



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALBERDÂNNYA JARBELLY MORAIS DA SILVA

**INDICADORES DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL RECEBIDA POR
USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO
DA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

ALBERDÂNNYA JARBELLY MORAIS DA SILVA

**INDICADORES DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL RECEBIDA POR
USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO
DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Dixis Figueroa Pedraza

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586i Silva, Alberdánnya Jarbelly Morais da.
Indicadores de qualidade da atenção Pré-Natal recebida por usuárias da Estratégia Saúde da Família em municípios do estado da Paraíba [manuscrito] / Alberdannya Jarbelly Morais da Silva. - 2019.
31 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza, Departamento de Enfermagem - CCBS."
1. Cuidado Pré-Natal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Saúde coletiva. I. Título
21. ed. CDD 610.73

ALBERDÂNNYA JARBELLY MORAIS DA SILVA

**INDICADORES DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL RECEBIDA POR
USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO
DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 20 / 11 / 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Maria Mônica de Oliveira
Centro de Ensino Grau Técnico

Aos meus pais, pelo apoio,
companheirismo, confiança e amizade,
DEDICO.

"Para tudo há uma ocasião certa e há um tempo certo para cada propósito debaixo do céu."

(Eclesiastes 3)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal

PNAISM - Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

PMM – Programa Mais Médico

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS	12
4 DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO	18
6 REFERÊNCIAS	18
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	22
ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA	26

INDICADORES DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL RECEBIDA POR USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA PARAÍBA

Alberdânya Jarbelly Morais da Silva¹
Dixis Figueroa Pedraza²

RESUMO

Objetivo: Descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal recebida por usuárias da Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado da Paraíba e investigar diferenciais segundo o tipo de equipe de saúde, características socioeconômicas e o suporte social. **Métodos:** Estudo transversal com 897 mulheres com filhos menores de 5 anos de idade. Os dados foram coletados mediante aplicação de questionários. Incluíram-se informações de cunho social e da assistência pré-natal (tempo de início, número de consultas, suplementação com sulfato ferroso, vacinação contra o tétano). **Resultados:** Iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação 81,0% das mulheres e 83,0% realizaram no mínimo seis consultas. A suplementação com sulfato ferroso e a imunização contra o tétano foram referidas por 94,9% e 88,8% das entrevistadas, respectivamente. A convivência com companheiro, o melhor nível socioeconômico e o não benefício da Bolsa Família associaram-se positivamente ao tempo de início do pré-natal, ao número de consultas e à suplementação com sulfato ferroso. Além disso, a prestação do serviço em equipes do Programa Mais Médicos, o trabalho materno fora de casa, a segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve, o alto apoio social e a funcionalidade familiar influenciaram de forma positiva o início do pré-natal no primeiro trimestre; enquanto o número de consultas à segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve. **Conclusão:** A adequação do pré-natal mostrou indicadores satisfatórios, influenciados pelo tipo de equipe de saúde, pelas características socioeconômicas e pelo suporte social da gestante.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

¹ Aluna do Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, UEPB, Campina Grande, PB, alberdannya16@gmail.com.

² Doutor em Nutrição, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem, UEPB, Campina Grande, PB, dixisfigueroa@gmail.com.

PRENATAL CARE QUALITY INDICATORS RECEIVED BY USERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN MUNICIPALITIES OF THE STATE OF PARAÍBA

Alberdânnya Jarbelly Morais da Silva¹
Dixis Figueroa Pedraza²

ABSTRACT

Objective: To describe quality indicators of prenatal care received by users of the Family Health Strategy in counties of the Paraíba State and investigate differentials according to the type of health team, socioeconomic characteristics and social support. **Methods:** A cross-sectional study with 897 women with children under 5 years of age. Data were collected through the application of questionnaires. Social and prenatal care information (time of onset, number of consultations, ferrous sulfate supplementation, tetanus vaccination) were included. **Results:** In the first trimester, 81.0% of the women started prenatal care, and 83.0% performed at least six visits. Ferrous sulfate supplementation and tetanus vaccination were reported by 94.9% and 88.8% of the interviewees, respectively. Living with a partner, better socioeconomic status and non-benefit of the Bolsa Familia were positively associated with prenatal onset time, number of consultations and supplementation with ferrous sulfate. In addition, the onset of prenatal care in the first trimester was influenced by services offered at *Programa Mais Médicos* health team, maternal work outside the home, food and nutritional security/mild food insecurity, high social support, and family functioning; while the number of consultations was also associated with family food and nutritional security. **Conclusion:** The adequacy of prenatal care showed satisfactory indicators, influenced by the type of health team, socioeconomic characteristics and social support of the pregnant woman.

Keywords: Prenatal Care. Primary Health Care. Quality of Health Care.

¹ Aluna do Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, UEPB, Campina Grande, PB, alberdannya16@gmail.com.

² Doutor em Nutrição, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem, UEPB, Campina Grande, PB, dixisfigueroa@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas no âmbito da saúde da mulher no Brasil perpassam décadas em busca de um atendimento integral. Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil como uma forma de oferecer atendimento integral e com equidade. Com isso, o acompanhamento à mulher através da prevenção e promoção da saúde na dimensão obstétrica e ginecológica foi reconhecido como importante ferramenta para melhorar a condição de saúde da população feminina no país (BRASIL, 2004).

Na perspectiva de melhorar a saúde e diminuir a mortalidade materno-infantil, o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) foi lançado no ano 2000 pelo Ministério da Saúde do Brasil com prioridades voltadas à qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência no puerpério. Como aspecto fundamental para atendimento humanizado, o PHPN preconiza que as unidades de saúde têm o dever acolher de forma ética e digna a gestante, incluindo a realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento, vacinação antitetânica, classificação de risco gestacional e acesso a exames laboratoriais (BRASIL, 2002).

Posteriormente, seguiu-se o aprimoramento da temática a partir da incorporação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), implantada em 2004. No âmbito gravídico-puerperal, a PNAISM objetiva promover atenção de qualidade obstétrica e neonatal na atenção básica e ampliar o acesso à assistência clínica-obstétrica no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Em seguida, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, instituída pela Portaria Nº 1.459 em 2011, com objetivo de assegurar a redução da mortalidade materna e infantil por meio do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. O pré-natal representa o primeiro dos componentes da Rede Cegonha, recomendando para o acompanhamento da gestante sua vinculação à unidade básica de saúde (BRASIL, 2011).

