de apenas 37%. Adicionando-se os exames laboratoriais como critérios complementares, houve redução da adequação para 31%. Os autores consideraram de um modo geral, a qualidade do cuidado pré-natal oferecido foi precária.

Coutinho et al. (2003) em seu estudo, analisaram o processo de assistência ao pré-natal entre usuárias do SUS em um município de Minas Gerais, classificando a assistência por meio do índice de Kessner e pela presença dos exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos recomendados pelo PHPN. Verificaram que uma minoria dos serviços apresentou a atenção ao pré-natal adequada e quando comparados os dois parâmetros houve diferenças na classificação, havendo maior proporção de adequação quanto utilizado o índice de Kessner.

Portanto, os índices que avaliam o pré-natal ao empregar diferentes critérios para a definição do cuidado adequado podem produzir resultados contraditórios, mesmo quando a avaliação é feita para o mesmo serviço de atendimento pré-natal. Isto tem repercussões diretas sobre o planejamento e implementação das políticas de saúde materno-infantil nos serviços de saúde pública (NETO et al., 2013).

A nível internacional, Vanderweele et al. (2009) observaram diferenças na classificação da assistência pré-natal de acordo com o índice utilizado. Neste estudo ao compararem os índices de Kessner e APNCU verificaram uma maior proporção de pré-natal “adequado” quando utilizado o índice de Kessner e em relação ao pré-natal classificado como “inadequado”, maior proporção foi observada no APNCU.

Gomes e Cesar (2013) avaliaram a qualidade do pré-natal de gestantes atendidas na atenção primária à saúde no município de Porto Alegre- RS. A partir do índice de Kessner, a assistência pré-natal foi considerada adequada em 80% dos casos. Aproximadamente 90% das mulheres relataram ter realizado seis ou mais consultas com início no primeiro trimestre, ter recebido suplementação ferrosa e imunização antitetânica.

Em um estudo realizado na Colômbia, Díaz e Chávez (2015) encontraram 25% de inadequação do pré-natal utilizando os critérios de Kessner. A inadequação da assistência esteve associada ao risco para complicações maternas (infecção urinária, alterações hipertensivas, entre outras).

Leal et al. (2015) ao analisarem a atenção ao pré-natal em mulheres residentes na Amazônia Legal e Região Nordeste do país, a partir das recomendações do PHPN, encontraram um alta cobertura de início de pré-natal no primeiro trimestre (75,8%) com seis ou mais consultas (75,4%). Houve também uma alta prevalência na cobertura de exames laboratoriais; entretanto, apenas 40,9% das mulheres relataram ter recebido os resultados em um prazo oportuno de 15 dias. Foi observado também que a indicação do local do parto ocorreu somente em 44,2% dos casos e no momento do parto, apenas 8,6% das mulheres foram atendidas no serviço indicado durante o pré-natal, alertando para a insuficiência do sistema de referência na saúde.

Saavedra e Cesar (2015) avaliaram o pré-natal em um município da Região Sul do Brasil, a partir de diferentes critérios: o elaborado por Takeda em 1993, que foi feito com base no índice de Kessner, reduzindo o número de consultas para seis

e aumentando a idade gestacional para antes de vinte semanas do início do pré-natal para classificar o pré-natal como adequado.

Os outros critérios utilizados foram os de Silveira (2001) e Coimbra (2003) adaptados do PHPN e do índice de Kessner. Para Silveira (2001) o pré-natal é considerado como inadequado quando a gestante iniciou o pré-natal a partir do quinto mês e/ou realizou cinco consultas ou menos e/ou realizou somente um ou nenhum dos seguintes exames laboratoriais: hemograma, exame qualitativo de urina e exame sorológico para sífilis (VDRL – Venereal Disease Research Laboratory). Já Coimbra (2003) considerou como inadequado quando o pré-natal iniciou a partir do quinto mês de gestação e/ou a gestante ter realizado cinco consultas ou menos para uma gestação a termo.

Os autores observaram que pelo menos um quarto das gestantes realizou pré-natal inadequado. A inadequação variou de acordo com o critério utilizado, verificando maior prevalência quando incluídos na análise aspectos avaliativos de conteúdo, como a realização de exames laboratoriais.

Os índices de Kessner e APNCU apresentam como limitação a incapacidade em avaliar o conteúdo da consulta pré-natal, que não deve se resumir apenas a aspectos quantitativos. Ressalta-se ainda a escassez de um parâmetro validado que racionalize questões da tríade estrutura-processo-resultado em um único instrumento para categorizar a qualidade do pré-natal (SILVA et al., 2013).

Há de considerar que, os índices existentes são importantes para a avaliação da utilização dos serviços de pré-natal, entretanto não permitem que se avaliem o conteúdo e a qualidade da assistência. A discussão mais relevante deve ser sobre a importância do conteúdo, abrangência e qualidade do pré-natal de forma a garantir a realização de cuidados efetivos em saúde durante o período gestacional e pós-parto (DOMINGUES et al., 2012; HEAMAN et al., 2014).

Para melhor compreensão, o quadro 1 apresenta a comparação entre os índices de Kessner e APNCU além das recomendações do MS/PHPN.

Quadro 1 Comparação dos Índices de Kessner e APNCU e Recomendações do MS/PHPN

CrITÉRIOS	Índice de Kessner	Índice APNCU	PHPN (Recomendações)
<i>Bases dos dados</i>	ACOG	ACOG	Ministério da Saúde do Brasil
<i>Adequação para o início do pré-natal</i>	1-3 meses	1-4 meses	1-3 meses
<i>Número mínimo de consultas</i>	9	13	6
<i>Distribuição das consultas</i>	≤ 13 semanas: no mínimo 1 consulta; 14-17 semanas: ≥2 consultas; 18-21: ≥ 3; 22-25: ≥4; 26-29: ≥5; 30-31: ≥6; 32-33: ≥7; 34-35: ≥8; ≥36: ≥9 consultas.	Até 28 semanas: 1 consulta/mês; 28-36: 2 consultas/mês; >36: 1 consulta por semana	1º Trimestre: ≥ 1 consulta; 2º Trimestre: ≥ 2; 3º Trimestre: ≥ 3 consultas
<i>Categorias de Adequação:</i>			
<i>Inadequado</i>	Início no 3º Trimestre; número de consultas insuficiente (consultas/idade gestacional estabelecida em 9 para 36 semanas ou mais de gestação)	Início após o 6º mês e < 50% da razão do número esperado de consultas (consultas por idade gestacional ajustada para o início do pré-natal)	Início após o 1º Trimestre; número de consultas <6 (distribuídas por trimestre de gestação); não realização dos procedimentos clínico-obstétricos preconizados; e não realização dos exames de rotina propostos.
<i>Intermediário</i>	Início no 2º Trimestre e número de consultas insuficiente para idade gestacional	Início até o 6º mês e razão entre 50 e 79,9% do número esperado de consultas ajustado por idade gestacional	Não há esta categoria
<i>Adequado</i>	Início no 1º Trimestre e adequado número de consultas por idade gestacional	Início entre o 1º e 4º mês e razão entre 80 e 109,9% do número esperado de consultas ajustado por idade gestacional	Início no 1º Trimestre; número de consultas ≥ 6; realização dos procedimentos clínico-obstétricos preconizados; realização dos exames de rotina propostos.
<i>Adequado superior/Intensivo</i>	Não há esta categoria	Início até o 2º mês e ≥ 110% da razão do número esperado de consultas	Não há esta categoria
<i>Vantagens e Desvantagens</i>	Valoriza um número grande de consultas de pré-natal com início no primeiro trimestre gestacional, entretanto não avalia o conteúdo destas consultas.	Acrescenta o componente adequado superior em sua avaliação como critério de qualidade valorizando um número maior de consultas que o índice de Kessner. Se restringe aos aspectos quantitativos e não avalia o conteúdo destas consultas.	Acrescenta aspectos de qualidade da atenção, como procedimentos clínicos e exames laboratoriais a serem feitos na gestação. Considera um menor número de consultas de pré-natal e não é um índice, são recomendações a serem seguidas pelos serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde.

Fonte: KESSNER, 1973; KOTELCHUCK, 1994; BRASIL, 2006; MORRIS et al., 2007; BLOCH; DAWLEY; SUPLEE, 2009. Adaptado.

2.6.2 Índice IPR Pré natal

No contexto de avaliação do pré-natal a partir de aspectos mais amplos, foi elaborado e validado por Silva et. al (2013), no município de João Pessoa-Paraíba, um instrumento denominado “Índice IPR Pré Natal”. Este pretende avaliar a assistência pré-natal de uma forma integral, não apenas utilizando, enquanto critérios avaliativos, o número de consultas e a idade gestacional de início no pré-natal, como se fundamenta os índices de Kessner e APNCU. Apresenta-se estruturado em três eixos de análise: infra-estrutura, processo de trabalho e resultados da assistência pré-natal com base nas diretrizes propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento.

Para a análise da estrutura, os seguintes aspectos foram avaliados: se os serviços foram construídos em prédio próprio, se existia nos serviços a visualização dos dias, turnos e da escala de serviço dos profissionais, a presença de equipamentos de uso no pré-natal em funcionamento, presença de materiais higiênico-sanitários, presença de materiais higiênico-sanitários e, a presença de apoio laboratorial para que as gestantes pudessem realizar os exames laboratoriais. Quanto ao processo foram avaliadas as seguintes informações: cobertura de gestantes assistidas, realização pela equipe de atividades de educação em saúde, profissionais que realizam as consultas, procedimentos clínicos-obstétricos realizados, monitoramento interno da assistência, multiprofissionalidade das consultas e, prescrição dos exames clínicos por parte da equipe de saúde.

Nos resultados, o índice IPR Pré-Natal considera a visão das usuárias em relação à assistência prestada, e, compreende a consequência da estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde, conforme recomendação de Donabedian (2003). Neste componente, apresenta como critérios avaliativos: ter sido orientada quanto ao aleitamento materno, fazer uso do ferro e ácido fólico, ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre com sete ou mais consultas, ter realizado todos os exames recomendados pelo Ministério da Saúde, e, ter sido imunizada conforme as diretrizes nacionais para as gestantes (vacinas antitetânica, para influenza e hepatite B).

Neste estudo, Silva et al. (2013) propuseram a construção deste índice e compararam os resultados encontrados com a avaliação feita pelos índices de Kessner e APNCU. Os achados mostraram diferenças na classificação da

assistência pré-natal de acordo com o índice utilizado. A classificação do pré-natal como “inadequado” esteve presente apenas nos índices de Kessner e APNCU. A maior proporção de casos como “adequado” foi observado quando utilizado o índice de Kessner. O Índice IPR Pré-Natal foi o procedimento que classificou o maior número de casos na categoria “intermediário”.

Os autores afirmaram que a presença de pré-natal inadequado quando utilizados os índices de Kessner e APNCU podem ser justificados pelo critério de número elevado de consultas, 9 e 13 respectivamente, comparado ao critério de 6 consultas recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil pelo PHPN, recomendação utilizada pelo IPR Pré-Natal na época do estudo (SILVA et al., 2013).

Tendo em vista que o número de consultas proposto por estes índices é elevado comparado ao recomendado nacionalmente, verifica-se que a maior proporção de casos “adequados” pelo índice de Kessner pode representar o aumento do número de consultas e o início precoce do pré-natal ao longo dos anos pelas gestantes.

Na utilização do Índice IPR Pré-Natal, foram observadas a baixa cobertura de gestantes que cumpriram as metas propostas pelo Ministério da Saúde quanto à realização dos exames básicos, de atividades de educação em saúde e de serviços que não realizavam avaliação interna. Estas variáveis contribuíram com significância estatística para que a maior proporção do pré-natal fosse classificada na categoria “intermediária”, indicando que o processo de trabalho deve ser incluído na avaliação do cuidado pré-natal (SILVA et al., 2013).

Ainda nesta mesma pesquisa, a partir de uma análise interna das categorias de classificação dos diferentes índices, os autores citados anteriormente relacionaram a avaliação do pré-natal com resultados de nascimento a fim de verificar a consistência de cada índice. Neste aspecto, o índice era considerado consistente quando sua categoria “adequada” apresentava-se como fator de proteção para desfechos negativos de nascimento. Desta forma, foi observado que o IPR Pré-Natal mostrou-se eficaz, pois quando o pré-natal era classificado como “adequado” por este instrumento, menores prevalências de peso insuficiente ao nascer, prematuridade e de ausência de aleitamento materno exclusivo foram encontradas.

Por outro lado, os índices de Kessner e APNCU apresentaram-se inconsistentes, uma vez que o pré-natal classificado como “adequado” foi fator de

risco para a ocorrência de determinados desfechos obstétricos indesejáveis, como peso insuficiente ao nascer e não realização do aleitamento materno exclusivo. O IPR Pré Natal traz à reflexão de que para a qualidade do pré-natal, aspectos mais abrangentes do que o número de consultas e a semana de início do pré-natal, conforme recomendam os índices de Kessner e APNCU, devem ser considerados. Assim, é possível identificar o melhor desempenho do serviço e proporcionar melhores desfechos perinatais, garantindo a efetividade na assistência à gestante.

Nogueira et al. (2016) utilizaram o índice IPR Pré-Natal para avaliarem a assistência pré-natal em unidades de atenção primária à saúde de um município do Rio Grande do Norte. Foram observadas altas prevalências de adequação para aspectos de estrutura como: construção em prédio próprio (76%), presença de equipamentos (100%) e insumos terapêuticos (72%). Menores prevalências de adequação foram observadas para a multiprofissionalidade no atendimento (63,9%) e realização de atividades de educação em saúde (61%).

3 PERGUNTAS CONDUTORAS

- 1)** Como se encontra a adequação da assistência pré-natal no município de João Pessoa-PB, a partir da análise dos aspectos avaliados pelo índice IPR Pré -Natal?
- 2)** Os aspectos de natureza demográfica, socioeconômica, saúde reprodutiva, morbidade e de cuidado constituem possíveis fatores determinantes para a qualidade da assistência pré-natal?
- 3)** Há diferença na avaliação da adequação da assistência pré-natal quando realizada pelos índices de Kessner, APNCU e IPR Pré-natal?

4 HIPÓTESES

- A assistência pré-natal no município de João Pessoa-PB analisada a partir dos aspectos de conteúdo avaliados pelo índice IPR Pré-natal apresenta baixa adequação;
- Os aspectos negativos de natureza demográfica, socioeconômica, saúde reprodutiva, de morbidade e de cuidado podem constituir fatores de risco que determinam a adequação da assistência pré-natal;
- O pré-natal avaliado pelo índice IPR Pré-natal apresenta menor adequação quando comparado aos índices de Kessner e APNCU.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar a adequação do pré-natal da atenção primária à saúde no município de João Pessoa-PB.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a assistência pré-natal;
- Classificar o pré-natal;
- Verificar possíveis associações da adequação do pré-natal com fatores demográficos, socioeconômicos, reprodutivos, de morbidade materna e de cuidado pré-natal;
- Comparar os índices de avaliação do pré-natal.

6 MÉTODOS

6.1 Área de estudo

O município de João Pessoa é a capital e principal centro financeiro e econômico do estado da Paraíba. Com 791.438 habitantes, é a oitava cidade mais populosa da Região Nordeste e a 24^a do Brasil (BRASIL, 2015). No setor da saúde pública, o município possui 192 Unidades de Saúde da Família (USFs), distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DSs) que concentram bairros por proximidade de localização: DS I (49 USFs), DS II (40 USFs), DS III (50 USFs), DS IV (29 USFs) e DS V (24 USFs), onde são desenvolvidas as ações de pré-natal. No DS I, a população apresenta-se em maior vulnerabilidade socioeconômica. Em contrapartida, no DS V a população tem melhores condições socioeconômicas. O DS III concentra bairros populosos com maior número de USFs, respeitando o princípio da equidade (BRITO et al., 2015).

Além disso, conta com uma rede de assistência materno-infantil de atenção secundária e terciária, integrada por um conjunto de serviços privados e públicos. No aspecto de obstetrícia, conta com a presença de três maternidades públicas, sendo uma de gestão municipal: a maternidade Cândida Vargas, serviço este que realiza o maior número de partos do município (BRASIL, 2015).

Em 2014, o município registrou 11.871 nascidos vivos; destes, 7.156 ocorreram na maternidade Cândida Vargas, representando 60,3% do total de nascidos vivos na capital (BRASIL, 2015).

6.2 Desenho e plano de amostragem

Trata-se de um estudo transversal (ALMEIDA-FILHO; LIMA, 2011), desenvolvido em unidades de saúde e com usuárias da atenção primária à saúde.

Para a amostra dos serviços analisados no estudo, considerou-se o universo das USFs, com base no cálculo amostral recomendado por Arango (2011):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

No qual z é o escore da distribuição normal padrão (1,96) para uma significância de 5% (ou uma confiança de 95%), p é a proporção de unidades de saúde com atendimento adequado (como não há parâmetro de referência adequado para estimativa de comparabilidade de representação da população-alvo, admitiu-se 50% ou 0,5 de unidades com atendimento adequado), q é o complemento da probabilidade de ocorrência de p ($q = 1 - p$), e é a margem de erro (0,05) e N , o universo de unidades (192). Deste cálculo resultou uma amostra de 130 unidades. Em seguida, foi calculado o fator proporcional que representa a divisão do total de unidades de cada distrito pelo número total de unidades do município. Desta forma, a amostra foi distribuída por alocação proporcional segundo o número de unidades por DS, conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição de unidades amostrais segundo unidades totais de saúde do município por Distrito Sanitário. João Pessoa, 2016.

Distrito Sanitário (DS)	Número de Unidade de Saúde*	Fator proporcional (%)	Amostra proporcional
I	49	0,25	32
II	40	0,21	27
III	50	0,26	34
IV	29	0,15	19
V	24	0,13	18
Total	192	100,0	130

Fonte: Secretaria de Saúde de João Pessoa/PB (2014).

A escolha das unidades foi realizada de forma aleatória, utilizando o software estatístico R (2.10.1).

Para a amostra das usuárias, tomou-se por base o número de nascidos vivos, utilizando a seguinte fórmula (Calculadora Open Epi versão 3):

$$n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} (N-1) + p*(1-p)}$$

Na qual **EDFF** é o efeito do desenho (5 distritos), **N** a população total de nascidos vivos do município no ano anterior (11.871), **p** a frequência de adequação (50%), **d** a margem de erro (5%) e **Z** o escore da distribuição normal padrão (1,96) para uma significância de 5% (ou uma confiança de 95%).

Deste cálculo resultou uma amostra mínima de 1.645 usuárias. Assim como no cálculo dos serviços, foi calculado o fator proporcional que representa a divisão do total de nascidos vivos de cada distrito pelo número total de nascidos vivos do

município, considerando as informações de 2014 obtidas a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) de João Pessoa/PB. Em seguida, a amostra foi distribuída proporcionalmente ao número de nascidos vivos de cada DS, a fim de garantir a amostra representativa de cada um destes espaços geográficos. A quantidade total de puérperas por distrito encontra-se descrita no quadro 3. A amostra de fato coletada ultrapassou a amostra planejada em 1,7%.

Quadro 3- Distribuição da amostra de puérperas segundo nascidos vivos por Distrito Sanitário. João Pessoa/PB, 2016.

Distrito Sanitário	Total de nascidos vivos*	Fator proporcional (%)	Amostra proporcional
I	2.557	0,2154	335
II	2.011	0,1694	323
III	3.319	0,2796	345
IV	1.654	0,1393	312
V	2.330	0,1963	330
Total	11.871	1,00	1.645

Fonte: Secretaria de Saúde de João Pessoa (2014).

Utilizou-se como fatores de exclusão: não fez o pré-natal em João Pessoa/PB e/ou não realizou a assistência em unidades de saúde da família.

6.3 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no período entre Novembro de 2015 a Agosto de 2016. As informações foram obtidas com uso de formulários específicos para a pesquisa, contendo questões sobre estrutura, processo de trabalho, dados socioeconômicos, demográficos e da assistência pré-natal do município analisado (Apêndices C e D).

A obtenção dos dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, os dados de estrutura e processo de trabalho referentes aos serviços foram coletados a partir de entrevistas realizadas pelo próprios pesquisadores junto aos profissionais de enfermagem, durante visitas às USFs selecionadas para análise.

Quanto aos aspectos de estrutura (exposição às usuárias do funcionamento da unidade de saúde, presença de equipamentos, medicamentos e materiais de procedimentos da rotina do pré-natal) e ao critério relacionado a presença das informações clínicas do acompanhamento das gestantes nas unidades, compreendido no processo de trabalho, foram realizadas também por meio de

observações diretas nas unidades. Informações referentes à cobertura foram obtidas tendo como base os documentos preenchidos para envio mensal à Secretaria Municipal de Saúde. Não houve recusa de entrevista por parte dos enfermeiros em nenhuma das unidades selecionadas.

Esta categoria profissional foi considerada por ter maior conhecimento técnico-administrativo sobre o funcionamento dos serviços analisados. Em cada unidade, foi escolhido o enfermeiro(a) responsável pelo atendimento do pré-natal, totalizando 130 profissionais.

Na segunda etapa foram coletadas as informações relativas às puérperas, no pós-parto, na maternidade, sendo as mulheres oriundas das mesmas USFs selecionadas para a pesquisa. As coletas ocorreram no período de 24 a 48 horas após o parto durante toda a semana nos horários da manhã e da tarde, com entrevista de duração média de 15 minutos.

Nesse momento, para minimizar o viés recordatório, os dados como idade, número de abortos anteriores, paridade, quantidade de consultas no pré-natal, exames realizados, início da assistência, profissionais que atenderam a mulher e esquema vacinal foram coletados do Cartão das Gestantes, documento oficial considerado fonte válida e segura de informações para pesquisas científicas (POLGLIANE et al., 2014).

As informações que não estavam registradas neste documento, referentes à renda, escolaridade, estado civil, ocupação, morar com o companheiro, inscrição em programas sociais do governo, visita de Agente Comunitário de Saúde (ACS), realização de atividades de educação em saúde, orientações sobre aleitamento materno e parto, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, diabetes, hipertensão, edema na gestação, encaminhamento para a maternidade, procedimentos clínico-obstétricos realizados no pré-natal, e uso de ácido fólico e sulfato ferroso, foram coletadas por meio de entrevistas.

Apenas 48 usuárias (2,9% da amostra) não apresentaram o Cartão da Gestante no momento da internação para o parto, sendo a totalidade das informações coletadas por meio de entrevistas.

A equipe da pesquisa contou com a participação de estudantes de nutrição da Universidade Federal da Paraíba, pré-selecionados por entrevistas e análise curricular. Todos eles foram capacitados pela coordenação técnica da pesquisa, por meio de um treinamento prévio com duração de duas semanas, com aulas teóricas e

práticas que abordavam os temas relacionados à pesquisa e aos instrumentos utilizados.

O estudo piloto foi realizado com 165 usuárias, com a inserção dos estudantes na maternidade durante duas semanas em período integral sob a supervisão da coordenação técnica da pesquisa, objetivando conhecer a rotina do serviço, testar os instrumentos de coleta e vivenciar o fluxo da prática. Esta técnica foi válida, uma vez que a partir dela, algumas questões foram acrescentadas e outras foram reajustadas para melhor desenvolvimento da pesquisa.

Após as coletas, os questionários foram revisados e codificados. A digitação foi realizada no programa de computador Excel® com dupla entrada para avaliação da concordância e verificação de erros. Os erros quando detectados foram solucionados com retorno ao questionário ou ao entrevistador para correção do banco de dados.

Ao final, todas as unidades de saúde da família previstas foram visitadas e foi superado o número mínimo amostral de 1645 usuárias, obtendo um número de 1673 mulheres.

6.4 Processamento e análise de dados

As características da população do estudo e atenção ao pré-natal foram apresentadas em distribuição de frequência absoluta e relativa.

O pré-natal foi classificado pelo IPR Pré-Natal, quanto aos aspectos de estrutura, processo e resultados, conforme descrito no quadro 4 abaixo a seguir.

O Quadro 4 apresenta a classificação do pré-natal pelo índice IPR Pré-Natal quanto aos aspectos de estrutura, processo e resultados. Este índice foi anteriormente elaborado e validado e toma por base o referencial teórico de Donabedian (2003). Possui como critérios avaliativos as recomendações dos órgãos de saúde nacionais.

Quadro 4- Classificação da adequação da assistência pré-natal pelo IPR Pré natal. João Pessoa/PB, 2016.

Aspecto	Critérios avaliativos	Descrição dos critérios	Pontuação	Forma de coleta
Estrutura (Serviços)	Construção em prédio próprio	Unidade construída com planta física para ser serviço de saúde	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
	Exposição às usuárias do funcionamento da unidade de saúde	Apresentar em local visível os dias, turnos e profissionais do pré-natal	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Observação direta
	Equipamentos de uso no pré-natal em funcionamento*	Possuir no mínimo seis: estetoscópio clínico e de <i>pinard</i> , esfigmomanômetro, fita métrica inelástica, glicosímetro, mesa e cadeiras de consultório, maca, escada de ferro de dois degraus, balança, monitor fetal/sonar doppler, disco obstétrico e armário exclusivo para armazenamento dos medicamentos	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista e Observação direta
	Materiais de procedimentos da rotina do pré-natal	Possuir no mínimo sete: ficha de requisição de exames, cartão da gestante, mapa de registro diário, ficha de encaminhamento para referência, receituário de medicamentos, formulário de acompanhamento/prontuário, luvas descartáveis, lençóis limpos para as mesas ginecológicas, materiais para a coleta de citológico, cesta de lixo, sabão líquido para higiene pessoal, papel toalha, álcool em gel, lavabo e sanitário dentro do consultório	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista e Observação direta
	Insumos terapêuticos (Medicamentos/testes rápidos/suplementos/vacinas de uso do pré-natal)**	Possuir no mínimo oito: sulfato ferroso, ácido fólico, vacina hepatite B, dT- difteria e tétano, dTpa- difteria, tétano e coqueluche, vacina contra influenza, antiácidos, antibióticos, antitérmicos, anti-helmínticos, analgésicos, complexo B, vitamina C, hipotensores, antieméticos, antiinflamatórios, testes rápidos (HIV, sífilis e gravidez)	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista e Observação direta
	Apoio laboratorial	Garantia do apoio laboratorial para a realização dos exames recomendados ***	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
PONTUAÇÃO ESTRUTURA: 0-7				

Continua

Quadro 4- Classificação da adequação da assistência pré-natal pelo IPR Pré natal. João Pessoa/PB, 2016. Continuação

Aspecto	Critérios avaliativos	Descrição dos critérios	Pontuação	Forma de coleta
<i>Processo (Serviços)</i>	Cobertura de gestantes acompanhadas	Apresentar cobertura de 100% das gestantes acompanhadas em relação ao total da área de abrangência no mês anterior à visita	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Observação em documentos presentes nas unidades
	Cobertura de gestantes que cumpriram as metas do Ministério da Saúde	Apresentar cobertura de 100% das gestantes que realizaram no mínimo sete consultas com início no primeiro trimestre e realizaram todos os exames no mês anterior à visita em relação ao total de gestantes acompanhadas (incluindo imunização)	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Observação em documentos presentes nas unidades
	Multiprofissionalidade no atendimento	Ter a equipe mínima da atenção primária à saúde****	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
	Procedimentos clínico-obstétricos	A equipe realizar todos os procedimentos recomendados****	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
	Educação em saúde	A equipe realizar atividades de educação em saúde no pré-natal	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
	Presença das informações clínicas do acompanhamento das gestantes	A equipe apresentar na unidade os mesmos registros que têm no Cartão da Gestante para o monitoramento interno das usuárias	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Observação em documentos presentes nas unidades
	Prescrição dos exames clínicos	Prescrição por parte dos profissionais dos exames recomendados***	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
PONTUAÇÃO PROCESSO: 0-7				
<i>Resultados (Usuárias)</i>	Orientação sobre aleitamento materno	Ter recebido orientação sobre manejo, duração, possíveis problemas da amamentação e alimentação complementar	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
	Suplementação	Uso de ferro e ácido fólico durante a gestação	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Entrevista
	Início do pré-natal	Iniciar o pré-natal até 12ª semana gestacional	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Cartão da Gestante
	Número de consultas	Ter no mínimo sete consultas de pré-natal	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Cartão da Gestante
	Realização de exames laboratoriais	Ter realizado os exames segundo o Ministério da Saúde***	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Cartão da Gestante
	Imunização	Vacinas: hepatite B, tétano e influenza	0 (Não)= inadequado; 1 (Sim) = adequado	Cartão da Gestante
PONTUAÇÃO RESULTADOS: 0-6				
<i>Classificação de adequabilidade do pré-natal</i>		Soma dos critérios adequados dos três eixos de análise/ Total de questões x 100	Adequado superior: 100% de adequação; Adequado: ≥ 75%; Intermediário: 51 a 74%; Inadequado: ≤ 50% das respostas adequadas	

Fonte: BRASIL, 2006; SILVA et al., 2013

*Unidades em que não havia ou não estava funcionando o monitor fetal/sonar doppler, era considerada como inadequada no aspecto dos equipamentos; ** A ausência isolada no serviço do sulfato ferroso e/ou ácido fólico e/ou vacinas recomendadas para gestação era considerada inadequado; *** Exames recomendados: Hemograma- no mínimo 2, glicemia em jejum- 02, tipagem sanguínea- 1, VDRL- 02, Teste anti-HIV- 02, Toxoplasmose- 01, Hepatite B e C- 02, Sumário de urina- 02 e, 01 Ultrassonografia. 01 eletroforese, TOTG e preventivo de câncer de colo de útero se necessários; **** Médico, Enfermeiro, Técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de saúde, Odontólogo e Auxiliar/técnico de saúde bucal

***** Registro de movimentos fetais, cálculo da data provável do parto, palpação obstétrica, preventivo do câncer de colo uterino se houver necessidade, avaliação do estado nutricional, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação da pressão arterial e edema, solicitação dos exames e análise das mamas.

Para cada uma dos elementos de análise da estrutura, do processo e do resultado atribuiu-se o valor 1, quando em conformidade com as recomendações estabelecidas, e 0 quando em não conformidade. Em seguida, foi realizada a soma do número de questões adequadas de todos os componentes dividida pelo número total de questões e multiplicada por cem, para a obtenção do percentual de adequação. Desse modo, o pré-natal foi classificado de acordo com a porcentagem de adequação obtida: adequado superior, quando 100% de adequação; adequado, quando os itens adequados representam 75% ou mais; intermediário, de 51 a 74% de respostas adequadas; e inadequado, quando 50% ou menos das respostas são adequadas.

