



UEPB

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

AMANDA DE ALENCAR PEREIRA GOMES

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIOS DO ESTADO DA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

AMANDA DE ALENCAR PEREIRA GOMES

ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA 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.

Orientador: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza

CAMPINA GRANDE
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.

G633a Gomes, Amanda de Alencar Pereira.
Atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Estado da Paraíba [manuscrito] / Amanda de Alencar Pereira Gomes. - 2019.
27 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 ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Cuidado pré-natal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Qualidade da assistência à saúde. I. Título

21. ed. CDD 610.736 78

AMANDA DE ALENCAR PEREIRA GOMES

ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA 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.

Aprovada em: 05/06/2019.

BANCA EXAMINADORA



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



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



Enf. Esp. Alana Gonçalves Xavier
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Aos meus pais e marido, pela dedicação,
paciência, carinho e amor, DEDICO.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 METODOLOGIA.....	8
3 RESULTADOS	11
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS	22

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIOS DO ESTADO DA PARAÍBA**

**PRENATAL ATTENTION ON THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN COUNTIES
OF THE PARAÍBA STATE**

Amanda de Alencar Pereira Gomes*

RESUMO

Introdução: A assistência pré-natal tem por intuito evitar complicações clínico-obstétricas, favorecendo cuidado humanizado e integral que propicie à mulher um período gravídico-puerperal com menores riscos materno infantis. Avaliar o cumprimento dos critérios estabelecidos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e na Rede Cegonha é uma forma de verificar se medidas voltadas para a redução da mortalidade materno-infantil estão sendo devidamente executadas. **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 características socioeconômicas, de apoio social e o tipo de equipe de saúde. **Metodologia:** Estudo transversal com 463 mulheres com filhos menores de dois anos de idade. Os dados foram coletados mediante aplicação de questionários, incluindo tempo de início do pré-natal e número de consultas, procedimentos, exames e orientações preconizados pelo Ministério da Saúde; utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparar as proporções entre as variáveis categóricas. **Resultados:** Iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre 80,8% das mulheres e 84,4% realizaram no mínimo seis consultas. A vacinação antitetânica foi referida por 87,7% das entrevistadas. A suplementação com sulfato ferroso, a realização de exames físicos e laboratoriais, e ultrassonografia tiveram prevalências superiores a 95%, exceto o exame das mamas que foi o menos frequente (44,9%). As orientações oscilaram entre 76,2% (ganho de peso gestacional) e 85,3% (alimentação durante a gestação). Características socioeconômicas associaram-se ao tempo de início do pré-natal, ao número de consultas, à imunização antitetânica, à realização de exames (mamas, sangue, glicemia, urina) e ao recebimento de orientações (alimentação durante a gestação, ganho de peso gestacional); o apoio social mostrou resultados semelhantes. Não houve diferenças nos indicadores de acordo com o tipo de equipe de saúde. **Conclusão:** A adequação do pré-natal mostrou-se satisfatória para a maioria dos indicadores, sendo o exame clínico das mamas o mais deficitário, e influenciada pelas características socioeconômicas e pelo apoio social.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care it is intended to avoid clinical-obstetric complications, favoring humanized and comprehensive care that provides women with a pregnancy-puerperal period with lower maternal and child health risks. Evaluating the fulfillment of the criteria

* Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I
Email: amandaa.alencar@hotmail.com

established in the Prenatal and Birth Humanization Program and the Stork Network is a way to verify if measures directed at the reduction of maternal and child mortality are being duly executed. **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 socioeconomic characteristics, social support and the type of health team. **Methodology:** A cross-sectional study with 463 women with children under two years of age. Data were collected through the application of questionnaires, including prenatal start time and number of consultations, procedures, exams and guidelines recommended by the Ministry of Health; It was used to compare the proportions among the categorical variables. **Results:** In the first trimester, 80.8% of the women started prenatal care, and 84.4% performed at least six visits. Tetanus vaccination was reported by 87.7% of the interviewees. Ferrous sulfate supplementation, physical and laboratory tests, and ultrasonography had a prevalence of over 95%, except the breast exam that was for (44.9%). The guidelines ranged from 76.2% (gestational weight gain) to 85.3% (feeding during pregnancy). Socioeconomic characteristics were associated with the time of onset of prenatal care, the number of consultations, tetanus immunization, tests (breasts, blood, blood glucose, urine) and the receipt of guidelines (feeding during pregnancy, weight gain gestational); social support showed similar results. There were no differences in the indicators according to the type of health team. **Conclusion:** The adequacy of prenatal care was satisfactory for most of the indicators, with clinical examination of the breasts being the most deficient and influenced by socioeconomic characteristics and social support.

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

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna no mundo alcançou 303 mil mulheres em 2015 (GRAHAM et al., 2016), enquanto a mortalidade em menores de 5 anos de idade em 2014 foi de 5,9 milhões, das quais 2,7 milhões foram de óbitos neonatais (BUSS; UNGERER, 2016). No Brasil, em 2015, a mortalidade materna e infantil foi de 59,7 e 15,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. No país, as taxas de mortalidade neonatal precoce (7,3) e tardia (2,2) também foram expressivas (LEAL et al., 2018). Esse quadro relaciona-se principalmente a causas obstétricas diretas, consideradas evitáveis, como os casos pré-eclâmpsia, eclâmpsia, infecções puerperais e hemorragias pós-parto, que são frequentes nas gestantes tanto a nível mundial quanto no Brasil e representam riscos aumentados de desfechos materno-infantis desfavoráveis (GRAHAM et al., 2016; LIMA et al., 2017). A atenção pré-natal de qualidade, com avaliação integral da gestante, educação em saúde e ampliação do acesso a imunização, exames e orientações sobre amamentação e nutrição nos serviços de saúde, possibilitam melhorar essas condições de adoecimento e mortalidade materno-infantil (BUSS; UNGERER, 2016; GUIMARÃES et al., 2018; NUNES et al., 2017).

A assistência pré-natal tem por intuito evitar complicações clínico-obstétricas, favorecendo apoio físico e emocional, que propicie à mulher exercer a maternidade de forma saudável (RAMOS et al., 2018). O acolhimento e as práticas profissionais adequadas contribuem positivamente no vínculo usuário-profissional, o que dá segurança à mulher para partilhar sentimentos, dúvidas e realizar os exames clínico-obstétricos, favorecendo a integralidade e humanização do cuidado, como preconizados pelo Ministério da Saúde (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017). Além disso, incluir os familiares durante as consultas tem sido relatado como um fator positivo para garantir apoio continuado à gestante (ANJOS; BOING, 2016).

A qualidade dos serviços de saúde está intimamente ligada à capacidade dos profissionais em realizarem suas ações (RAMOS et al., 2018). O profissional apto para avaliar, tratar e orientar as gestantes está associado a um acompanhamento eficaz que aumenta as chances de adequação do pré-natal (MAJROOH et al., 2014; ONYEAJAM et al., 2018). Além do mais, o profissional capacitado para abordar as temáticas da gestação, parto, cuidados com o recém-nascido e estímulo ao autocuidado influencia positivamente a satisfação da mulher com os serviços e no comparecimento às consultas (CARDELLI et al., 2016; ONYEAJAM et al., 2018; SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

Dificuldade de acesso aos serviços de saúde, longa espera antes do atendimento, lentidão no processo de agendamento de consultas e exames, e falta de estrutura das unidades de saúde são citados como fatores que interferem negativamente no acompanhamento pré-natal (VIELLAS et al., 2014; GUIMARÃES et al., 2018; DAULETYAROVA et al., 2018). Além disso, outras circunstâncias intrínsecas à mulher como gestação no início da idade reprodutiva, gestações prévias, condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de apoio social, não aceitação da gravidez, ser mãe solteira e baixa escolaridade também podem contribuir com o pré-natal inadequado, tanto em termos das consultas preconizadas (início tardio e quantidade de atendimentos inferior aos recomendados) quanto na realização dos procedimentos/exames necessários (DOMINGUES et al., 2013; MAJROOH et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). O conhecimento dessas características maternas permite proporcionar cuidado individualizado e integral, garantindo atendimentos de qualidade (NUNES et al., 2017).

