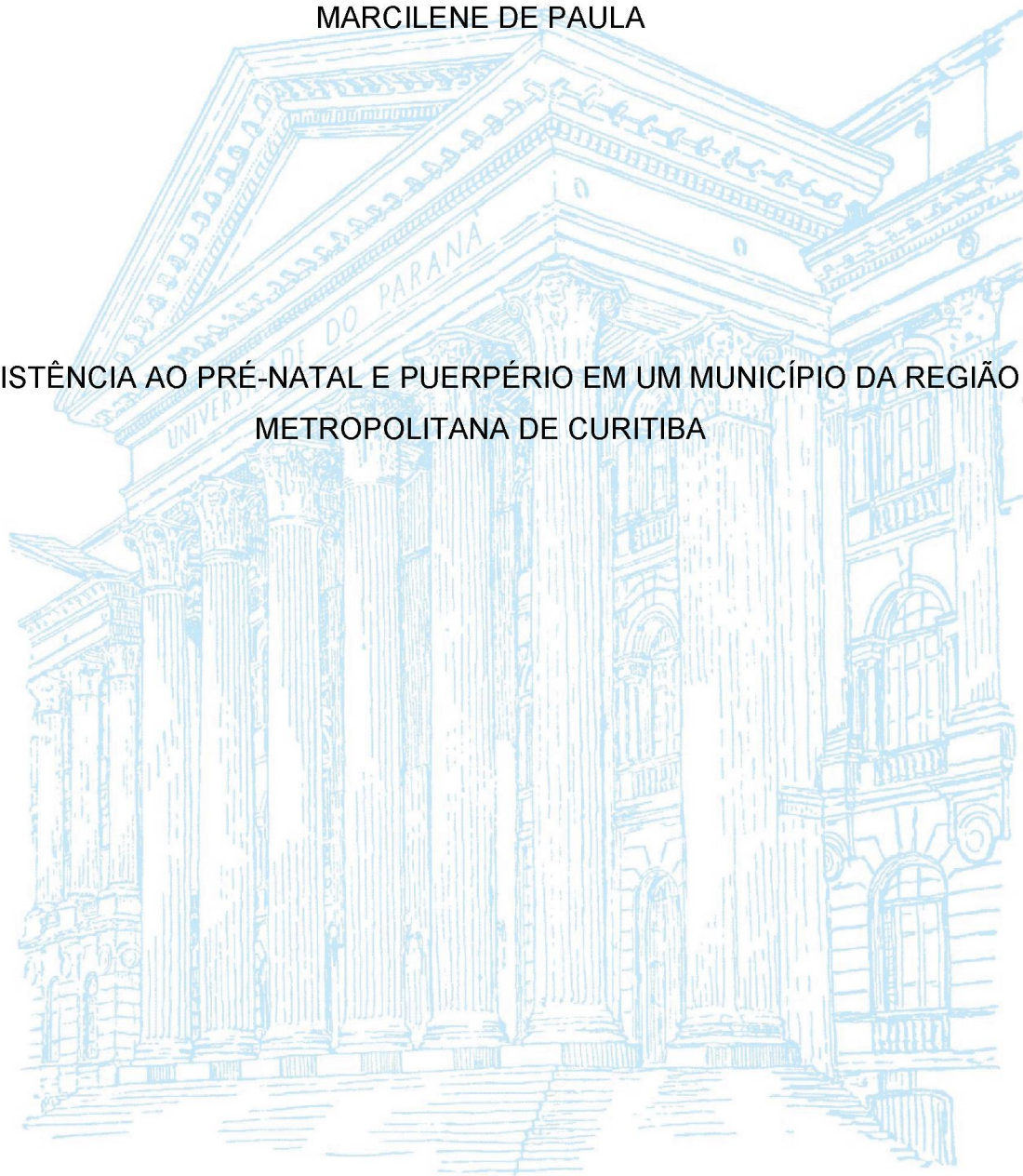


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCILENE DE PAULA

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CURITIBA



CURITIBA

2021

MARCILENE DE PAULA

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CURITIBA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Doroteia Aparecida Höfelmann

CURITIBA

2021

P324 Paula, Marcilene de

Assistência ao pré-natal e puerpério em um município da região metropolitana de Curitiba [recurso eletrônico] / Marcilene de Paula. – Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Doroteia Aparecida Höfelmann

1. Cuidado pré-natal. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 3. Avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde. I. Höfelmann, Doroteia Aparecida. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WQ 175



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MARCILENE DE PAULA** intitulada: **ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**, sob orientação da Profa. Dra. DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 16 de Setembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

17/09/2021 10:34:37.0

DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

17/09/2021 16:09:22.0

SHEILA RUIBIA LINDNER

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica

17/09/2021 10:39:34.0

DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

A todas as gestantes que gentilmente concordaram em participar deste trabalho.

Aos profissionais de saúde, que mesmo em meio a todas as dificuldades impostas pela pandemia, conseguiram dar continuidade à assistência ao pré-natal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde, ânimo e coragem para sempre continuar.

À Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade em cursar esta Pós-graduação.

Ao meu pai Joldevino (*in memoriam*). À minha mãe, Pedrina, que sempre incentivou o apego aos estudos, e que sente imenso orgulho de cada conquista dos seus filhos. Aos meus irmãos e irmãs, pelo apoio e incentivo.

Ao meu marido Jefferson e meus filhos, Luiz Gustavo, Jhenifer, Marcele, Mateus, para quem dedico todo meu amor;

À Prof^a Dra. Doroteia Aparecida Höfelmann, pela sua preciosa orientação, paciência e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação;

Aos colegas do Mestrado, por superarmos as adversidades impostas pela pandemia e chegarmos ao final desta jornada;

Aos enfermeiros Paulo Henrique Peixoto, Assunta Petters e Juliana Martins, pelo incentivo e auxílio neste trabalho.