Para fins de codificação deste estudo, a classificação do pré-natal foi dicotomizada e codificada como “0” – “pré-natal inadequado” -, quando o pré-natal foi classificado pelo índice IPR Pré-natal como “intermediário” e “inadequado” e “1” – “pré-natal adequado” quando a assistência foi classificada como “adequado superior” ou “adequado”. A variável dependente considerada para as análises do estudo foi “pré-natal adequado”.

Para melhor explicação da classificação do pré-natal da atenção primária pelo IPR Pré-Natal, é apresentada a Figura 1 abaixo, que exemplifica a condução da coleta dos dados para a obtenção da classificação da assistência por este índice.

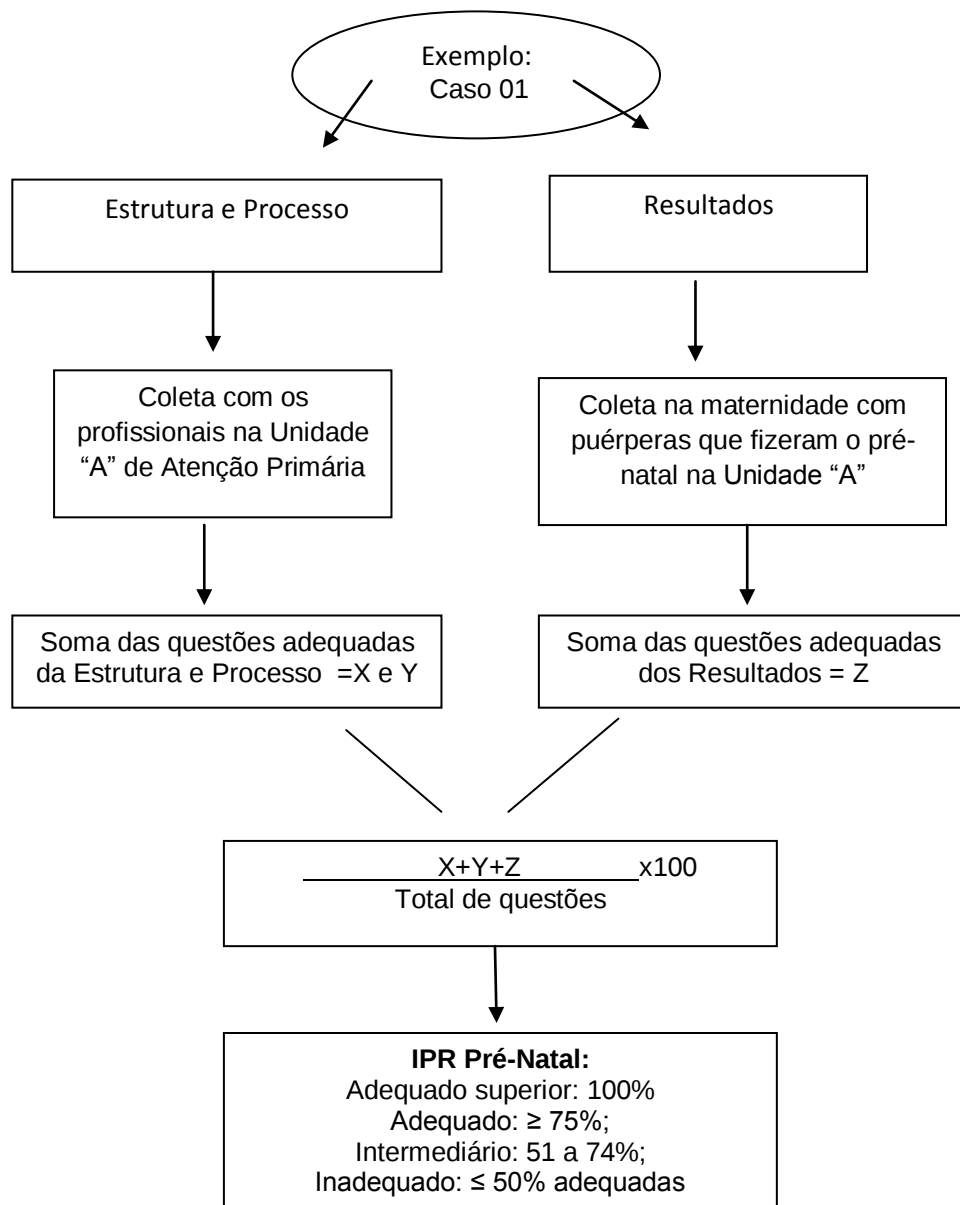


Figura 1. Representação esquemática do fluxo da coleta de dados para a classificação do pré-natal pelo índice IPR Pré-Natal. João Pessoa/PB, 2016.

As variáveis independentes que compreenderam o plano de análise foram: *características demográficas* - Distrito Sanitário onde a mulher foi assistida, idade (≤ 18 , 19-24, 25-29 e ≥ 30 anos); morar com o companheiro; *características socioeconômicas* - renda familiar *per capita* (considerada como variável contínua), escolaridade (0-4, 5-9, 10-12 e ≥ 13 anos de estudo); ser beneficiária do Programa Bolsa Família; não ter trabalhado durante a gravidez.

A categorização da idade seguiu os parâmetros do Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil (1990), que considera adulto o grupo etário acima de 18 anos (CARVALHO et al., 2016).

A escolaridade, por sua vez, seguiu os critérios adotados pela Lei das Diretrizes Básicas (BRASIL, 2016), que define a educação brasileira em níveis: educação fundamental, com nove anos de estudo; ensino médio, com três anos e, acima disso, ensino superior. Esta categorização segue a orientação de autores especializados no tema, em nível nacional e internacional (BERNARDES et al., 2014; GOUDARD et al., 2016).

Ainda foram consideradas como variáveis independentes: *características reprodutivas* - ser primípara e não ter tido abortos anteriores; de *morbidade* – não ter diabetes, edema e hipertensão arterial; não utilização de cigarro; não utilização de bebida alcoólica; *características de cuidado pré-natal* – ter tido encaminhamento para a maternidade pelo serviço de atenção primária; visita de agente comunitário de saúde; consultas de pré-natal com a presença de mais de um profissional de saúde; participação da mulher de pelo menos uma estratégia educacional durante o pré-natal; ter recebido orientações sobre o parto durante a gestação.

O teste do Qui-Quadrado foi realizado como processo preliminar de identificação de correlação e/ou associações estatísticas entre a variável dependente e as independentes de forma analítica bivariada.

A seguir, para a verificação do possível risco das variáveis independentes na determinação da adequação do pré-natal, foi utilizado o método da Regressão Logística. Este método se caracteriza por avaliar a probabilidade de ocorrência de determinado evento e a influência de cada variável independente categórica ou contínua no resultado do fenômeno em estudo, que por sua vez deve ser caracterizado como uma variável dependente categórica binária. Esta técnica é de fácil interpretação pelos usuários, em relação aos modelos de regressão tradicionais. Apresenta como vantagens: facilidade no uso de variáveis categóricas, indicada para problemas que requerem estimação de probabilidades; utiliza variáveis categóricas e contínuas simultaneamente, e os parâmetros do modelo fornecem um bom conhecimento sobre o fenômeno em estudo. A interpretação dos parâmetros de um modelo de regressão logística é obtida comparando a probabilidade de sucesso com a probabilidade de fracasso, usando a função do Odds Ratio (MESQUITA, 2014).

Os dados foram analisados no aplicativo SPSS, versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, 2011). Primeiramente, para o modelo inicial, foram feitas as associações de todas as variáveis independentes com a variável dependente. Em seguida, a partir da técnica Stepwise, foi testada a inclusão e eliminação das variáveis independentes segundo o poder de correlação das mesmas no desfecho analisado. As variáveis com maior nível de significância ($p < 0,20$) (LEE; KOVAL, 1997), juntamente com os testes de qualidade de Hosmer-Lemeshow e Nagelkerke R^2 definiram o melhor ajuste para a obtenção do modelo final.

A medida de Hosmer e Lemeshow é um teste de ajuste geral para indicar a significância estatística entre as classificações observadas e previstas no modelo. Um bom ajuste de modelo é indicado por um valor qui quadrado não significativo ($p > 0,05$), que avalia a diferença estatística entre a classificação observada na realidade e a obtida através do modelo, sendo nesta situação a hipótese nula refutada (HOSMER; LEMESHOW, 1989; HAIR, 1995; LANDAU; EVERITT, 2004).

O teste de Nagelkerke R^2 permite avaliar se o modelo melhora ou não a qualidade das predições, quando comparado a outro que ignore as variáveis independentes (CORRAR; PAULO; FILHO, 2007). Nestes testes, quanto mais próximo de 1,0, melhor o modelo (LANDAU; EVERITT, 2004; PORTAL ACTION, 2016).

Para o modelo final, foram calculadas as Odds Ratio ajustadas considerando seus respectivos intervalos de confiança, no qual estimou o risco das variáveis independentes na determinação da qualidade de adequação do pré-natal. Neste modelo, os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

6.5 Considerações éticas

Os serviços de saúde (unidades de atenção primária à saúde e maternidade) foram convidados a participar de forma voluntária do estudo, mediante a assinatura da carta de anuência por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Os participantes da pesquisa (profissionais de saúde e puérperas) participaram voluntariamente após a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Apêndices E e F) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE- Apêndice G), assegurando-lhes os princípios da autonomia, do anonimato e da não-maleficência. A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley- Universidade Federal da Paraíba, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 381335414.7.0000.5183 (Anexo A).

7 RESULTADOS

Em relação aos aspectos referentes às características da estrutura dos serviços de saúde (Tabela 1), observa-se, a partir do relato dos profissionais entrevistados, que a maioria das unidades se encontrava em locais projetados especificamente para ser um estabelecimento de saúde e também apresentavam os dias, turnos e profissionais que realizavam o pré-natal expostos em cartazes e murais. Os equipamentos estavam em funcionamento e havia vacinas/medicamentos e suplementos importantes para o pré-natal em torno de 70% dos serviços. A presença do apoio laboratorial de referência foi relatada por 100% dos profissionais.

Tabela 1- Caracterização da Estrutura dos serviços de atenção ao pré-natal em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB, 2016.

ASPECTOS DE ESTRUTURA	n (130)	%
<i>Construção em prédio próprio</i>	105	80,8
<i>Exposição às usuárias sobre o funcionamento da unidade de saúde</i>	125	96,2
<i>Equipamentos em funcionamento</i>	92	70,8
<i>Materiais de procedimentos da rotina do pré-natal</i>	126	96,9
<i>Vacinas/medicamentos/suplementos</i>	97	66,9
<i>Apoio laboratorial de referência</i>	130	100,0
<i>Teste rápido de sífilis</i>	76	58,5
<i>Teste rápido de HIV</i>	86	66,2
<i>Teste rápido de gravidez</i>	18	13,8

Quanto à presença dos testes rápidos no momento da visita, na maior parte foi observado o teste rápido para o HIV e, em seguida, o teste rápido para detecção da sífilis. Observou-se baixa prevalência, nas unidades, do teste rápido para identificar a gravidez.

Quanto à caracterização do processo de trabalho, apresentada na tabela 2, foi relatada pelos serviços alta prevalência de cobertura de gestantes acompanhadas em relação ao total da área de abrangência. Entretanto, quando analisadas todas as recomendações do Ministério da Saúde conjuntamente (início do pré-natal, no mínimo sete consultas, início da assistência no primeiro trimestre, realização dos exames recomendados e imunização completa) foi observado baixa prevalência dos serviços de pré-natal que conseguiram cumprir estes parâmetros.

Tabela 2- Caracterização do processo de trabalho dos serviços de atenção ao pré-natal em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB, 2016.

ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO	n (130)	%
Cobertura de gestantes acompanhadas	120	92,5
Cobertura de gestantes que cumpriram as metas propostas do PHPN	38	29,1
Prescrição dos exames clínicos	130	100,0
Multiprofissionalidade no atendimento	115	88,5
Atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal	60	46,2
Realização dos procedimentos clínico-obstétricos	130	100,0
Presença das informações clínicas do acompanhamento das gestantes	130	100,0

Na totalidade das unidades analisadas, os profissionais prescrevem todos os exames clínicos recomendados pelo MS para o pré-natal.

Na maioria dos serviços, há a presença da equipe mínima da atenção básica. Menos da metade da equipe das unidades analisadas (46,2%) adotam estratégias de educação em saúde ao longo da assistência. A totalidade dos profissionais das unidades referiu realizar todos os procedimentos clínico-obstétricos recomendados durante o pré-natal; bem como a presença, nos serviços, dos registros contidos no Cartão da Gestante para o monitoramento interno do pré-natal.

A partir dos dados apresentados nas tabelas 3 e 4, são descritas as características dos relatos e registros das 1673 usuárias participantes do estudo. Observa-se que o Distrito Sanitário III apresentou o maior percentual de mulheres que realizaram a assistência pré-natal na atenção primária em João Pessoa-PB; Observou-se ainda que a maioria das usuárias trabalhava durante a gravidez, não morava com o companheiro, encontrava-se na faixa etária entre 19-24 anos de idade (média $24,16 \pm 4,42$), apresentava 5-9 anos de escolaridade, não era beneficiária do Programa Bolsa Família, e tinha renda mensal *per capita* de até R\$ 292,00.

Tabela 3- Características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas das usuárias que realizaram pré-natal da atenção primária de João Pessoa-PB, 2016.

Variáveis	n	%
DISTRITOS SANITÁRIOS		
I	342	20,5
II	323	19,3
III	360	21,5
IV	318	19,0
V	330	19,7
TRABALHAR DURANTE A GRAVIDEZ		
SIM	1027	61,4
NÃO	646	38,6
MORA COM O COMPANHEIRO		
SIM	548	32,8
NÃO	1125	67,2
IDADE		
≤18 anos	75	4,5
19-24 anos	945	56,5
25-29 anos	405	24,2
>30 anos	248	14,8
ESCOLARIDADE		
0-4 anos	21	1,3
5-9 anos	1078	64,4
10-12 anos	525	31,4
>13 anos	49	2,9
INSCRIÇÃO NO BOLSA FAMÍLIA		
SIM	537	32,1
NÃO	1136	67,9
RENDA MÉDIA MENSAL		
R\$ 0,00-880,00 (até 1SM*)	383	22,9
R\$ 880,01- 1760,00 (1-2 SM)	994	59,4
R\$ ≥ 1760,01,00 (> 2SM)	296	17,7
RENDA MENSAL PER CAPITA		
R\$ 0,00-291,99	1094	65,4
≥ 292,00	575	34,6
NÚMERO DE GESTAÇÕES		
Primípara	394	23,6
Multípara	1279	76,4

*SM= salário mínimo (Na época do estudo 1SM= R\$880,00/ U\$ 281,12)

A partir dos dados da tabela 4, observa-se que quanto às variáveis de morbidade materna, grande parte informou não ter tido abortos anteriores, não ingerir bebida alcoólica, não ter fumado, não ser portadora de diabetes, hipertensão arterial e apresentou edema durante a gestação.

Tabela 4- Características de morbidade e de cuidado de pré-natal relatadas por usuárias da atenção primária de João Pessoa-PB, 2016.

VARIÁVEIS	SIM n (%)	NÃO n (%)
Aspectos de morbidade		
Abortos Anteriores	745 (44,5)	928 (55,5)
Bebida Alcoólica durante a gestação	613 (36,6)	1060 (63,4)
Fumo durante a gestação	238 (14,2)	1435 (85,8)
Presença de diabetes na gestação	16 (1,0)	1657 (99)
Presença de hipertensão na gestação	164 (9,8)	1509 (90,2)
Presença de edema na gestação	908 (54,3)	765 (45,7)
Aspectos de cuidado pré-natal		
Visita pelo Agente Comunitário de Saúde	1331 (79,6)	342 (20,4)
≥7 consultas	1008 (60,3)	665 (39,7)
Encaminhamento para a maternidade	457 (27,3)	1216 (72,7)
Avaliação nutricional (Peso e altura)	1634 (97,7)	39 (2,3)
Orientação Aleitamento Materno	776 (46,4)	897 (53,6)
Participação em atividades de educação em saúde	419 (25)	1254 (75)
Orientação sobre tipo de parto	798 (47,7)	875 (52,3)
Orientação sobre sintomas de parto	790 (47,2)	883 (52,8)
Uso de suplementação na gestação	1322 (79)	351 (21)
Início no primeiro trimestre	883 (52,8)	790 (47,2)
Presença de equipe multiprofissional no pré-natal*	975 (58,3)	698 (41,7)
Vacina antitetânica na gestação	1198 (71,6)	475 (28,4)
Vacina hepatite B na gestação	1193 (71,3)	480 (28,7)
Vacina Influenza na gestação	1195 (71,4)	478 (28,6)
Realização dos exames prescritos no pré-natal	225(13,4)	1448 (86,6)
Hemograma ^a	1637 (97,8)	36 (2,2)
Glicemia ^a	1637 (97,8)	36 (2,2)
Sumário de Urina ^a	1552 (92,8)	121 (7,2)
Sorologia para Hepatite B ^a	494 (29,5)	1179 (70,5)
Sorologia para Hepatite C ^a	423 (25,3)	1244 (74,4)
Ultrassonografia ^a	108 (64,7)	580 (35,3)
Tipagem sanguínea ^a	1614 (96,5)	58 (3,5)
VDRL ^a	1321 (79)	352 (21)
HIV ^a	756 (45,2)	917 (54,8)
Sorologia para toxoplasmose ^a	332 (19,8)	1341 (80,2)

* se foi atendida por mais de um profissional de nível superior nas consultas de pré-natal

^a Mulheres que realizaram no mínimo 01 destes exames.

Ainda de acordo com a tabela 4, com relação às características de assistência pré-natal, as mulheres, em sua maioria, relataram ter recebido a visita do ACS ao longo do pré-natal, realizado mais de sete consultas, e apenas 27,3% receberam encaminhamento para a maternidade em que seria realizado o parto. Em relação à avaliação nutricional, 97,7% das mulheres relataram que o peso e a altura foram aferidos no pré-natal. Quanto aos aspectos educativos, a maior parte das mulheres relatou não ter tido orientação sobre o aleitamento materno e questões do parto,

bem como não participaram de atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal.

Ainda na tabela 4, observa-se que a maior parte das mulheres assistidas no pré-natal relatou usar os suplementos medicamentosos durante a gestação: ferro e ácido fólico. De acordo com as informações extraídas do Cartão da Gestante, o início do pré-natal foi mais prevalente no primeiro trimestre, com mais de sete consultas, presença de mais de um profissional de nível superior na assistência, com a realização da imunização.

Ressalta-se um número muito baixo de mulheres que realizaram os exames recomendados pelo MS para o pré-natal, com percentual de 13,4%. Das que realizaram os exames, observou-se com maior prevalência de realização foram: hemograma (97,8%), glicemia (97,8%) e sumário de urina (92,8%). Em contrapartida, os que tiveram menores percentuais de realização foram: sorologia para hepatite (29,5%), toxoplasmose (19,8%) e teste para HIV (45,2%).

As informações expostas na Tabela 5 mostram que, ao classificar o pré-natal por meio dos critérios utilizados pelo IPR pré-natal, o município de João Pessoa-PB apresentou baixa prevalência de adequação com apenas 24,9% dos casos na classificação dicotomizada (adequado e inadequado).

Tabela 5- Qualificação da assistência ao pré-natal segundo aspectos de estrutura, processo e resultados na atenção primária. João Pessoa/PB, 2016.

CATEGORIZAÇÃO	Classificação		Classificação dicotômica	
	n	%	n	%
ADEQUADO SUPERIOR	14	0,8		
ADEQUADO	402	24,1	416	24,9
INTERMEDIÁRIO	1081	64,6		
INADEQUADO	176	10,5	1257	75,1

As informações apresentadas na tabela 6 mostram a classificação do pré-natal também por outros índices. Observa-se que quando se utilizam como critérios avaliativos o número de consultas e a idade gestacional de início do pré-natal como os índices de Kessner e APNCU, a assistência pré-natal da atenção primária no

município de João Pessoa apresentou mais que o dobro do percentual de adequação em comparação ao índice IPR Pré-Natal que envolve critérios avaliativos mais amplos.

Tabela 6- Comparação dos índices para avaliação do pré-natal da atenção primária à saúde do município de João Pessoa-PB. 2016.

<i>Categorias</i>	<i>Kessner^{a**}</i>	<i>APNCU^{b**}</i>	<i>IPR Pré-Natal</i>
Adequado Superior	*	171 (10,2)	14 (0,8)
Adequado	1097 (65,6)	894 (53,4)	402 (24,1)
Intermediário	576 (34,4)	586 (35,0)	1081 (64,6)
Inadequado	0 (0,0)	22 (1,3)	176 (10,5)
Total		1673 (100)	

*Não tem essa categoria

^a Adequado= Início do pré-natal até o primeiro trimestre e o ideal número de consultas; Intermediário= Início no segundo trimestre com número insuficiente de consultas; Inadequado= Início no terceiro trimestre com número insuficiente de consultas.

^b Adequado superior= Início até 8 semanas e razão do número de consultas realizado/ideal= 110%; Adequado= Início até 16 semanas e razão do número de consultas realizado/ideal= 80-109,9%; Intermediário= Início após 16 semanas até 24 semanas e razão do número de consultas realizado/ideal= 50-79,9%; Inadequado= Início após 24 semanas e razão do número de consultas realizado/ideal< 50%.

** Número ideal de consultas= 07 (BRASIL, 2011; DOMINGUES et al., 2015).

A tabela 7 apresenta a análise da associação das variáveis independentes do estudo com a adequação do pré-natal, por meio do modelo geral da regressão logística. Os valores expressos permitem observar, que as usuárias do DS III tiveram maior chance de apresentar o pré-natal adequado (aproximadamente quatro vezes mais chances), quando comparadas às do DS V.

Outros fatores que se mostraram estatisticamente significantes na determinação da adequação do pré-natal foram: a escolaridade, aumento da renda *per capita*, mulheres primíparas, àquelas que receberam encaminhamento para a maternidade no pré-natal, que participaram de atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal com a presença de equipe multiprofissional nas consultas de pré-natal apresentaram maiores chances para a adequação do cuidado pré-natal.

Tabela 7- Análise da regressão logística da associação entre as variáveis independentes e a adequação da assistência ao pré-natal na atenção primária em saúde. João Pessoa/PB, 2016.

Variáveis	β	OR para adequação	Probabilidade de ocorrência de Pré-natal adequado (p)	IC 95%	
Distrito Sanitário*					
Distrito I			1		
Distrito II	0,579	1,784	0,012	1,133	2,810
Distrito III	1,223	3,397	0,000	2,169	5,321
Distrito IV	1,195	3,304	0,000	2,113	5,167
Distrito V	0,874	2,397	0,000	1,540	3,730
Idade*					
≤ 18 anos			1		
19-24 anos	-0,364	0,695	0,205	0,396	1,220
25-29 anos	-0,065	1,068	0,837	0,572	1,992
≥30 anos	-0,427	0,652	0,299	0,393	1,084
Escolaridade*					
0-4 anos			1		
5-9 anos	-0,824	0,439	0,118	0,156	1,233
10-12 anos	-0,522	0,593	0,403	0,174	2,019
≥13 anos	1,310	1,170	0,010	1,099	1,733
Renda per capita*					
	0,01	1,101	0,001	1,100	1,111
Trabalho na gravidez***					
Não trabalhar na gravidez	0,008	1,008	0,712	0,965	1,054
Trabalhar na gravidez			1		
Morar com o companheiro***					
Sim	0,021	0,979	0,537	0,915	1,047
Não			1		
Inscrição no Bolsa Família***					
Sim	-0,007	0,993	0,849	0,923	1,068
Não			1		
Visita do ACS***					
Sim	0,164	1,178	0,340	0,842	1,649
Não			1		
Paridade***					
Primípara	0,361	1,435	0,018	1,020	2,020
Múltipara			1		
Abortos anteriores***					
Não	0,161	1,175	0,302	0,865	1,596
Sim			1		
Ingestão de bebida alcoólica***					
Não	0,032	1,032	0,839	0,758	1,406
Sim			1		
Fumante***					
Não	0,031	1,031	0,615	0,914	1,164
Sim			1		
Diabetes***					
Não	0,861	2,364	0,169	0,694	8,059
Sim			1		

CONTINUA

Presença de edema***					
Não	0,121	0,986	0,627	0,710	1,298
Sim			1		
Hipertensão Arterial***					
Não	0,023	1,024	0,924	0,634	1,653
Sim			1		
Encaminhamento para a maternidade***					
Sim	1,015	1,095	0,000	1,141	1,254
Não			1		
Participação em atividades de educação em saúde durante o pré-natal***					
Sim	0,485	1,625	0,020	1,136	2,325
Não			1		
Receberam orientação quanto ao tipo de parto***					
Sim	-0,114	0,792	0,745	0,072	9,420
Não			1		
Receberam orientação quanto aos sintomas do parto***					
Sim	0,073	1,053	0,738	0,216	10,363
Não			1		
Equipe multiprofissional nas consultas de pré-natal***					
Sim	1,457	3,291	0,01	1,849	3,939
Não			1		

*Variáveis categóricas; ** Variável contínua; *** Variáveis dicotômicas (SIM/NÃO); OR- Odds Ratio CI-Intervalo de Confiança; Teste de Hosmer e Lemeshow: 0,435; Teste R^2 : 0,269

O modelo final (Tabela 8) apresenta sete das vinte e sete variáveis incluídas inicialmente, e explica os fatores com maior associação à adequação da assistência ao pré-natal. Observa-se que o DS III, a escolaridade e renda per capita, a primiparidade, participar de atividades de educação em saúde, a presença de equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal, estiveram associados a maiores chances de adequação da assistência ao pré-natal.

A variável: encaminhamento para a maternidade não obteve associação com significância enquanto fator determinante para a adequação do pré-natal.

Ressalta-se o aumento da medida R^2 dos modelos inicial de 0,269 para 0,641 do final, sugerindo qualidade do modelo. Este resultado indica que o modelo final apresenta uma segurança de 64% de que estes fatores têm relação com a adequação do pré-natal, garantindo uma confiança das análises.

Tabela 8- Análise da regressão logística entre as variáveis com a adequação da assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde. João Pessoa/PB, 2016.

Variáveis	β	OR ajustada	p	IC 95%	
Distrito Sanitário					
Distrito I			1		
Distrito II	0,493	1,638	0,027	1,056	2,539
Distrito III	1,123	3,180	0,000	1,992	4,741
Distrito IV	1,157	3,073	0,000	2,079	4,863
Distrito V	0,874	2,398	0,000	1,563	3,679
Escolaridade*					
0-4 anos			1		
5-9 anos	-0,711	0,491	0,158	0,183	1,317
10-12 anos	-0,458	0,633	0,446	0,195	2,051
≥13 anos	1,215	1,297	0,013	1,114	1,773
Renda Per capita					
	0,001	1,101	0,000	1,066	1,181
Paridade					
Primiparidade	0,456	1,578	0,001	1,158	2,151
Multiparidade			1		
Encaminhamento para a maternidade					
Sim	-0,007	0,993	0,901	0,884	1,115
Não			1		
Participação em atividades de educação em saúde durante o pré-natal					
Sim	0,576	1,778	0,001	1,281	2,468
Não			1		
Multiprofissionalidade nas consultas de pré-natal					
Sim	0,078	1,081	0,003	1,021	2,225
Não			1		

OR- Odds Ratio CI- Intervalo de Confiança; Teste de Hosmer e Lemeshow: 0,758; Teste R^2 : 0,641

8 DISCUSSÃO

8.1 Caracterização do Pré-natal

A atenção primária à saúde é a porta de entrada das gestantes nos serviços de assistência pré-natal. Nela, se efetua o pré-natal de baixo risco, quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade. Nos casos de gestantes com alta gravidade clínica, devem ser encaminhadas a serviços de maior complexidade, entretanto o vínculo com a atenção primária precisa ser mantido. Esta deve ser eficiente de tal forma a prevenir, detectar intercorrências clínicas, orientar e acompanhar a gestante durante todo o processo da gestação (BRASIL, 2016).

Segundo o referencial teórico de Donabedian (2003), a avaliação em saúde permite identificar com mais propriedade fatores que contribuem para a melhoria das práticas, buscando a adequação da assistência. Entre estes fatores estão a estrutura dos serviços e o processo de trabalho das práticas de saúde (KOBAYASHI; TAKEMURA; KANDA, 2011).

No caso particular do pré-natal, a estrutura dos serviços beneficia o desenvolvimento das ações de saúde. Fatores como espaço físico adequado e ambiente refrigerado proporcionam melhor armazenamento dos equipamentos e insumos terapêuticos e contribuem positivamente na realização de atividades assistenciais e educativas ao longo da assistência (SILVEIRA et al., 2001; COSTA et al., 2009).

Em unidades de saúde visitadas, foi verificada a ausência dos equipamentos de uso do pré-natal e em funcionamento. Dispor dos equipamentos em bom estado de uso é essencial para a qualidade dos procedimentos clínico-obstétricos durante o pré-natal; e a ausência destes pode determinar o não tratamento adequado de intercorrências, ocasionando complicações maternas e perinatais evitáveis (ARANTES et al., 2014).

Sobre a estrutura, merece destaque a baixa prevalência encontrada de insumos terapêuticos, especificamente em relação aos testes rápidos, em um grande número de unidades. Os testes rápidos de sífilis e HIV permitem intervenções no período adequado. A ausência destes testes durante o período gestacional dificulta o diagnóstico precoce destas patologias e possibilita o aumento

dos riscos de morbimortalidade materna e fetal. O teste rápido de gravidez na atenção primária favorece a captação e manejo precoce das gestantes, contribuindo para o início do pré-natal no primeiro trimestre, sendo de suma importância que haja disponibilidade destes testes nas unidades de saúde durante a assistência pré-natal (MARTINELLI et al., 2014).

No que se refere à análise do processo de trabalho, merece a devida atenção a redução da cobertura dos serviços quando acrescida de mais aspectos avaliativos como imunização e realização dos exames. A realização dos exames no período adequado e a imunização durante a gestação permitem o acompanhamento da situação de saúde das gestantes, inclusive preventivamente para a execução de possíveis intervenções.