Dada a importância do cuidado pré-natal, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha como estratégias voltadas à assistência da mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011). De acordo com o PHPN, é ideal a realização da primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação, o atendimento de no mínimo em seis consultas, a verificação de sífilis, HIV/Aids, diabetes e anemia por meio de exames laboratoriais no primeiro e terceiro trimestres, a vacinação antitetânica, o diagnóstico de risco gestacional e a participação em atividades educativas sobre a gestação, amamentação, alimentação e parto ao longo do acompanhamento (BRASIL, 2002). A Rede Cegonha complementa o PHPN com ênfase no cuidado ao parto, nascimento, puerpério e da criança até os dois anos de idade. No componente pré-natal, a Estratégia prevê a inclusão de novos exames como a realização de testes rápidos de sífilis, HIV e proteinúria, e a ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes (BRASIL, 2011). Estas recomendações compõem os parâmetros de prestação de serviços adequados no pré-natal (MARTINELLI et al., 2014).

Avaliar o cumprimento dos critérios estabelecidos no PHPN e na Rede Cegonha é uma forma de verificar se medidas voltadas para a redução do número de nascimentos prematuros e com baixo peso e da mortalidade materno-infantil estão sendo devidamente executadas e surtindo efeito (LEAL et al., 2015; MARTINELLI et al., 2014). Nesse sentido, destaca-se que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil atingiu proporções próximas a 100% nos anos de 2012 (98,7%) e 2013 (97,4%) de acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil (VIELLAS et al., 2014) e a Pesquisa Nacional de Saúde (NUNES et al., 2017), respectivamente. Ainda, segundo essas mesmas pesquisas, mostram-se indicadores favoráveis relacionados ao início do pré-natal antes do segundo trimestre da gestação (75,8% e 92,6%, respectivamente) e à realização de seis ou mais consultas (73,1% e 84%, respectivamente) (VIELLAS et al., 2014; MARIO et al., 2019). No entanto, os problemas registrados em relação ao acesso às unidades de saúde, à realização de exames e à oferta de orientações são marcas da realidade brasileira referidas à assistência pré-natal de baixa qualidade, mesmo com elevadas taxas de cobertura (NUNES et al., 2017; MARIO et al., 2019; VIELLAS et al., 2014). Pesquisas de âmbito local também têm mostrado resultados semelhantes, destacando-se as deficiências nos

procedimentos clínico-obstétricos, na realização de exames, na prescrição de medicamentos e na qualidade das orientações, como mostrado numa revisão da literatura (NUNES et al., 2016).

As pesquisas que visam avaliar a assistência pré-natal constituem meios de atualizar os gestores de saúde sobre os avanços e as fragilidades existentes no serviço. Assim, é possível verificar a necessidade de capacitação e de reorganização da rede de serviços da atenção integral a saúde da mulher (LEAL et al., 2015; PEDRAZA, 2016; QUEIROZ; SOARES; OLIVEIRA, 2015). Desta forma, 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 características socioeconômicas, de apoio social e o tipo de equipe de saúde.

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 cinco 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. Para a avaliação da qualidade do pré-natal consideraram-se as crianças menores de dois anos de idade, tendo em vista a necessidade de minimizar o viés de memória nas respostas às perguntas relacionadas à gestação.

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. Considerando a população de mães com crianças menores de dois anos nos municípios de estudo (N=14.516), erro amostral máximo de 5% sob nível de confiança de 95%, 15% para compensar perdas e controle de fatores de confusão, e proporção esperada de pré-natal inadequado de 35,2% (MARIO et al., 2019), haveria a necessidade de incluir 403 mulheres com crianças menores de dois anos para a análise das características do pré-natal. O software Epi Info (versão 7.2) foi usado para realizar o cálculo.

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 PMM 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, e no segundo estágio 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. Apenas crianças menores de dois anos de idade foram consideradas em relação à assistência pré-natal e quando a mãe tinha mais de uma criança nessa faixa etária a de menor idade foi a escolhida para participar da pesquisa, com o objetivo de minimizar o viés de memória.

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

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 se tem 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.

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 resolutive), 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 o suporte 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.

Para analisar a atenção ao pré-natal, as mães foram questionadas sobre o tempo de início, o número de consultas, a imunização contra o tétano, a suplementação com sulfato ferroso, a realização de físicos, laboratoriais e ultrassom, e o recebimento de orientações durante as consultas. Para o exame físico, perguntou-se sobre a realização de dois procedimentos pelo menos uma vez durante as consultas: aferição do peso e exame das mamas. Perguntou-se também à mulher se ela havia realizado alguma vez os seguintes exames durante a gestação: hemograma, glicemia, comum de urina, detecção de sífilis (VDRL) e anti-HIV. Três orientações educativas foram avaliadas: alimentação durante a gestação, ganho de peso gestacional e aleitamento materno. Todos esses procedimentos fazem parte do preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013).

O grupo de variáveis independentes foi formado por: trabalho materno fora de casa, benefício do Programa Bolsa Família, classificação socioeconômica da família (A/B/C, D/E), segurança alimentar e nutricional da família (segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve e insegurança alimentar moderada/grave), convivência da mãe com companheiro, funcionalidade familiar (funcional, disfuncional), suporte social (alto, baixo) e tipo de equipe de saúde da ESF (PMM, convencional). 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), imunização contra o tétano (sim, não), suplementação com sulfato ferroso (sim, não), medição do peso (sim, não), exame das mamas (sim, não), hemograma (sim, não), glicemia (sim, não), comum de urina (sim, não), VDRL, anti-HIV (sim, não), ultrassonografia (sim, não) e recebimento de orientações sobre alimentação durante a gestação (sim, não), ganho de peso gestacional (sim, não) e aleitamento materno (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, 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). 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

Do total de 897 sujeitos observados na pesquisa da qual o presente estudo faz parte, os dados das 463 mulheres com crianças menores de dois anos foram analisados nesse artigo. Para os objetivos apresentados, a amostra de 403 indivíduos seria suficiente. 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.

Conforme mostra a Tabela 1 a amostra do presente estudo foi composta principalmente por mulheres que não trabalhavam fora de casa (77,3%), beneficiárias do PBF (57,2%) e das classes socioeconômicas inferiores (61,6%). A proporção de mulheres que não conviviam com companheiro foi 18,8%, as de famílias disfuncionais 26,0% e de baixo suporte social 50,1%.

Tabela 1 - Distribuição das características socioeconômicas, do apoio social e tipo de equipe de saúde de atendimento entre usuárias da Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, 2018 (N=463).