À Direção do Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, na pessoa do Sr. Fernando Legnani, por permitir a realização do estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande, por entender a importância da pesquisa para a melhoria dos processos de trabalho e por incentivar o desenvolvimento profissional dos servidores.

A todos que de alguma forma colaboraram para que este trabalho se concretizasse.

“O propósito da gestão de serviços de saúde é a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações ou dos grupos aos quais os programas e serviços são dirigidos” (KUSHNIR pg.89)

“Medir o que é mensurável e tornar mensurável o que não é.” (Konrad Lorenz)

RESUMO

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo garantir o desenvolvimento da gestação sem intercorrências maternas evitáveis, e com o nascimento de uma criança saudável. Desta forma, a adequada atenção adequada ao pré-natal está relacionada a melhores resultados em desfechos para o grupo materno infantil. O trabalho teve como objetivo geral avaliar a assistência ao pré-natal e puerpério, e identificar associação com as características sociodemográficas e obstétricas, e cuidados recebidos pelas mulheres em um município da Região Metropolitana de Curitiba, PR. Trata-se de um estudo transversal, abrangendo mulheres do município de Fazenda Rio Grande (PR), cujo parto ocorreu no período de maio a dezembro de 2020 no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida. Amostra representativa de mulheres foi convidada para participar da pesquisa (n=341), selecionadas aleatoriamente a partir da listagem diária de partos. Foi realizada entrevista com as puérperas antes da alta hospitalar e por telefone após 42 dias do parto. As variáveis selecionadas para o estudo fazem parte dos protocolos de pré-natal do Ministério da Saúde e Linha Guia da Rede Materno-infantil do Paraná. Dados do pré-natal foram extraídos da carteira da gestante e os dados hospitalares do prontuário. As informações foram agrupadas em cinco índices de conformidade: IC1: exame clínico; IC2: educação em saúde; IC3: consultas; IC4: exames e vacinas e; IC5: consulta de puerpério. O pré-natal foi considerado conforme quando obteve 80% ou mais de adequação. Participaram em todas as etapas 307 mulheres; 60,6% entre 20 e 29 anos, 85,3% com mais de dez anos de estudo, 40,1% planejaram a gestação e 79,3% estavam satisfeitas com os cuidados recebidos no pré-natal. O IC1 alcançou 34,8% de conformidade, IC2 43,9%, IC3 37,2%, IC4 54,7% e IC5 13,3%. A prevalência de conformidade geral foi de 16,6%, e 0,3% das mulheres receberam todo o conjunto de cuidados listados. A probabilidade de receber atenção adequada aumentou com a faixa etária da gestante ($p=0,018$), e a menor adequação ocorreu entre as mulheres sem companheiro (10,9%) comparadas àquelas que viviam com companheiro (19,9%) ($p=0,043$) e entre as mulheres com cor de pele preta/parda (9,5%) comparadas às brancas/amarelas (20,3%) ($p=0,016$). Conclui-se que a maioria das mulheres não recebeu atenção adequada, com pior qualidade para aquelas em situação de maior vulnerabilidade social. As informações fornecem subsídios para a reorganização dos serviços visando a melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal e puerpério.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Evaluating prenatal care is important by the connection between prenatal care and outcomes, with better outcomes for women with more adequate care. The research had as a general objective evaluate health care during pregnancy and postpartum and association with characteristics of women and care received. Cross-sectional study covering women from the city of Fazenda Rio Grande, Parana State (Brazil), whose delivery occurred in the period from May to December 2020 at the municipal maternity. Sample representative was invited to participate in the research (n=341) randomly selected from the daily list of deliveries. Interviews were conducted with puerperal women before hospital discharge and by phone 42 days after delivery. Prenatal data were extracted from the pregnant women's health card and hospital data from the medical records. The variables selected are part of the prenatal guidelines and were grouped into five indexes: IC1: clinical examination; IC2: health education; IC3: consultations; IC4: exams and vaccines; IC5: puerperium consultation. Index above 80% characterized adequate prenatal care. 307 women participated in all the stages; 60.6% were between 20 and 29 years old, 65.8% white/yellow, 67.8% have a monthly family income lower than US\$ 81,00, 85.3% with more than 10 years of schooling, 64.1% lived with a partner, 50.9% have a paid occupation and 40.1% planned their pregnancy. 79.3% of pregnant women were satisfied with the care received and with the professionals who performed the care (80.4%), 83.8% recommend the health service. IC1 achieved 34,8% compliance, IC2 43,9%, IC3 37,2%, IC4 54,7% and IC5 13,3%. The overall compliance prevalence was 16.6%, and 0.3% receive the entire care bundle. The lowest compliance occurred among single women (10.9%) compared to those living with a partner (19.9%) ($p=0.043$) and among women with black skin color (9.5%) compared to white/yellow (20.3%) ($p=0.016$). Most women did not receive adequate care, with worse quality for those most vulnerable. The information provides subsidies for the reorganization of services aimed at improving access and quality of prenatal and postpartum care.