Esta realidade é observada por outros autores quando avaliam a assistência, mostrando altos percentuais de adequação quando apenas o número de consultas e a idade gestacional de início do pré-natal são verificados. Entretanto, quando outros aspectos de conteúdo são inseridos, como a realização dos exames e imunização, há uma acentuada diminuição na adequação, levando à reflexão sobre a qualidade do cuidado que está sendo ofertado (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; 2015; SILVA et al., 2013).

Ainda quanto à realização dos exames, este é um componente do pré-natal que aponta perdas de oportunidades de intervenção. A falta de insumos específicos, de equipamentos, demora no retorno do resultado, extravio das amostras, entre outros, podem explicar as baixas prevalências de sua realização (DOMINGUES et al., 2012). Demonstrando inclusive uma inter-relação entre os componentes de estrutura e o processo de trabalho.

Quanto aos recursos humanos, o MS preconiza a presença da equipe multiprofissional na atenção primária, que deve contemplar, na porta de entrada, no mínimo os seguintes profissionais: ACSs, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos e auxiliares em saúde bucal. Além destes, também deve contar com a presença de outros profissionais presentes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs): nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos (BRASIL, 2016).

No presente estudo, quanto a este critério, as unidades de saúde da atenção primária do município de João Pessoa-PB apresentaram a presença da equipe mínima de profissionais da atenção primária recomendada para assistir às mulheres

durante o pré-natal. Realizar esta assistência com o acesso a diferentes intervenções possibilita a garantia da integralidade no cuidado à gestante (BRASIL, 2016).

A atenção ao pré-natal na perspectiva da multiprofissionalidade possibilita uma maior garantia de efetividade do cuidado, com ações resolutivas e integrais, favorecendo o atendimento do indivíduo a partir de uma ótica holística que compreende suas diversas necessidades, a partir da abordagem de vários profissionais com diferentes abordagens que são acrescentadas para o melhor cuidado da gestante (BRASIL, 2016).

Entretanto, Martinelli et al. (2014) apontam que, apesar da Estratégia Saúde da Família constituir um modelo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, trabalhar de forma interdisciplinar é ainda um desafio observado pelas equipes.

Quanto às atividades de educação em saúde, os achados mostram que tanto a realização das atividades educativas por parte dos profissionais quanto à participação das usuárias nas atividades apresentam baixa prevalência.

Nogueira et al. (2014) em uma pesquisa realizada no município do Rio Grande do Norte observou maior prevalência na realização de atividades educativas por parte da equipe de saúde em comparação à participação por parte das usuárias. Esta discrepância dos resultados pode sugerir a dificuldade que os serviços têm de manter a participação assídua das gestantes nestas atividades. Ações que estimulem a presença das mulheres, com a flexibilização de horários e a realização de atividades em espaços extra-unidades, como em domicílio, devem ser realizadas. Outro aspecto a ser observado é o desenvolvimento de estratégias nas quais as usuárias sejam consideradas sujeitos ativos nas ações, superando o modelo tradicional transversal de transmissão de conhecimentos. Deste modo, a realização das estratégias de forma participativa contribui para amenizar a baixa adesão das gestantes em relação às atividades de educação em saúde.

No aspecto referente aos procedimentos clínico-obstétricos, assim como em outros estudos, ressalta-se que estas ações estão inseridas na rotina do pré-natal da atenção primária do município de João Pessoa-PB, observado no relato dos profissionais e das usuárias (DOMINGUES et al., 2012; PEREIRA, GUIMARÃES; LANZA, 2013; CARVALHO et al., 2016). Entretanto, estes pesquisadores alertam que, além de realizá-los, é importante verificar se os procedimentos têm sido utilizados para o diagnóstico e tratamento adequado de intercorrências gestacionais.

Estes procedimentos permitem aos profissionais acompanhar e verificar a situação de saúde da mãe e do feto, com a detecção prévia de possíveis agravos, garantindo intervenções em tempo oportuno.

Quanto ao monitoramento interno, todos os serviços analisados apresentaram os protocolos com as informações de cada gestante para o controle do cuidado durante o pré-natal. Neste sentido, o conhecimento e o acompanhamento das ações em saúde nos próprios serviços devem ser viabilizados por meio da existência de registros locais fáceis, confiáveis e contínuos e utilizados para avaliar sistematicamente a assistência prestada (SILVEIRA et al., 2001; SILVA et al., 2013).

A análise do questionário aplicado revela que as mulheres atendidas na atenção primária pré-natal do município de João Pessoa-PB, em sua maioria, têm baixo poder aquisitivo, condição que contribui para uma menor qualificação do pré-natal, haja vista a existência de iniquidades nas práticas de saúde. Em populações menos desenvolvidas economicamente, observa-se menor percentual de qualificação do pré-natal, com maior ocorrência de desfechos perinatais negativos, tais como valores mais elevados de razão de mortalidade materna, mortalidade neonatal e transmissão vertical do HIV (DOMINGUES et al., 2015).

Assim, fica evidente a importância de considerar as variáveis socioeconômicas como possíveis fatores explicativos do grau de adequação do cuidado pré-natal, reforçando a necessidade de construção de políticas públicas voltadas para a redução destas desigualdades.

Em contradição às pesquisas realizadas por outros autores (RIBEIRO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012; BERNARDES et al., 2014; CARVALHO et al., 2016), o presente estudo mostrou maior prevalência de mulheres que trabalham durante a gravidez e não moram com o companheiro.

Trabalhar durante a gravidez pode estar associado à dificuldade de acesso ao pré-natal, devido à mulher ter maiores entraves em termos de horários disponíveis para participar de forma regular da assistência. As equipes de saúde precisam se articular e conversar com estas gestantes a fim de ampliar e encontrar o melhor horário em que elas possam realizar a assistência de forma adequada. No que se refere à presença do companheiro, este fator pode possibilitar maior apoio à mulher no período pré-natal, favorecendo seu autocuidado e garantindo uma maior adequação da assistência, afirmando o papel da atenção primária em garantir como foco da assistência a família e não apenas o indivíduo (CARVALHO et al., 2016).

Outra variável analisada na caracterização das usuárias foi a participação em benefícios sociais governamentais. Neste contexto, encontra-se o Programa Bolsa Família (PBF). Este programa governamental destina mensalmente benefícios em dinheiro às famílias em situações de carência financeira. De forma específica na gestação, o PBF apresenta como condicionalidade de recebimento do benefício, o início no primeiro trimestre e a participação nas consultas de pré-natal. Esta obrigatoriedade poderia contribuir para a melhor vinculação da mulher ao serviço e, conseqüentemente, proporcionar uma assistência adequada do pré-natal, com o número de consultas esperado, início no primeiro trimestre e, com isso, possivelmente oferecer maior chance de realização de exames, participação em atividades educativas, entre outros aspectos.

Como foi observada maior proporção de pré-natal adequado em mulheres sem este benefício, isto reforça a ideia de que o sistema de saúde brasileiro deve atentar para as iniquidades sociais existentes na assistência pré-natal, uma vez que as beneficiárias são mulheres mais vulneráveis sócio-economicamente (LEAL et al., 2015).

O município estudado apresentou alta cobertura de ACSs durante o pré-natal. O ACS, enquanto profissional de saúde integrante da equipe de atenção primária e residente na área de moradia da gestante, representa papel fundamental no cuidado pré-natal; favorecendo a captação precoce da mulher, possibilitando o início mais cedo da assistência pré-natal, e ainda, a partir das visitas periódicas, proporciona melhor continuidade do cuidado (POLGLIANE et al., 2014).

Quanto às variáveis obstétricas (número de gestações e abortos anteriores), os dados foram semelhantes aos de outros estudos, com maior número de mulheres com dois ou mais filhos e não ter apresentado histórico de abortos (ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; 2013; BERNARDES et al., 2014; ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Esta situação pode favorecer a não adequação do pré-natal, uma vez que mulheres multíparas e sem complicações obstétricas prévias tendem a não realizar o pré-natal; já que, pela experiência de terem outros filhos anteriormente, acreditam que já possuem os conhecimentos sobre o processo da gestação, suas intercorrências, prática de aleitamento materno e podem não realizar o pré-natal de maneira assídua. Do mesmo modo, mulheres que não tiveram nenhum desfecho obstétrico negativo nas gestações anteriores, especificamente o aborto, acreditam

apresentar uma boa situação de saúde e que não há chances de agravos acontecerem, o que possivelmente explicaria também sua não participação efetiva no pré-natal (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Do ponto de vista clínico, a presença de edema foi constatada na maior parte das mulheres do estudo. Em conformidade com estes achados, Pereira, Guimarães e Lanza (2013) apontaram a fragilidade da equipe de saúde em realizar a verificação do edema, durante o pré-natal. Um procedimento obrigatório nas recomendações do MS e importante marcador para possíveis intercorrências de saúde na gestação.

O estudo mostrou boa cobertura de mulheres que fizeram uso de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gestação, o que também foi observado por outros autores em estudos nacionais que avaliaram a assistência pré-natal (DOMINGUES et al., 2012; POLGLIANE et al., 2014; CARVALHO et al., 2016). É conhecido que estes micronutrientes, por meio da suplementação preventiva, permitem a redução de ocorrências de distúrbios do fechamento do tubo neural e anemia, implicando positivamente na saúde perinatal (AHRQ, 2012; POLGLIANE et al., 2014). Nesse contexto, ressalta-se o Programa Nacional de Suplementação, que visa garantir o suporte adequado de ferro e ácido fólico às gestantes (BRASIL, 2013).

Em relação à cobertura do pré-natal, ressalta-se uma alta proporção de mulheres que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, também observada por outros autores da mesma linha de pesquisa (DOMINGUES et al., 2012; 2013; SILVA et al., 2013; CARVALHO et al., 2016). O cuidado pré-natal preferencialmente no início da gravidez tem como grande vantagem a detecção precoce de eventuais complicações durante a gestação. Estas, em muitos casos, podem ser evitadas, prevenidas ou tratadas, quando a gestante e o bebê têm acesso a métodos de diagnóstico e tratamento eficazes. Países como Estados Unidos e Inglaterra preconizam o início do pré-natal até as doze primeiras semanas de gestação, período também considerado como adequado no Brasil (BRASIL, 2011; REIS et al., 2015).

O número de consultas observado na presente pesquisa segue a recomendação da iniciativa “Rede Cegonha”, que considera adequado quando a gestante realiza sete ou mais consultas (BRASIL, 2011). Quanto a este aspecto, o estudo mostrou boa cobertura das mulheres que realizaram a quantidade de consultas recomendada. Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, foi verificado que o menor número de consultas esteve associado a menor adequação

de exames, vacinação e orientação sobre aleitamento materno e parto (DOMINGUES et al., 2012). Entretanto, a discussão precisa centrar-se mais na qualidade das consultas e seu conteúdo do que propriamente no aspecto quantitativo, possibilitando maior resolutividade das ações.

No município estudado, foi observada uma falha no processo de referência e contra-referência no pré-natal, qual seja: baixa proporção de mulheres relataram ter recebido das unidades da atenção primária à saúde o encaminhamento para a maternidade com a garantia da vaga. A Lei nº 11.634/ 2007 passa a garantir às gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde o direito de vincular-se à maternidade onde receberá assistência ao parto. A vinculação da gestante das unidades de saúde com a maternidade deve ser feita desde o início do acompanhamento pré-natal. A omissão dessa orientação pode levar a uma peregrinação das gestantes pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto, o que pode favorecer a alta ocorrência de morbimortalidade materna no país. Por isso, enfatiza-se a criação do vínculo entre o serviço especializado e a unidade de saúde a fim de manter o monitoramento da assistência pré-natal (BRASIL, 2007; POLGLIANE et al., 2014; LEAL et al., 2015).

No que diz respeito à orientação do aleitamento materno durante o pré-natal, vale salientar que a maioria das mulheres entrevistadas relatou a ausência dessa orientação. Neste sentido, a assistência pré-natal deve ser o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno, além de promover e incentivar familiares e cuidadores quanto à alimentação complementar saudável. A equipe de saúde da atenção primária deve estar capacitada para reconhecer as dificuldades das mulheres e sobre o aleitamento materno, orientá-las de forma oportuna, de acordo com a realidade de cada família e seu arranjo, o que poderá influenciar positivamente os indicadores relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável na infância (ARAUJO; MENDONÇA; SOUZA, 2015; BRASIL, 2016; BORDIN et al., 2017).

No município estudado, um achado que merece a devida atenção diz respeito aos exames laboratoriais, com baixo número de mulheres que conseguiu realizá-los, o que contraria a recomendação do MS. Estes achados corroboram os de outros estudos que objetivaram avaliar a assistência do pré-natal, nos quais também foi detectada baixa prevalência no número de gestantes que terminam o pré-natal com

a realização de todos os exames (ANVERSA et al., 2012; CHEN et al., 2007; DOMINGUES et al., 2012; 2013; 2015; SILVA et al., 2013; POLGLIANE et al., 2014).

Neste aspecto, Polgliane et al. (2014) apontam a possível ocorrência de algumas dificuldades que justificariam a baixa prevalência de exames no pré-natal, decorrentes principalmente da organização dos serviços de saúde, dificuldades de agendamento do exame, indisponibilidade dos insumos necessários à sua realização, problemas no funcionamento dos equipamentos e o tempo de retorno dos resultados.

Quanto ao esquema vacinal durante a gravidez, os achados mostraram boa adesão no município em estudo, também observado por outros autores (SILVA et al., 2013; CARVALHO et al., 2016). A vacinação durante o pré-natal, conforme recomendação do MS merece a devida importância, pois contribui para a redução de agravos durante a gestação.

De modo geral, sabendo que a qualidade do pré-natal é fruto do resultado satisfatório de diversos componentes (estrutura de serviços, exames clínicos, recursos humanos, procedimentos clínico-obstétricos, atividades educativas, etc.) ressalta-se a escolha no presente estudo em avaliar esta assistência por meio de um parâmetro que racionaliza questões avaliativas da tríade estrutura-processo-resultado em um único instrumento para categorizar a qualidade do pré-natal (SILVA et al., 2013).

Os índices utilizados podem empregar critérios diferentes para definição da adequação. No geral, os critérios são o número total de consultas e, o início precoce do pré-natal. Nesse contexto, na atual pesquisa, ao comparar a avaliação realizada com outros índices que utilizam como variáveis avaliativas apenas o número de consultas e o início do pré-natal no primeiro trimestre, os resultados da avaliação se mostraram contraditórios, com maior adequação para os índices de Kessner e APNCU, uma vez que os achados mostraram maior prevalência de mulheres com um número maior de consultas e, início no primeiro trimestre.

Assim, restringir os critérios avaliativos para verificar a situação do pré-natal pode produzir resultados contraditórios mesmo quando se avalia os mesmos serviços e usuárias de pré-natal. Isso tem repercussões diretas no planejamento e implementação das políticas de saúde materno-infantil na atenção primária à saúde (NETO et al., 2013).

Portanto, se a avaliação do pré-natal do presente estudo fosse realizada pelos índices de Kessner e APNCU, a assistência iria se apresentar com elevada adequação. Entretanto, confirmando a hipótese pré-estabelecida quanto à qualificação do pré-natal, avaliar o pré-natal a partir de um índice que utilize critérios avaliativos mais amplos mostram a necessidade de desenvolver intervenções que promovam a qualidade da assistência materno-infantil.

Outros estudos, quando avaliaram o pré-natal utilizando as recomendações do MS, ultrapassando o modelo tradicional de avaliação, acrescentando outros aspectos de conteúdo, também observaram uma baixa prevalência de pré-natal adequado, o que reforça que a qualidade do pré-natal está associada a outros critérios, como: realização de exames, procedimentos clínico-obstétricos, atividades de educação em saúde, orientações quanto a práticas de aleitamento materno, que precisam ser considerados como componentes no processo de avaliação do pré-natal (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; 2013; SILVA et al., 2013).

8.2 Análise dos fatores determinantes na adequação da assistência ao pré-natal

As variáveis do modelo de regressão logística final representam em torno de 64% dos fatores estudados, com possível relação com a qualificação do pré-natal, considerando uma boa representatividade das análises. Além disso, afirmando a hipótese da pesquisa, os achados das análises mostraram que a adequação do pré-natal está associada a determinados fatores que devem ser discutidos pelas equipes de saúde da família durante o desenvolvimento da assistência.

Entre estes fatores, encontra-se a localização geográfica das usuárias, de acordo com o DS. Reis et al. (2015) observaram que mulheres residentes no meio urbano têm maior oportunidade de realizar o cuidado pré-natal sem distinção. Entretanto, estes mesmos autores apontam que o local de residência da gestante pode atuar como um facilitador de acesso dos serviços de saúde. Nesse sentido, as mulheres do DS III apresentam maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, por este DS conter um maior número de serviços e estes se situarem mais próximos aos seus domicílios, contribuindo para a adequação do pré-natal.

Outros achados mostram que as condições socioeconômicas, especificamente a escolaridade e a renda per capita, foram fatores associados à

adequação do pré-natal. Estes dados também são confirmados em outros estudos realizados de base nacional e em município da Região Nordeste (DOMINGUES et al., 2015; CARVALHO et al., 2016).

Contextualizando essa questão, Martinelli et al. (2014) apontam para as iniquidades do sistema de saúde, especificamente para o cuidado pré-natal, diante das condições socioeconômicas das usuárias. Dessa forma, evidenciam que a inadequação do pré-natal é observada em maior prevalência em grupos socialmente mais vulneráveis, contrariando o princípio da equidade social. Os mesmos autores alertam que os gestores e as equipes de assistência ao pré-natal precisam estar preparados para trabalhar na atenuação desta realidade, colocando em prática o princípio da igualdade e priorizando as ações àqueles que possuem maiores necessidades, como as mulheres com menor escolaridade e menor renda *percapita*.

A adequação da assistência pré-natal na atual pesquisa também foi determinada por variáveis reprodutivas como a paridade. Neste sentido, a primiparidade pode favorecer a adequação do pré-natal, uma vez que mulheres multíparas tendem a não realizar o pré-natal, pela experiência de ter outros filhos anteriormente, acreditam que possuem os conhecimentos sobre o decorrer da gestação, suas intercorrências e a prática de aleitamento materno, e com isso podem não realizar o pré-natal de maneira assídua (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

As mulheres que participaram de atividades contínuas e periódicas de educação em saúde realizadas pelas equipes de pré-natal na atenção primária apresentaram maior chance de pré-natal adequado. Em um estudo realizado por Costa et al. (2009) em um município de Minas Gerais, foi identificado uma baixa proporção de mulheres que participaram de atividades educativas ao longo do pré-natal. Com relação à adequação do pré-natal, observou-se que quando realizadas, as ações educativas tomam por base o modelo tradicional com atividades pouco participativas e esporádicas (como palestras), desenvolvidas com abordagem transversal. Com respeito à opinião das usuárias, as atividades tornam-se efetivas, com maior chance de aprendizado por parte das mulheres e, conseqüentemente, com maior contribuição para a realização de um pré-natal adequado.

A partir da revisão em estudos clínicos randomizados, observou-se que estratégias educacionais desenvolvidas de forma periódica durante todo o pré-natal, a partir do diálogo da equipe com a usuária, sobre suas dúvidas e angústias,

contribuíram para melhores resultados obstétricos (aleitamento materno, prematuridade e baixo peso ao nascer). Especificamente, a prática do aleitamento materno mostrou-se mais sensível às ações educativas, apresentando às mães que participavam maior período de duração desta prática (SILVA; LIMA; OSORIO, 2016).

A presença da equipe multiprofissional foi também fator determinante para o pré-natal adequado. O MS (BRASIL, 2012) recomenda que o pré-natal seja realizado com a participação de no mínimo, o médico e o enfermeiro. Entretanto, observa-se, na prática, uma centralização do pré-natal por apenas um único profissional (VIELLAS et al., 2015). Uma vez que a gestação envolve mudanças não só fisiológicas, mas psicológicas, emocionais e familiares, é fundamental que haja interação da equipe da atenção primária no atendimento à gestante, a fim de atender às necessidades da mulher em sua integralidade, haja vista à proposta da Estratégia Saúde da Família no cuidado integral.

Como pontos positivos da pesquisa podem ser ressaltadas a avaliação do pré-natal por meio de um indicador que incorpora análise de conteúdo da assistência, considerando a estrutura, o processo de trabalho e os resultados, que refletem a qualidade da prática de saúde; além da análise estatística criteriosa dos dados, que garantem resultados mais fidedignos.

Como possível limitação, por ser um estudo retrospectivo, há o viés recordatório, ou seja, as mulheres podem não ter lembrado determinadas questões da sua assistência. Entretanto, este viés foi minimizado, devido à coleta das informações também ter sido feita com o uso do Cartão da Gestante das usuárias.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresenta relevância para comunidade científica, uma vez que traz a importância da avaliação de políticas e programas públicos de saúde, especificamente o pré-natal, visando à melhoria da assistência. Avaliar o pré-natal permitiu observar como este cuidado está sendo realizado na prática e verificar se o mesmo apresenta-se em conformidade com as normas propostas pelos programas governamentais, os quais fornecem diretrizes para esta assistência. A partir desta observação, é possível analisar como as ações estão sendo desenvolvidas, e identificar quais delas estão em conformidade ou não, e a partir daí, estimular o que está sendo satisfatório e propor intervenções eficazes para corrigir as falhas observadas.

Quanto à avaliação do pré-natal, destaca-se que no presente trabalho, ela foi realizada a partir de um instrumento elaborado em estudo anterior pelos próprios pesquisadores. A criação deste índice inicia-se a partir de uma revisão teórica, na qual foi observada que a adequação do pré-natal é obtida por um conjunto de aspectos que envolvem variáveis de estrutura, processo de trabalho e do cuidado pré-natal. Entretanto, os índices que são utilizados não apresentam estes critérios avaliativos e podem limitar a avaliação e superestimar a adequação do pré-natal. Neste contexto o IPR Pré-natal surge com a proposta de avaliar a situação do pré-natal por meio de critérios mais amplos, o que permite verificar com maior propriedade e de forma fidedigna a real situação do pré-natal.

Outro ponto de destaque do estudo foi a experiência do trabalho de campo, na qual foram verificadas as condições *in loco* das unidades de saúde da atenção primária e a situação do pré-natal relatada pelas usuárias na maternidade analisada. Foram vistas unidades que apresentavam estrutura precária, com ausência dos medicamentos e equipamentos necessários para a assistência. Estes fatores impedem a realização de um pré-natal adequado. Os achados também evidenciaram que a articulação entre a rede de saúde está falha, com a falta do vínculo atenção primária-maternidade, o que pode dificultar às usuárias na hora do parto, propiciando resultados negativos para a mãe e o bebê.

Quanto às usuárias, há mulheres que chegam à maternidade sem os exames laboratoriais mínimos que deveriam ter sido realizados, bem como ausência total de conhecimentos quanto à prática do aleitamento materno. A não realização dos

exames está diretamente relacionada ao não diagnóstico de intercorrências clínicas ao longo da gestação que podem contribuir para a mortalidade materna e neonatal. Quanto ao desconhecimento sobre a amamentação durante o pré-natal, este contribui para a inserção precoce de fórmulas lácteas promovendo a baixa prevalência de aleitamento materno, principalmente o exclusivo.

Também foi observado que variáveis de cuidado pré-natal determinaram a adequação da assistência. A mulher ter participado de atividades sistemáticas de educação em saúde e ter sido atendida ao longo do pré-natal por mais de um profissional de nível superior foram fatores que contribuíram para uma assistência pré-natal adequada. Estes aspectos merecem ser estimulados pelas equipes da atenção primária à saúde e devem ser levados em consideração durante o planejamento e desenvolvimento do cuidado pré-natal.

Recomenda-se que novos estudos sejam feitos em outros locais utilizando o índice IPR Pré-natal, com a inclusão das usuárias nas observações do processo de trabalho e acrescentando outras variáveis de saúde relacionadas ao pré-natal nos resultados, como o tempo de aleitamento materno exclusivo e realização da consulta puerperal. Outra sugestão para as próximas pesquisas é realizar a comparação das informações relatadas pelos profissionais com os dados informados pelas usuárias, permitindo a avaliação a partir da visão dos diferentes sujeitos: de quem é responsável por realizar a assistência e quem é participante.

Em termos de contribuição social, a pesquisa será de grande valia para o município estudado quando for repassado os resultados aqui encontrados para a Secretaria de Saúde. O município é o responsável pela assistência pré-natal na atenção primária à saúde e, portanto, o ponto inicial para as mudanças nas práticas de saúde.

Espera-se que o município desenvolva os meios necessários que facilitem a articulação da rede de referência e contrarreferência das equipes e usuárias da atenção primária de saúde com os serviços obstétricos de alta complexidade, que garantam o adequado fornecimento de insumos terapêuticos e equipamentos de uso do pré-natal; que estimulem as equipes a realizar atividades de educação em saúde, com orientação sobre a prática do aleitamento materno; e, que as ações de pré-natal sejam realizadas de forma multiprofissional. Especificamente, quanto à realização dos exames laboratoriais que apresentaram muito baixa prevalência, devem ser implementadas estratégias para facilitar sua marcação, acesso e, principalmente, o

retorno dos resultados, a fim de que as intervenções clínicas ocorram de forma adequada e oportuna durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS

ABU-SAAD, K.; FRASER, D. Maternal Nutrition and Birth Outcomes. **Epidemiol Rev**, v. 32, n.1, p. 5-25, 2010.

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. de A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. 672 p.

ACGOC. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Standards for obstetric-gynecologic services. Washington DC, 1985.

AHRQ. Agency For Healthcare Research And Quality's. **Guide to Clinical Preventive Services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force**. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd2012/> [acessado 2017 fev 10].

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** , v.17, n.1, p.15-25, 2005.

ALMEIDA-FILHO, N.; LIMA, M. **Epidemiologia & saúde : fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. 724p.

ALEXANDER, G.R.; CORNELLY, D.A. Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. **Am J Prev Med**, v.3, n. 1, p. 243-253, 1987.

ALEXANDER, G.R.; KOTELCHUCK, M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. **Public Heath Rep.**, v.111, n.5, p.408-418, 1996.

AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, p. 148-155, 2009.

ANDRADE, B.D.; SILVA, A.C.P.; SANTOS, M.T.M.; CAMPOS, T.; LUQUETTI, S.S.P.D.; CANDIDO, A.P.C.; et al. Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora. **Rev Med Minas Gerais**, v.25, n.3, p. 344-352, 2015.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.6, p. 1053-1064, 2011.

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**, v.28, n.4, p.789-800, 2012.

ARAUJO, R.L.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p.387-399, 2015.

ARANGO, H. G. **Bioestatística: Teórica e Computacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 440p.

ARANTES, R.B.; CORREA, S.P.; ALVARES, A.S.; MARCON, S.R. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n. 2, p. 245-254, 2014.

BARKER, D.J. Obesity and early life. **Obes Rev**, v.8, p. 45-49, 2007.

BARROS, F.C.; BHUTTA, Z.A.; BATRA, M.; HANSEN, T.N.; VICTORA, C.G.; RUBENS, C.E. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.10, n.1, p. S3, 2010.

BATISTA- FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.1, p.181-191, 2003.

BEECKMAN, K.; LOUCKX, F.; MASUY-STROOBANT, G.; DOWNE, S.; PURMAN, K.. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. **BMC Health Services Research**, v.11, n.2, p. 213-223, 2011.

BERNARDES, A.C.F.; SILVA, R.A.; COIMBRA, L.C.; ALVES, M.T.S.S.; QUEIROZ, R.C.S.; BATISTA, R.F.L.; et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n. 1, p. 1-12, 2014.

BICESKI, A. Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 79-88, 2012.

BLOCH, J.R.; DAWLEY, K.; SUPLEE, D. Application of the Kessner and Kotelchuck Prenatal Care Adequacy Indices in a Preterm Birth Population. **Public Health Nursing**, v.26, n.5, p.449-459, 2009.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Edgard Blucher, 2005. 300p.

BORDIN, D.; FADEL, C.B.; MOTMAZ, S.A.S.; CARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.1, p. 151-160, 2017.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Rev Saude Publica**, v. 41, n.1, p.150-153, 2007.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. saúde pública/ J. public health**, v.44, n.2, p.318-324, 2010.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília:, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: Princípios e conquistas**. Brasília-DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília-DF; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília-DF, 2001. Normas e manuais técnicos.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília-DF. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Portaria n.º1067 de 4 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (DOU). Brasília, DF. 6 jul. 2005, Seção I, p.25-30.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005**. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília – DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Pela Saúde 2006**. Portaria 399 de 22 de Fevereiro de 2006. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. 3.ed. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pré- Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. 3. Ed. Brasília – DF, 2006. Série A. Normas e manuais técnicos.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2006**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2007/matriz.htm>. Acesso em: 15 junh., 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Nota técnica mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília-DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Cadernos do pacto pela saúde 2010/2011 Paraíba**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pb.htm>. Acesso em 21.12.2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria consolidada Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudele_gis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. [acessado 2017 jan 10] .

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica. Brasília-DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília-DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Manual operacional Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>. Acesso em: dez., 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. Visitado em 1º de fevereiro de 2015.

_____. **Informações de Saúde na Paraíba**. Número de nascidos vivos. Disponível em: <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/default/nascidosvivostotalmun?municipio=Jo%C3%A3o+Pessoa&botao=muni&ind=causasexternas>. Acesso em nov 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**, Brasília-DF, 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos De vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Lei de Diretrizes Básicas**. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Medida provisória nº 746. Brasília-DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica na saúde da mulher**. Brasília-DF, 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Taxas de Mortalidade Infantil**. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>. Acesso em 22 março, 2017.

_____. **Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [acesso em 29 mar 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

BRITO, S.S.; OLIVEIRA, C.K.N.; ABREU, S.C.C.L.; COSTA, L.S.; DANTAS, U.I.B. Análise da distribuição espacial de casos de mortalidade infantil de um município. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n.7, p. 8561-8567, 2015.

BYRT, T.; BISHOP, J.; CARLIN, J.B. Bias, prevalence and kappa. **J Clin Epidemiol**, v.46, n. 1, p. 423-429, 1993.

CALCULADORA OPEN-EPI VERSAO 3. Calculadora de código aberto- SSP. Disponível em: www.openepi.com/samplesize/SSpropor.htm.

CALDERON, I.M.P; CECATTI, J.G. VEGA, C.P.E. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.5, p. 310-315, 2006.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 5, n.1, p. 563-569, 2005.