A assistência à mulher e às suas demandas relativas à gestação, parto e puerpério nos serviços de saúde proporciona segurança e reduz os índices de morbimortalidade materna e infantil (NUNES et al., 2017). Nesse contexto, gestantes com quantidade de consultas e procedimentos inadequados sugerem deficiências no atendimento que precisam de soluções (DOMINGUES et al., 2013; DAULETYAROVA et al., 2018). Fatores como os modelos de atenção, o acolhimento, humanização e integralidade do atendimento do profissional de saúde, e o entorno social da gestante, inclusive o apoio do companheiro e da família, podem influenciar as características do pré-natal (ONYEAJAM et al., 2018; NUNES et al., 2016). Avaliar os cuidados de saúde durante a gestação possibilita verificar a necessidade de reorganização dos serviços e as necessidades da população (KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017; PEDRAZA, 2016).

O objetivo deste trabalho foi descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal recebida por usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios do Estado da Paraíba e investigar diferenciais segundo o tipo de equipe de saúde, características socioeconômicas e o suporte social.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal incluído numa pesquisa de avaliação multifacetada e multietápica da implantação das ações de alimentação e nutrição na

ESF no Estado da Paraíba. A pesquisa incluiu a avaliação da qualidade do pré-natal dentre um conjunto de objetivos secundários.

O cenário da referida pesquisa, com coleta de dados relacionados às crianças menores de 5 anos de idade e suas mães, foi nos municípios do Estado com população entre 30.000 e 149.999 habitantes prioritários para ações voltadas à prevenção da obesidade infantil no contexto do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2017). Do total de 12 municípios, três foram excluídos, um por ser o único com cobertura parcial da ESF, outro por não possuir equipe de saúde do Programa Mais Médicos vinculada a Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o terceiro considerando sua inserção em outra proposta com características similares ao objeto da presente. Participaram do estudo 46 equipes de saúde da ESF apoiadas por Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 17 creches vinculadas às equipes de saúde no contexto do Programa Saúde na Escola.

Considerou-se como população de estudo as crianças de 0 a 59 meses de idade e suas mães residentes nos municípios selecionados para participar da pesquisa, usuárias da ESF (N=38.140). Por serem condições associadas a complicações no estado de saúde e nutrição infantil, crianças gêmeas, adotadas e de mães com idade inferior a 18 anos foram excluídas do estudo.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando nível de significância bicaudal de 5% ($\alpha=0,05$), intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 90% ($\beta=0,10$), razão entre expostos e não expostos de 1:1, proporção esperada de ocorrência do desfecho no grupo de não expostos de 20% (prevalência de excesso de peso em crianças usada como indicador para decidir a inclusão de municípios como prioritários para o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção da obesidade infantil) (BRASIL, 2017) e razão de prevalência esperada de 1,5, indicando a necessidade de incluir no mínimo 790 indivíduos. A este número foi adicionado 15% para compensar possíveis perdas e controlar fatores de confusão, totalizando uma amostra de 909 crianças.

Para cada município, a quantidade de equipes de saúde e de creches foi determinada proporcionalmente ao número de crianças menores de 5 anos residentes nele, contemplando-se tanto equipes de saúde do Programa Mais Médicos quanto convencionais, respeitando a composição de cada município, e no mínimo uma creche por município. A quantidade de indivíduos também foi estabelecida de forma proporcional à população de crianças residentes, em cada município. Não foi instituído um número a priori para cada equipe de saúde. Para as creches, o quantitativo de criança foi definido de forma que permitisse completar o total previsto por município, considerando as observações realizadas no contexto das equipes de saúde.

A amostra foi selecionada em dois estágios. No primeiro, foram sorteadas aleatoriamente as equipes de saúde e creches; no segundo, as crianças. Para as equipes de saúde, as crianças foram, primeiramente, selecionadas de forma aleatória por ocasião do atendimento de puericultura no dia de coleta de dados. Em um segundo momento, realizou-se busca ativa das crianças nos domicílios, com base nos registros das equipes de saúde, sendo a seleção por sorteio aleatório. Nas creches, as crianças selecionaram-se probabilisticamente a partir da lista das mesmas disponíveis nessas instituições, excluindo-se as que não estavam presentes no dia do trabalho de campo e a de maior idade na ocorrência de irmãos na mesma creche.

A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde e creches, no segundo semestre de 2018, por pesquisadores entrevistadores (profissionais e estudantes da

área de saúde) com experiência prévia em trabalho de campo, o qual foi supervisionado por profissional capacitado. O controle de qualidade do estudo incluiu: treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de Manual de Instruções e realização de estudo piloto em um município do Estado.

Obtiveram-se informações relacionadas ao tipo de equipe de saúde de atendimento na ESF (se do Programa Mais Médicos ou convencional), às características socioeconômicas (trabalho da mãe fora de casa, classificação socioeconômica da família, benefício da Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional familiar), ao suporte social (convivência da mãe com companheiro, apoio social e funcionalidade familiar) e aos cuidados pré-natais. Para esses fins, as mães responderam um questionário (Apêndice A).

A classificação socioeconômica da família baseou-se nos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2016), que é usado para estimar o poder de compra de famílias brasileiras. Para esta classificação considera-se a existência de vaso sanitário no domicílio, a contratação de empregada doméstica, a posse de bens, o grau de instrução do chefe de família e o acesso a serviços públicos. As famílias foram classificadas nos níveis socioeconômicos A/B/C (pontuação de 17 a 100) e D/E (pontuação de 0 a 16).

Para avaliar a situação de segurança alimentar e nutricional, foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar com 14 itens (SEGALL-CORRÊA, 2014). Esta é uma escala validada que possibilita classificar as famílias em diferentes graus de insegurança alimentar: segurança alimentar quando todas as questões são respondidas de forma negativa, insegurança alimentar leve quando tem-se até cinco questões com respostas positivas, insegurança alimentar moderada nos casos de seis a nove respostas positivas e insegurança alimentar grave para 10 a 14 respostas positivas. Para as análises, a situação da segurança alimentar e nutricional da família foi dicotomizada em segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve e insegurança alimentar moderada/grave.