Key-words: Prenatal Care. Quality Indicators, Health Care. Outcome and Process Assessment, Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA E LOCALIZAÇÃO DE FAZENDA RIO GRANDE NO PRIMEIRO ANEL METROPOLITANO	37
FIGURA 2:	FLUXOGRAMA DA ESCOLHA DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL	45

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	QUADRO 1: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL SEGUNDO A LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL, 2020.....	32
QUADRO 2:	VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO	39
QUADRO 3:	VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA ANÁLISE DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL.....	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DAS MULHERES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020.....	46
TABELA 2:	SATISFAÇÃO COM O CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL DAS MULHERES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020.....	47
TABELA 3:	ÍNDICES DE CONFORMIDADE DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020.....	48
TABELA 4:	ASSOCIAÇÕES ENTRE ÍNDICE GERAL DE CONFORMIDADE E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, OBSTÉTRICO E SATISFAÇÃO COM A EQUIPE E PROFISSIONAIS, EM GESTANTES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020.....	49
TABELA 5:	COMPARAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES DE QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL.....	50

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 OBJETIVOS.....	20
1.1.1 Objetivo Geral.....	20
1.1.2 Objetivos Específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 RECORTE HISTÓRICO SOBRE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL.....	21
2.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE.....	26
2.3 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	27
2.3.1 Índices para avaliação da qualidade do pré-natal.....	28
2.3.2 Estratificação de risco na gestação.....	31
2.3.3 Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).....	32
2.3.4 Acompanhamento Pré-Natal No Contexto Da Covid-19.....	34
3 MÉTODOS.....	36
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	36
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	36
3.3 PARTICIPANTES.....	38
3.3.1 Critérios de inclusão.....	38
3.3.2 Critérios de exclusão.....	38
3.3.3 População.....	38
3.4 COLETA DE DADOS.....	39
3.4.1 Variáveis selecionadas para o estudo.....	39
3.5 ÍNDICES DE CONFORMIDADE DO PRÉ-NATAL.....	41
3.5.1 Índice de conformidade 1 (IC1).....	42
3.5.2 Índice de conformidade 2 (IC2).....	42
3.5.3 Índice de conformidade 3 (IC3).....	42
3.5.4 Índice de conformidade 4 (IC4).....	42
3.5.5 Índice de conformidade 5 (IC5).....	43
3.5.6 Índice Geral de Conformidade.....	43
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	43
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
3.8 APOIO FINANCEIRO.....	44
4 RESULTADOS.....	45

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, OBSTÉTRICO E SATISFAÇÃO COM O CUIDADO...	45
4.2 ÍNDICES DE CONFORMIDADE DO PRÉ-NATAL.....	48
4.2.1 Associações entre o Índice Geral de Conformidade e as características das gestantes	48
4.2.2 Comparação entre diferentes índices de qualidade do pré-natal.....	50
5 DISCUSSÃO.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES.....	57
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	70

APRESENTAÇÃO

Em um dos diálogos do livro *Alice no País das Maravilhas*, do escritor Lewis Carroll, a personagem pergunta ao Gato de Cheshire qual o melhor caminho a tomar, obtendo como resposta que, se ela não sabe aonde quer ir, não importa o caminho a tomar, qualquer caminho serve. Este diálogo traz uma possibilidade de reflexão e inquietação a respeito dos caminhos que escolhemos nas nossas atividades.

A temática gestão de serviços de saúde foi um interesse construído desde a Graduação em Enfermagem, concluída em 2011, e foi tema dos cursos de pós-graduação que concluí desde então. Ingressei no serviço público em 1998 e ao longo da minha carreira, ocupei cargos na gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Fazenda Rio Grande, sendo as últimas experiências na área de Saúde da Mulher. Estas experiências reforçaram a escolha pela temática avaliação da qualidade da assistência ao pré-natal para aprofundamento teórico pela sua importância no gerenciamento do serviço, considerando que a finalidade dos serviços de saúde é prestar um atendimento de melhor qualidade às mulheres, especialmente em um momento tão frágil como o período de gestação e puerpério.

Para a construção desta dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva cujo foco foi a avaliação da qualidade do pré-natal, organizada segundo as Normas da Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, o trabalho foi dividido em duas partes:

Na primeira parte são apresentados a Introdução sobre a qualidade do pré-natal, Objetivos Gerais e Específicos, Revisão da Literatura com um recorte histórico da assistência ao pré-natal no Brasil, assistência pré-natal, avaliação em saúde e avaliação do pré-natal, cobertura da Estratégia Saúde da Família, estratificação de risco gestacional, o acompanhamento da gestação no contexto da COVID-19 e índices utilizados na avaliação da qualidade, finalizando com os métodos utilizados para a realização do estudo.

A segunda parte inicia com os resultados por índice de conformidade, com as vinte e cinco variáveis analisadas agrupadas em cinco índices, e resumidas no índice geral de conformidade. Em seguida são apresentadas associações entre o índice geral de conformidade e perfil sociodemográfico, obstétrico e satisfação com o cuidado das gestantes incluídas no estudo. Posteriormente, foi realizada a discussão dos principais achados do estudo, comparando com dados da literatura.

Ao fim, são apresentadas as Considerações Finais, e as Atividades Complementares desenvolvidas durante o período do mestrado.

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo garantir o desenvolvimento da gestação sem intercorrências maternas evitáveis, e com o nascimento de uma criança saudável. Sociedades mais igualitárias e com maiores investimentos na assistência pré-natal apresentam melhores indicadores de saúde materna e infantil e, por outro lado, países com maior grau de desigualdade apresentam piores indicadores (SILVA *et al*, 2019). Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são considerados bons indicadores para avaliação da qualidade dos sistemas de atenção à saúde (PEREIRA, 1995; ABOUZHR, 2001).

A mortalidade infantil quando ocorre no período neonatal precoce (0 a 6 dias), está diretamente relacionada à qualidade da assistência à gestante e/ou recém-nascido. Para o cálculo da mortalidade infantil, considera-se o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Valores abaixo de 10/1000 são o padrão desejável (PEREIRA, 1995).

A mortalidade infantil teve redução nos últimos trinta anos, de 71,3/1000 nascidos vivos em 1982 para 14,0/1000 em 2015, no Brasil. O declínio está relacionado à redução das vulnerabilidades, porém as desigualdades perduram, e a mortalidade para crianças que vivem em favelas urbanas ou indígenas continua maior do que no restante da população da mesma faixa etária. Mudanças nas condições que tornam as pessoas mais vulneráveis, entre elas, acesso ao cuidado contribuem para redução da mortalidade (MENEZES *et al*, 2019).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 69% das mortes em menores de um ano, no ano de 2017, ocorreram no período neonatal e destas, em torno de 75% foram óbitos por causas evitáveis. Dentre as ações que poderiam reduzir os óbitos e considerando apenas os óbitos infantis evitáveis, a adequada atenção à mulher na gestação teve o percentual de participação nas causas de mortalidade aumentado de 31% em 2003 para 41% em 2017 (BRASIL, 2019).