CARVALHO, R.A.S.; SANTOS, V.S.; MELO, C.M.; GURGEL, R.Q.; OLIVEIRA, C.C.C. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.25, n.2, p.271-280, 2016.

CASSIANO, A.C.M.; CARLUCCI, E.M.S.; GOMES, C.F.; BENNEMANN, R.M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista **do Serviço Público Brasília**, v. 65, n.2, p. 227-244, 2014.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CHEN, X.K.; WEN,S.W.; YANG, Q.; WALKER, M.C. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v.47, n.2, p. 122-127, 2007.

CIARI, JR. C.; SANTOS, J.L.F.; ALMEIDA, P.A.M. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.6, n.1, p. 361-370, 1972.

CLAP - CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CLAP/OMS). Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. CLAP/SMR: **Boletim de CLAP**, 2010.

CLAXTON, K.; PAULDEN, M.; GRAVELLE, H.; BROWER, W.; CULYER, A.J. . Discounting and decision making in the economic evaluation of health-care technologies. **Economics of Health & Social Care**, v.20, n.1, p. 2-15, 2011.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G.; ALVES, M.T.S.S.B.; RIBEIRO, V.S.; ARAGÃO, V.M.F. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n.4, p. 456-462, 2003.

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, n. 10, p.717-724 2003.

COUTINHO, T.;TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S.; SAID, J.D.; COUTINHO, L.M. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.32, n.10, p. 563-569, 2010.

CORRAR, L.; PAULO, E.; FILHO, J. **Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia**. São Paulo: Atlas, 2007.

CÔRREA, M.D.; TSUNECHIRO, M.A.; LIMA, M.O.P.; BONADIO, I.C. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n. spe, p. 23-31, 2014.

COSTA G.D.; COTA, R.M.M.; 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. **Cien Saude Colet**, v.14, (Supl.1), p. 1347-1357, 2009.

DAVIES, J.K.; SHERRIFF, N. The gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks. **Healthpolicy**, v.101, n.1, p.1-10, 2011.

DEBIEC, K.E.; PAUL, K.J.; MITCHELL, C.M.; HITTI, J.E. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. **Am J Obstet Gynecol**, v. 203, n.122, p. e1-e6, 2010.

DIÁZ, L.M.; CHÁVEZ. B.M. Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. **Rev.Fac. Nac. Salud Pública**, v.33, n. 2, p. 206-214, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.; 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**, v.28, n.3, p.425-437, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; VETTORE, M.V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.16, n.4, p. 953-965, 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; TORRES, J.A.; THEME-FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, .3, p.140-147, 2015.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. NY: Oxford Univ Press, 2003. 450p.

DOWSWELL, T.; CARROLI, G.; DULEY, L.; GATES, S.; GULMEZOGLU, A.M.; KHAN-NEELOFUR, D.; et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 10, n.1, 2010.

EIGBEFOH, O.J. ; OKPERE, E.E. ; ANDE, B. ; ANSONYE, C. How useful is the Helen Keller food frequency chart in the determination of the vitamin A status in pregnancy. **J Obstet Gynaecol**, v.25, n.2, p.123-127, 2005.

FAZIO, E.S. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento Nutricional. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.33, n.2, p. 87-92, 2011.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, L.R.; RAMIRES, V. Informação e desenvolvimento rural: o caso dos produtores rurais assentados mm Vitória do Santo Antão. **Desenvolvimento em Questão**, v. 16, p. 73-101, 2010.

FONSECA, S.C.; MONTEIRO, D.S.A.; PEREIRA, C.M.S.C.; SCORALICK, A.C.D.; JORGE, M.G.; ROZARIO, S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, 2014.

FREIRE, C.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 93, n. 6, p. 110-178, 2009.

GOGIA, S.; SACHDEV, H.S. Maternal postpartum vitamin A supplementation for the prevention of mortality and morbidity in infancy: a systematic review of randomized controlled trials. **International Journal of Epidemiology**, n.39, p. 1217-1226, 2010.

GOMES, R.M.T.; CESAR, J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.27, n.8, p. 80-89, 2013.

GONÇALVES, C.V.; CÉSAR, J.A.; MENDONZA-SASSI, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.11, p. 2507-2516, 2009.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M.B.M.; MUTT, M.B.; MERIGHI, M.A.B.; D'AVILA, C.G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da

Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.3, p. 349-353, 2008.

GOUDARD, M.J.F.; SIMOES, V.M.F.; BATISTA, R.F.L.; QUEIROZ, R.C.S.; BRITO E ALVES, M.T.S.S.; COIMBRA, L.C.; et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p. 1227-1238, 2016.

HAIR, J.F. **Multivariate Data Analysis with Readings**. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

HEAMAN, M.I. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n.3, p. 188-193, 2014.

HORTALE, V.A.; MOREIRA, C.F.; KOIFMAN, L. Avaliação da qualidade de formação: contribuição à discussão na área de saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.997-1003, 2004.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: John Wiley, 1989, 307 p.

HSIA, R.Y.; MBEMBATI, N.A.; MACFARLANE, S.; KTUK, M. Access to emergency and surgical care in sub-Saharan Africa: the infrastructure gap. **Health Policy and Planning**, v.27, n.1, p.1-11, 2011.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy**. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

JANDREY, C.M.; STENZEL, A.C. **Avaliação da Qualidade do Processo de Assistência Pré-natal na rede pública do município de Cachoeirinha/RS**. 2005. 62f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
KESSNER, D.M. **Infant death: an analysis of maternal risk and health care**. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1973.

KOBAYASHI, H.; TAKEMURA, Y.; KANDA, K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. **Scand J Caring Sci**, v.25, n.1, p. 419-425, 2011.

KOTELCHUCK, M. Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**, v.84, n.9, p.1411-1414, 1994.

LACOSKI, M.C.E.K; HONER, M.R. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: avaliação de aspectos do desenvolvimento neuropsicológico de crianças em campo grande, MS. **Ensaio e ci.**, v. 9, n. 2, p. 397-408, 2005.

LANDAU, S.; EVERITT, B.S. **A handbook of statistical analyses using SPSS**. USA: CRC press, 2004. Cap 9. 339p.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A; CARVALHO, M.L.; et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.1, p. S192-S107, 2014.

LEAL, M.C.; THEME-FILHA, M.M.; MOURA, E.C.; CECATI, J. G.; SANTOS, L.M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.15, n. 1, p. 91-104, 2015.

LEE, K.I.; KOVAL, J.J. Determination of the best significance level in forward stepwise logistic regression. **Communications in Statistics – Simulations and Computations**, v.26, p.559-575, 1997.

LIBERA, E.D. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4855-4864, 2011.

LÍBERA, B.D. et al. Estratégias de combate às microdeficiências no grupo materno-infantil. **Rev. Bras. Nutr. Clínica**, v.23, n.3, p.190-198, 2008.

LONG, K.Z. et al. Vitamin A Modifies the Intestinal Chemokine and Cytokine Responses to Norovirus Infection in Mexican Children. **The Journal of Nutrition**, v.141, n.10, p. 957–963, 2011.

LUDWIG, D.S.; CURRIE, J. The association between pregnancy weight gain and birthweight: a within-family comparison. **The Lancet**, v.32, n.10, p. 60751-60759, 2010.

MAGLUTA, C.; NORONHA, M.F.; GOMES, M.A.M.; AQUINO, L.A.; ALVES, C.A.; SILVA, R.S. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 9, n.3, p.319-329, 2009.

MARQUIA, P.A.; KUROYANAGI, F.L.; FOSS, M.S.; DOBRE, N.F.; SOUZA, D.N.; BITTENCOURT, W.S.; et al. Principais Fatores da Baixa Adesão ao Uso do Ácido Fólico. **Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 16, n.2, p. 141-148, 2014.

MARTINELLI, K.G.; SANTOS-NETO, E.T.; GAMA, S.G.N.; OLIVEIRA, A.E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev.Bras. Ginecol. Obstet.**, v.36, n.2, p. 56-64, 2014.

MENDONZA-SASSI, R.A. CESAR, J.A. ; TEIXEIRA, T.P. ; RAVACHE, C. ; ARAUJO, G.D. ; SILVA, T.C. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.4, p. 787-793, 2011.

MESQUITA, P.S.G. **Um modelo de regressão logística para avaliação dos programas de pós-graduação no brasil**. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Rio de Janeiro, 2014.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p. 173-179, 2006.

NETO, E.T.S.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; LEAL, M.C. Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.8, p.1664-1674, 2013.

NETO, E.T.S. LEAL, M.C.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S.G.N. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.256-266, 2012.

NICE GUIDELINE. **National institute for health and clinical excellence**. *Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman*. London: Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2008.

NIELSEN, J.N.; GITTELSON, J.; ANLIKER, J.; O'BRIEN, K.. Interventions to improve diet and weight gain among pregnant adolescents and recommendations for future research. **J Am Diet Assoc**, v.106, n.11, p. 1825-1840, 2006.

NÍQUINI, R.P.; BITTENCOURT, S.A.; LACERDA, E.M.A.; SAUNDERS, C.; LEAL, M.C . Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.10, p. 2805-2816, 2012.

NOGUEIRA, M.I. **Assistência Pré-natal**. São Paulo: Hucitec, 1994. 189p.

NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.147-173, 2004.

OLIVEIRA, A.C.M.; BARROS, A.M.R.; FERREIRA, R.C. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.37, n. 11, p. 505-511, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Active Ageing** – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid- Spain, 2002.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças**. Revisão 2000. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php>, acesso em: 03 jun. 2010.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Brasília (DF): A Organização; 2001.

_____. Organização Mundial de Saúde. **What is the effective-ness of antenatal care?** Copenhagen: WHO Region-al Office for Europe; 2005.

ONU. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.** ONU, 2015.

_____. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf> , aceso em: 20 mar, 2017.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saude Publica**, v.40, n. especial, p. 73-78,2006.

PARIZZI, M.R.; FONSECA, J.G.M. Nutrição na gravidez e na lactação. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n.3, p. 341-353, 2010.

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**, v.24, p. 1572-1580, 2008.

PATTON, M.Q.; LABOSSIÈRE, F. Les évaluations axées sur l'utilisation. In: **Concepts et pratiques en évaluation de programme.** Montreal: Presses de l'Université de Montréal, 2009. 276p

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap. 18.

PEREIRA, N.M.; GUIMARÃES, B.N.S.; LANZA, F.M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.3, n.3, p. 804-819, 2013.

POLGLIANE, R.B.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**, v. 1, n.7, p.1999-2010, 2014.

POLGLIANE, R.B.S.; NETO, E.T.S.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 36, n.6, p. 269-275, 2014.

POMMIER, J.; GUÉVEL, M.R.; JOURDAN, D. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. **BMC Public Health**, v.43, n.10, p. 1-12, 2010.

PORTAL ACTION. **Coeficiente de determinação**. Disponível em: <http://www.portalaction.com.br/analise-de-regressao/16-coeficiente-de-determinacao>. Acesso em fev 2017.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.

QUEIROZ, M.V.O.; MARQUES, J.F.; JORGE, M.S.B.; PINTO, F.J.M.; GUARITA, L.K.S.; MENEZES, N.S. Características e agravos prevalentes da população assistida na fase perinatal: estudo em um hospital terciário do SUS. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n.4, p. 565-573, 2009.

RAMOS, D. **Saúde: os 7 Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian**, 2017. Disponível em: <http://www.blogdaqualidade.com.br/saude-os-7-pilares-da-qualidade-de-avedis-donabedian/>. Acesso em: fev, 2018.

RASIA, I.C.R.B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.8, n.4, p.401-410, 2008.

REIS, P.A.G.D.; PEREIRA, C.C.A.; LEITE, I.C.; THEME-FILHA, M.M. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.1929-1940, 2015.

RODRIGUES, N.C.P; MONTEIRO, D.L.M.; ALMEIDA, A.S.; BARROS, M.B.L.; NETO, A.P.; O'DYER, G.; et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997---2012. **Jornal de Pediatria**, v.92, n.6, p. 567-573, 2016.

ROSA, C.Q.; SILVEIRA, D.S.; COSTA, J.S.D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.6, p. 977-984, 2014.

RIBEIRO, E.R.O.; GUIMARAES, A.M.; BETTIOL, H.; LIMA, D.D.F.; ALMEIDA, L.M.D.; SILVA, L.S.A.A.M.; et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.31, n.9, p.1-8, 2009.

ROSEN, M.G.; MERKATZ, I.R.; HILL, J.G. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. **Obstet Gynecol**, v.77, n.1, p. 782-787, 1991.

ROSENBERG, D.; HANDLER, A.; FURNER, S. A new method for classifying patterns of prenatal care utilization using cluster analysis. **Maternal and Child Health Journal**, v.8, n.1, p. 19–30, 2004.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 736p.

SAAEVEDRA J.S.; CESAR, J.A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1003-1014, 2015.

SANTOS, E. N.; VELARDE, L. G. C.; FERREIRA, V. A. Associação entre deficiência de vitamina A e variáveis socioeconômicas, nutricionais e obstétricas de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(Supl. 1), p.1021-1030, 2010.

SANTOS NETO, E.T.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.**, v. 17, n.2, p.107-119, 2008.

SAY, L.; CHOU, D.; GEMMIL, A.; TUNÇALP, O.; MOLLER, A.B.; DANIELS, J.; et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet**, v.2, n.6, p. e323-e333, 2014.

SERRUYA, S.G.; 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. Saúde Matern. Infant.**, v.4, n.3, p.269-279, 2004.

SEPÚLVEDA, M.A.C. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil**. Universidade Estadual de Campinas, 1997. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>. Acesso em fev 2018.

SILVA, A.M.R.; ALMEIDA, M.F.; MATSUO, T.; SOARES, D.A. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.1, p. 2125-2138, 2009.

SILVA, E.P.; TEIXEIRA-LIMA, R.; COSTA, MJ.C.; BATISTA-FILHO, M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.33, n.5, p. 356-362, 2013.

SILVA, E.P.; TEIXEIRA-LIMA, R.; FERREIRA, N.L.; COSTA, MJ.C.. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.13, n.1, p. 29-37, 2013.

SILVA, E.P.; TEIXEIRA-LIMA, R.; OSORIO, M.M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos Randomizados. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.9, p.2935-2948, 2016.

SILVA, L.S.V; THIAPÓ, A.P.; SOUZA, G.G.; SAUNDERS, C.; RAMALHO, A. Micronutrientes na gestação e lactação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.7, n.3, p. 237-244, 2007.

SILVA, S.C.T.; VIANNA, R.P.T. Estimativa da deficiência de ferro e folato e fatores associados em uma população feminina. **Adolesc Saude**, v. 7, n. 4, p. 30-38, 2010.

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**, v.17, n.1, p.131-139, 2001.

SISSON, M.C. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, v.11, n.3, p.265-276, 2007.

STENZEL, A.C.B.; MISOCZKY, M.C.; OLIVEIRA, A.I. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M.C., et al. **Gestão local em saúde: Práticas e Reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p.87-102.

SUÑOL, R. NICKLIN, W.; BRUNEAU, C.; WHITTAKER, S. Promoting research into healthcare accreditation/external evaluation: advancing an ISQua initiative. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.1, p. 27-38, 2009.

TABORDA, J.A.; SILVA, F.C.; ULBRICHT, L.; NEVES, E.B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, v.22, n.1, p. 16-24, 2014.

TAKEDA, S. **Avaliação de unidade de atenção primária**: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

THIAPÓ, A.P.; SOUZA, L.B.; LIBERA, B.D.; ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; RAMALHO, A. Vitamina A, Ferro e Zinco na gestação e lactação. **Rev. Bras. Nutr, Clínica.** v.22, n.2, p. 155-161, 2007.

TYRRELL, M. A.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil**: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Gráfica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ, 1995.

VANDERWEELE, T. J. LANTOS, J.D.; SIDDIQUE, J.; LAUDERDALE, D.S. A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: Comparable results for predicting small-for-gestational-age. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.62, n.1, p. 438-445, 2009.

VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P.I.C; LIMA, M.C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.6, n.1, p.99-105, 2006.

VIEIRA, R.C.F.; FERREIRA, H.S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Rev. Nutr.**, v.23, n.3, p.433-444, 2010.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME-FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; et al. Assistência Pré-natal no Brasil. **Cad saúde publica**, v. 30, sup. 1, p. S85-S100, 2014.

VILLAR, J. ; CARROLI, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; PIAGGIO, G.; GÜLMEZOGLU M. **Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy** (Cochrane Review). Oxford: Update Software; 2006.

WEHBY, G.L. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy Plan**, v.24, n. 2, p.175-188, 2009.

WELLS, C.S. ; SCHWALBERG, R.; NOONAN, G.; GABOR, V. Factors influencing inadequate and excessive weight gain in pregnancy: Colorado, 2000-2002. **Matern Child Health J**, v.10, n.1, p. 55-62, 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers**. Geneva: 1998.

ZANATELLI, C.; DOBERSTEIN, C.; GIRARDI, J.P.; POSSER, J.; BECK, D.G.S. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. **Revista saúde integrada**, v. 9, n. 17, p. 73-81, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ARTIGO 1: “Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados”- Publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva (v.1, n.9, p. 2935-2948, 2016)

IMPACTO DE ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

IMPACT OF EDUCATIONAL STRATEGIES IN LOW-RISK PRENATAL CARE: SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED CLINICAL TRIALS

AUTORES: Esther Pereira da Silva¹, Roberto Teixeira Lima², Mônica Maria Osório³

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: estherp.silva@yahoo.com.br

² Universidade Federal da Paraíba/Departamento de Nutrição. E-mail: robtex@ibest.com.br

³ Universidade Federal de Pernambuco/Programa de Pós-Graduação em Nutrição. E-mail: mosorio@ufpe.br

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar a partir de uma revisão sistemática o impacto das estratégias educacionais desenvolvidas no pré-natal de baixo risco em resultados obstétricos. Foi feita a busca nas bases de dados: Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs onde se analisaram ensaios clínicos randomizados com os desfechos de nascimento: peso ao nascer, prematuridade e aleitamento materno, utilizando os descritores em combinação: pre-natal, antenatal visits, education, health education, pregnancy outcomes, birthweight, prematurity, breastfeeding e randomized clinical. Após a avaliação da qualidade, incluiu-se nove estudos. As ações mostraram-se mais eficazes quando estendidas até o período pós-parto. A maior

parte delas aconteceu durante as visitas domiciliares e apresentaram impacto positivo na prática do aleitamento materno e peso ao nascer. A formação de grupos de gestantes contribuiu para menor prevalência de prematuridade. A amamentação mostrou-se o desfecho mais sensível às estratégias educativas. Práticas educativas durante o pré-natal contribuem para resultados obstétricos favoráveis por minimizarem dúvidas e anseios da mulher durante o processo de gestação, preparando-a para o parto e pós-parto, devendo ser incorporadas no processo de trabalho dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Pré-natal; Ensaio clínico controlado aleatório; Educação em Saúde

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze from a systematic literature review the impact of educational strategies developed in low-risk prenatal care on obstetric outcomes. This review made a search in the following databases: PubMed, Medline, SciELO and Lilacs, analyzing randomized clinical trials involving the following birth outcomes: birth weight, prematurity and breastfeeding, using the following combination of keywords: pre-natal, antenatal visits, education, health education, pregnancy outcomes, birth weight, prematurity, breastfeeding and randomized clinical trial. After quality evaluation, nine studies were included. Actions were more effective when extended to the postpartum period. Most of them occurred during home visits and had a positive impact on breastfeeding and birth weight. The formation of groups of pregnant women contributed to the lower prevalence of prematurity. Breastfeeding was found to be the outcome most sensitive to educational strategies. Educational practices during the prenatal period contributed to favorable obstetric results for minimizing doubts and anxieties of pregnant woman during the pregnancy process, preparing for childbirth and postpartum and should be incorporated in the work process of health services.

Keywords: Prenatal; Randomized controlled trial; Health Education

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal constitui em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de monitorar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança. Envolve o acolhimento da mulher desde o início de sua gravidez até o momento pós-parto. Este é um período caracterizado por mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta, por isso ela deve ser assistida de forma integral pelas equipes de saúde¹.

O acompanhamento adequado à gestante está relacionado a benefícios tanto para a mãe quanto para o feto e o futuro bebê, possibilitando a detecção e o tratamento oportuno de morbidades, diminuindo a incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade, além de promover a prática do aleitamento materno².

A qualidade da assistência ao pré-natal não deve privilegiar apenas seus aspectos quantitativos, como o número de consultas, ou a idade gestacional de início do pré-natal, visto que impossibilita a visualização de impactos relevantes no seu conteúdo. Portanto, é necessária a incorporação de estratégias que visem a garantia da atenção ao pré-natal com a abordagem integral e resolutiva^{2,3}. Entre estas, destacam-se as estratégias educacionais. Entretanto, sobre essa temática, pesquisadores têm observado falhas nas ações educativas durante o pré-natal, uma vez que gestantes de baixo risco, frequentando o pré-natal regularmente, chegam ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto⁴⁻⁶.

É no pré-natal que a mulher deve ser bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na

amamentação⁴. Informações sobre as diferentes vivências deveriam ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Estratégias de grupos de apoio e visitas de capacitação à casa das gestantes por especialistas vêm sendo implementadas com sucesso em modelos de atenção ao pré-natal^{1,4}. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de compreender o processo de gestação, acrescentando o componente educacional na assistência e possibilitando um maior suporte à gestante durante todo o pré-natal, contribuindo, dessa maneira, para melhores resultados obstétricos⁷. Portanto, nesse contexto, os profissionais de saúde deveriam estar habilitados para o trabalho educativo, sendo capacitados para as mudanças vivenciadas no período gestacional, exercendo papel de educador e promotor da saúde¹.

Ante a importância das estratégias educacionais no pré-natal e sua possível relação com os desfechos de nascimento favoráveis, o presente estudo tem por objetivo apresentar uma revisão sistemática sobre o impacto das estratégias educacionais realizadas no pré-natal de gestantes de baixo risco, nos seguintes resultados obstétricos: peso ao nascer, prematuridade e prática do aleitamento materno, a partir de ensaios clínicos randomizados.

MÉTODOS

O protocolo, a estratégia de pesquisa e os critérios de seleção seguiram as diretrizes do Manual Cochrane dos revisores da Universidade Federal de São Paulo⁸ e Preferred Reporting Items Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)⁹.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca sistemática dos artigos foi realizada em quatro bases eletrônicas de dados (Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs), utilizando os seguintes descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (Decs/Mesh): “pre-natal” AND “antenatal visits” AND

“education” OR “health education” AND “pregnancy outcomes” AND “birthweight” OR “prematurity” OR “breastfeeding” AND “randomized clinical”. A busca bibliográfica se deu no período de abril a setembro de 2014.

Apenas filtros para tipo de estudo e desfecho obstétrico foram utilizados, conforme os critérios de seleção descritos abaixo. Além disso, foram examinadas as referências de revisões sistemáticas sobre o assunto, a fim de encontrar artigos que não haviam sido descobertos nas buscas nas bases de dados.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi feita de forma independente, conduzida por dois revisores, e no caso de dúvidas um terceiro pesquisador experiente foi consultado. A pesquisa foi realizada em duas fases: avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados e avaliação do texto completo.

Os critérios de inclusão do estudo foram: 1) Ensaio clínico randomizado; 2) Estudo com pelo menos um dos desfechos obstétricos selecionados (peso ao nascer e/ou prematuridade e/ou aleitamento materno); 3) Intervenção educativa ocorrida durante o pré-natal; 4) Grupos intervenção e controle contemporâneos e que recebessem a mesma duração cumulativa de tratamento ou não tratamento.

As publicações repetidas de uma mesma pesquisa em bases de dados diferentes foram computadas em apenas uma das bases, considerando a seguinte ordem de prioridade: Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs.

AValiação DE QUALIDADE DOS ESTUDOS

Para avaliação da qualidade dos artigos, foram seguidas as normas do Manual Cochrane dos revisores da Universidade Federal de São Paulo⁸ para ensaios clínicos randomizados que classifica os estudos em quatro categorias:

- **Categoria A:** significa que o processo de sigilo de alocação foi adequadamente relatado através de: aleatorização centralizada por um escritório central; administração sequencial de pacotes pré-codificados ou numerados aos sujeitos participantes selecionados para o estudo; sistema computadorizado disponível em tempo integral à distância; dados gerados por programa de computador contendo distribuição codificada; envelopes seriados opacos e numerados e outras maneiras que pareçam oferecer alocação adequada, combinadas com o fato de que a pessoa que fez o sigilo da alocação não está envolvida na sua utilização. - **Categoria B:** significa que o sigilo de alocação não foi descrito, mas é mencionado no texto que o estudo é aleatório, indicando que a alocação parece ser adequada embora não haja nenhuma outra informação disponível. - **Categoria C:** significa que o sigilo de alocação foi inadequado, no qual se observa, por exemplo, alternância, números de prontuários, datas de nascimento, dias da semana, etc. e - **Categoria D:** significa que o estudo não foi aleatório.

Ainda, de acordo com as diretrizes deste manual, os artigos classificados como A ou B foram incluídos na revisão sistemática. Os artigos classificados como C ou D foram excluídos por não se configurarem como ensaios clínicos aleatórios.

RESULTADOS

Dos artigos pesquisados, foram encontrados 235 artigos originais e 3 revisões sistemáticas. Depois da verificação de referências duplicadas, restaram 92 referências. Destas, 20 resumos preencheram os critérios de seleção e foram submetidos a uma revisão completa

do texto. Após a leitura dos textos e a avaliação de sua qualidade, 11 artigos foram excluídos, sendo 9 estudos incluídos para a presente revisão sistemática (Fig. 1).

Na tabela 1 são descritos as características gerais dos estudos. Os artigos, apesar de não ter sido utilizado filtro de idioma e de período, foram publicados em inglês entre os anos de 1995 e 2013.

Sete artigos foram classificados com nível de qualidade A^{10-13,15-17}. Dos dois categorizados com nível de qualidade B^{14,18}, um foi realizado em um país em desenvolvimento¹⁸.

Brent et al¹⁰ (1995), em Nova York, Estados Unidos, trabalhando com 108 gestantes de baixa renda, assistidas em um centro de atendimento ambulatorial pré-natal, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de intervenção para aumentar a amamentação, randomizaram aleatoriamente a população de estudo em dois grupos: controle e intervenção. No grupo controle, o atendimento pré-natal era feito na instituição por meio de consultas clínicas tradicionais (paciente-médico); no grupo intervenção, as mulheres receberam mensalmente durante todo o período gravídico até o primeiro ano pós-parto, visitas domiciliares feitas por profissionais de saúde capacitados na temática do aleitamento materno, os quais foram denominados: “consultores de lactação”. Nessas visitas, os profissionais discutiam de forma participativa sobre a importância do leite materno, questões sobre a fisiologia da mama e manejo da amamentação, fazendo uso de materiais didáticos e ilustrativos referentes ao tema, preparando as gestantes para esta prática de forma adequada. A partir dessa estratégia, foi observada maior prevalência do início precoce do aleitamento materno exclusivo, considerando as primeiras 48 horas pós-parto, no grupo intervenção (61%) do que o grupo controle (32%), com resultados estatísticos significativos.

Chapman et al¹¹. (2004) em seu estudo, randomizaram aleatoriamente 165 gestantes de baixo risco e de baixa renda, maiores de dezoito anos, com menos de 26 semanas

gestacionais, na cidade de Connecticut, Estados Unidos, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de aconselhamento para a prática do aleitamento materno. As estratégias de intervenção desenvolveram-se a partir de visitas domiciliares realizadas mensalmente por mulheres residentes nas áreas de moradia das gestantes, durante o pré-natal até o sexto mês pós-parto. As mulheres que faziam as visitas domiciliares tinham concluído o ensino médio, amamentado uma criança por um período de no mínimo seis meses e recebido treinamento por profissionais de saúde dos serviços locais para trabalhar com o tema aleitamento materno. Durante as visitas no grupo de intervenção, os tópicos abordados incluíam: anatomia e fisiologia da mama, manejo do aleitamento materno, técnicas de aconselhamento, fatores culturais e sociais relacionados a esta prática; fazendo uso de recursos didáticos como materiais ilustrativos, vídeos e folders explicativos acerca do tema. Foi observado que, no grupo controle, no qual o pré-natal se desenvolvia apenas por consultas clínicas, a prevalência de mães que não realizaram aleitamento materno precoce foi maior (22,7%) em comparação ao grupo intervenção (8,9%), com significância estatística.

No estudo realizado por Olds et al¹² (2004), que teve como objetivo examinar os efeitos de estratégias educacionais durante as visitas domiciliares em resultados obstétricos e na infância, o peso ao nascer foi a variável de análise trabalhada por esses autores. Nessa pesquisa, 1178 gestantes de 21 clínicas públicas de atendimento ao pré-natal da cidade de Denver, Estados Unidos, foram randomizadas de forma aleatória. O componente intervencional aconteceu a partir de visitas domiciliares ao longo do pré-natal por profissionais de saúde. Durante as visitas, eram abordados temas sobre a importância do pré-natal, alimentação durante a gravidez, intercorrências clínicas da gestação e planejamento familiar, utilizando materiais didáticos e ilustrativos. Houve significativamente menor prevalência de baixo peso ao nascer (2,8%) no grupo intervenção quando comparada ao grupo controle (7,7%).

Bonuck et al¹³ (2005), em estudo desenvolvido com 304 gestantes atendidas em dois centros públicos de saúde de Nova York, Estados Unidos, utilizaram estratégias educativas a partir de visitas domiciliares feitas por agentes residentes nas áreas de moradia das mulheres, com o objetivo de determinar se essas ações apresentariam impacto na duração da amamentação. Estes agentes eram capacitados por profissionais de saúde dos serviços analisados no que se refere à lactação. Nas visitas eram discutidos temas relacionados à intenção das gestantes de amamentar, os benefícios da amamentação, características fisiológicas da mama, preparação para o parto e do início precoce do aleitamento materno, com auxílio de panfletos educativos, bonecas e mamas artificiais. Para as gestantes que fizeram parte do grupo com estas ações houve, com significância estatística, maior prevalência de aleitamento materno exclusivo nos seis meses pós-parto (53%) quando comparado ao grupo que recebeu apenas as consultas clínicas tradicionais (39,3%).