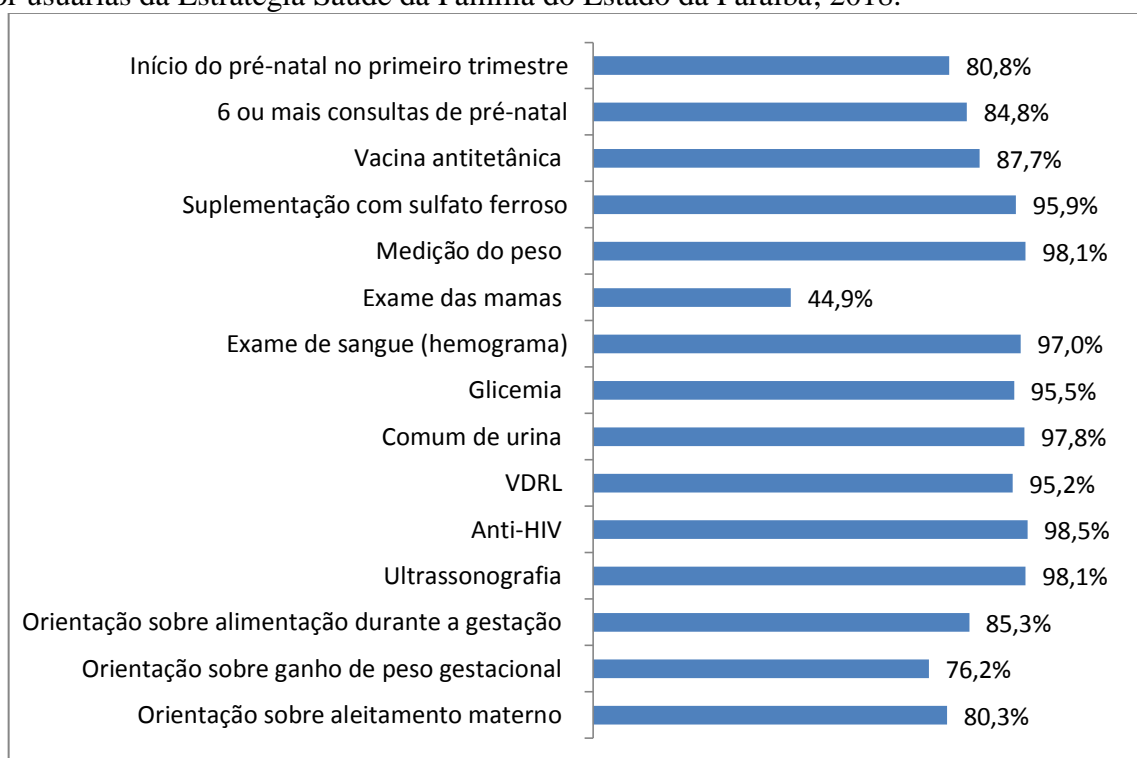
Variáveis	n	%
<i>Trabalho materno</i>		
Sim	105	22,7
Não	358	77,3
<i>Beneficiário do Programa Bolsa Família</i>		
Sim	265	57,2
Não	198	42,8
<i>Classificação socioeconômica</i>		
A/B/C	178	38,4
D/E	285	61,6
<i>Segurança alimentar e nutricional</i>		
Segurança alimentar e nutricional/Insegurança alimentar leve	344	72,3
Insegurança alimentar moderada/grave	119	25,7
<i>Convivência com companheiro</i>		
Sim	376	81,2
Não	87	18,8
<i>Funcionalidade familiar</i>		
Família funcional	343	74,0
Família disfuncional	120	26,0
<i>Suporte social</i>		
Alto	231	49,9
Baixo	232	50,1
<i>Tipo de equipe de saúde</i>		
Programa Mais Médicos	187	40,4

Convencional	276	59,6
--------------	-----	------

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Das entrevistadas, 80,8% afirmaram ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre e 84,8% a realização de no mínimo seis consultas. Procedimentos, exames e orientações recebidos durante o pré-natal mostraram altas prevalências de adequação, destacando-se a suplementação com sulfato ferroso, a medição do peso, a realização de exames (sangue, glicemia, urina, VDRL, anti-HIV) e a ultrassonografia que foram referidos por mais de 95% das entrevistadas. A atualização da vacina antitetânica foi citada por 87,7% das mulheres. O exame das mamas foi mencionado por 44,9% das entrevistadas. A proporção de mulheres que recebeu orientações oscilou entre 76,2% (orientação sobre ganho de peso gestacional) e 85,3% (alimentação durante a gestação) (Figura).

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



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 2, a proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação e que realizaram seis ou mais consultas foi maior entre as não beneficiárias do PBF, nas de melhor situação socioeconômica e em segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve. A atualização da vacina antitetânica foi significativamente maior entre as de melhor situação socioeconômica ($p = 0,029$) e em segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve ($p = 0,022$). A realização dos exames de sangue ($p = 0,035$), glicemia ($p = 0,000$), urina ($p = 0,012$) e das mamas ($p = 0,041$) foi maior entre as gestantes de famílias em segurança alimentar e nutricional/insegurança alimentar leve. As proporções de mulheres que receberam orientações sobre alimentação durante a gestação e em relação ao ganho de peso gestacional foram maiores entre as não beneficiárias do PBF (89,9% e 81,3%, respectivamente) quando comparadas às que recebiam o benefício do Programa (81,9% e 72,5%, respectivamente).

As análises relacionadas às variáveis de apoio social mostraram associação positiva da convivência com companheiro com o início do pré-natal no primeiro trimestre ($p = 0,010$), com o cumprimento de seis ou mais consultas ($p = 0,005$) e com a realização dos exames de glicemia ($p = 0,020$) e de urina ($p = 0,011$). A realização do exame das mamas foi mais frequente entre as mães com alto suporte social ($p = 0,022$). O recebimento de orientações durante as consultas associou-se à funcionalidade familiar e ao suporte social, com maiores proporções dos desfechos nas mulheres em melhores condições de apoio social. Não houve diferenças nos indicadores da assistência pré-natal de acordo com o tipo de equipe de saúde (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos indicadores relacionados aos cuidados durante o pré-natal segundo características socioeconômicas entre usuárias da Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, 2018.

Variáveis	Trabalho materno		Benefício do Programa Bolsa Família		Classificação socioeconômica		Segurança alimentar e nutricional	
	Sim	Não	Não	Sim	Classes A/B/C	Classes D/E	SAN/IAL	IAM/IAG
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Consultas de pré-natal								
<i>Período de início</i>	p = 0,428		p = 0,034		p = 0,007		p = 0,001	
1º trimestre da gestação	86 (83,5)	284 (80,0)	168 (85,3)	202 (77,4)	154 (87,0)	216 (76,9)	289 (84,5)	81 (69,8)
Após 1º trimestre da gestação	17 (16,5)	71 (20,0)	29 (14,7)	59 (22,6)	23 (13,0)	65 (23,1)	53 (15,5)	35 (30,2)
<i>Quantidade de consultas</i>	p = 0,062		p = 0,014		p = 0,005		p = 0,000	
≥ 6	81 (91,0)	232 (82,9)	139 (90,3)	174 (81,0)	135 (91,1)	178 (80,5)	244 (90,0)	69 (70,4)
< 6	8 (8,9)	48 (17,1)	15 (9,7)	41 (19,0)	13 (8,9)	43 (19,5)	27 (10,0)	29 (29,6)
Vacinação e suplementação								
<i>Vacina antitetânica</i>	p = 0,297		p = 0,387		p = 0,029		p = 0,022	
Sim	89 (84,8)	89 (84,8)	168 (86,2)	231 (88,8)	159 (90,9)	240 (85,7)	300 (89,3)	99 (83,2)
Não	16 (15,2)	16 (15,2)	27 (13,8)	29 (11,2)	16 (9,1)	40 (14,3)	36 (10,7)	20 (16,8)
<i>Suplementação com sulfato ferroso</i>	p = 0,195		p = 0,319		p = 0,728		p = 0,259	
Sim	103 (98,0)	340 (95,2)	191 (97,0)	252 (95,1)	169 (95,5)	274 (96,1)	331 (96,5)	112 (94,1)
Não	2 (2,0)	17 (4,8)	6 (3,0)	13 (4,9)	8 (4,5)	11 (3,9)	12 (3,5)	7 (5,9)
Exames								
<i>Medição do peso</i>	p = 0,691		p = 0,739		p = 0,738		p = 0,244	
Sim	104 (99,0)	350 (97,8)	195 (98,5)	259 (97,7)	174 (97,8)	280 (98,2)	339 (98,5)	115 (96,6)
Não	1 (1,0)	8 (2,2)	3 (1,5)	6 (2,3)	4 (2,2)	5 (1,8)	5 (1,5)	4 (3,4)
<i>Exame das mamas</i>	p = 0,052		p = 0,058		p = 0,334		p = 0,041	
Sim	51 (52,0)	157 (43,0)	99 (50,0)	109 (41,1)	85 (47,7)	123 (43,1)	162 (66,4)	46 (38,7)
Não	47 (48,0)	208 (57,0)	99 (50,0)	156 (58,9)	93 (52,3)	162 (56,9)	182 (33,6)	73 (61,3)
<i>Exame de sangue (hemograma)</i>	p = 0,237		p = 0,588		p = 0,367		p = 0,035	
Sim	100 (95,2)	349 (97,5)	193 (97,5)	256 (96,6)	171 (96,0)	278 (97,5)	337 (98,0)	112 (94,1)
Não	5 (4,8)	9 (2,5)	5 (2,5)	9 (3,4)	7 (4,0)	7 (2,5)	7 (2,0)	7 (5,9)
<i>Glicemia</i>	p = 0,347		p = 0,658		p = 0,341		p = 0,000	