A mortalidade materna se refere aos óbitos ocorridos durante a gestação ou em até 42 dias após o parto e pode ser dividido em causas obstétricas diretas ou indiretas. A razão de mortalidade materna é calculada pela relação entre o número total de óbitos maternos e o número de nascidos vivos no mesmo período e unidade geográfica, multiplicado por 100.000 (RIPSA, 2012). A razão pode ser considerada muito alta quando os valores estão acima de 150 óbitos por 100.000 nascidos vivos,

altas quando os valores estão entre 50 e 149/100.000, médias entre 21 e 49/100.000 e baixas quando a razão é menor que 20/100.000 (OMS, 2000).

No Brasil, dos óbitos maternos registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) no período de 1996 a 2018, aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Dentre as causas diretas se destacam as mortes por hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. (SVS, 2020).

A mortalidade materna pode ser considerada um fenômeno social, uma vez que está relacionada às condições de vida da população e ao acesso a serviços qualificados de assistência à saúde, e não se observa uma distribuição homogênea da mortalidade entre as regiões brasileiras, com níveis mais elevados em regiões mais vulneráveis (BRASIL, 2000). No Estado do Paraná, região Sul do país, no ano de 2017, a razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas foi de 30,5/100.000 nascidos vivos, com predomínio de óbitos maternos por causas obstétricas diretas (PARANÁ, 2018).

Estudos realizados nas regiões Norte e Nordeste do Brasil evidenciam elevadas taxas de mortalidade materna, também com predomínio para causas obstétricas diretas. As diferenças individuais sugerem um padrão de mortalidade relacionado às condições socioeconômicas, com piores índices entre as mulheres pretas ou pardas e com baixa escolaridade (BIANO *et al*, 2017; MASCARENHAS *et al*, 2017; MEDEIROS *et al*, 2018; CAMACHO *et al*, 2019; CARVALHO *et al*, 2020; SCHOLZE *et al*, 2020).

A magnitude do problema motivou a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar a incidência da mortalidade materna no Brasil, concluída em 2001. O relatório final afirmou que 98% das mortes maternas ocorreram por causas evitáveis e evidenciou que para redução da mortalidade materna no Brasil, deve ocorrer mudanças significativas na estrutura social visando eliminar a pobreza, a desigualdade, a exclusão e a violência, medidas que devem ser acompanhadas de acompanhamento pré-natal de qualidade, com alocação de recursos para a assistência, contratação e treinamento de pessoal, identificação de populações vulneráveis, entre outros apontamentos (BRASIL, 2000a).

Para uma adequada atenção à gestação, diversos aspectos devem ser considerados, envolvendo a ação profissional e ações de gestão tais como o número

de consultas de pré-natal, a realização de exames laboratoriais, educação em saúde, estratificação de risco gestacional, vinculação de gestantes de risco para centros de referência e busca ativa de casos, recursos humanos em número suficiente e devidamente capacitado, garantia de transporte sanitário e garantia de recursos para o trabalho das equipes (BRASIL, 2000a; ANVERSA *et al*, 2012; SLAUGHTER *et al*, 2013; SILVA *et al*, 2013; PEDRAZA *et al* 2013; POLGLIANE *et al*, 2014; SAAVEDRA, 2015; PARANÁ, 2018).

Para avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal, diferentes índices foram propostos, com métodos de aferição inicialmente voltados para aspectos quantitativos, como o número de consultas e a idade gestacional de início do pré-natal, contudo, o uso exclusivo destes indicadores não é suficiente para caracterizar a qualidade da atenção pré-natal de forma mais ampla. Para tanto é necessário considerar que o processo de avaliação deve ser mais abrangente, incluindo questões relacionadas ao conteúdo da atenção prestada em cada contato da gestante com o serviço de saúde, como atividades educativas, ações clínicas, estratificação de risco gestacional, entre outros aspectos (ANVERSA *et al*, 2012; SAAVEDRA, 2015). Desta forma, conhecer como está organizada a atenção ao pré-natal e ao puerpério, e como se desenvolve no cotidiano dos serviços de saúde é fundamental para subsidiar a adequação dos processos a melhores padrões de qualidade.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência à saúde na gestação e puerpério no Município de Fazenda Rio Grande (PR).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a assistência ao pré-natal a partir de um Índice Geral de Conformidade;
- Identificar associação da conformidade do pré-natal com as características sociodemográficas e obstétricas e cuidados recebidos pelas mulheres;

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão aborda inicialmente o histórico da assistência ao pré-natal no Brasil, os avanços conquistados e os desafios que ainda persistem, em seguida trata de aspectos da avaliação em saúde e detalha a avaliação da qualidade do pré-natal, abordando os seguintes aspectos envolvidos na qualidade: índices utilizados para avaliação da qualidade, estratificação de risco gestacional, cobertura da Estratégia Saúde da Família e assistência ao pré-natal no contexto da Covid.

2.1 RECORTE HISTÓRICO SOBRE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

A literatura científica do final do século 19 e início do século 20, quando tratou da saúde da mulher, abordou aspectos relacionados à sua capacidade reprodutiva. Meirelles *et al* (2004) realizaram um levantamento das “teses doutorais” apresentadas pelos médicos formados pela Universidade Federal da Bahia, a mais antiga do Brasil, no período de 1840 a 1928 e encontraram 2.502 títulos, destes, 149 (6%) trataram da saúde da mulher, dos quais 91 (61%) incluíram algum aspecto relacionado à maternidade. Os trabalhos relacionados ao parto, abordavam suas complicações e técnicas, como uso do fórceps. Não foi encontrado nenhum título de trabalho que tratasse do cuidado pré-natal (MEIRELES *et al*, 2004).