Para o apoio social, utilizou-se o questionário do *Medical Outcomes Study* que é composto por 19 itens em cinco dimensões de apoio social: material (quatro perguntas), afetivo (três perguntas), emocional (quatro perguntas), informação (quatro perguntas) e interação social (quatro perguntas); recomendando-se a agregação das dimensões emocional e informação. Para todas as perguntas, são cinco as opções de respostas (sempre, que equivale a cinco pontos; quase sempre, a quatro pontos; às vezes, a três pontos; raramente, a dois pontos; e nunca). Em cada uma das dimensões, os escores dos itens foram adicionados; o escore total foi dividido pelo escore máximo possível para a dimensão e multiplicado por 100 (GRIEP et al., 2005; CHOR et al., 2001). Os escores foram dicotomizados com base na mediana mais frequentemente encontrada nas análises das diferentes dimensões de apoio social. Desta forma, utilizou-se como ponto de corte único o “escore > 90” como indicativo de mais altos níveis de apoio social.

A funcionalidade familiar foi medida por meio do APGAR Familiar. Esse questionário é composto por cinco questões, uma para cada domínio de avaliação: *adaptation* (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *affection* (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e *resolve* (capacidade resolutiva), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar.

O instrumento apresenta três opções de respostas (sempre, que equivale a dois pontos; algumas vezes, a um ponto; e nunca), com pontuação total que varia de 0 a 10. As famílias com pontuação de 0 a 3 são classificadas com elevada disfunção familiar; de 4 a 6, moderada disfunção familiar; e de 7 a 10, boa funcionalidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; GOOD et al., 1979). Para fins de análise, no presente estudo as famílias foram classificadas como funcional ou disfuncional (elevada e moderada disfunção familiar).

Para analisar a atenção ao pré-natal, questionou-se sobre o tempo de início, o número de consultas, a suplementação com sulfato ferroso e a imunização contra o tétano. Todos esses procedimentos fazem parte do preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013a).

O grupo de variáveis independentes foi formado por: tipo de equipe de saúde da ESF (Programa Mais Médicos, convencional), trabalho materno fora de casa, classificação socioeconômica da família (classes A/B/C, classes D/E), benefício da Bolsa Família, segurança alimentar e nutricional da família (segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve, insegurança alimentar moderada/grave), convivência da mãe com companheiro (sim, não), apoio social (alto, baixo) e funcionalidade familiar (funcional, disfuncional). Os indicadores relacionados aos cuidados durante o pré-natal foram os desfechos de interesse: período de início (1º trimestre da gestação, após 1º trimestre da gestação), quantidade de consultas (≥ 6 , < 6), suplementação com sulfato ferroso (sim, não) e vacina antitetânica (sim, não).

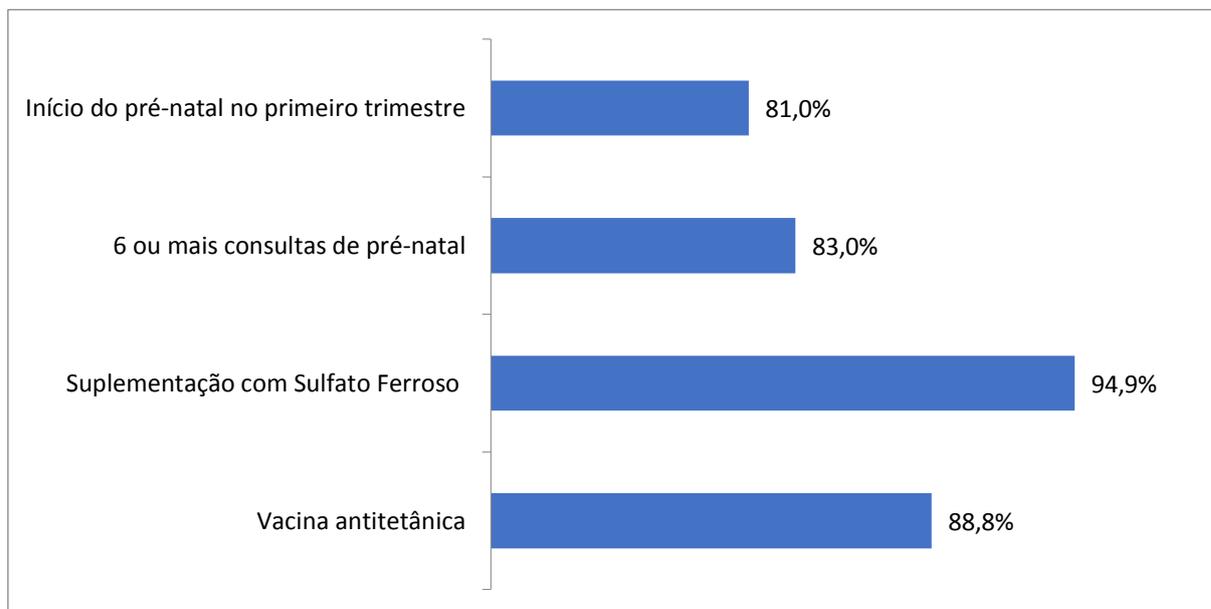
Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada em um banco de dados customizado com verificações de consistência e restrições de intervalo. O aplicativo Validate do software Epi Info versão 3.3.2 foi usado para analisar a consistência dos dados e gerar o banco final utilizado nas análises estatísticas. Empregou-se estatística qui-quadrado ou o teste de McNemar, no caso de frequências correlacionadas ou com relação de dependência (período de início do pré-natal), considerando o nível de significância α igual a 5%. As análises foram realizadas com o software Stata versão 12.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (71609317.9.0000.5187) (Anexo A). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como condição necessária à participação no estudo, e receberam uma via do mesmo. Este estudo não apresenta conflitos de interesse por nenhum de seus autores.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 897 mães com crianças menores de 5 anos de idade. Apesar da quantidade de entrevistas realizadas, o número de informações efetivamente utilizadas variou (pequenas variações) segundo as características de cada indicador, evitando-se vieses na interpretação dos resultados. Das entrevistadas, 81,0% afirmaram ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre e 83,0% a realização de no mínimo seis consultas. A suplementação com sulfato ferroso e a imunização contra o tétano foram referidas por 94,9% e 88,8% das entrevistadas, respectivamente, conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1. Prevalência de procedimentos recebidos durante o pré-natal por usuárias da Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, 2018.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A Tabela 1 evidencia que as mães que trabalhavam fora de casa foram as que registraram a maior prevalência de início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação (85,4%), quando comparadas àquelas que não exerciam atividade laboral (79,4%). Mães que conviviam com companheiro obtiveram prevalências superiores de início do pré-natal no primeiro trimestre ($p=0,001$), de realização de seis ou mais consultas ($p=0,048$) e de suplementação com sulfato ferroso ($p=0,003$). Resultados semelhantes aos anteriores foram obtidos em relação ao nível socioeconômico e ao benefício da Bolsa Família, sendo as famílias classificadas nas classes A/B/C e não beneficiárias do Programa as de mulheres que apresentaram maiores prevalências desses procedimentos. Nas famílias identificadas com segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve viviam mulheres com maior adequação no trimestre de início e no número de consultas de pré-natal. Também associaram-se ao início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação o alto apoio social ($p=0,000$), a funcionalidade familiar ($p=0,000$) e a prestação dos serviços por equipes do Programa Mais Médicos ($p=0,000$).