Sim	102 (97,1)	340 (95,0)	190 (96,0)	252 (95,1)	172 (96,7)	270 (94,7)	337 (98,0)	105 (88,2)
Não	3 (2,9)	18 (5,0)	8 (4,0)	13 (4,9)	6 (3,3)	15 (5,3)	7 (2,0)	14 (11,8)
Comum de urina	p = 0,838		p = 0,409		p = 0,579		p = 0,012	
Sim	103 (98,0)	350 (97,8)	195 (98,5)	258 (97,4)	175 (98,3)	278 (97,5)	340 (98,8)	113 (95,0)
Não	2 (2,0)	8 (2,2)	3 (1,5)	7 (2,6)	3 (1,7)	7 (2,5)	4 (1,2)	6 (5,0)
VDRL	p = 0,299		p = 0,794		p = 0,513		p = 0,094	
Sim	102 (97,1)	339 (94,7)	188 (95,0)	253 (95,5)	171 (96,0)	270 (94,7)	331 (96,2)	110 (92,4)
Não	3 (2,9)	19 (5,3)	10 (5,0)	12 (4,5)	7 (4,0)	15 (5,3)	13 (3,8)	9 (7,6)
Anti-HIV	p = 0,593		p = 0,996		p = 0,186		p = 0,295	
Sim	104 (99,0)	352 (98,3)	195 (98,5)	261 (98,5)	177 (99,4)	279 (97,9)	340 (99,0)	116 (97,4)
Não	1 (1,0)	6 (1,7)	3 (1,5)	4 (1,5)	1 (0,6)	6 (2,1)	4 (1,0)	3 (2,6)
Ultrassonografia	p = 0,974		p = 0,918		p = 0,709		p = 0,597	
Sim	103 (98,0)	351 (98,0)	194 (98,0)	260 (98,1)	174 (97,7)	280 (98,2)	338 (98,2)	116 (97,5)
Não	2 (2,0)	7 (2,0)	4 (2,0)	5 (1,9)	4 (2,3)	5 (1,8)	6 (1,8)	3 (2,5)
Orientações								
Alimentação durante a gestação	p = 0,166		p = 0,016		p = 0,165		p = 0,097	
Sim	94 (89,5)	301 (84,0)	178 (89,9)	217 (81,9)	157 (88,2)	238 (83,5)	299 (87,0)	96 (80,7)
Não	11 (10,5)	57 (16,0)	20 (10,1)	48 (18,1)	21 (11,8)	47 (16,5)	45 (13,0)	23 (19,3)
Ganho de peso gestacional	p = 0,989		p = 0,027		p = 0,063		p = 0,053	
Sim	80 (76,2)	273 (76,3)	161 (81,3)	192 (72,5)	144 (80,9)	209 (73,3)	270 (78,5)	83 (69,7)
Não	25 (23,8)	85 (23,7)	37 (18,7)	73 (27,5)	34 (19,1)	76 (26,7)	74 (21,5)	36 (30,3)
Aleitamento materno	p = 0,648		p = 0,651		p = 0,997		p = 0,666	
Sim	86 (82,0)	286 (79,9)	161 (81,3)	211 (79,6)	143 (80,3)	229 (80,3)	278 (80,8)	94 (79,0)
Não	19 (18,0)	72 (20,1)	37 (18,7)	54 (20,4)	35 (19,7)	56 (19,7)	66 (19,2)	25 (21,0)

SAN/IAL: Segurança Alimentar e Nutricional/Insegurança Alimentar Leve, IAM/IAMG: Insegurança Alimentar Moderada/Insegurança Alimentar Grave.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Tabela 3. Distribuição dos indicadores relacionados aos cuidados durante o pré-natal segundo o apoio social da mãe e o tipo de equipe de saúde de atendimento entre usuárias da Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, 2018.

Variáveis	Convivência com companheiro		Funcionalidade familiar		Suporte social		Tipo de equipe de saúde	
	Sim	Não	Família funcional	Família disfuncional	Alto	Baixo	PMM	Convencional
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Consultas de pré-natal								
<i>Período de início</i>	p = 0,010		p = 0,061		p = 0,218		p = 0,969	
1º trimestre da gestação	309 (83,0)	61 (71,0)	280 (82,1)	90 (76,9)	191 (83,0)	179 (78,5)	148 (81,9)	222 (80,7)
Após 1º trimestre da gestação	63 (17,0)	25 (29,0)	61 (17,9)	27 (23,1)	39 (17,0)	49 (21,5)	35 (19,1)	53 (19,3)
<i>Quantidade de consultas</i>	p = 0,005		p = 0,234		p = 0,474		p = 0,410	
≥ 6	262 (87,3)	51 (74,0)	236 (86,1)	77 (81,0)	156 (86,2)	157 (83,5)	116 (82,9)	197 (86,0)
< 6	38 (12,7)	18 (26,0)	38 (13,9)	18 (19,0)	25 (13,8)	31 (16,5)	24 (17,1)	32 (14,0)
Vacinação e suplementação								
<i>Vacina antitetânica</i>	p = 0,367		p = 0,896		p = 0,246		p = 0,641	
Sim	322 (87,0)	77 (90,6)	296 (87,6)	103 (88,0)	195 (86,0)	204 (89,5)	158 (86,8)	241 (88,3)
Não	48 (13,0)	8 (9,4)	42 (12,4)	14 (12,0)	32 (14,0)	24 (10,5)	24 (13,2)	32 (11,7)
<i>Suplementação com sulfato ferroso</i>	p = 0,800		p = 0,270		p = 0,482		p = 0,756	
Sim	360 (96,0)	83 (95,4)	330 (96,5)	113 (94,2)	220 (95,2)	223 (96,5)	179 (96,2)	264 (95,7)
Não	15 (4,0)	4 (4,6)	12 (3,5)	7 (5,8)	11 (4,3)	8 (3,5)	7 (3,8)	12 (4,3)
Exames								
<i>Medição do peso</i>	p = 0,679		p = 0,306		p = 0,751		p = 0,745	
Sim	369 (98,1)	85 (97,7)	335 (97,7)	119 (99,2)	226 (97,8)	228 (98,3)	184 (98,4)	270 (97,8)
Não	7 (1,9)	2 (2,3)	8 (2,3)	1 (0,8)	5 (2,2)	4 (1,7)	3 (1,6)	6 (2,2)
<i>Exame das mamas</i>	p = 0,461		p = 0,208		p = 0,022		p = 0,057	
Sim	172 (45,7)	36 (41,4)	160 (46,6)	48 (40,0)	116 (50,2)	92 (39,7)	74 (39,6)	134 (48,6)
Não	204 (54,3)	51 (58,6)	183 (53,4)	72 (60,0)	115 (49,8)	140 (60,3)	113 (60,4)	142 (51,4)
<i>Exame de sangue (hemograma)</i>	p = 0,341		p = 0,396		p = 0,593		p = 0,848	
Sim	366 (97,3)	83 (96,4)	334 (97,4)	115 (95,8)	225 (97,4)	224 (96,6)	181 (96,8)	268 (97,1)
Não	10 (2,7)	4 (4,6)	9 (2,6)	5 (4,2)	6 (2,6)	8 (3,4)	6 (3,2)	8 (2,9)
<i>Glicemia</i>	p = 0,020		p = 0,192		p = 0,120		p = 0,109	
Sim	363 (96,5)	79 (90,8)	330 (96,2)	112 (93,3)	224 (97,0)	218 (94,0)	175 (93,6)	267 (96,7)
Não	13 (3,5)	8 (9,2)	13 (3,8)	8 (6,7)	7 (3,0)	14 (6,0)	12 (6,4)	9 (3,3)