Estudos da década de 1970 apontavam a necessidade de avaliação dos serviços e realização de ações para vinculação das gestantes. As enfermeiras deveriam aproveitar os contatos com as mulheres para “educar, orientar e demonstrar” as condutas e cuidados com o recém-nascido, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil (GOMES, 1973). Outro aspecto considerado na avaliação deveria ser a qualidade do conteúdo das consultas de pré-natal, porém, a precariedade dos registros inviabilizava uma avaliação mais criteriosa (CIARI JR *et al*, 1974).

O ingresso precoce no pré-natal deveria ser incentivado. Observava-se que as mulheres de estratos socioeconômicos mais baixos procuravam assistência mais tardiamente, bem como, esta procura estava motivada por doença ou algum tipo de desconforto da gestação. A procura pelo pré-natal também era motivada pela necessidade de garantir um local para a realização do parto ou pela assistência à natalidade que o sistema nacional de previdência social oferecia a partir do oitavo

mês da gestação. Pré-natais considerados adequados alcançavam menos de 6% das gestantes (ROTTER PELÁ, 1979).

A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) realizada em 1981 evidenciava a precariedade da assistência materno-infantil, com diferenças significativas de acordo com renda e área de moradia (zona rural ou urbana). Nessa pesquisa, 25% das mulheres não receberam qualquer tipo de assistência pré-natal. Dentre as mulheres com renda menor que 25% do salário-mínimo, 46,6% não tiveram assistência e este percentual foi de 56,6% entre as moradoras da área rural. Nesta época a figura da parteira era muito respeitada e necessária, considerando que 84,3% dos partos realizados fora do hospital foram assistidos por elas. A realização do parto hospitalar foi em sua maioria (75,6%) de seguradas por algum tipo de previdência social oficial existente naquele momento (IBGE, 1981).

Evidenciava-se o elevado número de cesarianas, 45,2% dos partos realizados em São Paulo, com maior percentual em mulheres internadas por convênio ou particular. Devido às altas taxas, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) igualou, em 1980, os valores de reembolso dos partos normal e cesariana, porém até 1981 não se observou redução das taxas. As mulheres que podiam internar pelo seguro social, usufruíam do seguro e complementavam o pagamento das despesas relativas ao parto cesariano ao médico ou à instituição, quando utilizavam acomodações e hotelaria melhores, mantendo as taxas elevadas entre as mulheres com melhor nível socioeconômico (IBGE, 1981).

A opção pela cesariana era confortável para o médico que atendia a gestante. Ele não precisava mais esperar até doze horas por um parto, e podia realizar várias cirurgias por dia, desse modo, a maior parte dos nascimentos ocorria durante a semana, no período diurno (IBGE, 1981; DEL PRIORE, 2020). Em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, um marco na política de atenção à saúde da mulher, o qual reconhecia que o sistema de saúde atendia à mulher quase exclusivamente no ciclo gravídico-puerperal e mesmo assim, de forma deficiente. Este Programa foi resultado das lutas de sanitaristas e dos movimentos feministas da época e foi a primeira vez que o Estado brasileiro incluiu na sua política um programa de anticoncepção. O PAISM foi um dos importantes passos dados no caminho da Reforma Sanitária e a consolidação do SUS foi essencial para a implementação desta política (OSIS, 1998).

A implantação desse Programa gerou uma série de tensões na sociedade. Se por um lado, os movimentos sociais comemoravam a implantação da política de atenção integral, por outro lado, a igreja católica proibia o uso de anticoncepcionais entre os fiéis e julgava um ato criminoso a sua distribuição pelo Estado. Alguns setores do governo alegavam que o Brasil possuía regiões de vazios populacionais que precisavam ser ocupados e atacavam as políticas de planejamento familiar (DEL PRIORE, 2020).

O Ministério da Saúde publicou em 1984 o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” que serviu de apoio para o PAISM.

Em relação à atenção à mulher - objeto primordial desta proposta - os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984, pg. 6).

Esta política era uma das estratégias do Ministério da Saúde para ampliar a rede básica de serviços, em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social e seria um passo em direção à assistência integral. O documento de 26 páginas está dividido em três linhas: assistência clínico-ginecológica; assistência pré-natal; assistência ao parto e ao puerpério imediato. Estabelece, sem detalhamento, as bases para o cuidado, enfatiza a necessidade de ampliação da rede básica em todo o território nacional, capacitação de recursos humanos, acompanhamento, controle e avaliação das ações e assessoria permanente aos estados e municípios na implementação da Política (BRASIL, 1984).

Em 1986 foi publicada a primeira edição do Manual de Assistência Pré-natal, atualizado em 1988 e 1998. Esta norma buscava oferecer parâmetros para a oferta de serviços e sistematizava o acompanhamento da gestação. Para avaliação da assistência, o manual orientava a utilização dos dados dos registros perinatais para identificar problemas na população-alvo e no desempenho do serviço e permitir mudanças de estratégias para melhor qualidade assistencial. Neste manual consta o sistema de referência para o parto, evitando a perambulação das mulheres no final da gestação à procura de uma maternidade, o que era uma realidade (BRASIL, 1998).

Para uma prática mais humanizada de atenção ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde orientava que esta ação deveria começar no pré-natal, que é um espaço privilegiado para as práticas educativas. As equipes deveriam abordar a mulher em relação à importância do pré-natal e práticas obstétricas respeitadas e promotoras de bem-estar para mãe e filho (BRASIL, 2000b).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Este esforço tinha como objetivos: reduzir os indicadores de morbimortalidade perinatal, neonatal e materna; melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal, parto e puerpério; ampliar ações de qualificação dos locais de parto com incremento de recursos e investir no treinamento das parteiras tradicionais e profissionais de saúde (BRASIL, 2000b).