Em estudo realizado em Gana, Aidam et al¹⁴ (2005) desenvolveram com 231 gestantes atendidas de clínicas de pré-natal de dois hospitais do país, estratégias educativas durante visitas domiciliares realizadas ao longo do pré-natal até o primeiro ano pós-parto, a fim de verificar se estas intervenções contribuiriam para a prática adequada do aleitamento materno. Estes encontros eram feitos por duas enfermeiras locais e uma nutricionista. Estas profissionais de saúde, para serem incluídas na pesquisa, deveriam ter amamentado uma criança no mínimo por seis meses e serem reconhecidas nas comunidades como uma fonte credível de informação em saúde. As mulheres do grupo intervenção receberam nestas visitas, informações sobre os seguintes tópicos: definição do aleitamento materno, estímulos ao início precoce, importância do colostro, benefícios da amamentação para a mãe e bebê, técnicas da lactação e tratamento de problemas de lactação (ingurgitamento, mamilos doloridos). As mulheres eram encorajadas a fazer perguntas durante as sessões educacionais. Os questionamentos levantados pelas gestantes foram discutidos e eram acrescentados como

temas adicionais para as próximas visitas. Foi observado maior prevalência de aleitamento materno exclusivo nos três e seis meses pós-parto (92,1% e 39,5%) no grupo de intervenção do que no grupo controle (65,9 e 19,6%), com resultados estatísticos significativos.

Ickovics et al¹⁵ (2007), trabalhando com 993 gestantes de dois hospitais universitários referências em obstetrícia das cidades de Atlanta e New Raven, Estados Unidos, propuseram como estratégia educativa a assistência pré-natal desenvolvida em grupos de no máximo oito gestantes com duração de duas horas, com o objetivo de verificar o impacto desta intervenção no peso ao nascer, prematuridade e no aleitamento materno, além da função psicossocial e satisfação das usuárias. Inicialmente, as gestantes eram avaliadas individualmente quanto ao registro de peso, pressão arterial e altura uterina e em seguida as mulheres do grupo intervenção eram encaminhadas aos grupos mediados por profissionais de saúde dos serviços analisados. Nesses espaços, havia compartilhamento de conhecimentos e dúvidas entre as gestantes e os temas discutidos eram trabalhados acerca dos objetivos da assistência pré-natal, aleitamento materno, preparação para o nascimento da criança e o período pós-parto, além das mulheres serem estimuladas para o auto-cuidado (com retorno dos exames laboratoriais para acompanhamento). Eram distribuídos materiais didáticos e ao final de cada sessão, as gestantes avaliavam as atividades realizadas. Os autores observaram uma menor prevalência de prematuridade (9,8%) e maior prevalência do início precoce do aleitamento materno (66,5%) no grupo intervenção do que no controle (13,8% e 54,6%, respectivamente). No entanto, foi observado que a estratégia educativa não foi eficaz em relação ao resultado de baixo peso ao nascer.

A pesquisa desenvolvida por Edwards et al¹⁶ (2013), envolveu 248 gestantes atendidas em uma clínica de pré-natal do hospital universitário da universidade de Missouri, Estados Unidos. As mulheres foram randomizadas aleatoriamente a partir de um programa estatístico, não havendo diferenças significativas no que se refere às características sócio-econômicas e

demográficas dos grupos controle e intervenção. No grupo controle, as gestantes recebiam consultas clínicas de pré-natal (paciente-especialista). A estratégia educacional utilizada no grupo intervenção foram visitas domiciliares ao longo do pré-natal por agentes locais, denominados de “doulas” (mulheres afro-americanas das comunidades de análise do estudo). Estas mulheres receberam treinamento sobre aleitamento materno com profissionais de saúde capacitados. As visitas baseavam-se na construção do vínculo com as gestantes, discutindo temas sobre a saúde na gravidez, preparação para o parto, alimentação infantil, além de escutar as ideias e preocupações das mulheres sobre a amamentação e trabalhar com os mitos e tabus das gestantes frente à amamentação. As doulas relatavam suas experiências pessoais sobre amamentação ou as experiências de outras mulheres da comunidade, para ajudar a normalizar a ideia de amamentação com exemplos de mães com origens culturais e comunitárias semelhantes. Fazia-se uso de materiais didáticos impressos, vídeos e folders ilustrativos. Verificou-se maior prevalência do início precoce do aleitamento materno exclusivo nas mulheres que participaram desta intervenção (63,9%) do que as mulheres do controle (49,6%), com significância estatística. A duração do aleitamento materno exclusivo maior do que quatro meses não apresentou diferença estatística entre os dois grupos.

Karp et al¹⁷. (2013) ao analisarem a prevalência de início da amamentação de mulheres atendidas em um centro universitário do sudeste dos Estados Unidos, desenvolveram um estudo prospectivo, no qual randomizaram aleatoriamente 130 gestantes em dois grupos: o grupo controle (n=57) e o grupo intervenção (n=73); as mulheres do grupo controle receberam a consulta clínica tradicional de pré-natal no serviço de saúde e o grupo intervenção recebeu além das consultas, visitas domiciliares mensais ao longo do pré-natal e no pós-parto por profissionais de saúde especialistas na área obstétrica. Durante as visitas, foram realizadas ações de educação em saúde com base em protocolos padronizados pela pesquisa que faziam uso de recursos didáticos como: folders ilustrativos, vídeos; nestas,

conversava-se com a gestante, temas relacionados à: intercorrências clínicas maternas, saúde bucal, estresse, uso de medicamentos na gestação, orientações nutricionais e exercício, planejamento da vida reprodutiva e o aleitamento materno. Quanto à amamentação, os profissionais abordavam sobre os benefícios desta prática, os riscos de não fazê-la além discutir sobre as experiências anteriores de aleitamento materno das gestantes. Observou-se após o controle das variáveis referentes à: raça, renda, estado civil, tabagismo e idade que não houve diferença entre os grupos, embora as mulheres do grupo de intervenção apresentaram maior prevalência do aleitamento materno precoce (Intervenção= 68,5% Controle= 59,6%).

Ao analisarem como desfecho a prematuridade, Lutenbacher et al¹⁸. (2013) no Centro Médico da Universidade de Vanderbilt, Estados Unidos, randomizaram aleatoriamente 211 gestantes em dois grupos: grupo Controle (n=102), no qual as mulheres realizaram a consulta clínica tradicional de pré-natal (paciente-médico) e o grupo Intervenção (n= 109), onde foram também introduzidas visitas domiciliares por profissionais de saúde fazendo uso de materiais didáticos que abordavam os seguintes temas sugeridos pelas gestantes: Orientações quanto a intercorrências clínicas, cuidados com a saúde materna e perinatal, parto, aleitamento materno além de garantir encaminhamento ao serviço de psiquiatra e serviço social quando necessário. Não houve diferença significativa entre os grupos, entretanto foi observada maior prevalência de prematuridade no grupo controle (13%) em comparação ao grupo intervenção (8%).

DISCUSSÃO

A partir desta revisão sistemática, observou-se a escassez de estudos que utilizaram estratégias educativas em ensaios clínicos randomizados durante o pré-natal. A maioria dos estudos mostraram que desenvolver estratégias educacionais ao longo do pré-natal tem

impacto positivo ao proporcionar melhores resultados obstétricos, apresentando as mães do grupo que participaram das ações educativas menores prevalências de baixo peso ao nascer¹² e prematuridade¹⁵ além do início mais rápido e maior duração da prática do aleitamento materno exclusivo^{10,11,13,14,16}. Apesar da existência de dois artigos^{17,18} nos quais as intervenções educativas não apresentaram resultados com significância estatística, deve-se salientar as que maiores prevalências de desfechos de nascimento favoráveis foram observadas nos grupos de intervenção.

A educação em saúde enquanto processo pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade¹⁹.

As práticas de educação em saúde devem envolver três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e promoção da saúde além de práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e garantir a autonomia em seus cuidados de saúde, individual e coletivamente. Elas devem ser inerentes ao processo de trabalho dos serviços de saúde, entretanto, por muitas vezes, são colocadas em um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão²⁰.

As principais atividades educacionais observadas nos estudos aconteceram durante as visitas domiciliares realizadas por profissionais ou agentes locais capacitados, fazendo uso de recursos didáticos como vídeos, materiais ilustrativos, folders explicativos, bonecas e mamilos artificiais^{10-14,16-18}. Dos oito artigos que trabalharam com esta ação^{10-14,16-18}, em seis foram observados desfecho de nascimentos favoráveis nas mulheres que participaram da intervenção, com significância estatística^{10-14,16}.

Nesse contexto, a visita domiciliar à mulher grávida deve ser compreendida também enquanto um instrumento de intervenção a ser utilizado pelos integrantes das equipes de saúde, para conhecer as condições de vida e de saúde das gestantes, de seus companheiros e familiares, identificar as características sociais, epidemiológicas e os recursos disponíveis pela família. Essas informações são importantes para o planejamento das ações educativas dos profissionais de saúde, visando estimular e valorizar o empoderamento e auto-cuidado por parte das usuárias²¹. Este aspecto de trabalhar com toda a família é fundamental no processo de aprendizagem durante o período gravídico^{1,2,21}.

Quanto ao tempo de intervenção, as estratégias mais eficazes se estenderam do pré-natal até o momento pós-parto^{1,2,4,5,7}, reafirmando a importância da continuidade do cuidado pelas equipes de saúde. Nessa temática, os benefícios apontados como relacionados à continuidade do cuidado são: maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhora na relação entre usuários e provedores de serviços; promoção de um papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte das usuárias e provável redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários²².

No que se refere à prematuridade, dos dois estudos^{15,18} que avaliaram esta variável como desfecho de análise, um deles apresentou êxito quando utilizou a formação de grupos durante o pré-natal, como estratégia educacional¹⁵. Entretanto, Lutenbacher et al¹⁸, não encontraram resultado significativo ao fazer as visitas domiciliares por profissionais de saúde, provavelmente devido a que, apesar de serem gestantes com baixo risco, as mulheres do estudo anteriormente tiveram parto prematuro e a visita domiciliar não poderia controlar este risco clínico na atual gestação. Os pesquisadores^{15,18} ressaltam que para o caso de mulheres de risco além das estratégias educacionais, deve ser garantido à gestante o encaminhamento para serviços de alta complexidade.

A formação de grupos no pré-natal enquanto ação educativa é uma oportunidade para a criação de um canal de diálogo entre profissionais e gestantes, um espaço para a troca de vivências e experiências entre as mulheres que contribui para o seu fortalecimento e para preparar a gestante para enfrentar as modificações físicas e emocionais que compreendem o processo gravídico^{1,6}. Além disso, os grupos estimulam a participação das gestantes enquanto sujeitas ativas no pré-natal, valorizando os seus questionamentos, pois, embora pareçam elementares para quem escuta, podem representar um problema sério para quem os vivencia. Nesse contexto, esses grupos podem ser considerados como grupos terapêuticos, nos quais respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família^{1,6,21}.

No que se refere ao peso ao nascer, os dois estudos que abordaram esta variável^{12,15} mostraram que estratégias educacionais durante as visitas domiciliares e de formação de grupos de gestantes ao longo do pré-natal foram eficazes para a redução da sua prevalência. O peso ao nascer constitui um importante indicador da saúde da população, por refletir as condições sociais, econômicas e ambientais às quais a mulher se encontra durante o período de gestação. É considerado um indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher, uma vez que a baixa qualidade do pré-natal está diretamente associada ao nascimento de crianças com baixo peso ao nascer²³.

A prática do aleitamento materno foi a variável de nascimento mais utilizada pelos autores para evidenciar o impacto das estratégias educacionais ao longo do pré-natal. Dos nove estudos incluídos na revisão¹⁰⁻¹⁸, sete^{10,11,13-17} trabalharam com amamentação enquanto desfecho. Vale salientar, que destes estudos, em seis^{10,11,13-16} foi observada maior prevalência desta prática no grupo intervenção com resultados significativos, reforçando a importância das ações educativas ao longo do pré-natal na preparação das mulheres para a realização da amamentação.

Considerando o papel protetor do aleitamento materno sobre a morbidade e mortalidade infantil, as iniciativas para a sua promoção devem ser prioritárias nos serviços de saúde. As equipes de saúde devem estar capacitadas para o manejo clínico e aconselhamento em amamentação. A capacitação profissional é essencial para o sucesso das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, conferindo competência às equipes de saúde e facilitando o envolvimento com as usuárias dos serviços²⁴.

Ainda sobre o aleitamento materno, as estratégias de intervenção mais utilizadas pelos autores com impacto positivo foram: assistência pré-natal desenvolvida em grupos¹⁵, visitas domiciliares por profissionais¹⁰, participação de mulheres da comunidade^{11,14,16} e agentes de pesquisa do local de residência da gestante capacitados em lactação¹³.

Apesar desta revisão ter avaliado como intervenção, apenas estratégias educacionais realizadas durante o pré-natal, é importante salientar que os desfechos de nascimento analisados apresentam múltiplos determinantes de risco. O peso ao nascer e prematuridade, apresentam como principais fatores de risco a pouca ou avançada idade materna, hábitos de vida inadequados como o tabagismo, e intercorrências clínicas como a anemia, infecção urinária e déficit de ganho de peso gestacional^{25,26}. Estas variáveis são mais difíceis de serem modificadas. O aleitamento materno, por sua vez, possui o componente cultural, incluindo a influência da família, como um determinante fortemente relacionado, parecendo ser mais sensível às estratégias educacionais^{27,28}, apresentando as maiores diferenças de prevalência entre os grupos intervenção e controle quando comparado ao peso ao nascer e à prematuridade dos estudos incluídos na revisão. Porém, em se tratando de indicadores de qualidade de vida, mesmo uma pequena redução observada para os desfechos de baixo peso ao nascer e prematuridade deve ser levada em consideração, pois pode ter um impacto elevado na saúde da população estudada.

Ressalta-se que a assistência pré-natal não deve se restringir ao modelo clínico-tradicional (paciente-especialista) em uma sala de consultório, mas incluir ações de educação em saúde na rotina da sua assistência de forma integral, incluindo aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem às mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem^{1,6,29,30}. O profissional de saúde deve ser qualificado para orientar as gestantes no que se refere a estes temas, devendo extrapolar as intervenções clínicas tradicionais e criar momentos de intenso aprendizado e oportunidades de desenvolver a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar²⁰. Nesse aspecto, é necessário que os profissionais de saúde assumam a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério^{22,31}.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, observou-se que as estratégias de intervenção desenvolvidas no pré-natal, com grupos de gestantes além das realizadas durante visitas domiciliares por profissionais e pessoas residentes nas áreas de moradia das mulheres, construídas e desenvolvidas de forma pedagógica e participativa, contribuíram de forma significativa para redução da prematuridade e do baixo peso ao nascer, além proporcionar maior prevalência de aleitamento materno exclusivo.

Portanto, as equipes de saúde de atenção ao pré-natal devem estar habilitadas para realizar, incorporar e operar na rotina da assistência dos serviços especializados, estratégias educacionais que visem orientar a mulher quanto às questões clínicas e psicológicas inerentes ao período gravídico, preparando-as para o parto, pós-parto e contribuindo para desfechos obstétricos favoráveis.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica. Brasília-DF, 2012.
- ² Silva EP, Teixeira-Lima R, Costa MJC, Filho MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. Rev. Panam. Salud Públ. 2013; 33(5): 356-362.
- ³ Gomes RMT, Cesar JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade 2013; 27 (8): 80-89.
- ⁴ Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc. saúde colet. 2007; 12(2): 477-486.
- ⁵ Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24: 293-299.

- ⁶ Viellas EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(1): S85-S100.
- ⁷ Trudnak TE, Arboleda E, Kirby RS, Perrin K. Outcomes of Latina Women in CenteringPregnancy Group Prenatal Care Compared With Individual Prenatal Care. J Midwifery Womens Health 2013; 58(4): 396-403.
- ⁸ Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.
- ⁹ Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Loannidis JPA, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviewsand meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2009; 151: 65-93.
- ¹⁰ Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg J. Breast-feeding in a Low-Income PopulationProgram to Increase Incidence and Duration. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149(7):798-803.
- ¹¹ Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158(9):897-902.

- ¹² Olds DL, et al. Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2004; 110 (3): 486-496.
- ¹³ Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, McKee D. Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant. *Pediatrics* 2005; 116 (6): 1413-1426.
- ¹⁴ Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Larrey A. Lactation Counseling Increases Exclusive Breast-Feeding Rates in Ghana. *J.Nutr.* 2005; 135 (7): 1691-1695.
- ¹⁵ Ickovics JR, et al. Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110 (2): 330-339.
- ¹⁶ Edwards RC, Thullen MJ, Korfmacher J, Lantos JD, Henson LG, Hans SL. Doula Home Visiting Breastfeeding and Complementary Food: Randomized Trial of Community. *Pediatrics* 2013; 132 (2): S160- S166.
- ¹⁷ Karp SM, Howe-Heyman A, Dietrich MS, Lutenbacher M. Breastfeeding Initiation in the Context of a Home Intervention to Promote Better Birth Outcomes. *Breastfeed Med.* 2013; 8(4): 381-387.
- ¹⁸ Lutenbacher M, et al. Does Additional Prenatal Care in the Home Improve Birth Outcomes for Women with a Prior Preterm Delivery? A Randomized Clinical Trial. *Matern Child Health J* 2014; 18:1142–1154.

¹⁹ Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde colet.* 2007; 12(2):335-342.

²⁰ Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Sousa EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde colet.* 2014; 19(3): 847-852.

²¹ Lima SS. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. *Aquichan.* 2013; 13 (2): 261-269.

²² Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde colet.* 2011; 16(1): 1029-1042.

²³ Capelli JCS, et al. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. *Ciênc. saúde colet.* 2014; 19 (7): 2063-2072.

²⁴ Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Formação continuada na enfermagem como um fator associado ao conhecimento em aleitamento materno. *Invest. educ. enferm* 2014; 32(1).

²⁵ Sclowitz IKT, Santos IS, Domingues MR, Matijasevich A, Barros AJD. Prognostic factors for low birthweight repetition in successive pregnancies: a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 20 (13): 1-8.

- ²⁶ Restrepo-Méndez MC, Lawlor DA, Horta BL, Matijasevich A, Santos IS, Menezes AM, Barros FC, Victora CG. The association of maternal age with birthweight and gestational age: a cross-cohort comparison. Paediatr Perinat Epidemiol. 2015; 29(1):31-40.
- ²⁷ Alves ALN, Oliveira MIC, Moraes JR. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública* 2013; 47 (6): 1130-1140.
- ²⁸ Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Filho MB. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10 (1): 25-37.
- ²⁹ Hossain MI, Nahar B, Hamadani JD, Ahmed T, Brown KH. Effects of community-based follow-up care in managing severely underweight children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53(3):310–9.
- ³⁰ Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Educative actions in prenatal assistance: perceptions of pregnant women assisted at the Basic Health Unit of Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf.* 2011;13(2):199-210 .
- ³¹ Beeckman K, Louckx F, Putman K. Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. *BMC Public Health*. 2010; 10(1): 527-534.

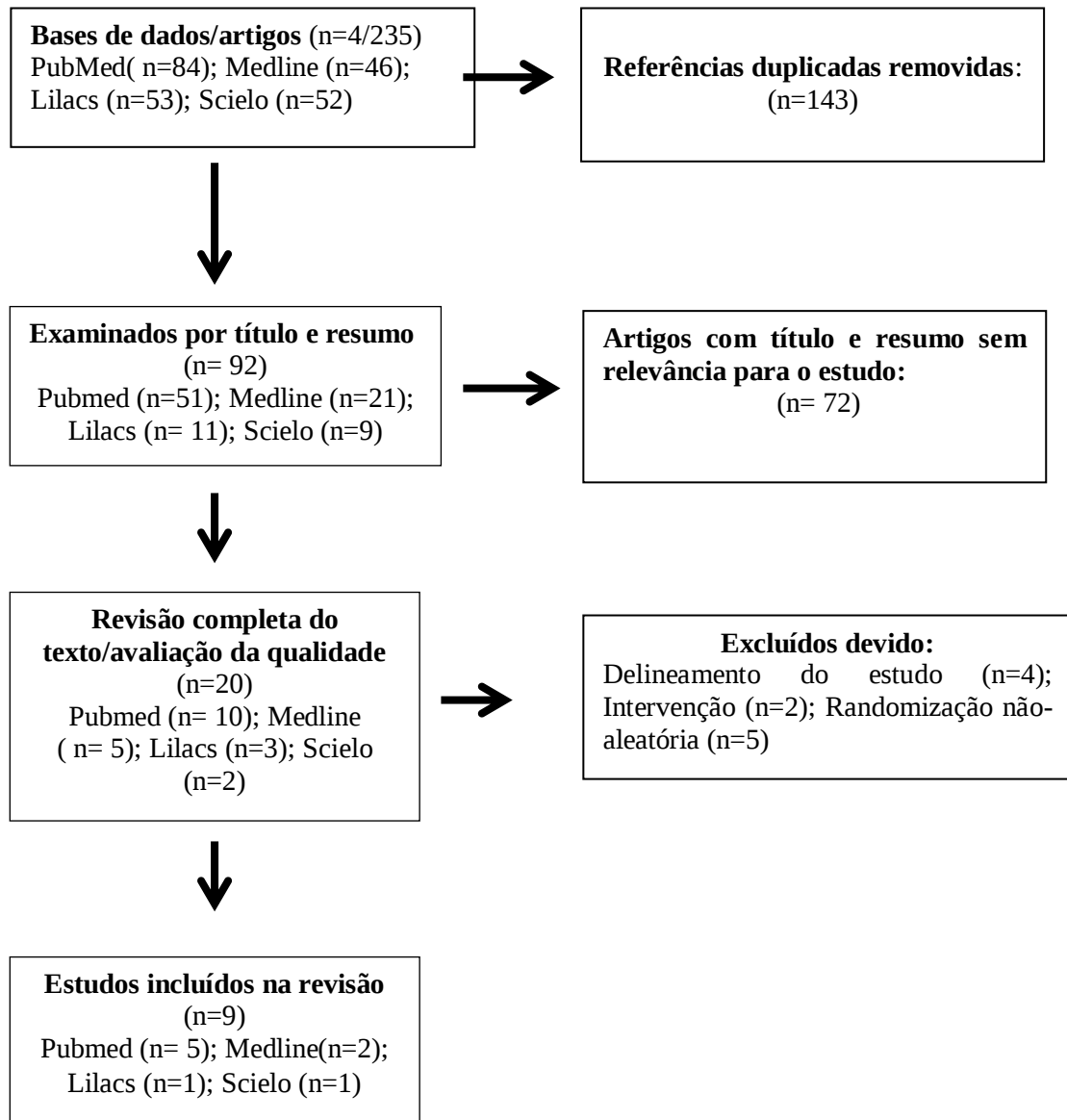


Figura 1. Fluxograma das qualificações segundo diretrizes do PRISMA.

Tabela 1- Ensaios clínicos randomizados incluídos na revisão. Recife/PE, 2014

Autor, ano, local	Nível de Qualidade	Amostra	Desfechos analisados de interesse do estudo	CrITÉRIOS de inclusão	Estratégia de Intervenção	Tempo de Intervenção	Resultados da análise
Brent, N., et al. (1995), EUA	A	- 108 gestantes (I=51; C=58)	- Aleitamento materno	- Gestantes de baixa renda; - Residem próximo no local de estudo; - Gestantes de baixo risco	- Visitas domiciliares estratégicas por profissionais de saúde capacitados em lactação; - Discussão da importância do aleitamento materno, dúvidas, fisiologia da mama.	Mensalmente durante o pré-natal até o 1º ano pós-parto	<i>Prevalência do início precoce do aleitamento materno exclusivo:</i> I= 61% C=32% p=0,02 *
Chapman, D., et al (2004), EUA	A	- 165 gestantes (I=90; C=75)	- Aleitamento materno	- Gestação < 26 semanas; - >18 anos; - Moradoras do local de estudo; - Baixa renda; - Gestantes de baixo risco	- Visitas domiciliares estratégicas de mulheres da comunidade treinadas sobre aleitamento materno; - Os tópicos abordados incluíam anatomia da mama e fisiologia, manejo do aleitamento materno, técnicas de aconselhamento e fatores culturais e sociais relacionados; - Materiais educativos	Mensalmente no pré-natal até o 6º mês pós-parto	<i>Prevalência de não iniciar precocemente o aleitamento materno exclusivo:</i> I= 8,9 % C=22,7% OR= 0,39 (IC95% 0,18-0,36)*
Olds, D., et al. (2004), EUA	A	1.178 gestantes (I=735; C=443)	- Peso ao nascer	- Gestantes residindo no local do estudo sem parto anterior - Gestantes sem plano de saúde - Gestantes de baixo risco	- Visitas domiciliares estratégicas por profissionais de saúde ; - Discutiam temas sobre a saúde materna e fetal, estímulo ao auto-cuidado e planejamento familiar fazendo uso de materiais ilustrativos e didáticos.	Mensalmente durante o pré-natal	<i>Prevalência de baixo peso ao nascer:</i> I= 2,8% C=7,7% p=0,03 *
Bonuck, K., et al (2005), EUA	A	304 gestantes (I=145; C= 159)	- Aleitamento materno	< 24 semanas de gestação Possibilidade de contato com a mãe e o bebê até os 12 meses	- Visitas domiciliares estratégicas realizadas por agentes locais capacitados sobre amamentação; - Os agentes discutiam sobre as características fisiológicas e	Mensalmente durante o pré-natal até 12 meses pós-parto	<i>Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 6 meses pós-parto:</i> I= 53% C= 39,3% p<0,028*

				pós-parto - gestante/mãe não tomar medicamentos incompatíveis com a amamentação - Gestante de baixo risco	benefícios da amamentação utilizando materiais ilustrativos, bonecas e mamilos artificiais e também preparação para o parto e início precoce da amamentação		
Aidam, B., et al. (2005), Gana	B	231 gestantes (I=136; C=95)	- Aleitamento materno	-Gestantes no último trimestre, -Deram a luz nos hospitais selecionados na pesquisa a bebês atermo e com peso ao nascer adequado; -Residiam na comunidade por no mínimo 06 meses pós-parto - Gestantes de baixo risco	- Visitas domiciliares estratégicas e participativas por conselheiros (enfermeiros e nutricionista) treinados sobre a amamentação; - Nas visitas discutia-se sobre: Benefícios do aleitamento materno para o bebê e a mãe, sua iniciação precoce, a importância do colostro, as técnicas de aleitamento, os perigos dos leites artificiais, e, prevenção e tratamento de problemas de lactação	Mensalmente durante o pré-natal até o 1º ano pós-parto	<i>Prevalência de início do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 3 meses pós-parto:</i> I= 92,1% C=65,9% p=0,04* <i>Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 6 meses pós-parto:</i> I = 39,5% C=19,6% p= 0,02*
Ickovics, J., et al. (2007), EUA	A	993 gestantes (I= 623; C= 370)	-Prematuridade -Peso ao nascer -Aleitamento materno	< 24 semanas de gestação < 25 anos de idade Não ser gestante de alto risco Falar idioma Inglês ou Espanhol	A assistência pré-natal era feita em grupos (no máximo 8 gestantes) com profissionais discutindo questões levantadas pelas próprias gestantes referentes a dúvidas sobre a gestação, ao parto, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido; as gestantes ficavam com cópia dos seus exames e registro de peso (estímulo ao auto-cuidado).	Mensalmente durante o pré-natal	<i>Prevalência de Prematuridade :</i> I= 9,8% C= 13,8% OR= 0,67 (IC95% 0,44-0,99) p=0,045* <i>Prevalência de baixo peso ao nascer:</i> I= 10,7% C=11,3% OR= 0,98 (IC95% 0,64- 1,50) p= 0,90 <i>Início precoce do aleitamento materno exclusivo:</i> I= 66,5% C=54,6% OR= 1,73 (IC95% 1,28- 2,35) p= 0,01*

Edwards, R., et al. (2013), EUA	A	248 gestantes (I=124; C=124)	-Aleitamento materno	< 34 semanas de gestação <21 anos de idade - Não ser gestante de alto risco	- Visitas domiciliares estratégicas por “doulas”; - Temas das visitas: benefícios do aleitamento materno, utilizando materiais ilustrativos e vídeos; era partilhadas experiências pessoais da amamentação, abordando sobre a alimentação infantil e dissipando os mitos sobre o aleitamento.	Mensalmente durante o pré-natal até 12 meses pós-parto	<i>Início precoce do aleitamento materno exclusivo:</i> I= 63,9% C= 49,6% p= 0,02* <i>Duração do aleitamento materno exclusivo >4meses:</i> I= 8,3% C= 4,4% p= 0,10
Karp, S., et al (2013), EUA	A	-130 gestantes (I=73; C=57)	- Aleitamento materno	- < 24 semanas de gestação; - Falar e ler em inglês; - Residir próximo ao local de estudo -Baixa renda; - Gestantes de baixo risco	- Visitas domiciliares estratégicas por profissionais de saúde; - Temas das visitas: Benefícios da amamentação, riscos de não amamentar e discutir dificuldades anteriores de aleitamento; -Recursos educativos, materiais didáticos	Mensalmente durante o pré-natal e 01 visita no pós-parto	<i>Prevalência do início precoce do aleitamento materno exclusivo:</i> I= 68,5% C= 59,6% p= 0,295
Lutenbacher, M., et al. (2013), EUA	B	211 gestantes (I= 109; C= 102)	-Prematuridade	-< 24 semanas de gestação -1 parto prematuro anterior -Capacidade de falar inglês - Residir próximo ao local de estudo - Gestante de baixo risco	- Visitas domiciliares estratégicas por profissionais de saúde segundo protocolos específicos que abordavam: - Orientações a gestantes quanto ao parto, aleitamento materno, dúvidas sobre a gestação fazendo uso de materiais didáticos e garantindo acesso a psiquiatra e serviço social quando necessário.	Mensalmente ao longo do pré-natal e 01 visita no pós-parto imediato	<i>Prevalência de Prematuridade :</i> I= 8% C= 13% p= 0,361

I= Grupo Intervenção; C= Grupo Controle;

*Resultados significativos

APÊNDICE B- ARTIGO 2: “Fatores determinantes para adequação do pré-natal na atenção primária de saúde no nordeste do Brasil” - Enviado à BMC Health Services Research

FATORES DETERMINANTES PARA ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO NORDESTE DO BRASIL

RESUMO

Introdução: A qualidade do pré-natal está associada a desfechos obstétricos desejáveis e à boa saúde do binômio mãe-filho. Sua avaliação é importante na descoberta de resultados que possibilitem intervenções visando à melhoria do cuidado pré-natal. Neste contexto, este estudo objetivou avaliar possíveis fatores que determinam a adequação da assistência pré-natal.