Tabela 1. Distribuição das características relacionadas aos cuidados durante o pré-natal segundo variáveis de interesse entre usuárias da Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, 2018.

Variáveis	Trimestre de início		Quantidade de consultas		Suplementação com Sulfato Ferroso		Vacina antitetânica	
	1º	Após o 1º	≥ 6	< 6	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tipo de equipe de saúde	p = 0,000		p = 0,761		p = 0,074		p = 0,797	
Programa Mais Médicos	280 (81,9)	62 (18,1)	216 (84,4)	46 (17,6)	333 (96,5)	12 (3,5)	305 (89,2)	37 (10,8)
Convencional	436 (80,5)	106 (19,5)	370 (83,3)	74 (16,7)	515 (93,8)	34 (6,2)	483 (88,7)	62 (11,3)
Trabalho materno	p = 0,000		p = 0,154		p = 0,464		p = 0,132	
Sim	216 (85,4)	37 (14,6)	185 (86,0)	30 (14,0)	245 (95,7)	11 (4,3)	221 (86,3)	35 (13,7)
Não	500 (79,4)	130 (20,6)	401 (81,7)	90 (18,3)	602 (94,5)	35 (5,5)	566 (89,8)	64 (10,2)
Nível socioeconômico	p = 0,000		p = 0,015		p = 0,017		p = 0,055	
Classes A/B/C	278 (87,2)	41 (12,8)	225 (87,5)	32 (12,4)	311 (97,5)	8 (2,5)	273 (73,6)	44 (26,2)
Classes D/E	438 (77,5)	127 (22,5)	361 (80,4)	88 (19,5)	540 (93,9)	35 (6,1)	515 (90,4)	55 (9,6)
Benefício da Bolsa Família	p = 0,000		p = 0,008		p = 0,047		p = 0,366	
Sim	467 (78,4)	129 (21,6)	387 (80,5)	94 (19,5)	569 (94,2)	35 (5,8)	537 (89,5)	63 (10,5)
Não	249 (86,5)	39 (13,5)	199 (84,4)	26 (15,5)	282 (97,2)	8 (2,8)	251 (87,5)	36 (12,5)
Segurança alimentar e nutricional	p = 0,005		p = 0,001		p = 0,092		p = 0,369	
SAN/IAL	565 (84,2)	106 (15,8)	450 (85,9)	74 (14,1)	646 (95,4)	30 (4,4)	596 (88,6)	77 (11,4)
IAM-G	151 (70,9)	62 (29,1)	136 (74,8)	46 (25,2)	202 (92,7)	16 (7,3)	192 (89,7)	22 (10,3)
Convivência com companheiro	p = 0,001		p = 0,048		p = 0,003		p = 0,051	
Sim	551 (84,6)	110 (15,4)	441 (84,6)	80 (15,4)	645 (96,4)	24 (3,6)	582 (87,7)	82 (12,3)
Não	165 (74,0)	58 (26,0)	145 (78,4)	40 (21,6)	206 (91,6)	19 (8,4)	206 (92,4)	17 (7,6)
Apoio Social	p = 0,000		p = 0,362		p = 0,295		p = 0,443	
Alto	335 (84,4)	62 (15,6)	265 (84,9)	47 (15,1)	386 (96,0)	16 (4,0)	350 (87,9)	48 (12,1)
Baixo	381 (78,2)	106 (21,8)	330 (81,9)	73 (18,1)	465 (94,6)	27 (5,4)	438 (89,6)	51 (10,4)
Funcionalidade Familiar	p = 0,000		p = 0,96		p = 0,164		p = 0,572	
Família funcional	519 (83,6)	102 (16,4)	416 (84,6)	76 (15,4)	598 (95,6)	28 (4,4)	555 (89,2)	67 (10,8)
Família disfuncional	197 (75,0)	66 (25,0)	170 (79,4)	44 (20,6)	250 (93,3)	18 (6,7)	233 (87,9)	32 (12,1)

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

4 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal, através de dados de um estudo transversal com usuárias da ESF. Apesar dos achados mostrarem prevalências satisfatórias, percebe-se influências da assistência e do contexto social, conforme destaca a literatura a relação da realização do pré-natal com acesso às consultas, fatores socioeconômicos, o apoio social e a convivência com companheiro. (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

No referido estudo, a proporção de usuárias que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação (81,0%) assemelha-se aos achados para a Região Nordeste do Brasil segundo inquéritos populacionais (LEAL et al., 2015; VIELLAS et al., 2014). Essas taxas são superiores às encontradas em países da África Subsaariana onde o início do pré-natal concentra-se no segundo trimestre de gestação, variando entre 10,5%, no Quênia, e 57,8%, no Senegal (KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017). Gestantes que iniciam o pré-natal antes do segundo trimestre têm mais chances de realizar um número adequado de consultas (DOMINGUES et al., 2015; DAULETYAROVA et al., 2018).

Em relação à realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, as evidências são similares, sendo a proporção registrada no atual estudo (83,3%) próxima da encontrada no nordeste brasileiro (75,4%), segundo a Chamada Neonatal (BRASIL, 2013), e em outros municípios do Estado da Paraíba como Campina Grande (79,2%) (PEDRAZA, 2016) e João Pessoa (89,9%) (SILVA et al., 2013). Esses valores são superiores aos registradas em países da África Subsaariana como Ruanda, Burkina Faso, Quênia, Senegal, Uganda, República Democrática do Congo e Tanzânia, nos quais as porcentagens de mulheres que realizaram no mínimo quatro consultas durante a gestação foram inferiores a 50% (KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017).