Para incentivar os municípios e maternidades, o PHPN distribuía incentivos financeiros conforme o alcance de algumas metas registradas no Sis prenatal¹. Para cada gestante registrada o município recebia o valor de dez reais; os retornos da gestante e exames deveriam ser registrados no sistema sob pena de impossibilitar o recebimento do recurso. Na conclusão do pré-natal (realização de seis consultas, cinco exames de laboratório obrigatórios, vacinação antitetânica, realização do parto e consulta de puerpério) o município recebia o valor de quarenta reais. A maternidade recebia esse mesmo valor como incentivo ao parto (BRASIL, 2000b). Estes incentivos financeiros era uma estratégia para que fosse garantido às gestantes acesso à assistência pré-natal de maior qualidade e garantia de referência segura para a realização do parto.

Em 2004, foi adotada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Esta considerava a diversidade dos municípios brasileiros e reconhecia que os processos de adoecimento e morte da população feminina estavam ligados às condições de trabalho, raça, renda e gênero. O acesso à assistência pré-natal se mantém com o mesmo perfil levantado pela PNAD-81 (IBGE, 1981), mulheres pobres, nordestinas e moradoras das áreas rurais se mantinham como o grupo com piores condições de acesso e assistência, evidenciou-se também que a atenção puerperal não havia sido consolidada (BRASIL, 2004).

¹ Sis prenatal é um *software* desenvolvido pelo DATASUS para registro dos dados de pré-natal das gestantes e servia para monitoramento da assistência prestada. Esse sistema foi descontinuado em 2017.

No ano de 2011, foi lançada a Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, intimamente relacionada ao PHPN e pretendia implementar um novo modelo assistencial com foco na atenção ao parto e nascimento, garantia do acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade infantil no componente neonatal. A Rede Cegonha se estruturou a partir de quatro componentes: 1) pré-natal; 2) parto e nascimento; 3) puerpério e atenção integral à criança e; 4) transporte sanitário e regulação. Cada componente contém uma série de ações para uma adequada atenção à saúde. A Rede Cegonha inovou ao propor a formação de grupos condutores para mobilização dos dirigentes políticos, apoio à organização dos processos de trabalho para implementação da rede, identificação e solução de pontos críticos e monitoramento e avaliação do processo (BRASIL, 2011).

A Pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012, incluiu 17.117 mulheres com parto financiado pelo SUS e os resultados apontam para a continuidade dos problemas estruturais levantados nos estudos realizados anteriormente. Conforme dados extraídos da pesquisa apenas 59% das mulheres foram orientadas sobre a maternidade de referência; 60% iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre e 25% sem receber o número mínimo de seis consultas de pré-natal; 52% dos nascimentos foram por cesariana no setor público e 88% no setor privado, embora quase 70% das mulheres iniciarem o pré-natal com desejo de realizar o parto via vaginal; apenas 5% das mulheres que tiveram parto vaginal não foram submetidas à intervenções excessivas e sem recomendação para uso rotineiro (LEAL *et al*, 2014). As diferenças regionais na qualidade da assistência permanecem, a proporção de mulheres sem nenhuma assistência foi 60% maior na região Norte que a média nacional. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tiveram maior prevalência de início precoce do pré-natal e a região Sudeste a maior cobertura (LEAL *et al*, 2020).

Neste recorte histórico da atenção à saúde da mulher no Brasil evidenciou-se que houve avanço nas políticas públicas em direção à assistência integral, bem como a melhoria dos indicadores, porém, persistem deficiências no sistema e iniquidades, considerando que os problemas que devem ser enfrentados hoje são os mesmos das décadas passadas: mortalidade materno-infantil com índices acima do recomendado, taxas de cesarianas altas, assistência pré-natal deficiente, distribuição desigual dos recursos assistenciais nas regiões brasileiras e dificuldades de acesso das mulheres com nível socioeconômico mais baixo.

2.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE

A avaliação e o monitoramento de programas e serviços de saúde deve permear todas as suas fases, desde sua implementação até o fim da ação e se basear em princípios científicos. Avaliar é aplicar um julgamento a uma intervenção “através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas” permitindo a construção de julgamentos que se traduzem em uma ação mais racional e uma melhor decisão. Avaliações realizadas de forma sistemática podem ajudar no planejamento de intervenções, fornecer informações para melhorar uma intervenção, determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ou não ser mantida, transformada ou interrompida e contribuir para o progresso do conhecimento (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

As avaliações em saúde, de modo geral, são mais concentradas em avaliações do tipo normativas do que em pesquisas avaliativas. A avaliação normativa é uma avaliação administrativa, realizada segundo parâmetros previamente estabelecidos. Na pesquisa avaliativa, a avaliação é considerada um processo, integrando avaliadores e avaliados, oposta à avaliação normativa, inserindo-se na modalidade investigação avaliativa e acrescenta à avaliação normativa os elementos de contexto. Permitem ainda a prestação de contas aos atores envolvidos, inclusive aos financiadores e aprimoram o processo de tomada de decisão. (MINAYO, 2005; CRUZ E SANTOS, 2007).

Avedis Donabedian pode ser considerado “o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação de qualidade dos serviços de saúde” (REIS *et al*, 1990). O modelo criado por Donabedian na década de 1960 se baseava na coleta de dados sobre estrutura, processos e resultados. No aspecto estrutural o modelo avalia recursos e insumos e a organização para o exercício das atividades (processos). O resultado é o impacto da ação sobre a saúde das pessoas. Para uma boa avaliação de um serviço estes três aspectos devem ser considerados (VIEIRA, 2011).

Na avaliação do processo estão a oferta de exames para diagnósticos, medicamentos e consultas. Finalmente, para avaliar os resultados são utilizados os indicadores de saúde da população assistida, que refletem a qualidade do cuidado, melhorando ou piorando ao longo do tempo (REIS *et al*, 1990).