Métodos: Este é um estudo transversal realizado a partir de entrevistas aos profissionais de serviços de saúde e de consultas em documentos oficiais de mulheres assistidas no pré-natal da atenção primária à saúde de uma capital da Região Nordeste brasileira. A avaliação do pré-natal foi realizada por meio de um índice com critérios referentes aos aspectos de estrutura, processo e resultado, denominado IPR Pré-Natal. O método de regressão logística binária foi utilizado para verificar se variáveis demográficas, sócio-econômicas, reprodutivas, de morbidades maternas e, de cuidado pré-natal, foram possíveis fatores determinantes da adequação do pré-natal.

Resultados: A pesquisa envolveu 130 serviços e 1673 mulheres da atenção primária de saúde. O pré-natal, avaliado pelo IPR-Pré-Natal, apresentou baixa prevalência de adequação (aproximadamente 25%). A adequação da assistência apresentou como determinantes: o Distrito Sanitário onde a mulher foi assistida, a paridade, o aumento da renda per capita, a participação da mulher em atividades sistemáticas de educação em saúde, o seu atendimento pela equipe multiprofissional, e menor tempo de escolaridade.

Conclusões: Os achados enfatizam a importância de avaliar o pré-natal a partir de um índice que utilize aspectos mais amplos, que seja levado em consideração no planejamento e desenvolvimento das ações voltadas para o grupo materno-infantil, especificamente no cuidado pré-natal da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é uma proteção para a saúde da mãe e do neonato por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção à saúde. Quando bem conduzida pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis ^{1,2}.

Nesse contexto, a avaliação em saúde tem se constituído como uma ferramenta importante e indispensável para o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Especificamente na assistência pré-natal, cabe destacar que os resultados obtidos de sua avaliação poderão subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto a sua modificação, com vistas à melhoria da qualidade da assistência ³.

Na literatura especializada encontram-se o uso de alguns procedimentos para avaliar a utilização do serviço do pré-natal. Entre estes, destacam-se o índice de Kessner⁴ e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-Natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*) (APNCU) proposto por Kotelchuck⁵. Estes classificam o pré-natal utilizando basicamente critérios quantitativos da assistência como a idade gestacional de início e o número de consultas de pré-natal ⁴⁻⁷.

Entretanto, sabe-se que avaliar a atenção ao pré-natal, privilegiando aspectos quantitativos, não torna possível a visualização de impactos relevantes na qualidade da assistência, sendo necessária a inserção de novos componentes que mensurem estes aspectos de forma integral ⁸⁻¹⁰.

No Brasil, o Ministério da Saúde, pela instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) e a iniciativa Rede Cegonha, estabelece diretrizes com critérios mínimos a serem observados durante o acompanhamento pré-natal, garantindo a qualidade da assistência às gestantes atendidas na rede pública de saúde. Além do início do pré-natal no primeiro trimestre e do número mínimo de sete consultas, é recomendado a realização de exames laboratoriais, procedimentos clínico-obstétricos, somando-se atividades educativas, imunização, multiprofissionalidade no atendimento e orientações sobre aleitamento materno e parto ^{3,11-13}

Pesquisadores ao avaliarem o pré-natal acrescentando estas diretrizes encontraram baixos percentuais de adequação, além dos resultados indicarem iniquidades na assistência, com maior proporção de pré-natal qualificado em mulheres com níveis sócio-econômicos menos vulneráveis ¹⁴⁻¹⁶

Apesar do aumento da cobertura de pré-natal no país, desigualdades regionais ainda persistem. Especificamente na Região Nordeste, em estudos nacionais recentes^{17,18} foram observados menores percentuais de cobertura, início tardio do pré-natal, maiores barreiras de acesso, menor realização de exames, além de maiores proporções em relação a indicadores obstétricos relacionados à assistência pré-natal de baixa qualidade, como óbitos maternos e neonatais. Na Paraíba, estado de realização do presente estudo, ao avaliar o pré-natal pelas recomendações do Ministério da Saúde, Leal *et al.*² observaram uma maior prevalência de inadequação do pré-natal comparada a outros estados da Região.

No que se refere à execução do pré-natal, os municípios brasileiros são os responsáveis por coordenar a rede de atenção primária à saúde. Apresentam-se como porta de entrada do sistema de atenção à gestante e possui papel fundamental no cuidado integral da mulher, ao binômio mãe-filho e na inserção do pai (ou companheiro) e da família no acompanhamento da assistência, proporcionando melhores resultados de nascimento¹³.

Nesse sentido, considerando o município o ponto de partida para possíveis intervenções nas práticas de saúde e partindo do pressuposto que a Região Nordeste quando comparada às outras regiões brasileiras apresenta maiores indicadores negativos de pré-natal, a presente pesquisa teve como objetivo qualificar a assistência pré-natal da atenção primária à saúde em uma capital nordestina brasileira por meio de um índice estruturado a partir das diretrizes do Ministério da Saúde, inserindo em sua avaliação elementos de conteúdo referentes à estrutura, processo de trabalho e resultados da assistência pré-natal da atenção básica. Além disso, foi verificado, variáveis demográficas, sócio-econômicas, reprodutivas, de morbidades maternas e relacionadas ao cuidado pré-natal, como possíveis fatores determinantes na qualificação da assistência pré-natal.

2 MÉTODOS

Este é um estudo epidemiológico transversal, desenvolvido no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, situada na Região Nordeste do Brasil.

Este município apresenta 192 Unidades da Atenção Primária à Saúde, distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS), assim distribuídos: DS I - 49, DS II – 40, DS III – 50, DS IV – 29 e DS V – 24. Os DS concentram bairros por proximidade de localização. O DS III concentra bairros populosos com baixo nível socioeconômico e possui maior número de unidades primárias de saúde em comparação aos demais. O DS V, por sua vez, é considerado o socioeconomicamente menos vulnerável com bairros de maior poder aquisitivo.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas aos profissionais de enfermagem dos serviços primários de saúde e às puérperas que fizeram o pré-natal nestas unidades. Foram utilizados formulários específicos, contendo questões de estrutura, processo de trabalho, dados socioeconômicos, demográficos e da assistência pré-natal. A obtenção das informações ocorreu no período entre novembro de 2015 a agosto de 2016.

A escolha pelo profissional de enfermagem foi considerada devido a este possuir o maior conhecimento técnico-administrativo sobre o funcionamento do serviço. Em cada unidade, foi escolhido o enfermeiro (a) responsável pelo atendimento do pré-natal, totalizando 130 profissionais. Foram realizadas entrevistas a estes profissionais e coletadas as informações relacionadas à estrutura e processo de trabalho dos serviços. Quanto aos aspectos de estrutura (conhecimento das usuárias sobre o funcionamento da unidade de saúde, presença de equipamentos, medicamentos e materiais de procedimentos da rotina do pré-natal) e ao critério relacionado a presença das informações clínicas do acompanhamento das gestantes nas unidades compreendido no processo de trabalho, foram realizadas também por meio de observações diretas nas unidades. Informações referentes a cobertura foram obtidas tendo

como base os documentos preenchidos para envio mensal à Secretaria Estadual de Saúde. Não houve recusa de entrevista por parte dos enfermeiros.

O cálculo amostral para a inserção dos serviços primários de saúde foi realizado com base na recomendação de Arango ¹⁹:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Na qual, **z** é o escore da distribuição normal padrão (1,96) para uma significância de 5% (ou uma confiança de 95%), **p** refere-se à proporção de unidades de saúde com atendimento adequado (como não há parâmetro de referência adequado para estimativa de comparabilidade de representação da população-alvo, admitiu-se 50% ou 0,5, de unidades com atendimento adequado), **q** é o complemento da probabilidade de ocorrência de **p** ($q = 1 - p$), **e** é a margem de erro (0,05) e **N**, o universo de unidades (192). Com este cálculo, a amostra resultou em 130 unidades, distribuídas por alocação proporcional segundo o número de unidades por Distrito Sanitário: DS I (32), DS II (27), DS III (34), DS IV (19) e DS V (18). A escolha das unidades foi realizada de forma aleatória utilizando o software estatístico R (2.10.1).

Para a amostra das usuárias, tomou-se por base o número de nascidos vivos utilizando a seguinte fórmula ²¹:

$$n = \frac{EDFF \cdot N \cdot p(1-p)}{d^2 / Z_{1-\alpha/2}^2 (N-1) + p(1-p)}$$

Na qual, **EDFF** é o efeito do desenho (5 distritos), **N** considerou-se a população total de nascidos vivos do município no ano anterior (11.871), **p** a frequência de adequação (50%),

d é a margem de erro (5%) e Z é o escore da distribuição normal padrão (1,96) para uma significância de 5% (ou uma confiança de 95%).

A partir deste cálculo resultou em uma amostra mínima de 1.645 mulheres, distribuída proporcionalmente ao número de nascidos vivos de cada Distrito Sanitário a fim de garantir a amostra representativa de cada um destes espaços geográficos: DS I (335), DS II (323), DS III (345), DS IV (312) e DS V (330).

A obtenção das informações com as mulheres foi realizada na maternidade “Cândida Vargas”. A maternidade escolhida foi o serviço que concentra o maior número de nascidos vivos do município, representando um percentual de 60,3% do total de nascidos vivos na capital no ano anterior à pesquisa. Foram excluídas do estudo: mulheres que não fizeram o pré-natal em João Pessoa-PB e/ou não realizaram a assistência na atenção primária à saúde.

As coletas ocorreram no período de 24 a 48 horas após o parto durante toda a semana nos horários da manhã e da tarde, com duração média de 15 minutos. As puérperas que tiveram parto noturno eram entrevistadas no dia seguinte. As mulheres foram selecionadas sequencialmente até atingir a amostra planejada para cada distrito sanitário.

Nesse momento, para minimizar o viés recordatório, os dados como idade, número de abortos anteriores, paridade, quantidade de consultas no pré-natal, exames realizados, início da assistência, profissionais que atenderam a mulher e esquema vacinal foram coletados do Cartão das Gestantes (documento oficial considerado fonte válida e segura de informações para pesquisas científicas²⁰). As informações que não estavam registradas neste documento, referentes à renda, escolaridade, estado civil, ocupação, morar com o companheiro, inscrição em programas sociais do governo, visita de agente comunitário de saúde (ACS), realização de atividades de educação em saúde, orientações sobre aleitamento materno e parto, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, diabetes, hipertensão, edema na gestação, encaminhamento

para a maternidade, procedimentos clínico-obstétricos realizados no pré-natal, e uso de ácido fólico e sulfato ferroso, foram coletadas por meio de entrevistas às mulheres.

Apenas 48 usuárias (2,9% da amostra) não apresentaram o Cartão da Gestante no momento da internação para o parto, sendo a totalidade das informações coletadas por meio de entrevistas.

A equipe da pesquisa contou com a participação de estudantes de nutrição da Universidade Federal da Paraíba pré-selecionados por entrevistas e análise curricular. Todos eles foram capacitados pela coordenação técnica da pesquisa, por meio de um treinamento prévio com duração de duas semanas, com aulas teóricas e práticas que abordavam abordados os temas relacionados à pesquisa e aos instrumentos utilizados.

O estudo piloto foi realizado, com a inserção dos estudantes na maternidade durante duas semanas em período integral sob a supervisão da coordenação técnica da pesquisa, objetivando conhecer a rotina do serviço, testar os instrumentos de coleta e vivenciar o fluxo da prática. Esta técnica foi válida, uma vez que partir dela, algumas questões foram acrescentadas e outras foram reajustadas para melhor desenvolvimento da pesquisa.

Após as coletas, os questionários foram revisados e codificados. A digitação foi realizada no programa de computador Excel® com dupla entrada para avaliação da concordância e verificação de erros. Os erros quando detectados foram solucionados com retorno ao questionário ou ao entrevistador para correção do banco de dados.

O pré-natal foi classificado pelo índice IPR Pré-Natal quanto aos aspectos de estrutura, processo e resultado. Este índice foi anteriormente elaborado e validado e toma por base o referencial teórico de Donabedian^{7,22}. Possui como critérios avaliativos as recomendações dos órgãos de saúde nacionais¹¹⁻¹³.

Na estrutura, seis foram os critérios utilizados para classificar o pré-natal nos serviços como adequado: *construção em prédio próprio*: ter sido a unidade construída especificamente

para ser serviço de saúde; *conhecimento das usuárias sobre o funcionamento da unidade de saúde*: apresentar em local visível os dias, turnos e profissionais do pré-natal; *equipamentos de uso do pré-natal em funcionamento*: possuir no mínimo seis destes equipamentos em funcionamento - estetoscópio clínico e de *pinard*, esfigmomanômetro, fita métrica inelástica, glicosímetro, mesa e cadeiras de consultório, maca, escada de ferro de dois degraus, balança, monitor fetal/sonar doppler, disco obstétrico, armário exclusivo para armazenamento dos medicamentos - (A unidade em que não existia o monitor fetal/sonar doppler ou este não estava funcionando foi considerada como inadequada no aspecto dos equipamentos); *materiais de procedimentos da rotina pré-natal*: possuir no mínimo sete destes materiais - ficha de requisição de exames, cartão da gestante, mapa de registro diário, ficha de encaminhamento para referência, receituário de medicamentos, formulário de acompanhamento/prontuário, luvas descartáveis, lençóis limpos para as mesas ginecológicas, materiais para a coleta de citológico, cesta de lixo, sabão líquido para higiene pessoal, papel toalha, álcool em gel, lavabo, sanitário dentro do consultório; *medicamentos/suplementos/vacinas de uso do pré-natal*: considerado adequado quando presente no mínimo oito dos insumos - sulfato ferroso, ácido fólico, vacina hepatite B, difteria, tétano e coqueluche, vacina contra influenza, antiácidos, antibióticos, antitérmicos, anti-helmínticos, analgésicos, complexo B, vitamina C, hipotensores, antieméticos, antiinflamatórios, testes rápidos para HIV, sífilis e gravidez. (A ausência isolada no serviço do sulfato ferroso e/ou ácido fólico e/ou vacinas recomendadas para gestação era critério para inadequação do serviço) e *apoio laboratorial de referência*: se há laboratórios clínicos que garantam a realização dos exames.

Para o processo de trabalho, foram utilizados outros sete critérios para considerar o pré-natal como adequado: *cobertura da população de gestantes acompanhadas*; *cobertura de gestantes que cumpriram as metas propostas pelo Ministério da Saúde - início de pré-natal*

no primeiro trimestre, mínimo sete consultas, realização dos exames recomendados: tipagem sanguínea/fator rh, hemograma, eletroforese de hemoglobina, exame de urina e urocultura, sífilis, síndrome da imunodeficiência adquirida, hepatites B e C, teste oral de tolerância à glicose (TOTG), preventivo de câncer de colo do útero (Essas informações foram verificadas por meio da relação do número de mulheres cobertas/mulheres totais acompanhadas do mês anterior à visita às unidades, considerada adequada quando 100% de cobertura); *multiprofissionalidade no atendimento:* apresentar no serviço a equipe mínima da atenção primária à saúde - médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogo e técnico/auxiliar em saúde bucal; *procedimentos clínico-obstétricos:* realizar todos os procedimentos da rotina do pré-natal recomendados pelo PHPN - registro de movimentos fetais, cálculo da data provável do parto, palpação obstétrica, preventivo do câncer de colo uterino (se a mulher for considerada em algum critério de risco), avaliação do estado nutricional, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardio-fetais, verificação da pressão arterial e da presença de edema, solicitação dos exames, análise das mamas); *atividade de educação em saúde:* realização pela equipe de pelo menos uma estratégia educativa de acompanhamento ao longo do pré-natal - grupo de gestantes, oficina ; *presença das informações clínicas do acompanhamento das gestantes:* apresentar na unidade os mesmos registros clínicos que têm no Cartão da Gestante das usuárias; *prescrição por parte dos profissionais dos exames clínicos recomendados às gestantes durante o pré-natal* - se os profissionais prescrevem todos os exames recomendados;

Nos resultados, conforme o referencial de Donabedian²², o IPR Pré-Natal considera a informação das usuárias em relação à assistência prestada, compreendendo neste aspecto a consequência da estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde. Os critérios considerados para um pré-natal adequado são os seguintes: *orientação sobre o aleitamento materno:* ter a mulher recebido a orientação durante o pré-natal; *suplementação:* ter a mulher

ingerido sulfato ferroso e ácido fólico durante a gestação; *início do pré-natal até a 12ª semana gestacional*; realizar no mínimo *sete consultas de pré-natal*; *exames recomendados*: ter realizado no pré-natal os exames conforme calendário do Ministério da Saúde –dois hemogramas, duas glicemias em jejum, uma tipagem sanguínea, dois sífilis (VDRL), dois testes anti-vírus da imunodeficiência humana (HIV), um teste para toxoplasmose, dois testes para Hepatite B e C, dois sumários de urina, uma ultrassonografia, uma eletroforese, TOTG, preventivo de câncer de colo de útero se necessário); *imunização*: ter sido imunizada com as vacinas recomendadas para a gestação (vacina hepatite B, tétano e 01 dose da vacina contra influenza– (Especificamente em relação ao tétano e hepatite B, foi considerada adequada quando a mulher apresentava o esquema de vacinação completo mesmo que a imunização tenha ocorrido anteriormente à gestação).

Para cada uma das questões de análise da estrutura, processo e resultado atribuiu-se o valor 1, quando em conformidade com as recomendações estabelecidas, e 0 quando em não conformidade. Em seguida, foi realizada a soma do número de questões adequadas de todos os componentes dividida pelo número total de questões e multiplicada por cem, para a obtenção do percentual de adequação. Desse modo, o pré-natal foi classificado de acordo com a porcentagem de adequação obtida: adequado superior, quando 100% de adequação; adequado, quando os itens adequados representam 75% ou mais; intermediário, de 51 a 74% de respostas adequadas; e inadequado, quando 50% ou menos das respostas são adequadas.

As características da população do estudo e da atenção ao pré-natal foram apresentadas em distribuição de frequência absoluta e relativa.

Para fins de codificação deste estudo, a classificação do pré-natal foi dicotomizada e codificada como “0” – “pré-natal inadequado” -, quando o pré-natal foi classificado pelo índice IPR Pré-natal como “intermediário” e “inadequado” e “1” – “pré-natal adequado”

quando a assistência foi classificada como “adequado superior” ou “adequado”. A variável dependente considerada para as análises do estudo foi “pré-natal adequado”.

As variáveis independentes que compreenderam o plano de análise foram: *características demográficas* - Distrito Sanitário onde a mulher foi assistida, idade (≤ 18 , 19-24, 25-29 e ≥ 30 anos); morar com o companheiro; *características socioeconômicas* - renda familiar percapita (considerada como variável contínua), escolaridade (0-4, 5-9, 10-12 e ≥ 13 anos); ser beneficiária do Programa Bolsa Família; não ter trabalhado durante a gravidez.

A categorização da idade seguiu os parâmetros do Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil que considera adultos o grupo etário acima de 18 anos²³.

A escolaridade, por sua vez, seguiu os critérios adotados pela Lei das Diretrizes Básicas que define a educação brasileira em níveis: educação fundamental, com nove anos; ensino médio, de dez a doze anos; ensino superior, com treze anos ou mais de estudo. A categorização realizada segue autores especializados no tema a nível nacional e internacional¹⁴.

Ainda foram consideradas: *características reprodutivas* - ser primípara e não ter tido abortos anteriores; de *morbidade* - não ter diabetes, edema e hipertensão arterial; não utilização de cigarro; não utilização de bebida alcoólica; *características de cuidado pré-natal* - encaminhamento para a maternidade pelo serviço de atenção primária; visita de agente comunitário de saúde; consultas de pré-natal com a presença de mais de um profissional de saúde; participação da mulher de pelo menos uma estratégia educacional durante o pré-natal; ter recebido orientações sobre o parto durante a gestação.

Em seguida, para a verificação das associações das variáveis independentes na influência da adequação do pré-natal foi utilizado o método da regressão logística.

Primeiramente, para o modelo geral, foram feitas as análises de todas as variáveis independentes com a variável dependente. A partir da técnica Stepwise foi testada a inclusão e

eliminação das variáveis independentes segundo o poder de significância das mesmas no desfecho analisado. As variáveis com maior nível de significância ($p < 0,20$) foram inseridas para o modelo final. Para explicar com maior propriedade a relação estudada, foram analisados os testes de qualidade de ajustes do modelo final: Teste de Hosmer-Lemeshow²⁵ e Nagelkerke R^2 ²⁶.

Para o modelo final, foram calculadas as Odds Ratio ajustadas considerando seus respectivos intervalos de confiança (IC95%), no qual foi medido o risco das variáveis independentes na determinação da adequação do pré-natal. Neste modelo, os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

Os dados foram exportados e analisados no aplicativo SPSS, versão 20.0 (SPSS inc., Chicago, IL, 2011)

Quanto aos aspectos éticos, os serviços de saúde (unidades de saúde e maternidade) foram convidados a participar voluntariamente no estudo mediante a assinatura da carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde. Os sujeitos da pesquisa (profissionais de saúde e puérperas) participaram voluntariamente após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e do termo de assentimento livre e esclarecido, assegurando-lhes os princípios da autonomia, do anonimato e da não-maleficência. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley- Universidade Federal da Paraíba sob o número: 381335414.7.0000.5183.

RESULTADOS

Em relação aos aspectos referentes às características da estrutura de trabalho dos serviços de saúde (Tabela 1), observa-se, a partir do relato dos profissionais entrevistados, que a maioria das unidades se encontrava em locais projetados especificamente para ser um estabelecimento de saúde. A maioria das unidades de saúde também apresentavam os dias,

turnos e profissionais que realizavam o pré-natal expostos em cartazes e murais. Os equipamentos estavam em funcionamento e havia vacinas/medicamentos e suplementos importantes para o pré-natal em torno de 70% dos serviços. A presença do apoio laboratorial de referência foi relatada por 100% dos profissionais.

Tabela 1- Caracterização da estrutura e do processo de trabalho dos serviços de atenção primária ao pré-natal em João Pessoa-PB, 2016.

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	n	%
ESTRUTURA		
Construção em prédio próprio	105	80,8
Conhecimento das usuárias sobre o funcionamento da unidade de saúde	125	96,2
Equipamentos em funcionamento	92	70,8
Materiais de procedimentos da rotina do pré-natal	126	96,9
Vacinas/medicamentos/suplementos	97	66,9
Apoio laboratorial de referência	130	100,0
PROCESSO DE TRABALHO		
Cobertura de gestantes acompanhadas	120	92,5
Cobertura de gestantes que cumpriram as metas propostas do Ministério da Saúde	38	29,1
Multiprofissionalidade no atendimento	115	88,5
Presença das informações clínicas do acompanhamento das gestantes	130	100,0
Atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal	60	46,2
Realização dos procedimentos clínico-obstétricos	130	100,0
Prescrição dos exames clínicos	130	100,0

Quanto à caracterização do processo de trabalho, apresentada também na tabela 1, foi relatada pelos profissionais alta prevalência de gestantes acompanhadas em relação ao total de gestantes da área de abrangência. Entretanto, quando é acrescido o número de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, mais de sete consultas e a realização dos exames recomendados, incluindo o teste HIV e imunização, pequena prevalência dos serviços de pré-natal conseguiu cumprir estes parâmetros.

Na maioria dos serviços, houve a presença da equipe mínima da atenção primária no atendimento ao pré-natal. Menos da metade dos serviços (46,2%) adotaram estratégias de educação em saúde ao longo da assistência. A totalidade dos profissionais das unidades

referiu realizar todos os procedimentos clínico-obstétricos recomendados, relatou a presença dos registros contidos no Cartão da Gestante nos serviços para o monitoramento interno do pré-natal e prescrever os exames clínicos.

Os dados da tabela 2 apresentam as características das usuárias participantes do estudo. Em relação a faixa etária, a maioria se encontrava entre 19-24 anos de idade com 5-9 anos de escolaridade e renda mensal per capita de até R\$ 291,99.

Quanto às variáveis reprodutivas, grande parte é multípara e não teve abortos anteriores. Em relação as variáveis de morbidade, a maioria das mulheres não ingeriu bebida alcoólica, não fumou, não era portadora de diabetes, hipertensão arterial e tinha presença de edema durante a gestação.

Em relação às características de atenção pré-natal, a maioria das mulheres recebeu a visita do agente comunitário de saúde durante o pré-natal e apenas 27,3% receberam encaminhamento para a maternidade em que seria realizado o parto. Quanto aos aspectos educativos, a maior parte das mulheres relatou não ter tido orientação sobre questões do parto e não participou de atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal. A presença de mais de um profissional de nível superior na assistência foi observado pela maioria das mulheres.

Quanto aos critérios avaliativos do componente Resultados (Tabela 2), observa-se que a maior parte das mulheres assistidas no pré-natal da atenção primária em João Pessoa-PB relatou não ter tido orientação quanto ao aleitamento materno e fez uso dos suplementos do ferro e ácido fólico durante a gestação. De acordo com as informações extraídas do Cartão da Gestante, a maioria das mulheres realizou sete ou mais consultas e iniciou o pré-natal no primeiro trimestre. Em relação à imunização, maior número de mulheres apresentou imunização completa com as vacinas necessárias para a gestação. Ressalta-se um número

expressivo de mulheres que não realizou os exames recomendados pelo Ministério da Saúde para o pré-natal, com um percentual de 86,6%.

Tabela 2- Características socioeconômica, reprodutiva, de morbidade e, de atenção ao pré-natal das usuárias da atenção primária.

Variáveis	n (%)	%	Média ± DP
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS			
DISTRITOS SANITÁRIOS			
I		342	20,5
II		323	19,3
III		360	21,5
IV		318	19,0
V		330	19,7
IDADE			
≤18 anos		75	4,5
19-24 anos		945	56,5
25-29 anos		405	24,2
>30 anos		248	14,8
ESCOLARIDADE			
0-4 anos		21	1,3
5-9 anos		1078	64,4
10-12 anos		525	31,4
>13 anos		49	2,9
RENDA MÉDIA MENSAL			
R\$ 0,00-880,00 (até 1SM*)		383	22,9
R\$ 880,01- 1760,00 (1-2 SM)		994	59,4
R\$ ≥ 1760,01,00 (> 2SM)		296	17,7
RENDA MENSAL PERCAPITA			
R\$ 0,00-291,99		1094	65,4
≥ 292,00		575	34,6
CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS			
NÚMERO DE GESTAÇÕES			
Primípara		394	23,6
Múltipara		1279	76,4
ABORTOS ANTERIORES			
		745	44,5
 <u>CARACTERÍSTICAS DE MORBIDADE</u>			
BEBIDA ALCÓÓLICA DURANTE A GESTAÇÃO			
		613	36,6
FUMAR DURANTE A GESTAÇÃO			
		238	14,2
PRESENÇA DE DIABETES NA GESTAÇÃO			
		166	9,9
PRESENÇA DE HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO			
		164	9,8
PRESENÇA DE EDEMA NA GESTAÇÃO			
		908	54,3
 <u>CARACTERÍSTICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL</u>			
VISITA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE			
		1331	79,6
ENCAMINHAMENTO PARA A MATERNIDADE			
		352	27,3
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
		419	25
ORIENTAÇÃO SOBRE O TIPO DE PARTO			
		798	47,7

ORIENTAÇÃO SOBRE SINTOMAS DE PARTO	790	47,2	
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	975	58,3	
ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO	776	46,4	
USO DE SULEMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO	1322	79,0	
NÚMERO DE CONSULTAS			
<7	665	39,7	5,88 ± 1,36 consultas
≥ 7	1008	60,3	
INICIO NO PRIMEIRO TRIMESTRE	883	52,8	14,30 ± 4,55 semanas gestacionais
IMUNIZAÇÃO	1193	71,3	
REALIZAÇÃO DOS EXAMES RECOMENDADOS NO PRÉ-NATAL	225	13,4	

*SM= Salário Mínimo (Na época do estudo 1SM= R\$880,00/ U\$ 281,12)

** Presença de no mínimo o médico e o enfermeiro ao longo das consultas de pré-natal

Ao classificar o pré-natal por meio dos critérios utilizados pelo IPR pré-natal, o município de João Pessoa-PB apresentou baixa prevalência de adequação com apenas 24,9% dos casos quando na classificação dicotomizada (adequado e inadequado).

Tabela 3- Qualificação da assistência ao pré-natal segundo aspectos de estrutura, processo e resultados na atenção primária.

CATEGORIZAÇÃO	Classificação		Classificação dicotômica	
	n	%	n	%
ADEQUADO SUPERIOR	14	0,8		
ADEQUADO	402	24,1	416	24,9
INTERMEDIÁRIO	1081	64,6		
INADEQUADO	176	10,5	1257	75,1

A tabela 4 apresenta a análise da associação das variáveis independentes do estudo com a adequação do pré-natal, por meio do modelo geral da regressão logística. Os valores expressos na tabela permitem observar, que as usuárias do DS III tiveram maior chance de apresentar o pré-natal adequado (aproximadamente quatro vezes mais chances), quando comparadas às do DS V.

Tabela 4- Regressão logística com a associação das variáveis independentes com a adequação da assistência ao pré-natal na atenção primária.