Comum de urina	p = 0,011		p = 0,079		p = 0,527		p = 0,531	
Sim	371 (98,7)	82 (94,3)	338 (98,5)	115 (95,8)	227 (98,3)	226 (97,4)	182 (97,3)	271 (98,2)
Não	5 (1,3)	5 (5,7)	5 (1,5)	5 (4,2)	4 (1,7)	6 (2,6)	5 (2,7)	5 (1,8)
VDRL	p = 0,109		p = 0,726		p = 0,082		p = 0,347	
Sim	361 (96,0)	80 (92,0)	326 (95,0)	115 (95,8)	224 (97,0)	217 (93,5)	176 (94,1)	265 (96,0)
Não	15 (4,0)	7 (8,0)	17 (5,0)	5 (4,2)	7 (3,0)	15 (6,5)	11 (5,9)	11 (4,0)
Anti-HIV	p = 0,100		p = 0,303		p = 0,708		p = 0,521	
Sim	372 (99,0)	84 (96,6)	339 (98,8)	117 (97,5)	228 (98,7)	228 (98,3)	185 (99,0)	271 (98,2)
Não	4 (1,0)	3 (3,4)	4 (1,2)	3 (2,5)	3 (1,3)	4 (1,7)	2 (1,0)	5 (1,8)
Ultrassonografia	p = 0,790		p = 0,608		p = 0,316		p = 0,349	
Sim	369 (98,1)	85 (97,7)	337 (98,3)	117 (97,5)	228 (98,7)	226 (97,4)	182 (97,3)	272 (98,6)
Não	7 (1,9)	2 (2,3)	6 (1,7)	3 (2,5)	3 (1,3)	6 (2,6)	5 (2,7)	4 (1,4)
Orientações								
Alimentação durante a gestação	p = 0,455		p = 0,012		p = 0,030		p = 0,354	
Sim	323 (85,9)	72 (82,8)	301 (87,8)	94 (78,3)	210 (90,5)	185 (80,1)	163 (87,2)	232 (84,0)
Não	53 (14,1)	15 (17,2)	42 (12,2)	26 (21,7)	22 (9,5)	46 (19,9)	24 (12,8)	44 (16,0)
Ganho de peso gestacional	p = 0,710		p = 0,034		p = 0,001		p = 0,153	
Sim	288 (76,6)	65 (74,7)	270 (78,7)	83 (69,2)	192 (83,1)	161 (69,4)	149 (79,7)	204 (74,0)
Não	88 (23,4)	22 (25,3)	73 (21,3)	37 (30,8)	39 (16,9)	71 (30,6)	38 (20,3)	72 (26,0)
Aleitamento materno	p = 0,787		p = 0,025		p = 0,049		p = 0,170	
Sim	303 (80,6)	69 (79,3)	284 (89,5)	88 (62,0)	194 (84,0)	178 (76,7)	156 (83,4)	216 (78,3)
Não	73 (19,4)	18 (20,7)	37 (11,5)	54 (38,0)	37 (16,0)	54 (23,3)	31 (16,6)	60 (21,7)

PMM: Programa Mais Médicos.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

4 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a avaliar alguns indicadores como parâmetros de qualidade da atenção pré-natal, por meio de dados de um estudo transversal com usuárias da ESF. Nesse sentido, as evidências encontradas indicam deficiências principalmente na realização do exame clínico das mamas e reforçam a influência das características socioeconômicas e do apoio social da mãe. Esses achados são relevantes tendo em vista a importância de investigar periodicamente os serviços oferecidos como forma de identificar possíveis falhas e garantir a realização dos critérios mínimos de assistência e que contemplem as características sociais e da população atendida (POLGLIANE et al., 2014).

A caracterização da população estudada, levando em consideração dados sociodemográficos, revelou maiores proporções de mulheres com condição socioeconômica desfavorável. Esse quadro social também foi encontrado em outros estudos no contexto da ESF, realizados em diferentes regiões do Brasil (DOMINGUES et al., 2013; TOMASI et al., 2017; LEAL et al., 2015). Além disso, 87 delas não conviviam com companheiro, podendo repercutir negativamente nos cuidados pré-natais (ANJOS; BOING, 2016).

Nesta pesquisa, a proporção de entrevistadas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (84,8%) foi superior à obtida para a região Nordeste do Brasil segundo a Pesquisa Nascer no Brasil (65,6%) (VIELLAS et al., 2014) e na Chamada Neonatal (75,4%) (LEAL et al., 2015). Entretanto, estudos de abrangência local em outros municípios nordestinos mostraram frequências mais próximas, de 89,9% em João Pessoa (SILVA et al., 2013), 79,2% em Campina Grande (PEDRAZA, 2016) e 76% em Santa Cruz (QUEIROZ; SOARES; OLIVEIRA, 2015). Esses achados manifestam a relevância do desenvolvimento de investigações que mostrem as realidades locais que podem ficar fora do alcance de estudos nacionais ou regionais (MARIO et al., 2019). Quanto ao início precoce da assistência pré-natal, a pesquisa atual mostrou prevalência (80,8%) próxima das registradas na Região Nordeste do Brasil em estudos nacionais (LEAL et al., 2015; VIELLAS et al., 2014) e em diferentes localidades da mesma (SILVA et al., 2013; PEDRAZA, 2016; QUEIROZ; SOARES; OLIVEIRA, 2015), as quais oscilaram entre 73,7% (VIELLAS et al., 2014) e 86% (QUEIROZ; SOARES; OLIVEIRA, 2015). A adequada organização dos serviços de pré-natal é essencial à diminuição das barreiras de acesso e melhorias da assistência perinatal, possibilitando minimizar as desigualdades associadas às condições sociodemográficas e econômicas (DOMINGUES et al., 2013; MAJROOH et al., 2014). A adequação do pré-natal enquanto ao tempo de início e o número de consultas propicia a realização dos exames necessários e a gestação saudável (NUNES et al., 2017).