2.3 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Para ampliação do acesso e da qualidade do pré-natal, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 569/2000. Este programa tinha como objetivos prestar uma melhor assistência à mulher no pré-natal e puerpério e reduzir as mortalidades maternas e infantis por causas evitáveis. Para incentivar os municípios a aderirem ao programa, o Ministério da Saúde definiu nesta Portaria recursos para custeio se os municípios cumprissem alguns requisitos que garantiriam uma adequada atenção à gestante no pré-natal. Neste documento, o Ministério da Saúde orienta a utilização de um grupo de indicadores para avaliação da qualidade da assistência, divididos em indicadores de processo, indicadores de resultado e indicadores de impacto (BRASIL, 2000b).

No ano de 2011, foi publicada a Portaria nº 1459 que cria a Rede Cegonha. Esta Portaria estabelece uma série de ações a serem realizadas pelos municípios contratualizados e um conjunto de indicadores para diagnóstico (BRASIL, 2011). No mesmo ano, foi implantado o Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB. Este programa procura avaliar as condições estruturais da unidade, aspectos organizacionais e do processo de trabalho para certificação das equipes. O processo de avaliação acontece em três fases: a adesão do município com a contratualização de compromissos; avaliação externa e certificação. O desempenho das equipes é avaliado para um conjunto de padrões determinados, avaliação de indicadores e um momento auto avaliativo. Ao final, as equipes foram classificadas de acordo com seu desempenho em cinco níveis: Ótimo, Muito Bom, Bom, Regular e Ruim. A terceira fase é a recontratualização, na qual acontece nova pactuação (BRASIL, 2017a).

Segundo o manual do PMAQ, os critérios para avaliação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério são: 1) a realização de um elenco mínimo de exames laboratoriais (ABO Rh; coombs indireto; dosagem de hemoglobina e hematócrito; glicemia de jejum; teste oral de tolerância à glicose; sorologia para HIV; sorologia para sífilis; sorologia para hepatite B; sorologia para toxoplasmose; testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; parcial de urina e urocultura); 2) realização de consulta de pré-natal; 3) forma de marcação de consulta para a gestante na unidade de saúde; 4) utilização ou não de protocolo para estratificação de risco da gestante; 5) realização do exame VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) para

detecção da sífilis, em tempo oportuno para as intervenções necessárias; 6) aplicação de penicilina G benzatina na unidade de saúde; 7) organização de grupos de educação em saúde para pais/gestantes; 8) realização da consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe (BRASIL, 2017a).

Estudo realizado com dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), segundo ciclo, aponta que, a atenção ao pré-natal foi considerada inadequada em todo o País, tanto na dimensão do acesso como da qualidade. Somente 1% das ações clínicas ofertadas pelo pré-natal foram consideradas adequadas, com a realização de todas as ações preconizadas. A pesquisa aponta ainda que investimentos no setor saúde para fortalecimento das políticas públicas são imprescindíveis para reduzir desigualdades e garantir acesso e aprimorar os cuidados às gestantes (GUIMARÃES *et al*, 2018).

O início do pré-natal, antes da 14^a semana de gestação e a realização de seis ou mais consultas foram apontados em diversos estudos como importantes indicadores de qualidade. Adicionalmente, persistem barreiras de acesso que devem ser solucionadas (MARTINELLI *et al*, 2014; LEAL *et al*, 2017; SILVA *et al*, 2018; LUZ *et al*, 2018; SANINE *et al*, 2019). Características individuais das gestantes, como cor da pele e escolaridade, exercem interferências negativas nos desfechos das gestações (MARTINELLI *et al*, 2014), achado reforçado por Sanine *et al* (2019) que relataram dificuldades de acesso a exames laboratoriais e ultrassonografias, além do desconhecimento das maternidades de vinculação.

2.3.1 Índices para avaliação da qualidade do pré-natal

Para análise da adequação do pré-natal podem ser utilizados diferentes índices que apresentam variações no método de aferição. Os índices APNCU - *Adequacy of Prenatal Care Utilization* de Kotelchuk e o Índice de Kessner são índices que combinam dois critérios para avaliação da qualidade (TAKEDA, 1993; KOTELCHUK, 1994).

O índice APNCU combina o mês de início do pré-natal e o número de consultas corrigidas para a idade gestacional. Este índice classifica o pré-natal como adequado superior, quando o pré-natal inicia antes do quarto mês e são realizadas 110% ou mais das consultas preconizadas para a idade gestacional; adequado, quando o pré-natal inicia antes do quarto mês e são realizadas de 80 a 109% das

consultas preconizadas; intermediário, quando inicia antes do quarto mês e são realizadas de 50 a 79% das consultas e inadequado, quando inicia após o quarto mês e são realizadas menos de 50% das consultas. A partir do ano de 2014, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar a informação de adequação do pré-natal através do índice de Kotelchuk, na base de dados das informações sobre nascidos vivos (BRASIL, 2018).

O Índice de Kessner combina a idade gestacional no início do pré-natal e o número de consultas realizadas. Segundo este índice, um pré-natal é adequado quando inicia antes de 20 semanas e são realizadas seis ou mais consultas de pré-natal; inadequado quando inicia após 28 semanas ou são realizadas três consultas ou menos e intermediário nas demais situações.

Silva et al (2013) elaboraram um novo modelo de avaliação, com a utilização de um índice denominado IPR/Pré-natal, que combina dados relacionados à estrutura, processos e resultados, cujas variáveis foram retiradas do PHPN, e que cada item é classificado com adequado ou inadequado e a partir da porcentagem de itens adequados classifica-se o pré-natal como adequado superior (100%), adequado (75%), intermediário (51 a 74%) e inadequado (<50%). Ao comparar com os índices de Kessner e APNCU concluíram que o IPR foi mais consistente por considerar aspectos mais abrangentes na assistência prestada, reforçando a necessidade de incluir questões relacionadas ao conteúdo do pré-natal, como a realização de exames, atividades educativas, disponibilidade de recursos materiais e humanos, entre outros aspectos, para uma avaliação mais adequada (SILVA et al, 2013).