Variáveis	β	OR para adequação	Probabilidade de ocorrência de Pré-natal adequado (p)	95% CI for OR	
Distrito Sanitário					
Distrito I			1		
Distrito II	0,579	1,784	0,012	1,133	2,810
Distrito III	1,223	3,397	0,000	2,169	5,321
Distrito IV	1,195	3,304	0,000	2,113	5,167
Distrito V	0,874	2,397	0,000	1,540	3,730
Idade					
≤ 18 anos			1		
19-24 anos	-0,364	0,695	0,205	0,396	1,220
25-29 anos	-0,065	1,068	0,837	0,572	1,992
≥30 anos	-0,427	0,652	0,299	0,393	1,084
Escolaridade					
0-4 anos			1		
5-9 anos	-0,824	0,118	0,439	0,156	1,233
10-12 anos	-0,522	0,403	0,593	0,174	2,019
≥13 anos	1,310	1,170	0,010	1,099	1,733
Renda percapita					
	0,01	1,101	0,001	1,100	1,111
Trabalho na gravidez					
Não trabalhar na gravidez	0,008	1,008	0,712	0,965	1,054
Trabalhar na gravidez			1		
Morar com o companheiro					
Sim	0,021	0,979	0,537	0,915	1,047
Não			1		
Inscrição no Bolsa Família					
Sim	-0,007	0,993	0,849	0,923	1,068
Não			1		
Visita Agente Comunitário de Saúde					
Sim	0,164	1,178	0,340	0,842	1,649
Não			1		
Paridade					
Primípara	0,361	1,435	0,018	1,020	2,020
Múltipara			1		
Abortos anteriores					
Não	0,161	1,175	0,302	0,865	1,596
Sim			1		
Ingestão de bebida alcoólica					
Não	0,032	1,032	0,839	0,758	1,406
Sim			1		
Fumante					
Não	0,031	1,031	0,615	0,914	1,164
Sim			1		
Diabetes					
Não	0,861	2,364	0,169	0,694	8,059
Sim			1		
Hipertensão Arterial					
Não	0,023	1,024	0,924	0,634	1,653
Sim			1		
Presença de edema					
Não	-0,121	0,986	0,627	0,710	1,298
Sim			1		
Encaminhamento para a maternidade					
Sim	1,015	1,095	0,000	1,141	1,254
Não			1		
Participação em atividades de educação em saúde durante o pré-natal					
Sim	0,485	1,625	0,020	1,136	2,325
Não			1		

Receberam orientação quanto ao tipo de parto						
Sim	-0,114	0,792	0,745	0,072	9,420	
Não			1			
Receberam orientação quanto aos sintomas do parto						
Sim	0,073	1,053	0,738	0,216	10,363	
Não			1			
Equipe multiprofissional nas consultas de pré-natal						
Sim	1,457	3,291	0,01	1,849	3,939	
Não			1			

Teste de Hosmer e Lemeshow: 0,435; Teste R²: 0,269

Outros fatores que se mostraram estatisticamente significantes na determinação da adequação do pré-natal foram: escolaridade, aumento da renda percapita, mulheres primíparas, aquelas que receberam encaminhamento para a maternidade no pré-natal, que participaram de atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal com a presença de equipe multiprofissional nas consultas de pré-natal apresentaram maiores chances para a adequação do cuidado pré-natal.

O modelo final (tabela 5) apresenta sete das vinte e sete variáveis incluídas inicialmente e explica os fatores com maior associação à adequação da assistência ao pré-natal. Observa-se que o DS III, o aumento da renda per capita, a primiparidade, participar de atividades de educação em saúde, a presença de equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal, estiveram associados a maiores chances de adequação da assistência ao pré-natal. Ter menor escolaridade esteve associada com menor adequação do pré-natal com significância estatística.

A variável: encaminhamento para a maternidade não obteve associação com significância enquanto fator determinante para a adequação do pré-natal.

Tabela 5- Regressão logística ajustada das variáveis com a adequação da assistência ao pré-natal da atenção primária.

Variáveis	β	OR ajustada	p	95% CI for OR	
Distrito Sanitário					
Distrito I			1		
Distrito II	0,493	1,638	0,027	1,056	2,539
Distrito III	1,123	3,180	0,000	1,992	4,741
Distrito IV	1,157	3,073	0,000	2,079	4,863
Distrito V	0,874	2,398	0,000	1,563	3,679
Escolaridade*					
0-4 anos			1		
5-9 anos	-0,711	0,491	0,158	0,183	1,317
10-12 anos	-0,458	0,633	0,446	0,195	2,051
≥13 anos	1,215	1,297	0,013	1,114	1,773
Renda Per capita					
	0,001	1,101	0,000	1,181	1,166
Paridade					
Primiparidade	0,456	1,578	0,001	1,158	2,151
Multiparidade			1		
Encaminhamento para a maternidade					
Sim	-0,007	0,993	0,901	0,884	1,115
Não			1		
Participação em atividades de educação em saúde durante o pré-natal					
Sim	0,576	1,778	0,001	1,281	2,468
Não			1		
Multiprofissionalidade nas consultas de pré-natal					
Sim	0,078	1,081	0,003	1,021	2,225
Não			1		

OR- Odds Ratio CI- Intervalo de Confiança

Teste de Hosmer e Lemeshow: 0,758

Teste R²: 0,641

Ressalta-se o aumento da medida R² dos modelos inicial de 0,269 para 0,641 do final, sugere qualidade do modelo. Este resultado indica que o modelo final apresenta uma segurança de 64% de que estes fatores têm relação com a adequação do pré-natal, garantindo uma confiança das análises.

DISCUSSÃO

A atenção primária à saúde é a porta de entrada das gestantes nos serviços de assistência pré-natal. Nela, se efetua o pré-natal de baixo risco, quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade. As gestantes com alta gravidade clínica devem ser encaminhadas a serviços de maior complexidade. Entretanto, o vínculo com a atenção

primária precisa ser mantido de forma eficiente para prevenir, detectar intercorrências clínicas, orientar e acompanhar a gestante durante todo o processo da gestação ¹².

Segundo o referencial teórico de Donabedian ²², a avaliação das ações de saúde, a partir da tríade avaliativa (estrutura, processo de trabalho e resultado) permite identificar com mais propriedade fatores que contribuem para a melhoria das práticas de saúde, buscando a qualificação da assistência ²⁷.

Neste contexto, a partir dos achados deste estudo, quanto aos aspectos referentes à estrutura e ao processo de trabalho, os serviços apresentaram altos percentuais na maioria dos critérios avaliativos analisados. Entretanto, a frequência abaixo do considerado adequado (75%) foi observada para a presença de equipamentos, insumos terapêuticos, cobertura de gestantes que cumpriram as metas propostas do Ministério da Saúde e presença de atividades de educação em saúde nas unidades de saúde.

Há uma inter-relação entre os componentes da estrutura e do processo de trabalho. A falta de ambientes adequados nas unidades, insumos específicos, equipamentos, apoio laboratorial suficiente para atender a demanda, entre outros, podem explicar as baixas prevalências da realização de exames e, desenvolvimento de atividades educativas²⁸.

Os resultados do presente estudo ressaltam a baixa prevalência do encaminhamento para a maternidade pelos serviços de atenção primária de saúde, no município estudado. No Brasil, é garantido às gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde o direito de vincular-se à maternidade onde receberá assistência ao parto. A vinculação da gestante das unidades primárias de saúde à maternidade deve ser realizada desde o início do acompanhamento pré-natal. A omissão dessa orientação pode levar a uma peregrinação das gestantes pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto, o que pode favorecer a ocorrência de morbimortalidade materna e infantil no país².

As gestantes assistidas na atenção primária do município de João Pessoa- PB apresentam, em sua maioria, condições econômicas desfavoráveis. Estas condições favorecem uma menor adequação do pré-natal, haja vista a existência de iniquidades nas práticas de saúde. Menor percentual de pré-natal adequado e maior ocorrência de desfechos perinatais negativos, tais como valores mais elevados de razão de mortalidade materna, mortalidade neonatal e transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana, são observados em populações menos desenvolvidas economicamente, ^{15,24,29}.

Na realidade estudada, baixo percentual de mulheres relatou a participação em atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal e recebeu orientações quanto ao parto e aleitamento materno. Costa *et al.*³⁰ identificaram também, em seu estudo, baixa proporção de mulheres que participaram de atividades educativas ao longo do pré-natal e receberam orientações sobre amamentação. Quando realizadas, as ações educativas se baseavam no modelo tradicional, atividades pouco participativas e esporádicas, que não possuíam boa resolutividade.

Em relação ao início do pré-natal, países como os Estados Unidos e Inglaterra preconizam o início do pré-natal até as doze primeiras semanas de gestação. Da mesma forma, é considerado no Brasil¹⁶. Nesse aspecto, o município estudado apresentou maior número de gestantes, com início do pré-natal no primeiro trimestre. O cuidado pré-natal no início da gravidez tem como grande vantagem a detecção precoce de eventuais complicações durante a gestação e garantia de intervenções em tempo oportuno¹³.

O número de consultas observado na presente pesquisa segue a recomendação da iniciativa “Rede Cegonha”¹³, que considera adequado quando a gestante realiza sete ou mais consultas. Quanto a este aspecto, o estudo mostrou maior prevalência das mulheres que realizaram maior quantidade de consultas. É verificado que menor número de consultas está

associado a menor adequação de exames, vacinação e orientação sobre aleitamento materno e parto ¹⁵.

Um achado que merece a devida atenção diz respeito aos exames laboratoriais. É observada uma pequena prevalência de mulheres que realizaram os exames recomendados pelo Ministério da Saúde no pré-natal. Estes achados corroboram aos de outros estudos que objetivaram avaliar a assistência do pré-natal, nos quais também foi detectada baixa prevalência no número de gestantes que terminam o pré-natal com a realização de todos os exames ^{3,7,15}.

A realização dos exames no período gestacional é de fundamental importância para garantir uma gestação saudável a partir da prevenção de possíveis agravos que possam ser previamente solucionados no pré-natal. Neste aspecto, Polgliane *et al.*³ apontam a possibilidade de diversas dificuldades que justificam a baixa prevalência de exames no pré-natal, decorrente principalmente da organização dos serviços de saúde, incluindo dificuldades de agendamento do exame, falta de insumos para a sua realização, ausência do funcionamento dos equipamentos. Estes agravos dificultam o tempo adequado de retorno dos resultados para intervenções necessárias.

Sobre a avaliação do pré-natal, os índices podem empregar critérios diferentes para definição da adequação. No geral, os critérios são o número total de consultas e o início precoce do pré-natal. Na presente pesquisa, caso a avaliação fosse realizada apenas por estes critérios os resultados se mostrariam satisfatórios, uma vez que os achados mostraram maior prevalência de mulheres com um número maior de consultas e início das consultas no primeiro trimestre de gestação.

Entretanto, a qualidade do pré-natal é fruto do resultado satisfatório de diversos componentes. Nesta perspectiva, ressalta-se a escolha no presente estudo em qualificar esta assistência por meio de um parâmetro que racionaliza questões avaliativas da tríade estrutura-

processo-resultado em um único instrumento para categorizar a qualidade do pré-natal, ultrapassando a avaliação feita apenas por critérios quantitativos como o início do pré-natal e número de consultas ⁷.

Em comparação com outras pesquisas que também fizeram uso deste índice para avaliar o pré-natal, a baixa prevalência de adequação da assistência também foi observada ^{7,31}. Estes resultados trazem à discussão que a qualidade do pré-natal está associada a critérios como: a estrutura e o acesso dos serviços, presença de equipamentos e insumos nas unidades, recursos humanos disponíveis, garantia de realização de exames, atividades de educação em saúde, entre outros aspectos que precisam ser levados em consideração no processo de avaliação ^{7,15}.

Quanto às análises, os resultados mostraram que a adequação do pré-natal é determinada por fatores que devem ser discutidos pelas equipes primárias de saúde da família durante o desenvolvimento da assistência.

Entre estes fatores, encontra-se o DS onde a mulher foi assistida. Reis *et al.* ¹⁶ observaram que mulheres residentes no meio urbano têm maior oportunidade de realizar o cuidado pré-natal sem distinção. Entretanto, estes mesmos autores apontam que o local de residência da gestante pode atuar como um facilitador de acesso dos serviços de saúde. Nesse sentido, as mulheres do DS III apresentam maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, por este DS conter um maior número de serviços e estes se situarem mais próximo aos seus domicílios, contribuindo para a adequação do pré-natal.

Os achados mostraram que as condições socioeconômicas, especificamente a baixa escolaridade e o aumento da renda per capita, foram fatores associados à adequação do pré-natal. Estes dados também são confirmados em outras pesquisas ^{15,16,24,32}.

Contextualizando essa questão, Martinelli *et al.* ²³ apontam para as iniquidades do sistema de saúde, especificamente para o cuidado pré-natal, diante das condições

socioeconômicas das usuárias. Os autores evidenciam que grupos socialmente menos vulneráveis têm melhor qualificação do cuidado pré-natal, alertando que gestores e as equipes de assistência ao pré-natal precisam estar preparados para trabalhar na atenuação desta realidade, colocando em prática o princípio da equidade social.

A adequação da assistência pré-natal na presente pesquisa também foi determinada por variáveis reprodutivas como a paridade. Neste sentido, pesquisadores afirmam que a primiparidade pode favorecer a qualificação do pré-natal, uma vez que mulheres múltiparas tendem a não realizar o pré-natal de maneira assídua, já que, pela experiência de ter outros filhos anteriormente, acreditam que já possuem os conhecimentos sobre o decorrer da gestação, suas intercorrências e sobre a prática de aleitamento materno³³.

A participação pelas usuárias em atividades de educação em saúde ao longo do pré-natal nos serviços de atenção primária também esteve associada a maior adequação do pré-natal. Sobre esta abordagem, em revisão sistemática sobre o tema, a partir de estudos clínicos randomizados, demonstrou que as estratégias educacionais desenvolvidas de forma contínua durante todo o pré-natal, a partir do diálogo da equipe com a usuária, contribuíram para melhores resultados obstétricos (aleitamento materno, prematuridade e baixo peso ao nascer). Especificamente, a prática do aleitamento materno mostrou-se mais sensível às ações educativas. As mães que participaram das estratégias de educação em saúde apresentaram maior período de duração desta prática.³⁴

A presença da equipe multiprofissional durante as consultas de pré-natal foi fator determinante para que o pré-natal fosse adequado. O Ministério da Saúde brasileiro¹² recomenda que o pré-natal seja realizado por no mínimo pelo médico e pelo enfermeiro. Entretanto, observa-se na prática uma centralização do pré-natal por apenas um único profissional. É fundamental que haja interação da equipe multiprofissional no atendimento à gestante, a fim de atender às necessidades da mulher como um todo, proporcionando a

identificação precoce de possíveis complicações e garantindo a qualidade do cuidado em sua integralidade¹⁸.

Concluindo, com base no diagnóstico realizado, o pré-natal no município estudado, avaliado por aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultado, apresentou baixo percentual de conformidade com as recomendações pré-estabelecidas. Os achados mostraram que a adequação do pré-natal é determinada por fatores que devem ser discutidos pelas equipes de saúde da família durante o desenvolvimento da assistência.

Nesta perspectiva, do ponto de vista das variáveis demográficas e socioeconômicas, a área com maior número de unidades de saúde da atenção primária e o aumento da renda per capita das mulheres constituíram fatores determinantes para um cuidado pré-natal adequado. Entretanto, menor tempo de estudo entre as mulheres apresentou uma relação com menor adequação do pré-natal. Portanto, é reforçada a questão da cobertura dos serviços de saúde, que deve ser suficiente para atender a demanda, e a construção de políticas públicas voltadas para redução destas desigualdades que norteiam a assistência ao pré-natal.

Aspectos reprodutivos como a paridade também devem ser observados na condução do pré-natal, uma vez que as mães com um único filho apresentaram maior chance de terem a assistência adequada. Nesse sentido, a equipe de saúde deve ampliar a captação das gestantes, flexibilizando os horários das consultas para que as mães com maior número de filhos também tenham o pré-natal desenvolvido de forma adequada.

Variáveis de cuidado pré-natal também determinaram a qualificação da assistência pré-natal. Nesse contexto, a mulher ter participado de atividades sistemáticas de educação em saúde e ter sido atendida ao longo do pré-natal por mais de um profissional de nível superior foram fatores que contribuíram para uma assistência pré-natal adequada. Ressalta-se a pequena parcela de mulheres que realizaram os exames recomendados para o pré-natal. Portanto, estratégias que garantam e estimulem a presença destes aspectos devem ser levadas

em consideração por gestores e equipes de saúde, durante a realização do pré-natal, a fim de garantir um cuidado adequado e resolutivo.

Em nível global, os achados enfatizam a importância de avaliar o pré-natal a partir de um índice que utilize aspectos avaliativos mais amplos, como o IPR-prénatal, que verifica a real situação da assistência, proporcionando uma adequada orientação no planejamento e execução das políticas primárias de atenção materno-infantil.

Vale salientar a importância da realização de estudos com populações locais, pois no Brasil o município é o responsável pela atenção primária direcionando todas ações de saúde e, portanto, pesquisas avaliativas contribuem no conhecimento da realidade e elaboração de possíveis estratégias de intervenções em caso de não conformidade com as diretrizes nacionais recomendadas .

Como pontos positivos da pesquisa podem ser ressaltadas a avaliação do pré-natal por meio de um indicador que incorpora análise de conteúdo da assistência, considerando a estrutura, o processo de trabalho e o resultado, que refletem a qualidade da prática de saúde, e uma análise estatística criteriosa dos dados, garantindo resultados fidedignos.

REFERENCIAS

¹ Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2007; 47 (2): 122-127.

² Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecati JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010 (Prenatal and childbirth care for women using the public health system resident in Amazonia Legal and the Northeast Region of Brazil 2010). Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2015; 15 (1): 91-104.

³ Polgliane RBS. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde (adaptation of the process of prenatal care in accordance with criteria established by the

Humanization of Prenatal and Birth Program and the World Health Organization). *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 1 (7): 1999-2010.

⁴ Kessner DM. *Infant death: an analysis of maternal risk and health care*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1973.

⁵ Kotelchuck M. Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994; 84 (9): 1411-1414.

⁶ Nwaru BI, Wu Z, Hemminki E. Determinants of the use of prenatal care in rural China: the role of care content. *Matern Child Health J* 2012; 16:235-41.

⁷ Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal (Development and application of a new index for assessment of prenatal care). *Rev. Panam. Salud Publica* 2013; 33 (5): 356-362.

⁸ Vanderweele T J, Lantos JD, Siddique J, Lauderdale DS. A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: Comparable results for predicting small-for-gestational-age. *Journal of Clinical Epidemiology* 2009; 62 (1): 438-445.

⁹ Beeckman K, Louckx F, Masuy-stroobant G, Downe S, Purman K.. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. *BMC Health Services Research* 2011; 11 (2): 213-223.

¹⁰ Heaman MI. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14 (3): 188-193.

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Prenatal and Birth Humanization Program). Brasília-DF; 2000.

¹² Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica na saúde da mulher (Protocols for basic health care in women health). Brasília-DF, 2016.

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria consolidada Rede Cegonha (Rede Cegonha initiative). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. [acessado 2017 jan 10] .

¹⁴ Bernardes ACF, Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSS, Queiroz RCS, Batista RFL, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14 (1): 1-12.

¹⁵ Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil (Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil). *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37 (3):140-147.

¹⁶ Reis PAGD, Pereira CCA, Leite, IC, Theme-Filha MM. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009 (Factors

associated with adequate prenatal care and delivery in São Tomé and Príncipe, 2008-2009). *Cad. Saúde Pública* 2015; 31 (9):1929-1940.

¹⁷Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RJ, Cunha AJLA. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido (Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care). *Cad Saúde Pública* 2014; 30 (1): S192-S107.

¹⁸ Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência Pré-natal no Brasil (Prenatal care in Brazil). *Cad saúde publica* 2014; 30 (sup. 1): S85-S100.

¹⁹ Arango H G. Bioestatística: Teórica e Computacional (Biostatistics: Theoretical and Computational) . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 440p.

²⁰ Polgliani RBS, Neto ETS, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal (Pregnant Cards information and medical records of primary care on prenatal care). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36 (6): 269-275.

²¹ Calculadora open-epi versao 3. Calculadora de código aberto- SSP. Disponível em: www.openepi.com/samplesize/SSpropor.htm.

²² Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. NY: Oxford Univ Press, 2003. 450p.

²³ Martinelli KG, Santos-Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha (Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network.). *Rev.Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36 (2): 56-64.

²⁴ Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011 (Assessment of the adequacy of prenatal care according to family income in Aracaju, Sergipe State, Brazil, 2011). *Epidemiol. Serv. Saude* 2016; 25 (2): 271-280.

²⁵ Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley, 1989, 307 p.

²⁶ Landau S, Everitt BS. A handbook of statistical analyses using SPSS. USA: CRC press, 2004. Cap 9. 339p.

- ²⁷ Kobayashi H, Takemura Y, Kanda K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scand J Caring Sci*, 2011; 25 (1): 419-425.
- ²⁸ Domingues RMSM, Hartz ZM, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil (Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil). *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28 (3): 425-437.
- ²⁹ Ribeiro ERO, Guimaraes AM, Bettiol H, Lima DDF, Almeida LMD, Silva LSAAM, Gurgel RQ. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 31 (9): 1-8.
- ³⁰ Costa GD, Cota RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família (Evaluation of the care to the pregnant woman's health in the context of the Family Health Program). *Cien Saude Colet*, 2009; 14 (Supl.1): 1347-1357.
- ³¹ Nogueira CMCS, Justino JMR, Tavares MIPL, Morais FRR. Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal (Characterization of the structure and work process in prenatal care). *Cogitare Enferm*, 2016; 21(4): 01-10.
- ³² Goudard MJF, Simoes VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Brito e Alves, MTSS, Coimbra LC, Martins MG, Barbieri MA, Nathasje IF. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro (Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21 (4): 1227-1238.
- ³³ Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte (Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality). *Rev Saúde Pública*, 2014; 48 (6): 977-984.
- ³⁴ Silva EP, Lima RT, Osorio MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos Randomizados (Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials). *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21 (9): 2935-2948.

APÊNDICE C- FORMULÁRIO ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Nutrição Assistência Pré-Natal da Atenção Primária do Estado da Paraíba: Análise dos Aspectos de Infra-Estrutura, Processo e Resultados de Serviços e Usuários	
Nº DO QUESTIONARIO:	QUEST: ____ _
DATA DA ENTREVISTA:	DATA: ____ _ ____ _
ESF:	ESF: ____ _
DISTRITO: (1) (2) (3) (4) (5)	DISTRITO: ____
NOME DO PROFISSIONAL:	
DADOS DE INFRA-ESTRUTURA	

FORMULÁRIO 1- PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

01	A unidade de saúde foi construída em prédio próprio? (1) SIM (0) NÃO																																
02	O setor tem uma identificação visível aos usuários sobre os dias, turnos e profissionais que realizam o pré-natal? (1) SIM (0) NÃO																																
03	Suprimento de equipamentos permanentes de uso no pré-natal: Assinalar (1) SIM (0) NÃO (Apenas assinalar os que têm e funcionam): <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 35%;">Estetoscópio de Pinard</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">()</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Estetoscópio Clínico</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cadeira de consultório (usuária e profissional)</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Esfigmomanômetro</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Monitor fetal</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Fita Métrica Inelástica</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Disco obstétrico</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Glicosímetro digital</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Relógio de Parede</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Mesa de Consultório profissional</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Armário de Medicamentos</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Balança</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Escada de dois degraus em ferro</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Maca</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </table>	Estetoscópio de Pinard	()			Estetoscópio Clínico	()	Cadeira de consultório (usuária e profissional)	()	Esfigmomanômetro	()	Monitor fetal	()	Fita Métrica Inelástica	()	Disco obstétrico	()	Glicosímetro digital	()	Relógio de Parede	()	Mesa de Consultório profissional	()	Armário de Medicamentos	()	Balança	()	Escada de dois degraus em ferro	()			Maca	()
Estetoscópio de Pinard	()																																
Estetoscópio Clínico	()	Cadeira de consultório (usuária e profissional)	()																														
Esfigmomanômetro	()	Monitor fetal	()																														
Fita Métrica Inelástica	()	Disco obstétrico	()																														
Glicosímetro digital	()	Relógio de Parede	()																														
Mesa de Consultório profissional	()	Armário de Medicamentos	()																														
Balança	()	Escada de dois degraus em ferro	()																														
		Maca	()																														
04	Suprimento de materiais (higiênico-sanitários/gestão da informação) exclusivo para o pré-natal (Apenas assinalar os que têm e estão no setor): Assinalar (1) SIM (0) NÃO <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 35%;">Ficha de requisição de exames</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">()</td> <td style="width: 35%;">Luvas descartáveis</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Cartão da Gestante</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Lençóis limpos nas mesas ginecológicas</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Mapa de Registro Diário</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Materiais para coleta de exames</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Ficha de encaminhamento para referência</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cesta de lixo para materiais usados</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Receituários de medicamentos</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Sabão para higiene pessoal</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </table>	Ficha de requisição de exames	()	Luvas descartáveis	()	Cartão da Gestante	()	Lençóis limpos nas mesas ginecológicas	()	Mapa de Registro Diário	()	Materiais para coleta de exames	()	Ficha de encaminhamento para referência	()	Cesta de lixo para materiais usados	()	Receituários de medicamentos	()	Sabão para higiene pessoal	()												
Ficha de requisição de exames	()	Luvas descartáveis	()																														
Cartão da Gestante	()	Lençóis limpos nas mesas ginecológicas	()																														
Mapa de Registro Diário	()	Materiais para coleta de exames	()																														
Ficha de encaminhamento para referência	()	Cesta de lixo para materiais usados	()																														
Receituários de medicamentos	()	Sabão para higiene pessoal	()																														

	Formulário de acompanhamento () da gestante/prontuário Caderneta da Criança ()	Toalha de papel/tecido () Álcool em gel () Lavabo dentro do consultório () Sanitário dentro do consultório ()
05	Existência de vacinas/medicamentos/suplementos de uso no pré-natal na unidade básica de saúde (apenas marcar os que têm) no momento da visita: Assinalar (1) SIM (0) NÃO: Anti-ácidos () Analgésicos () Ácido Fólico () Sulfato ferroso () Complexo-B () Vacina T-tetânica () Antibióticos () Hipotensor () Anti-inflamatório () Anti-térmico () Vitamina C () Vitamina A () Anti-helmíntico () Antieméticos () Vacina dT () Vacina Hepatite B () Vacina dTpa () Vacina Influenza ()	
06	Na unidade está presente o teste rápido para sífilis? (1) SIM (0) NÃO	
07	Na unidade está presente o teste rápido para gravidez? (1) SIM (0) NÃO	
08	Na unidade está presente o teste rápido para HIV? (1) SIM (0) NÃO	
09	Existe apoio laboratorial na ESF ou no município (referência) para exames básicos de rotina (1) SIM (0) NÃO	
10	Quais exames abaixo são prescritos na rotina pré-natal e quantas vezes (exames considerados minimamente necessários): Assinalar (1) SIM (0) NÃO *opcionais ** obrigatório para gestantes de alto risco Hemograma () () Tipagem Sanguínea () () Colpocitologia oncótica () () Glicemia de Jejum () () Sífilis (VDRL) () () Sorologias Hepatite B e C () () Sumário de Urina () () Sorologia para HIV () () Sorologia Toxoplasmose () () Urocultura* () () TOTG * () () Eletro de hemoglobina () () Ultrassonografia** ()	
11	A unidade conta com a equipe de saúde mínima? (1) SIM (0) NÃO *equipe mínima: médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dental e/ou auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde	
12	Além dos profissionais da equipe mínima existem outros profissionais nas unidades? (1) SIM (0) NÃO SE sim, qual (is)? _____	
13	Na maioria das gestantes, onde os exames são realizados? (1) REDE PRIVADA (2) SUS	
14	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias? (1) SIM (0) NÃO	
15	Cobertura de gestantes acompanhadas no pré-natal da ESF: (Período: mês anterior). 12.1- Número de gestantes cadastradas (residentes) na área de abrangência: _____ 12.2- Número de gestantes acompanhadas na unidade: _____ 12.3 – Dessas quantas são de área coberta? _____ e descoberta? _____	

26	Onde esta orientação é feita? Assinalar (1) SIM (0) NÃO 1. Na consulta clínica () 2. Palestras educativas () 3. No domicílio () 4. Em grupos de aleitamento materno () 5. Outro () 5.1 Se outro, qual? _____
27	A equipe orienta sobre os riscos de oferecer fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas? (1) SIM (0) NÃO
28	A gestante no terceiro trimestre tem o encaminhamento para qual maternidade irá na hora do parto? (1) SIM (0) NÃO
29	A gestante recebe orientação quanto ao tipo de parto? (1) SIM (0) NÃO SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 31.
30	A partir de que trimestre de gestação a orientação é feita? (1) 1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre
31	Onde esta orientação é feita? Assinalar (1) SIM (0) NÃO 1. Na consulta clínica () 2. Palestras educativas () 3. No domicílio () 4. Outro () Se outro, qual? _____
32	A equipe orienta a gestante quanto à vacina contra o tétano? (1) SIM (0) NÃO
33	A equipe realiza consulta de puerpério até 42 dias após o parto? (1) SIM (0) NÃO SE NÃO, IR PARA A QUESTÃO 35.
34	Qual ação que a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério? (1) SIM (0) NÃO (1) Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher () (2) Visita domiciliar de outros membros da equipe () (3) Consulta em horário especial em qualquer dia da semana () (4) Outra _____
35	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto? (1) SIM (0) NÃO (1) Recebe a contra referência da maternidade () (2) Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto () (3) Recebe informação da secretaria municipal de saúde () (4) Outro _____

ENTREVISTADOR:

APÊNDICE D- FORMULÁRIO ENTREVISTA NA MATERNIDADE

Assistência Pré-Natal da Atenção Primária do Estado da Paraíba: Análise dos Aspectos de Infra-Estrutura, Processo e Resultados de Serviços e Usuários

FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS

Nº DO QUESTIONÁRIO:		QUEST: __ ____
DATA DA ENTREVISTA:		DATA: __ ____ __ __
MATERNIDADE: CÂNDIDA VARGAS		MATERN: __
DATA DA ADMISSÃO:		ADMIS: __ ____ __ __
NOME DA MÃE:		
NOME DO RECÉM-NASCIDO:		
BAIRRO:		
CONTATO:		
IDENTIFICAÇÃO		
01	Distrito:(1) (2) (3) (4) (5)	DISTRITO: ____
02	Data de nascimento da mãe: _____	NASC __ ____ __ __
03	Idade da mãe: _____	IDADE: __ __
04	Peso admissional (Coletar do prontuário da mulher): _____	PESOADM: _____, __ __
DADOS SOCIOECONÔMICOS		
05	Alfabetização: (1) Não (2) Somente Lê (3) Somente Escreve (4) Lê e Escreve	ESCOLA __
06	Anos de estudo: _____ (0) Não frequentou a escola (9) Não sabe	ANESCM __
07	Ocupação:(1) Comércio (2) Professora (3) Doméstica (4) Agricultora (5) Não trabalha (6) Outro _____	OCUP __
08	Trabalhou durante a gravidez? (1) SIM(0) NÃOSE NÃO, PULAR PARA A 11.	TRAGRAV __
09	Qual o trabalho durante a gravidez? (1)Comércio (2) Professora (3) Empregada Doméstica (4) Agricultora (5) Não trabalha (6) Outro _____	OCUPG ____ OCUPOUT __ -
10	Teve direito à licença-maternidade após o término da gestação? (1) SIM(0) NÃOSE SIM,	LICMAT __ DIALIC __