A vacina antitetânica é segura e eficaz para a prevenção do tétano acidental durante a gravidez e como consequência a ocorrência de tétano neonatal (BRASIL, 2013). Considerando a proporção de vacinação contra o tétano registrada, supõe-se a proteção da doença na maioria das gestantes e neonatos desse estudo. Entretanto, em outras pesquisas foram observadas prevalências diferentes, tanto inferiores (DOMINGUES et al., 2013; POLGLIANE et al., 2014; MAJROOH et al., 2014; KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017) quanto superiores (SILVA et al., 2013; TOMASI et al., 2017). Alguns fatores como piores condições socioeconômicas maternas, rotatividade frequente dos profissionais de saúde que dificultam o vínculo usuário-profissional, consultas de pré-natal com orientações insuficientes, déficits nos recursos materiais e na infraestrutura das unidades de saúde e erros no preenchimento de relatórios de vacinas influenciam a cobertura vacinal durante o pré-natal, conforme revisão de literatura (LOUZEIRO et al., 2014).

As proporções de suplementação e de medição do peso durante o pré-natal, superiores a 90%, registradas em pesquisas de abrangência nacional (TOMASI et al., 2017; LEAL et al., 2015; NUNES et al., 2017; VIELLAS et al., 2015) foram confirmadas por meio das

entrevistas realizadas com as gestantes do atual estudo. Resultados semelhantes também foram registrados em João Pessoa (SILVA et al., 2013), Ponta Grossa (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013) e em países da África Subsaariana (KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017). A boa adesão da suplementação durante a gestação está relacionada à prescrição e incentivo pelo profissional de saúde, assim como ao conhecimento das mulheres acerca da sua importância no período gravídico-puerperal (CASSIMIRO; MATA, 2017). A suplementação com sulfato ferroso configura uma forma efetiva de corrigir a anemia na gestação e reduz os riscos de infecções puerperais e de prematuridade (WHO, 2016). Por sua vez, o estado nutricional materno e o ganho de peso gestacional são importantes na prevenção de complicações clínicas na gestação, no pós-parto e no neonato (GOLDSTEIN et al., 2017).

Na presente pesquisa apenas 44,9% das gestantes tiveram as mamas examinadas, o que se assemelha aos achados obtidos na Chamada Neonatal (50,2%) (LEAL et al., 2015) e com base nos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (56,3%) (TOMASI et al., 2017). Mulheres de vulnerabilidade socioeconômica e que realizam o pré-natal no serviço público, como as do presente estudo, têm menos chances de serem examinadas, reforçando as desigualdades sociais que determinam a forma de cuidado prestado para as gestantes (CARVALHO et al., 2016). Tendo em vista que diversas alterações mamárias ocorrem na gestante devido a hormônios como estrogênio, progesterona e prolactina, é necessário que as mamas sejam examinadas com fins de encontrar possíveis anormalidades e sinais de câncer de mama (ALQUIMIM et al., 2011). Além disso, o exame das mamas também contribui na detecção de alterações que possam vir a prejudicar mãe e recém-nascido no processo de amamentação (LIMA et al., 2014).

Considerando a realização dos exames laboratoriais nesse estudo, que tiveram prevalências superiores a 95%, observam-se taxas superiores às encontradas entre gestantes do Espírito Santo que variaram entre 70% e 80% (POLGLIANE et al., 2014). Prevalências maiores a 90% para exames laboratoriais de sangue (hemograma, glicemia, VDRL e anti-HIV) e de urina também foram constatadas em estudos realizados nas cidades do Rio Grande do Norte (QUEIROZ; SOARES; OLIVEIRA, 2015) e Rio de Janeiro (DOMINGUES et al., 2013), assim como em pesquisas de âmbito nacional (LEAL et al., 2015; NUNES et al., 2017; MARIO et al., 2019; TOMASI et al., 2017) e de outros países (KANYANGARARA; MUNOS; WALKER, 2017; MIRKOVIC et al., 2017). Entretanto, revisão da literatura sobre a atenção pré-natal no Brasil evidenciou que a qualidade satisfatória da assistência medida por meio de indicadores relacionados ao início e número de consultas teve uma queda quando incluem-se análises dos procedimentos e exames de rotina (NUNES et al., 2016). Os modelos de agendamento e a disponibilidade de recursos suficientes para realizar as análises laboratoriais são citados entre os fatores que influenciam a realização desses exames (MAJROOH et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014), possibilitando prevenir, identificar e tratar de forma oportuna morbidades que possam causar prejuízos à saúde materna e fetal (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013; NUNES et al., 2016).

A frequência de ultrassonografia de 98,1% nas mulheres observadas no atual estudo foi similar à registrada em estudos nacionais (VIELLAS et al., 2014; MARIO et al., 2019; NUNES et al., 2017) e locais (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013). A partir da implementação da Rede Cegonha em 2011, a ultrassonografia passou a ser parte da rotina do pré-natal na atenção básica (BRASIL, 2011), sendo importante sua disponibilidade gratuita pelos serviços de saúde (WHO, 2016). A realização de ultrassom possibilita detectar anomalias congênitas, avaliar a anatomia fetal e determinar a idade gestacional de forma adequada, e representa um meio de tranquilizar a mulher no decorrer da gestação (WHO, 2016; PEREIRA et al., 2014).

As proporções de orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal registradas na Pesquisa Nascer no Brasil (VIELLAS et al., 2014), na Chamada Neonatal (LEAL et al.,

2015), segundo os dados do PMAQ-AB (TOMASI et al., 2017) e com gestantes de Fortaleza (PEREIRA et al., 2014) foram de 69,5%, 78,6%, 91% e 74,1%, respectivamente; enquanto nas gestantes do atual estudo foi de 80,3%. Por sua vez, as orientações sobre alimentação durante a gestação (85,3%) e ganho de peso gestacional (76,2%) nesse estudo aproxima-se às observadas por outros pesquisadores em relação à orientação nutricional, em pesquisa de abrangência nacional (88,9%) (TOMASI et al., 2017) e em estudo desenvolvido na cidade de Campina Grande (80%) (LIMA et al., 2014). Essas frequências são superiores às encontradas em outros países subdesenvolvidos, de 6% de orientação sobre amamentação no Paquistão (MAJROOH et al., 2014) e 61,8% de orientações nutricionais no Haiti (MIRKOVIC et al., 2017), por exemplo. O fornecimento de orientações durante o pré-natal pode estar ligado ao relacionamento entre o profissional e a gestante, dificultando ou favorecendo o esclarecimento de dúvidas que as mulheres consideram significativas (CARDELLI et al., 2016). Ao depender unicamente das atitudes dos profissionais, o aconselhamento ganha significados *sui generis* por não implicar em custos para os serviços de saúde (TOMASI et al., 2017).

O Ministério da Saúde preconiza que sejam ofertadas informações à gestante sobre aleitamento materno, assim como em relação à alimentação e ao ganho de peso durante a gestação, tendo em vista sua importância para a gestante conhecer sobre o peso ideal que deve ganhar na gravidez e a relevância no desenvolvimento saudável do feto (BRASIL, 2013). A orientação sobre aleitamento materno, além de empoderar a mulher e lhe oferecer segurança para a amamentação, associa-se a prevalências mais elevadas de aleitamento na primeira hora de vida e exclusivo até os seis meses da criança (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016; VIELLAS et al., 2014). Sugere-se, ainda, que as orientações sobre alimentação durante a gestação e ganho de peso gestacional produzam benefícios nos hábitos alimentares da gestante (CARDELLI et al., 2016), os quais podem contribuir com a adequação do estado nutricional materno gestacional que previne o aparecimento de intercorrências na gravidez e influencia as condições de saúde maternas e fetais (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015). Tal fato é relevante, pois se trata de fatores de risco modificáveis que devem ser identificados e enfrentados durante o acompanhamento pré-natal (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

A associação do tempo de início e do número de consultas de pré-natal com a situação socioeconômica observada por outros pesquisadores (TOMASI et al., 2017; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; PANDEY; KARKI, 2014; NOH et al., 2019; TAYLOR et al., 2016) foi confirmada por meio dos achados da atual pesquisa. Sugere-se que entre mulheres de menor nível socioeconômico, a falta de conhecimento, os cuidados limitados nos lugares em que elas vivem e os comportamentos de saúde inadequados podem influenciar negativamente os cuidados de pré-natal (TAYLOR et al., 2016). No atual estudo, a vacinação contra o tétano também se associou à classificação socioeconômica da família, o que poderia estar condicionado tanto à preocupação com a saúde (TAYLOR et al., 2016) quanto ao início do pré-natal mais tardio e à realização de menor número de consultas durante a gestação, conforme registrado em outra localidade com resultados semelhantes (DOMINGUES et al., 2013).