A alta prevalência de suplementação com sulfato ferroso observada no atual estudo, de 94,4%, assemelha-se à observada em pesquisas de abrangência nacional (TOMASI et al., 2017; LEAL et al., 2015; NUNES et al., 2017; DOMINGUES et al., 2015), bem como à encontrada em países da África Subsaariana (KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017). A suplementação com sulfato ferroso representa uma maneira eficaz de evitar e corrigir a anemia durante a gestação, além de reduzir riscos de prematuridade e de infecções puerperais (WHO, 2016). A adesão à suplementação efetiva durante a gestação está associada ao incentivo pelo profissional de saúde responsável, à prescrição adequada e aos conhecimentos das mulheres acerca da sua relevância no período gravídico-puerperal (CASSIMIRO; MATA, 2017).

A vacina antitetânica é considerada efetiva para a prevenção do tétano acidental durante a gravidez e por seguinte o episódio de tétano neonatal (BRASIL, 2013b), podendo-se inferir riscos nesse sentido nas gestantes do atual estudo (11,2%) que referiram não terem sido imunizadas. A taxa de vacinação contra o tétano em outras localidades do Brasil varia, constando-se, por exemplo, proporções de 54,8% no Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (DOMINGUES et al., 2013), 70% em Vitória, Espírito Santo (POLGLIANE et al., 2014) e 94,7% em João Pessoa, Paraíba (SILVA et al., 2013). Essa divergência de resultados pode estar relacionada às características dos serviços de saúde que influenciam a cobertura vacinal durante o pré-natal como os recursos materiais e a infraestrutura das unidades de saúde e a rotatividade dos profissionais de saúde que prejudica o vínculo usuário-profissional

(POLIGLANTE et al., 2014). Os índices anteriores são superiores à cobertura de 25% registrada na cidade paquistanesa de Punjab, influenciada por fatores como a localização distante das unidades de saúde, horário de trabalho inconveniente, suprimentos insuficientes e falta de profissionais (MAJROOH et al., 2014).

Neste estudo o início precoce do pré-natal foi mais frequente entre gestantes atendidas por equipes do Programa Mais Médicos. Apesar de não terem sido encontrados estudos na literatura com análises similares, a associação foi registrada em estudo recente que considerou o tipo de equipe de saúde como variável independente principal, mostrando que início do pré-natal foi favorecido quando a assistência foi realizada nas equipes de saúde da família, em comparação às tradicionais, condicionado a melhores condições dos serviços em questões como a organização, identificação das necessidades de saúde da população e integração com a comunidade (SANINE et al., 2019).

O trabalho materno foi evidenciado como fator associado ao início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação (85,4%), fato verificado também em outros estudos desenvolvidos em diferentes regiões do Brasil (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014; LEAL et al., 2015). O início precoce da assistência pré-natal favorece o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para distintas patologias com repercussões que podem repercutir em problemas graves para a saúde da mulher e do seu filho, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV. Além disso, propicia uma estimativa da idade gestacional mais precisa, com melhor monitoramento do crescimento fetal e saúde materna (CARVALHO et al., 2018).

A relação entre o número de consultas e o tempo de início do pré-natal com o contexto socioeconômico observada neste estudo também foi elencada por outros pesquisadores (TOMASI et al., 2017; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). Pressupõe-se que entre as mulheres de baixo nível socioeconômico os cuidados inadequados nos seus locais de moradia, a falta de conhecimento e as ações de saúde limitadas contribuem ativamente na assistência pré-natal (TOMASI et al., 2017).

O benefício da Bolsa Família pode ser considerado um importante marcador da situação social e econômica da família que também pode influenciar a assistência pré-natal, conforme observação atual e de pesquisas prévias (LEAL et al., 2015; TOMASI et al., 2017). Contudo, outro estudo com resultados diferentes explica que as condicionalidades desse Programa deveriam propiciar melhorias nos cuidados de saúde, estimulando as mulheres a procurar os serviços como meio de prevenir agravos maternos e infantis (SILVA; PAES, 2019).

Apesar de não se ter conhecimento sobre resultados de outras pesquisas desenvolvidas no Brasil apontando a associação encontrada no atual estudo da segurança alimentar e nutricional com o início e o número de consultas pré-natais, tal constatação pode estar relacionada aos benefícios do pré-natal em aspectos como o bem-estar, a saúde, o apoio social e o compartilhamento de informações e experiências. Além disso, pode contribuir positivamente na alocação de recursos, nas escolhas alimentares e na preparação das refeições em casa, garantindo melhoria na quantidade e qualidade da alimentação durante a gravidez (HEBERLEIN et al., 2016; FRONGILLO et al., 2019). Os achados deste estudo são comparáveis aos de pesquisas desenvolvidas com gestantes dos Estados Unidos, nas quais foi possível observar que as mulheres de baixa renda que mantinham acompanhamento dos serviços de pré-natal durante a gestação tiveram maior probabilidade de manter ou alcançar a segurança alimentar ao final da gravidez e no pós-parto (HEBERLEIN et al., 2016), e de Bangladesh, onde mostrou-se redução da

insegurança alimentar nas áreas em que os cuidados pré-natais eram realizados desde o início da gestação e focados em componentes nutricionais (FRONGILLO et al., 2019). A importância de tais resultados sobressai ao considerar o aumento das necessidades nutricionais durante a gestação, bem como as possíveis implicações dessa fase na capacidade de trabalho e na compra e preparação de refeições nutritivas, os quais podem exacerbar a insegurança alimentar e suas consequências, enfatizando a relevância das intervenções no setor da saúde com foco na insegurança alimentar durante a gravidez (HEBERLEIN et al., 2016; FRONGILLO et al., 2019).

As gestantes observadas nesta pesquisa que conviviam com o companheiro alcançaram maior prevalência de início do pré-natal no primeiro trimestre (84,6%), de realização de no mínimo seis consultas (84,6%) e de suplementação com sulfato ferroso (96,4%), quando contrapostas àquelas que não mantinham vínculo afetivo, comparando-se aos resultados observados em outros estudos (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014; LEAL et al., 2015; ANJOS; BOING, 2016; DOMINGUES et al., 2013; DOMINGUES et al., 2015). Pesquisa recente realizada em Bangladesh mostrou que gestantes que participaram de um grupo de apoio ao pré-natal com a participação dos parceiros e educação em saúde ajudou a reduzir as barreiras familiares em relação à busca de cuidados regulares na gravidez e aumentou a procura regular pela assistência pré-natal, influenciando-se pelo incentivo recebido do companheiro (SULTANA et al., 2019). No Brasil, também recentemente, um estudo realizado na cidade de Fortaleza destacou a presença do companheiro durante o pré-natal como um importante fator de incentivo para a continuação das consultas e de satisfação com os serviços recebidos, revelando-se que apoio desempenhado pelos acompanhantes é tão importante quanto os cuidados obstétricos recebidos pelos profissionais de saúde (HOLANDA et al., 2018). O marido/companheiro pode facilitar a adesão aos cuidados de pré-natal, visto que sua presença nessa fase da vida contribui na autonomia e estabilidade emocional, minimizando os momentos de estresse, os conflitos psicológicos e as dificuldades em geral relacionadas à gravidez (ANJOS; BOING, 2016).