	QUANTOS DIAS? _____																									
11	Mora com o companheiro? (1) SIM(0) NÃO	MCOMP ____																								
12	Alfabetização do companheiro: (1) Não (2) Somente Lê (3) Somente Escreve (4) Lê e Escreve (8) Não se aplica	ACOMP ____																								
13	Anos de escolaridade do companheiro: _____ (0) Não frequentou a escola (8) Não se aplica (9) Não sabe	ANESCC ____																								
14	Número de membros da família menor de 10 anos: _____	MEMBACRI ____																								
15	Número de membros da família entre 10-19 anos: _____	MEMBADO ____																								
16	Número de membros da família entre 20-60 anos: _____	MEMBADUL ____																								
17	Número de membros da família acima de 60 anos : _____	MEMBIDO ____																								
18	Número total de membros da família : _____	MEMTOTAL ____																								
19	Pessoas que trabalharam/receberam no mês anterior alguma renda destinada ao sustento da família: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Identificação*</th><th>Nome</th><th>R\$</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="2">RENDAS MENSAL</td><td> </td></tr> </tbody> </table> *Identificação:(1) Pai (2) Mãe (3) Filho(a) (4) Avô/Avó (5) Sogro/Sogra (6) Irmão/Irmã (7) Se outro parente, quem? _____	Identificação*	Nome	R\$																			RENDAS MENSAL			RENDAS: ____ ____
Identificação*	Nome	R\$																								
RENDAS MENSAL																										
20	Recebeu alguma contribuição de renda de pessoas não moradoras do domicílio NO ÚLTIMO MÊS? (1) SIM Se sim, quanto? R\$: ____ (0) NÃO (9) Não sabe	CONTR ____ QTCONTR: ____																								
21	A família está inscrita no PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)? (1) SIM Se sim, quanto recebeu no último mês? R\$: ____ (0) NÃO (9) Não sabe	INSCPBF: ____ QUANTPBF: ____																								
22	Além do PBF, a família está inscrita em outro programa que complementa a renda? (1) SIM. Se sim, qual o programa? _____ E quanto recebeu no último mês? R\$: ____ (0) NÃO (9) Não sabe	INSCOUT: ____ QUANTOUT: ____																								

DADOS DO PRÉ-NATAL REFERIDOS PELAS MULHERES		
23	Onde realizou as consultas de pré-natal? (1) ESF (2) Hospital público (3) Clínica/Hospital privado (4) Público + Privado(8) Não fez pré-natal Se em ESF, qual? _____	PRENATAL: ____ QUALESF: _____
24	Recebeu visita do ACS durante o pré-natal? (1) SIM (0) NÃO	COBERTPN: _____
25	Durante o pré-natal recebeu o encaminhamento para esta maternidade? (8) SIM(0) NÃO Se não, para qual maternidade? _____	ENCMATER ____ MATERPRE _____
26	Número de gestações:	NGEST ____ ____
27	Número de abortos: Caso a mãe relate não ter tido nenhum aborto colocar na codificação 00.	NAB ____ ____
28	Número de nascidos vivos: _____	NV ____ ____
29	Ingeriu bebida alcoólica durante a gestação? (1)SIM (0) NÃO SE SIM, QUANTAS VEZES POR SEMANA? _____ (0) Em ocasiões especiais (8) Não se aplica	BEBIDA ____ FBEBIDA ____ ____
30	Fumou durante a gestação? (1) SIM(0) NÃO Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (0) Raramente(8) Não se aplica SE NÃO, PERGUNTAR: Você é ex-fumante? (1) SIM(0) NÃO SE SIM, por quanto tempo fumou (anos)? _____ Há quanto tempo parou (meses)? _____	FUMOU ____ CIGARRO ____ ____ EXFUMO ____ TFUMO ____ ____ TPAROU ____ ____
31	Possuiu alguma doença crônica? Assinalar(1) SIM(0) NÃO Diabetes () Hipertensão () Outra () Se outra, qual? _____	CRODIA ____ CROHIP ____ CROOUT ____ OUTCRO ____
32	Apresentou na gestação algum verme? (1) SIM(0) NÃO	PARASITO ____
33	Houve presença de edema (inchaço) durante a gestação? (1) SIM(0) NÃO	EDEMA ____
34	Quais os procedimentos clínico-obstétricos foram desenvolvidos na atenção ao pré-natal? Assinalar (1) SIM(0) NÃO Registro de movimentos fetais () Medição da altura uterina() Cálculo da data provável do parto () Ausculta dos batimentos cardio-fetais() Palpação obstétrica () Verificação da pressão arterial() Colpocitológico do colo uterino () Verificação da presença do edema()	MOVFE ____ CDPP ____ PALOBS ____ CCUTER ____ AENUTR ____ MAUTER ____ ABCFET ____ VPARTE ____ VPEDEM ____ SELABO ____

	Avaliação do estado nutricional () Solicitação de exames laboratoriais() Análise das mamas ()	AMAMAS ____ () ()
35	Recebeu orientação sobre o aleitamento materno? (1) SIM(0) NÃO SE SIM, IR PARA A QUESTÃO11; SE NÃO IR PARA A QUESTÃO 38	ORIAM ____
36	Onde foi realizada a orientação sobre o aleitamento materno? (1) Durante a consulta de pré-natal(2) Palestras (3) Grupos de gestantes (4) Em casa(5) Outro _____ (8) Não se aplica	LUGAM ____
37	Quem incentivou a prática do aleitamento materno? (1) Médico(2) Enfermeiro (3) Mãe (4) Amigas (5) Outro _____ (0) não houve incentivo	INCETAM ____ OUTICEAM _____
38	Participou de alguma atividade educativa no pré-natal? Assinalar(1) SIM(0) NÃO Grupos de gestantes () Palestras educativas na unidade de saúde () Outra () _____ Palestras educativas em domicílio () Não participou ()	GRUGES ____ PEDUDOM ____ PEDUUSF ____ NAOPART ____ OUTAEDU ____ ATIVEDU ____
39	No pré-natal recebeu informação sobre: Assinalar(1) SIM (0) NÃO () Tipo de parto; () Sinais e sintomas que identificam a chegada do parto	INFPART ____ INFSSPAR ____
40	No pré-natal, recebeu informações sobre os benefícios legais da gestante/parturiente? Assinalar(1) SIM (0) NÃO Licença-maternidade() Licença- paternidade () Garantia de emprego a contar da confirmação da gravidez até cinco meses pós-parto() Dispensa do horário de trabalho para o pré-natal()	LICMAT ____ LICPAT ____ GEMPR ____ DHTPRE ____
41	Durante a gestação apresentou alguma doença? (8) SIM(0) NÃO 1. Hemorragia () 5. Doenças cardíacas () 2. Doenças respiratórias() 6. Hipertensão arterial () 3. Infecções.() 7. Gastrite/úlcera gástrica () Se sim qual? _____ 10. Virose() 4. Diarréia() 11. Outra: _____	PROHEMO: ____ PRODRESP: ____ PROINF: ____ QUALINF: ____ PRODIA: ____ PRODCAR: ____ PROHIPA: ____ PROGAST: ____ PROVIR: ____ PROOUT: ____
42	Na gestação ingeriu suplementação de: (1) Apenas ferro (2) Apenas ácido fólico (3)Ferro e Ácido fólico (4) Não recebeu (8) Não se aplica (gestantes com anemia falciforme)	SUPMENT ____
43	Ingeriu algum polivitamínico:(1) SIM (0) NÃO Se sim, qual? _____ Se sim, registrar a Dosagem: _____ e a Frequência: _____	SUPVIT ____ POLIV ____ DOSA ____ FREQ ____
44	A senhora viu nas paredes da maternidade cartazes e panfletos que falavam da importância do aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO	IMPOALEI: ____
45	Na maternidade, a senhora foi orientada pelos profissionais sobre as vantagens da amamentação? (1) SIM (0) NÃO	VANTALEI: ____
46	Na maternidade, a senhora foi orientada sobre como o bebê deve ser colocado no peito?	PEGAALEI: ____

	(posição da pega) (1) SIM (0) NÃO	
47	Na maternidade, asenhora foi orientada sobre qual deve ser sua posição na hora do aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO	MAEALEI: ____
48	Na maternidade, asenhora foi orientada sobre como deve continuar o aleitamento materno em caso de aparecimento de mastite, fissuras e ingurgitamento das mamas? (1) SIM (0) NÃO	PROALEI: ____
49	Na maternidade, asenhora foi orientada anão dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno até os seis primeiros meses? (1) SIM (0) NÃO	NAOALIM: ____
50	Na maternidade, asenhora foi orientada a não dar bicos artificiais ou chupetas ao bebê? (1) SIM (0) NÃO	CHUBIC: ____
51	Na maternidade, asenhora foi orientada que no aleitamento materno quem decide a hora da mamada é a criança? (1) SIM (0) NÃO	LIVDEMAN: ____
52	Após o parto, a senhora permanece junto com o seu filho na enfermaria durante o dia todo? (1) SIM (0) NÃO	ALOJAMEN: ____
53	Na maternidade, asenhora foi encaminhada para grupos de aleitamento materno, seja na comunidade ou em serviços de saúde? (1) SIM (0) NÃO	GRUPOALE: ____
54	Seu bebê recebeu aleitamento materno na primeira meia hora após o parto? (1) SIM (0) NÃO	MEIAHORA: ____
DADOS DA MÃE PÓS-PARTO		
55	Recebeu suplementação com a megadose de vitamina A no pós-parto? (1) SIM (0) NÃO	VITAMINA: ____
DADOS GESTACIONAIS COLETADOS DO CARTÃO DA GESTANTE		
56	Data da última menstruação: ____ ____ ____ ____	DUM: ____ ____ ____ ____
57	Peso pré-gestacional (Kg): ____	PPG: ____ ____ , ____ ____
58	Altura (cm): ____	ALTGEST: ____ ____ , ____ ____
59	Resultado do último exame de Hemoglobina realizado no pré-natal: ____ Data do exame: ____ Mês da gestação na data do exame: ____	HG: ____ ____ , ____ ____ EXHG: ____ ____ ____ ____ MESEXHG: ____ ____
60	Resultado do último exame de Glicemia de Jejum realizado no pré-natal: ____ Data do exame: ____ Mês da gestação na data do exame: ____	GLICEMIA ____ ____ EXGLI: ____ ____ ____ ____ MESEXGLI: ____ ____
61	Resultado da última avaliação de pressão arterial realizada no pré-natal: ____ Data do exame: ____ Mês da gestação na data do exame: ____	PRESSAO ____ ____ x ____ ____ EXPA: ____ ____ ____ ____ MESEXPA: ____ ____
62	Idade gestacional que iniciou o pré-natal (em semanas gestacionais) : ____	IDADEG1C ____ ____
63	Número de consultas de pré-natal no primeiro trimestre (até 13 semanas): ____	CPN1TRIM ____
64	Número de consultas de pré-natal no segundo trimestre (14 a 27 semanas): ____	CPN2TRIM ____
65	Número de consultas de pré-natal no terceiro trimestre (a partir de 28 semanas): ____	CPN3TRIM ____

66	Total do número de consultas durante o pré-natal: _____	NCONSULT _____
67	Quantas vezes os exames abaixo foram realizados durante o pré-natal ? Hemograma _____ Tipagem Sanguínea _____ Glicemia de Jejum _____ Sífilis (VDRL) _____ Sumário de Urina _____ Sorologia para HIV _____ Sorologia Hep.B _____ Sorologia Toxoplas. _____ Sorologia Hep. C _____ Outro: _____ Ultrassonografia _____	VEZHEMO: _____ VEZGLI: _____ VEZSUM: _____ VEZSORHE: _____ VEZSORHEC: _____ VEZULTR _____ VEZTIPAG: _____ VEZSIF: _____ VEZHIV: _____ VEZTOXOP: _____ VEZOUT: _____
68	Profissionais de saúde que participaram da última consulta pré-natal : (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Médico e Enfermeiro (4) Médico + Enfermeiro + Outro profissional de saúde de nível superior _____	EQUIPEPN ____
69	Recebeu vacinação anti-tetânica nos últimos 5 anos antes da gestação? (1) SIM (0) NÃO SE NÃO, IR PARA A QUESTÃO 71	VACITET ____
70	Recebeu a dose de reforço? (1) SIM(2) NÃO (8) Não se aplica	REFORCO ____
71	Recebeu quantas doses da vacina anti-tetânica? 1ª dose: (1) Sim (0) Não Quando? _____ 2ª dose: (1) Sim(0) Não Quando? _____ 3ª dose: (1) Sim(0) Não Quando? _____ (8) Não se aplica	1DOSETET __ QUAN1DOS __ 2DOSETET __ QUAN2DOS __ 3DOSETET __ QUAN3DOS __
72	Recebeu Vacina contra a hepatite B antes da gestação? (1) SIM (0) NÃO SE SIM PULAR PARA A QUESTÃO 74	HEPB ____
73	Recebeu quantas doses da vacina contra a hepatite B? 1ª dose: (1) Sim (0) Não Quando? _____ 2ª dose: (1) Sim(0) Não Quando? _____ 3ª dose: (1) Sim(0) Não Quando? _____ (8) Não se aplica	1DOSEHEP __ QUAN1DOS __ 2DOSEHEP __ QUAN2DOS __ 3DOSEHEP __ QUAN3DOS __
74	Recebeu a vacina contra a gripe? (Influenza) (1) SIM(0) NÃO	VACGRIP ____
DADOS DO NASCIMENTO COLETADOS DO PRONTUÁRIO DA MULHER:		
75	Tipo de parto: (1) Cesárea (2) Normal (3) Fórceps	PARTO: ____
76	Idade gestacional do parto (em semanas gestacionais): _____	IDADEPOS: ____
77	Peso do recém-nascido ao nascer (em gramas): _____	PNASCER: ____
78	Comprimento ao Nascer (cm): _____	CNASCER: ____

79	Perímetro Cefálico (cm): _____	PCNASCER ____ , ____
80	Sexo do neonato: (1) Masculino(2) Feminino	SEXORN: ____
81	Presença de sífilis congênita? (1) SIM (0) NÃO	SIFCON_____
82	Presença de tétano neonatal? (1) SIM (0) NÃO	TETNEO _____
83	Realizou o Teste do Pezinho? (1) SIM(0) NÃO SE SIM IR PARA QUESTÃO 84	TPE: _____
84	RESULTADO DO TESTE DO PEZINHO: Assinalar (1) POSITIVO (0) NEGATIVO Fenilcetonúria: () Hipotireoidismo congênito:() Anemia Falciforme:()	PKU _____ HIPOCONG: _____ FAC: _____
85	O bebê apresentou microcefalia? (1) SIM (0) NÃO	MICROENC _____

ENTREVISTADOR:	COD: _____
----------------	------------

**APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DESTINADO AOS PROFISSIONAIS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO
PESQUISA: Assistência Pré-natal da atenção primária no Estado da Paraíba: Análise dos aspectos de infra-estrutura,
processo e resultados de serviços e usuárias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO AOS PROFISSIONAIS

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre a assistência pré-natal recebida nas unidades básicas de saúde da Estratégia Saúde da Família. Está sendo desenvolvida por : Esther Pereira da Silva, tel (83) 99614-3425– estherp.silva@yahoo.com.br e está sob a orientação de: Prof. Dr^a Mônica Maria Osório - Telefone: (81) 99632-2666- e-mail mosorio@ufpe.br e prof. Roberto Teixeira Lima- UFPB- tel: (83) 98809-0581- e-mail: robtex@ibest.com.br.

Os objetivos do estudo são: caracterizar a assistência pré-natal em sistemas locais de saúde; descrever a estrutura organizacional dos serviços de assistência pré-natal; identificar o processo de operacionalização das normas e rotinas da assistência pré-natal; classificar a assistência pré-natal por meio do uso de índices de avaliação de qualidade (Kessner, APNCU, E ÍNDICE IPR/PRÉ-NATAL) pretende-se com isso avaliar aspectos inerentes da assistência pré-natal a exemplo de: peso ao nascer do recém-nascido, ganho de peso gestacional bem como prática adequada de aleitamento materno.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário sobre aspectos da estrutura e processo de trabalho em relação à assistência pré-natal na atenção básica, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revistas científicas. Ressaltamos que por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que a pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar do estudo e publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou
Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Hospital Universitário Lauro Wanderley – 2º andar- Universidade Federal da Paraíba- Tel.: (83) 3216-7964 – e-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br).

**APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DESTINADO ÀS MULHERES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO
PESQUISA: Assistência Pré-natal da atenção primária no Estado da Paraíba: Análise dos aspectos de
infra-estrutura, processo e resultados de serviços e usuárias

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ÀS MULHERES
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.**

Prezada Senhora,

Esta pesquisa é sobre a análise da assistência Pré-natal da atenção primária no Estado da Paraíba a partir dos aspectos de infra-estrutura, processo e resultados de serviços e usuárias. Está sendo desenvolvida por : Esther Pereira da Silva, tel (83) 99614-3425– estherp.silva@yahoo.com.br e está sob a orientação de: Prof. Drª Mônica Maria Osório - Telefone: (81) 99632-2666- e-mail mosorio@ufpe.br e prof. Roberto Teixeira Lima- UFPB- tel: (83) 98809-0581- e-mail: robtex@ibest.com.br.

A pesquisa terá como objetivo: avaliar o pré-natal do município de João Pessoa a partir de instrumentos elaborados por pesquisadores científicos para saber se o pré-natal encontra-se adequado ou não. A finalidade deste trabalho é contribuir para a construção de ações que visem a melhoria do pré-natal no município de João Pessoa.

Solicitamos sua colaboração para responder a um questionário com duração em torno de 15 minutos, com perguntas sobre o seu pré-natal (número de consultas, início do pré-natal, procedimentos que foram realizados) e, também dados sobre o seu parto (peso e comprimento ao nascer da criança, idade gestacional do nascimento), estas informações também poderão ser obtidos a partir do seu Cartão da Gestante, caso a senhora permita. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que riscos de constrangimento, desconforto poderão ser causados pela pesquisa, porém, garantimos que a coleta das informações ocorrerá em um horário e momento disponível para a senhora.

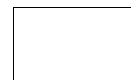
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , ____ de ____ de ____

Impressão dactiloscópica



Assinatura do participante ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Esther Pereira da Silva- (83) 99614-3425 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964

APÊNDICE G- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO
PESQUISA: Assistência Pré-natal da atenção primária no Estado da Paraíba: Análise dos aspectos de
infra-estrutura, processo e resultados de serviços e usuárias

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezada Senhora,

Esta pesquisa é sobre a análise da assistência Pré-natal da atenção primária no Estado da Paraíba a partir dos aspectos de infra-estrutura, processo e resultados de serviços e usuárias. Está sendo desenvolvida por : Esther Pereira da Silva, tel (83) 99614-3425– estherp.silva@yahoo.com.br e está sob a orientação de: Prof. Drª Mônica Maria Osório - Telefone: (81) 99632-2666- e-mail mosorio@ufpe.br e prof. Roberto Teixeira Lima- UFPB- tel: (83) 98809-0581- e-mail: robtex@ibest.com.br.

A pesquisa terá como objetivo: avaliar o pré-natal do município de João Pessoa a partir de instrumentos elaborados por pesquisadores científicos para saber se o pré-natal encontra-se adequado ou não. A finalidade deste trabalho é contribuir para a construção de ações que visem a melhoria do pré-natal no município de João Pessoa.

Solicitamos sua colaboração, após a autorização dos seus pais ou responsáveis legais, para responder a um questionário com duração em torno de 15 minutos, com perguntas sobre o seu pré-natal (número de consultas, início do pré-natal, procedimentos que foram realizados) e, também dados sobre o seu parto (peso e comprimento ao nascer da criança, idade gestacional do nascimento), estas informações também poderão ser obtidos a partir do seu Cartão da Gestante, caso você permita. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que riscos de constrangimento, desconforto poderão ser causados pela pesquisa, porém, garantimos que a coleta das informações ocorrerá em um horário e momento disponível para a senhora.

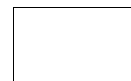
Esclarecemos que a participação da menor no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , ____ de ____ de ____

Impressão dactiloscópica



Assinatura do responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Esther Pereira da Silva- (83) 99614-3425 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964

ANEXOS

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DA PARAÍBA:
ANÁLISE DOS ASPECTOS DE INFRA-ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS
DE SERVIÇOS E USUÁRIAS

Pesquisador: esther pereira da silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38135414.7.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.404.036

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao projeto de pesquisa intitulado " ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DA PARAÍBA: ANÁLISE DOS ASPECTOS DE INFRA-ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS DE SERVIÇOS E USUÁRIAS" em nível de Doutorado em Nutrição/UFPB de Esther Pereira da Silva sob a orientação do professor Roberto Teixeira de Lima.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência pré-natal da atenção primária em um município Estado da Paraíba a partir do uso do instrumento "Índice IPR Pré-Natal" e comparar os achados encontrados com a avaliação a partir dos índices de Kessner e APNCU.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil dos serviços e usuárias da assistência pré-natal em um município Estado da Paraíba;- Avaliar quais fatores de risco contribuem para a inadequação do pré-natal;- Aplicar o IPR/ Pré-natal e os índices (Kessner e APNCU) para avaliação do cuidado pré-natal;-Analisar comparativamente os resultados achados com os encontrados pelos demais índices.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

Esther Pereira Freire
Coordenadora
de Ética em Pesquisa
UFPB - EBSERH UFPB



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.404.036

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de um estudo com humanos, há o risco de perdas eventuais na amostra, incluindo ausência de registros, além do risco de constrangimento às usuárias durante as entrevistas, o que será minimizado, entrevistando as mulheres em um local reservado, apenas com a presença do entrevistador; entretanto, vale salientar que o estudo não apresentará quaisquer riscos físicos e biológicos à população de estudo dos serviços analisados, além do que, as entrevistas serão realizadas em momentos que não venham a interferir na rotina e consultas dos profissionais e usuárias nas respectivas Unidades Básicas de Saúde verificadas.

Benefícios:

Como benefícios, o estudo pretende contribuir para a análise da assistência pré-natal da atenção básica do Estado da Paraíba a partir de um índice que também avalie variáveis de conteúdo do cuidado pré-natal, em três aspectos: infra-estrutura, processo e resultados, o que poderá permitir o planejamento e a otimização das ações por parte da gestão dos serviços de saúde, permitindo intervenções eficazes e resolutivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda foi encaminhada haja visto o prazo previsto para a construção dos formulários haver sido estendido estendido, razão pela qual foi adiado o início da coleta dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador responsável e demais colaboradores, CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, somos de parecer favorável à Emenda apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO da Emenda, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW. Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá comparecer ao CEP, para receber o PARECER

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

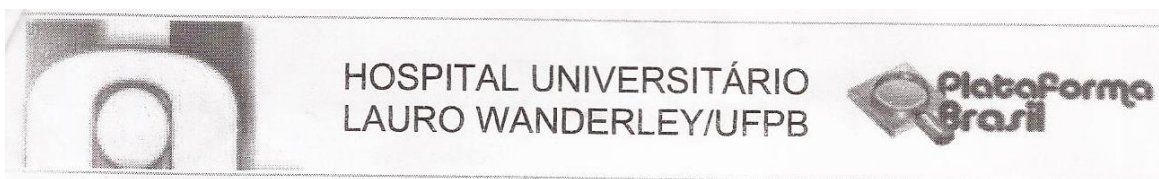
Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

[Assinatura]
Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa
 - UFPB - EBSERH / UFPB3



Continuação do Parecer: 1.404.036

DE APROVAÇÃO da Emenda ao projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_647757 E1.pdf	20/01/2016 14:45:49		Aceito
Outros	CARTARESPOSTAOCEPHULW.doc	20/01/2016 14:44:15	esther pereira da silva	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ANUENCIAJP.pdf	09/01/2016 13:49:52	esther pereira da silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOATUALJANEIRO.doc	09/01/2016 13:49:24	esther pereira da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOSATUAISHULW.docx	09/01/2016 13:48:07	esther pereira da silva	Aceito
Outros	capa e sumário.doc	02/11/2014 16:33:58		Aceito
Outros	declaração do programa.pdf	02/11/2014 16:33:21		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	02/11/2014 16:32:00		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 04 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
 (Coordenadora)

Comitê de Ética em Pesquisa
 - EBSERH / UFPB

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

ANEXO B- Comprovante de Submissão à Revista BMC Health Services Research e
e-mail da Revista aos autores

Microsoft Word - ABNT - x (2399 não lidos) - esther - x normaspresentacaoatua - x Editorial Manager® x

Seguro | https://www.editorialmanager.com/bhsr/default.aspx

BMC Health Services Research

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW
MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Editorial Manager will be unavailable due to a scheduled maintenance period beginning at 2 p.m. EST on Tuesday, December 12th, and is scheduled to last four hours. Once the maintenance is completed the sites will return online.

Role: Author Username: es2604

Revisions Being Processed for Author **Esther Pereira da Silva, Ms.**

Page: 1 of 1 (1 total revisions being processed) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Date Submission Began	Status	Current Status
Action Links	BHSR-D-17-01043R1	DETERMINING FACTORS FOR PRENATAL CARE ADEQUACY PERFORMED IN THE PRIMARY HEALTH CARE IN THE NORTHEAST OF BRAZIL	14 Nov 2017	16 Nov 2017	Editorial Assessment

Page: 1 of 1 (1 total revisions being processed) Display 10 results per page.

<< Author Main Menu

PT 12:05 10/12/2017

BHSR-D-17-01043

EVALUATION OF PRENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: FACTORS THAT DETERMINE ITS QUALIFICATION

Esther Pereira da Silva, Ms.; Roberto Teixeira Lima; Antônio Flaudiano Bem Leite; Mônica Maria Osório

BMC Health Services Research

Dear Mrs. Silva,

Your manuscript "EVALUATION OF PRENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: FACTORS THAT DETERMINE ITS QUALIFICATION" (BHSR-D-17-01043) has been assessed by our reviewers. They have raised a number of points which we believe would improve the manuscript and may allow a revised version to be published in BMC Health Services Research.

Their reports, together with any other comments, are below. Please also take a moment to check our website at <http://bhsr.edmgr.com/> for any additional comments that were saved as attachments. Please note that as BMC Health Services Research has a policy of open peer review, you will be able to see the names of the reviewers.

If you are able to fully address these points, we would encourage you to submit a revised manuscript to BMC Health Services Research.

Once you have made the necessary corrections, please submit online at:

<http://bhsr.edmgr.com/>

If you have forgotten your username or password please use the "Send Login Details" link to get your login information. For security reasons, your password will be reset.

A point-by-point response letter must accompany your revised manuscript. This letter must provide a detailed response to each reviewer/editorial point raised, describing exactly what amendments have been made to the manuscript text and where these can be viewed (e.g. Methods section, line 12, page 5). Please also ensure that all changes to the manuscript are indicated in the text by highlighting or using track changes. If you disagree with any comments raised, please provide a detailed rebuttal to help explain and justify your decision.

Please also ensure that your revised manuscript conforms to the journal style, which can be found at the Instructions for Authors on the journal homepage.

Please note, if your manuscript is accepted you will not be able to make any changes to the authors, or order of authors, of your manuscript once the editor has accepted your manuscript for publication. If you wish to make any changes to authorship before you resubmit your revisions, please reply to this email and ask for a 'Request for change in authorship' form which should be completed by all authors (including those to be removed) and returned to this email address. Please ensure that any changes in authorship fulfil the criteria for authorship as outlined in BioMed Central's editorial policies (<http://www.biomedcentral.com/about/editorialpolicies#authorship>).

Once you have completed and returned the form, your request will be considered and you will be advised whether the requested changes will be allowed.

By resubmitting your manuscript you confirm that all author details on the revised version are correct, that all authors have agreed to authorship and order of authorship for this manuscript and that all authors have the appropriate permissions and rights to the reported data.

Please be aware that we may investigate, or ask your institute to investigate, any unauthorised attempts to change authorship or discrepancies in authorship between the submitted and revised versions of your manuscript.

I look forward to receiving your revised manuscript and please do not hesitate to contact us if you have any questions.

Best wishes,

Carl Abelardo Antonio, MD, MPH
BMC Health Services Research
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/>

ANEXO C- Aprovação do artigo na Revista Ciência & Saúde Coletiva



articles articles search

toc previous next author subject form home alpha

Ciência & Saúde Coletiva

Print version ISSN 1413-8123 On-line version ISSN 1678-4561

Abstract

SILVA, Esther Pereira da; LIMA, Roberto Teixeira de and OSORIO, Mônica Maria. **Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2935-2948. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>.

O objetivo deste estudo foi analisar a partir de uma revisão sistemática o impacto de estratégias educacionais desenvolvidas no pré-natal de baixo risco em resultados obstétricos. Foi feita a busca nas bases de dados PubMed, Medline, SciELO e Lilacs por ensaios clínicos randomizados com os desfechos de nascimento: peso ao nascer, prematuridade e aleitamento materno. Foram utilizados os descritores em combinação: prenatal, antenatal visits, education, health education, pregnancy outcomes, birthweight, prematurity, breastfeeding e randomized clinical trials. Após a avaliação da qualidade, incluiu-se nove estudos. As ações mostraram-se mais eficazes quando estendidas até o período pós-parto. A maior parte delas aconteceu durante as visitas domiciliares e apresentou impacto positivo na prática do aleitamento materno e peso ao nascer. A formação de grupos de gestantes contribuiu para menor prevalência de prematuridade. A amamentação mostrou-se o desfecho mais sensível às estratégias educativas. Práticas educativas durante o pré-natal contribuem para resultados obstétricos favoráveis por minimizarem dúvidas e anseios da mulher durante o processo de gestação, preparando-a para o parto e pós-parto, devendo ser incorporadas no processo de trabalho dos serviços de saúde.

Services on Demand

Journal

SciELO Analytics

Article

English (pdf) | Portuguese (pdf)

English (epdf) | Portuguese (epdf)

Article in xml format

Article references

How to cite this article

SciELO Analytics

Automatic translation

Indicators

Related links

Share

Google Twitter Facebook LinkedIn YouTube More

More