O benefício do PBF também constitui um importante marcador da condição social e econômica da família que, como nesse trabalho, também pode estar associado ao tempo no qual a gestante começa a frequentar as consultas de pré-natal e à quantidade das mesmas (LEAL et al., 2015). Entretanto, outro estudo com resultados diferentes explica que as condicionalidades do PBF podem estimular as mulheres a procurar os serviços de saúde como meio de prevenir agravos materno infantis (SILVA; PAES, 2019). Entre as mulheres deste trabalho não beneficiárias do PBF, o resultado mais favorável relacionado ao recebimento de orientações durante o pré-natal pode estar condicionado às melhores condições socioeconômicas das mesmas, como mostrado em um estudo populacional (TOMASI et al.,

2017), apesar de que as condicionalidades de saúde deveriam propiciar melhorias nos cuidados de saúde (SILVA; PAES, 2019).

Apesar de não se ter conhecimento sobre os resultados prévios mostrados nesta pesquisa no que diz respeito à associação da insegurança alimentar moderada/grave com o tempo de início de pré-natal e com o número de consultas, a plausibilidade de tais achados está no fato da segurança alimentar e nutricional constituir importante indicador de iniquidade social e de saúde que pode levar a estresse, ansiedade e depressão durante a gestação (PANIGASSI et al., 2008). A segurança alimentar e nutricional também associou-se na mesma direção anterior à imunização contra o tétano e à realização dos exames laboratoriais e das mamas.

Conforme revisão de literatura, o apoio social representa um fator importante na adesão a tratamentos e no uso dos serviços de saúde. O apoio familiar tem sido visto como um mecanismo de humanização do cuidado e assistência pessoal que pode fazer com que mulheres que vivam sozinhas, apenas com seus filhos, tornem-se vulneráveis e tendam a não aderir aos cuidados de saúde (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). Nesse contexto, destaca-se que o marido/companheiro pode facilitar a adesão aos cuidados de pré-natal, pois sua presença nessa fase da vida que demanda muita estabilidade emocional proporciona maior controle do ambiente e autonomia por parte das gestantes, assim como contribui na saúde mental e no enfrentamento de momentos de estresse (ANJOS; BOING, 2016). Essa relação foi comprovada na atual pesquisa e em outras que analisaram a associação da presença do companheiro com o tempo de início e/ou o número de consultas de pré-natal (ANJOS; BOING, 2016; DOMINGUES et al., 2013; VIELLAS et al., 2014; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; PANDEY; KARKI, 2019), reforçando-se a importância do suporte social para os cuidados com a gravidez (DOMINGUES et al., 2013). Nesse estudo, achados semelhantes também foram encontrados ao se verificar a associação entre: i. presença do parceiro e realização dos exames de glicemia e de urina, ii. suporte social e realização do exame das mamas, iii. funcionalidade familiar e suporte social e as orientações recebidas pelos profissionais de saúde. Tais constatações, ao serem pioneiras na literatura brasileira, sugerem a importância do apoio social não apenas nos indicadores referidos ao cumprimento das consultas, senão também aos procedimentos, exames e orientações recomendados. Sugere-se a necessidade de novos estudos com esse tipo de análises.

Até onde é de conhecimento dos autores, este constitui o primeiro estudo que analisa a possibilidade de diferenças na atenção pré-natal comparando equipes de saúde do PMM e convencionais, não se encontrando associação do tipo de equipe com os indicadores de interesse. Avaliações similares confrontando os serviços de saúde oferecidos em unidades básicas de saúde tradicionais e nos moldes da ESF não encontraram diferenças significativas para o tempo de início e número de consultas de pré-natal. Entretanto, para a realização de alguns exames clínicos e laboratoriais, melhor situação foi constatada quando o serviço de saúde utilizado foi o da ESF (MARTINELLI et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013). Estas diferenças podem ser decorrentes tanto das práticas profissionais (maior solicitação dos exames na ESF) quanto das atitudes das usuárias (não realização dos exames principalmente nas unidades de saúde tradicionais) (OLIVEIRA et al., 2013). Ainda, deve considerar-se que o processo de trabalho na ESF favorece o vínculo entre o profissional e o paciente através de consultas subsequentes e atividades educativas sobre o cuidado pré-natal (MARTINS et al., 2016).

As limitações deste estudo incluem a possibilidade de viés de memória que, entretanto, foi minimizada com a inclusão na amostra dos dados maternos referidos ao último filho menor de dois anos de idade e considerando apenas a realização ou não dos procedimentos analisados. Além disso, a não investigação da repetição dos exames no terceiro trimestre não permitiu verificar o atendimento de todos os procedimentos preconizados e o foco

quantitativo da pesquisa impossibilitou conhecer os motivos de inadequação na realização das consultas, procedimentos, exames e no recebimento das orientações.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou entre usuárias da ESF adequação do pré-natal na maioria dos procedimentos, exames e orientações avaliados, considerando o preconizado pelo Ministério da Saúde. O exame clínico das mamas foi o indicador mais insatisfatório, o que sugere deficiência na atuação do profissional nos cuidados prestados às gestantes, pois este procedimento depende exclusivamente da conduta dos profissionais. O fornecimento de orientações durante o pré-natal, a vacina antitetânica e o tempo de início e número de consultas mostraram prevalências inferiores a 90%. A adequação do pré-natal esteve influenciada tanto pelas características socioeconômicas quanto pelo apoio social da mulher, sugerindo a necessidade de considerar esses aspectos na assistência. Considera-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que possibilitem uma melhor compreensão da relação do PBF, e suas condicionalidades de saúde com a qualidade do pré-natal. Este estudo avança no conhecimento ao sugerir fatores que podem influenciar a prestação de serviços de saúde pré-natal, como a segurança alimentar e nutricional, a funcionalidade familiar e o suporte social, assim como ao comparar a atenção das equipes convencionais e do PMM.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2016.

ALQUIMIM, A. F.; LADEIA, L. S. A.; RODRIGUES, R. K.; OLIVEIRA, V. B.; ÉSCOBAR, E. G. V. F.; MENEZZI, P. T. S. D. Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais?. **Femina**, v. 39, n. 5, p. 281-284, 2011.

ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas 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. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Seção 1, p. 49.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. 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. **Programa de humanização do parto**. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, P. M.; UNGERER, R. Saúde da mulher, da criança e do adolescente no contexto da Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2030. **Divulg Saude Debate**, n. 53, p. 9-22, 2016.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. N. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Cienc Saude Colet**, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012.

CARDELLI, A. A. M.; MARRERO, T. L.; FERRARI, R. A. P.; MARTINS, J. T.; SERAFIM, D. Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Invest Educ Enferm**, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016.

CARVALHO, R. A. S. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 25, n. 2, p. 271-280, 2016.

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, supl. 5, p. 2156-67, 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.; SEMENOVA, Y. M.; KAYLUBAEVA, G.; MANABAEVA, G. K.; TOKTABAYEVA, B.; ZHELPAKOVA, M. S.; YURKOVSKAYA, O. A.; TLEMISOV, A. S.; ANTONOVA, G.; GRJIBOVSKI, A. M. 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, p. 1-11, 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. 953-65, 2013.