No atual estudo, a importância do suporte social no pré-natal constatou-se não apenas por meio da participação do parceiro na vida da gestante, revelando-se o alto apoio social e a funcionalidade familiar como fatores associados ao início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Esses achados são comparáveis aos registrados por meio de observações com gestantes do Senegal no qual o apoio social foi destacado como a principal linha de incentivo da gestante na realização do pré-natal e na adesão aos cuidados de saúde (KIM et al., 2019), bem como aos de pesquisa desenvolvida em Gana que apontou o vínculo do início do pré-natal de forma precoce com o forte apoio social (YEBOAH, 2012). No Brasil, em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro o apoio social foi ressaltado entre os principais determinantes de adequação do pré-natal, além do melhor status socioeconômico e do emprego remunerado (LEAL et al., 2011). A influência do apoio social e do incentivo familiar na adesão aos serviços continuados de assistência pré-natal e aceitação dos mesmos foi reforçada em artigo de revisão da literatura mundial de divulgação recente, podendo ser destacada a necessidade de novas pesquisas no contexto brasileiro (DOWNE et al., 2019).

As limitações deste estudo compreendem o fato de não ter considerado alguns fatores que também podem influenciar a assistência pré-natal como a idade materna, o uso de álcool ou outras drogas durante a gestação, a paridade e a aceitação da gestação. Além disso, reconhece-se a possibilidade de viés de

memória associado ao contexto retrospectivo do questionário. Entretanto, os achados são relevantes ao analisar exposições pouco consideradas na análise das desigualdades sociais nos serviços de pré-natal.

5 CONCLUSÃO

Nas mulheres do presente estudo foi possível verificar indicadores dos serviços de pré-natal com resultados satisfatórios. Contudo, destacam-se desigualdades segundo condições socioeconômicas e relacionadas ao suporte social da gestante, bem como a influência do tipo de equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2016.
- ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 4, p. 835-850, 2016.
- BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto**. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Seção 1, p. 61.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARVALHO, E.; GOTTEMS, L.; MONTEIRO, S.; RIBEIRO, L.; GUILHEM, D. Barriers to access prenatal screening review. **Millenium**, v. 2, n. 5, p. 43–52, 2018.
- CASSIMIRO, G. N.; MATA, J. A. L. Adesão ao uso de sulfato ferroso por gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 11, n. 5, p. 2156-2167, 2017.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

DAULETYAROVA, M. A et al. Are Kazakhstani Women Satisfied with Antenatal Care? Implementing the WHO Tool to Assess the Quality of Antenatal Services. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 2, 325, 2018.

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. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DOWNE, S.; FINLAYSON, K.; TUNÇALP, Ö.; GÜLMEZOĞLU, A. M. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 6, CD012392, 2019.

FRONGILLO, E. A. et al. Nutrition Interventions Integrated into an Existing Maternal, Neonatal, and Child Health Program Reduce Food Insecurity Among Recently Delivered and Pregnant Women in Bangladesh. **J Nutr**, v. 1, n. 1, p. 159-166, 2019.

GOOD, M. V.; SMILKSTEIN, G.; GOOD, B. J.; SHAFFER, T.; ARONS, T. The Family APGAR Index: A Study of Construct Validity. **J FamPract**, v. 8, n. 3, p. 577-582, 1979.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical OutcomesStudy adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

HEBERLEIN, E. C.; FRONGILLO, E. A.; PICKLESIMER, A. H.; COVINGTON-KOLB, S. Effects of Group Prenatal Care on Food Insecurity during Late Pregnancy and Early Postpartum. **Matern Child Health J**, v. 20, n. 1, p. 1014-1024, 2016.

HOLANDA, S. M.; CASTRO, B. M. C. R.; AQUIN, S. P.; PINHEIRO, B. K. A.; LOPES, G. L.; MARTINS, S. E. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Cont Enferm**, v. 27, n. 2, e3800016, 2018.

KANYANGARARA, M.; MUNOS, M. K.; WALKER, N. Quality of antenatal care service provision in health facilities across sub-Saharan Africa: Evidence from nationally representative health facility assessments. **Journal of Global Health**, v. 7, n. 2, 021101, 2017.

KIM, K. H.; CHOI, W. J.; OH, J.; MOON, J.; YOU, S.; WOO, Y. What are the barriers to antenatal care utilization in Rufisque District, Senegal?: A bottleneck analysis. **J Korean Med Sci**, v. 34, n. 7, e62, 2019.

LEAL, M. Do C.; FILHA, T. M. M.; MOURA, C. E.; CECATTI, G. J.; SANTOS, P. M. L. 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 Mat Inf**, v. 15, n. 1, p. 91–104, 2015.

LEAL, M. C.; PEREIRA, E. P. A.; LAMARCA, A. G.; VETTORE, V. M. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 237-253, 2011.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 111-126, 2018.

MAJROOH, M. A.; HASNAIN, S.; AKRAM, J.; SIDDIQUI, A.; MEMON, Z. A. Coverage and quality of antenatal care provided at primary health care facilities in the “Punjab” province of “Pakistan”. **PlosOne**, v. 9, n. 11, e113390, 2014.

NUNES, A. D. S.; AMADOR, A. E.; DANTAS, A. P. Q. M.; AZEVEDO, U. N.; BARBOSA, I. R. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1–10, 2017.

NUNES, J.T.; GOMES, K.R.O.; RODRIGUES, M.T.P.; MASCARENHAS, M.D.M.. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saúde Colet**, v. 24, n. 2, p. 252-61, 2016.

ONYEAJAM, D. J.; XIRASAGAR, S.; KHAN, M. M.; HARDIN, J. W.; ODUTOLU, O. Antenatal care satisfaction in a developing country: a cross-sectional study from Nigeria. **BMC Public Health**, v. 18, 368, 2018.

PEDRAZA, D. F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cad Saúde Colet**, v. 24, n. 4, p. 460–467, 2016.

POLGLIANE, R. B. S. ; LEAL, C. M.; AMORIM, C. H. M.; ZANDONADE, E.; NETO, S. T. E. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Cienc Saude Colet**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

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

SANINE, P. R.; VENANCIO, I. P.; SILVA, G. L. F.; ARATANI, N.; MOITA, G. L. M.; TANAKA, Y. O. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n 10, e00103118, 2019.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LÉON, L.; MELGAR-QUIÑONES, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item EBIA. **Rev Nutr**, v. 27, n. 2, p. 41-51, 2014.

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do semiárido brasileiro. **Cienc Saude Colet**, v. 24, n. 2, p. 623-630, 2019.

SILVA, E. P. ; LIMA, T. R.; COSTA, C. J. M. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 13, n. 1, p. 29-37, 2013.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **J FamPract**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SULTANA, M. et al. Group prenatal care experiences among pregnant women in a Bangladeshi community. **Plos One**, v. 14, n. 7, e0220816, 2019.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. N.; BASTOS, M. H.; LEAL, M. C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014.

WHO. World Health Association. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization, 2016.

YEBOAH, M. K. Social support and access to prenatal health services: a study of pregnant teenagers in Cape Coast, Ghana. **Journal of Science and Technology**, v. 32, n. 1, p. 68-78, 2012.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
QUESTIONÁRIO PARA O USUÁRIO**

CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

1. Na gravidez, a Sra fez consultas de pré-natal?
 0. Sim
 1. Não (passe para a questão 9)

2. Quando foi o início do pré-natal?
 0. 1º trimestre
 1. 2º trimestre
 2. 3º trimestre
 9. Não lembro

3. Quantas consultas de pré-natal fez? ________

4. Durante a gravidez, a Sra tomou suplemento de ferro?
 0. Sim
 1. Não

5. Durante o pré-natal, você recebeu vacina contra o tétano?
 0. Sim
 1. Não

CARACTERÍSTICAS MATERNAS E DO DOMICÍLIO

6. Você trabalha fora de casa?
 0. Sim
 1. Não

7. Você recebe benefício do Programa Bolsa Família?
 0. Sim
 1. Não

8. Você mora com seu/sua companheiro(a)
 0. Sim
 1. Não

9. Classificação socioeconômica

<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando ou com intenção de consertar. No seu domicílio tem...</i>					
Itens de conforto	Quantidade que possui				
	0	1	2	3	4+
Banheiro					
Empregado doméstico					
Automóvel de passeio para uso particular					
Computadores e notebooks (desconsiderar tablets e smartphones)					
Lavadora de louça					
Geladeira					
Freezer independente ou parte de geladeira duplex					
Máquina de lavar roupa, excluindo tanquinho					

DVD, desconsiderando DVD de automóvel					
Micro-ondas					
Motocicleta (desconsiderar as usadas só para uso profissional)					
Secadora de roupa, considerando lavadora que lava e seca					

10. Rede de apoio social

<i>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</i>	
1. que o ajude, se ficar de cama?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
2. para levá-lo ao médico?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
5. que demonstre amor e afeto por você?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
6. que lhe dê um abraço?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
7. que você ame e que faça você se sentir querido?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
8. para ouvi-lo, quando você precisar falar?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
11. que compreenda seus problemas?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
12. para dar bons conselhos em situações de crise?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
13. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
14. de quem você realmente quer conselhos?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca

	Nunca
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
16. com quem fazer coisas agradáveis?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
17. com quem distrair a cabeça?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
18. com quem relaxar?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
19. para se divertir junto?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca

11. APGAR Familiar

A Sra...	
1. Está satisfeita com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa lhe preocupa?	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
2. Está satisfeita pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e compartilha com você a solução do problema?	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
3. Está satisfeita com o modo como a sua família manifesta a sua afetividade e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, tristeza e amor?	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
4. Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família?	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
5. Sente que sua família aceita seus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no seu estilo de vida?	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca

12. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

<i>Agora vou ler para a sra algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas são muito parecidas umas com as outras, mas é importante que responda todas elas.</i>	
1. Nos últimos três meses, os moradores do seu domicílio tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?	(0) Não (1) Sim
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores do seu domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	(0) Não (1) Sim
3. Nos últimos três meses, os moradores do seu domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	(0) Não (1) Sim

4. Nos últimos três meses, os moradores do seu domicílio comeram apenas poucos tipos de alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?	(0) Não (1) Sim
--	--------------------

Caso a entrevistada tenha respondido “NÃO” as quatro perguntas acima, deve-se encerrar a entrevista.

5. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
6. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
7. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
8. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
9. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
10. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
11. Nos últimos três meses, alguma vez foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
12. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim
13. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	(0) Não (1) Sim
14. Nos últimos três meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) Não (1) Sim

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NutriESF: Avaliação multifacetada da implantação das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil

Pesquisador: Dixis Figueras Pedraza

Área Temática:

Versão: 1

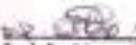
CAAE: 71609317.9.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.219.604


Prof. Dr. Marconi do O. Casão
Coordenador Geral do Comitê de Ética
Pesquisa envolvendo Seres Humanos da
Universidade Estadual da Paraíba

Apresentação do Projeto:

O projeto é intitulado: "NutriESF: avaliação multifacetada da implantação das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família no nordeste do Brasil". Trata-se de um projeto de pesquisa científica e tecnológica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a implantação das ações de alimentação e nutrição na ESF, estimando os efeitos produzidos no estado nutricional e no desenvolvimento motor de crianças menores de cinco anos, bem como na percepção dos serviços por parte do usuário em termos de qualidade e satisfação; comparando o desempenho segundo características municipais das equipes de saúde e dos profissionais; caracterizando a atuação profissional do nutricionista e gestores; e testando um programa de intervenção com profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e será guardado o sigilo ético. A pesquisa obedecerá às normas da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e pode-se afirmar que o risco de haver danos associados ou decorrentes da pesquisa é mínimo. Os benefícios esperados, com o

Endereço: Av. dos Barões, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-703
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3375 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