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.

GOLDSTEIN, R. F.; ABELL, S. K.; RANASINHA, S.; MISSO, M.; BOYLE, J. A.; BLACK, M. H.; LI, N.; HU, G.; CORRADO, F.; RODE, L.; KIM, Y. J.; HAUGEN, M.; SONG, W. O.; KIM, M. H.; BOGAERTS, A.; DEVLIEGER, R.; CHUNG, J. H.; TEEDE, H. J. Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**, v. 17, n. 21, p. 2207-2225, 2017.

GRAHAM, W.; WOODD, S.; BYASS, P.; FILIPPI, V.; GON, G.; VIRGO, S. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. **The Lancet**, v. 388, n. 10056, p. 2164-2175, 2016.

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.

GUIMARÃES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; GUIMARÃES, T. L. F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 1–13, 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, p. 1-13, 2017.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cienc Saude Colet**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LEAL, M. C.; THEME-FILHA, M. M.; MOURA, E. C.; CECATTI, 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 Saúde Matern Infant**, v. 15, n. 1, p. 91–104, 2015.

LIMA, M. R. G.; COELHO, A. S. F.; SALGE, A. K. M.; GUIMARÃES, J. V.; COSTA, P. S.; SOUSA, T. C. C.; MATTOS, D. V.; SOUSA, M. A. A. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad Saude Colet**, v. 25, n. 3, p. 324-331, 2017.

LIMA, L. F. C.; DAVIM, R. M. B.; SILVA, R. A. S.; COSTA, D. A. R. S.; MENDONÇA, A. E. O. Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 8, n. 6, p. 1502-9, 2014.

LOUZEIRO, E. M.; QUEIROZ, R. C. C. S.; SOUZA, I. B. J.; CARVALHO, L. K. C. A. A.; CARVALHO, M. L.; ARAÚJO, T. M. E. Importância da vacinação em gestantes: uma revisão da literatura no período de 2003 a 2012. **R Interd**, v. 7, n. 1, p. 193-203, 2014.

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, p. 1–8, 2014.

MARIO, D. M.; RIGO, L.; BOCLIN, K. L. S.; MALVESTIO, L. M. M.; ANZILIERO, D.; HORTA, B. S.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-MESA, J. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Cienc Saude Colet**, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

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.

MARTINS, J. S.; ABREU, S. C. C.; QUEVEDO, M. P.; BOURGET, M. M. M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.11, n. 38, p. 11-13, 2016.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4, p. 540–549, 2015.

MIRKOVIC, K. R.; LATHROP, E.; HULLAND, E. N.; JEAN-LOUIS, R.; LAUTURE, D.; D'ALEXIS, G. D.; HANDZEL, E.; GRAND-PIERRE, R. Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 1–10, 2017.

NOGUEIRA, L. D. P.; OLIVEIRA, G. DA S. Assistência Pré-Natal Qualificada: Atribuições do Enfermeiro - Um levantamento bibliográfico. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n. 1, p. 107–119, 2017.

NOH, J. I.; KIM, Y. M.; LEE, L. J.; AKRAM, N.; SHAHID, F.; KWON, Y. D.; STEKELENBURG, J. Factors associated with the use of antenatal care in Sindh province, Pakistan: A population based study. **PlosOne**, v. 14, n. 4, p. 1-11, 2019.

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. J.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saude Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes *mellitus* gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 3, p. 441-451, 2015.

OLIVEIRA, R. L. A.; FONSECA, C. R. B.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. **Rev Lat-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2013.

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, n. 368, p. 1-9, 2018.

PANDEY, S.; KARKI, S. Socio-economic and Demographic Determinants of Antenatal Care Services Utilization in Central Nepal. **Int J MCH AIDS**, v. 2, n. 2, p. 212-219, 2014.

PANIGASSI, G. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 10, p. 448–452, 2013.

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

PEREIRA, A. P. E.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; DOMINGUES, R. M. S. M.; SCHILITZ, A. O. C.; BASTOS, M. H. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 30, supl. 1, p. 59-60, 2014.

POLGLIANE, R. B. S.; LEAL, M. C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; SANTOS NETO, E. T. 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.

QUEIROZ, D. J. M.; SOARES, D. B.; OLIVEIRA, K. C. A. N. DE. Avaliação da Assistência Pré-Natal: Revelância dos exames laboratoriais. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 4, p. 504–512, 2015.

RAMOS, A. S. M. B.; ROCHA, F. C. G.; MUNIZ, F. F. S.; NUNES, S. F. L. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, v. 9, n. 3, p. 1-14, 2018.

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.

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.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Cienc Saude Colet**, v. 21, n. 9, p. 2935–2948, 2016.

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

TAYLOR, Y. J.; LADITKA, J. N.; HUBER, L. R.; RACINE, E. F. Associations of Household Wealth and Individual Literacy with Prenatal Care in Ten West African Countries. **Matern Child Health J**, v. 20, n. 11, p. 2402–2410, 2016.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E.; DURO, S. M. S.; SAES, M. O.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saude Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-11, 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 Saude 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.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado forças e saúde para chegar até aqui, seu amor e cuidado incondicional sempre me fizeram ter certeza de que eu estava no caminho certo. Deus é bom o tempo todo!

Aos meus pais, Valquíria e Geovane, por todo amor, cuidado e esforços para me proporcionarem sempre o melhor que pudessem conseguir. São anos de trabalho e dedicação às minhas necessidades e batalhas. Sou grata a Deus por tê-los como pais, por terem investido nos meus estudos, por me apoiarem nas minhas decisões e por me direcionarem ao caminho do bem. Tudo que faço e conquisto é para honrar e dar orgulho aos dois. A vocês todo o meu amor de sempre.

Ao meu marido, Senival, que esteve comigo em todas as etapas dessa minha trajetória acadêmica, me apoiou e me incentivou em todas as situações. Obrigada por compreender meus momentos de estresse e de correria. Obrigada por ter sido meu primeiro “paciente” quando eu treinava as aulas de fundamentos de enfermagem. Além de tudo, obrigada por compreender minha necessidade de continuar na busca do meu sonho em ser enfermeira e ter comemorado comigo quando eu consegui transferir o curso para a UEPB. Essa conquista é nossa, amo você!

À minha família, que torceu para que eu conseguisse concluir o curso e me apoiou com palavras de incentivo (e aproveitou todos os momentos daquela festa massa de formatura, muito obrigado).

Aos meus professores e colegas/amigos da UESB (em especial as meninas do P3; Vanessa e Itana), onde iniciei meu curso e adentrei em todo esse novo mundo universitário, vocês foram meu suporte nos momentos em que eu mais precisei.

Aos meus professores e colegas/amigos da UEPB (em especial Sintya, Marília, Lucas e Daniel, a parceria de que deu certo, o meu grupo “O melhor da UEPB” de tantas conversas e áudios extensos) vocês me acolheram em meio ao turbilhão de sentimentos que eu carregava quando cheguei num ambiente novo. Que nossa caminhada permita que possamos compartilhar muitos outros momentos de conquistas e felicidades.

Ao Grupo de Pesquisa NutriESF, às meninas do mestrado e colegas da graduação. Foram dias de muito trabalho e aprendizado. Hoje colhemos os frutos de toda nossa dedicação.

Ao meu orientador Dixis, por ter me proporcionado adentrar no mundo da pesquisa científica, ter acreditado no meu potencial e ter me feito crescer como graduanda e futura profissional. Além de tudo, obrigada por ter aceitado me orientar neste trabalho. Seus ensinamentos e horas de dedicação exclusiva são motivos para muita gratidão.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação, o meu muito obrigado!