Continuação do Projeto: 2.218.834

desenvolvimento do presente estudo, estão centrados na oportunidade de oferecer conhecimento relacionado às repercussões das ações de alimentação e nutrição no desempenho da Estratégia Saúde da Família e impacto no estado nutricional das crianças menores de cinco anos. No âmbito local, os resultados podem representar um suporte no aperfeiçoamento da gestão da Estratégia Saúde da Família e no planejamento de futuras intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tem relevância para a área de saúde pública. O pesquisador apresenta como hipóteses, que a implantação das ações de alimentação e nutrição na ESF impacta positivamente o estado nutricional e o desenvolvimento motor das crianças menores de cinco anos, bem como a percepção do usuário em relação aos serviços em termos de qualidade e satisfação. Para esses fins, definem-se estratos que considerem a caracterização da equipe atendendo à adesão ao PNM e à inserção do nutricionista no NASF com o qual está vinculado. A abordagem metodológica e os resultados esperados podem fornecer subsídios para aperfeiçoar as ações de alimentação e nutrição na ESF e estabelecer parcerias com gestores públicos que possibilitem incentivar o desenvolvimento de uma Política de Alimentação e Nutrição nos níveis locais. Além disso, pode oferecer compreensões importantes na conjuntura dos NASF e do PNM. A experiência poderá ser replicada posteriormente em outras localidades do país com características geográficas, sociais e na gestão da atenção à saúde diferente, possibilitando melhorar a efetividade da ESF. O Projeto é dividido em: Projeto Mestre (Implantação das ações de alimentação e nutrição na estratégia de saúde da família no estado da Paraíba); Subprojeto I (Determinantes contextuais da implantação das ações de alimentação e nutrição na estratégia de saúde da família em municípios de pequeno porte do Nordeste do Brasil); Subprojeto II (Perfil e atuação profissional nas ações de alimentação e nutrição da atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte do Nordeste do Brasil); e Subprojeto III (Teste de um programa de intervenção para a implantação das ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família).

Prof. Dr. Marconi do O. Catão
Coordenador Geral do Comitê de Ética
Pesquisa envolvendo Seres Humanos da
Universidade Estadual da Paraíba

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se anexados: o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável; a Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais de saúde; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários, os Termos de Autorização Institucional das Secretarias de Saúde de Triunfo, Taperoá, Sossego, Umbuzeiro, São Francisco, Santana de Mangueira, Santa Cruz, Pitimbu, Mogeiro, Marizópolis, Malta, Livramento, Juá, Jericó, Igaracy, Coremas, Congo, Catingueira, Cabedelo, Bayeux/, Alagoa Nova e

Endereço: Av. das Bananeiras, 351 - Campus Universitário
Bairro: Bodoquena CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.219/2017

Água Branca.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:


 Prof. Dr. Marconi do Ó Celso
 Coordenador Geral do Comitê de Ética
 Proctoria envolvendo Seres Humanos da
 Universidade Estadual da Paraíba

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PII_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RDJETO_953744.pdf	20/07/2017 12:58:24		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SaoFrancisco.pdf	20/07/2017 12:55:48	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	jerico.pdf	20/07/2017 12:54:07	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AlmNutAPS.pdf	20/07/2017 11:56:59	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Triunfo.pdf	20/07/2017 11:54:34	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Taperoa.pdf	20/07/2017 11:54:24	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Sossego.pdf	20/07/2017 11:54:15	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SaoSebdoUmbuzero.pdf	20/07/2017 11:53:55	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	santandemangueira.pdf	20/07/2017 11:53:07	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SantaCruz.pdf	20/07/2017 11:52:56	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Pitumbu.pdf	20/07/2017 11:52:47	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito

Endereço: Av. das Bananas, 351 - Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAIBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Process: 2.276/2017

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Mogairo.pdf	20/07/2017 11:52:39	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	marizopolis.pdf	20/07/2017 11:52:30	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Malta.pdf	20/07/2017 11:52:21	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	livramento.pdf	20/07/2017 11:52:12	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Juru.pdf	20/07/2017 11:52:04	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Igaracy.pdf	20/07/2017 11:51:42	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	corama.pdf	20/07/2017 11:51:30	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Congo.pdf	20/07/2017 11:51:17	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Catingueira.pdf	20/07/2017 11:51:03	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CabedeloNutrESF.pdf	20/07/2017 11:50:36	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BayeuxNutrESF.pdf	20/07/2017 11:50:25	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutInstQuestsEletms.pdf	20/07/2017 11:50:13	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	alagoanosa.pdf	20/07/2017 11:50:03	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aguafranca.pdf	20/07/2017 11:49:52	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuarios.doc	20/07/2017 11:49:27	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEProfissionais.doc	20/07/2017 11:49:16	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito

Endereço: Av. dos Saldanhas, 351 - Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 55.109-733
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (31)3315-3373 Fax: (31)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

Prof. Dr. Marconi do O. Cação
Coordenador Geral de Comitê de Ética
Pesquisa envolvendo Seres Humanos da
Universidade Estadual da Paraíba

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Contribuição do Parecer: 2.218.804

Justificativa de Ausência	TCLEProfissionais.doc	20/07/2017 11:49:16	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TemaCompNutriESF.pdf	20/07/2017 11:46:26	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DecConcNutriESF.pdf	20/07/2017 11:46:07	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito
Folha de Rosta	FolhaRostaNutriESF.pdf	20/07/2017 11:45:51	Dixis Figueroa Pedraza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 15 de Agosto de 2017

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Prof. Dr. Marconi do Ó Catão
Coordenador Geral de Comitê de Ética
Pesquisa envolvendo Seres Humanos da
Universidade Estadual da Paraíba

Endereço: Av. das Borçúgas, 355 - Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-750
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: ocp@uepb.edu.br

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar nessa árdua caminhada e me proporcionar sabedoria, persistência e fé para realização deste sonho, sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais e irmão, por serem minha fonte de incentivo, inspiração e terem batalhado arduamente para me fazer alcançar os meus objetivos de vida.

Ao professor Dixis, por se disponibilizar a me orientar com toda dedicação, carinho e confiança depositada, pelos conselhos, conversas e por ser um verdadeiro amigo.

Aos meus avós que me acolheram nesta fase de mudança e me cuidaram com tanto zelo e amor.

Aos amigos que conquistei ao longo do curso e que de inúmeras formas me auxiliaram e apoiaram, em especial Anna, por toda força e ajuda durante as coletas, Priscila, pelo companheirismo em todos os momentos, acadêmicos e pessoais, Cinthia, Letícia, Dona Suely, Luiza, Wal, Raissa, Kamylla, Clara, Janete e Paula, pelo apoio, carinho, afeto e parceria.

Ao órgão fomentador CNPq, pela bolsa concedida durante a pesquisa.

A todos, minha eterna gratidão, vocês são essenciais na minha trajetória.