Nesse sentido, alguns autores concordam que é inadequado avaliar a qualidade da assistência apenas considerando o número de consultas e idade gestacional de ingresso no pré-natal, e que outros critérios devem ser incluídos para avaliação. Os critérios encontrados foram: a realização de exames laboratoriais, atividades educativas, orientação nutricional, vacinação antitetânica e contra hepatite B, estratificação de risco gestacional, acesso ao pré-natal, infraestrutura, realização de procedimentos obstétricos (ausculta de batimentos cardíaco-fetais, aferição da pressão arterial, medida da altura uterina, avaliação das mamas, exame ginecológico), diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e consulta de puerpério até 42 dias após o parto. Os trabalhos que utilizaram índices com mais critérios além do número de consultas e mês de início do pré-natal encontraram

piores resultados de adequação (ANVERSA, et al, 2012; SLAUGHTER et al, 2013; SILVA, et al, 2013; PEDRAZA, 2013; POLGLIANE et al, 2014; SAAVEDRA, 2015).

Para avaliação da adesão do pré-natal aos conteúdos recomendados são utilizados como instrumentos a consulta a prontuários, sistemas informatizados e carteira da gestante, porém, a qualidade dos registros pode comprometer os resultados pela incompletude das anotações. O cartão da gestante é um documento essencial para registro das ações realizadas no pré-natal. Santos Neto *et al* (2012) e Polgliane *et al* (2014) apontaram para a falta de registros nas carteiras, o que dificulta a análise da assistência. Por outro lado, Andreuci *et al* (2011) avaliaram os dados das carteiras de gestantes e compararam com o sistema de informação do pré-natal – SISPRENATAL e encontraram melhores registros nas carteiras, exceto a primeira consulta, que era um registro obrigatório no sistema para abertura do pré-natal. Este sistema foi descontinuado pelo Ministério da Saúde em 2017 (BRASIL, 2017b).

As populações mais vulneráveis apresentam maior inadequação do pré-natal, como adolescentes, mulheres com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e multiparidade, o que revela iniquidades na assistência. Estudos apontam que a análise do pré-natal também deve ser relacionada às características sociodemográficas maternas, dados que podem revelar populações com mais dificuldade de acesso aos serviços e com piores índices de qualidade. Ao realizar uma avaliação mais ampla, desvelam-se iniquidades que devem ser enfrentadas (VILARINHO et al, 2012; POLGLIANE et al, 2014; SAAVEDRA, CESAR, 2015; GOUDARD et al, 2016; TOMASI et al, 2017; SILVA et al, 2019; ESPOSTI et al, 2020).

Com relação aos desfechos das gestações, os trabalhos que utilizaram esta categoria relacionaram principalmente o baixo peso ao nascer e partos prematuros como variáveis ligadas ao pré-natal inadequado. O contato mais qualificado com o serviço de saúde reduziu em 24% a possibilidade de uma bebê com baixo peso ao nascer e em 12% a ocorrência de um parto prematuro (SLAUGHTER et al, 2013).

Os modelos de avaliação analisados vão ao encontro do modelo criado por Donabedian na década de 1960, o qual se baseava na coleta de dados sobre estrutura, processo e resultado. No aspecto estrutural, o modelo avalia recursos e insumos e a organização para o exercício das atividades, os processos são o conjunto de ações realizadas na assistência à usuária e o resultado é o impacto de

tais ações sobre a saúde das pessoas. Para uma boa avaliação de um serviço estes três aspectos devem ser considerados (VIEIRA, 2011).

2.3.2 Estratificação de risco na gestação

A identificação de fatores de risco é essencial para a orientação do planejamento individual do acompanhamento pré-natal. Segundo o parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde, 15% das gestações serão estratificadas como de alto risco. A OMS estima que 20 a 30% das gestações se enquadram em critérios de alto risco (BRASIL, 2012b; OMS, 2015).

O Protocolo de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde e o Protocolo da Rede Mãe Curitibana informam que as gestações de alto risco serão estratificadas como alto ou médio risco de acordo com as características individuais e sociodemográficas desfavoráveis, intercorrências nas gestações anteriores, condições clínicas preexistentes, exposição a agentes teratogênicos, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas. A gestante deve ser estratificada em cada consulta de pré-natal e para definir o estrato, predomina o critério relacionado ao maior risco (BRASIL 2012b; CURITIBA, 2012).

As gestações de risco intermediário são assim classificadas devido aos fatores relacionados às características individuais, socioeconômicas e familiares, história reprodutiva anterior e algumas condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual (PARANÁ, 2020a).

As principais complicações que resultam em mortalidade materna são a hipertensão (eclampsia/pré-eclâmpsia) e hemorragias graves, complicações que representam quase 75% das mortes maternas (OPAS, 2018). Estudo realizado em Recife indicou transtornos hipertensivos, hemorragias e infecções como as principais complicações que resultaram em morte materna por causas obstétricas diretas (LEITE *et al*, 2011).

Estudo realizado em um hospital colombiano no período de 2009 a 2011 observou que os fatores de risco mais frequentes nas gestações analisadas foram o hipotireoidismo, hipertensão arterial crônica, epilepsia e eclampsia/pré-eclâmpsia (VÉLEZ *et al*, 2013). No Brasil, estudos apontam que os fatores de risco que mais motivaram o encaminhamento de gestantes para os ambulatórios de alto risco foram a hipertensão arterial, seguida do diabetes mellitus e cardiopatias (BRASIL, 2013; SILVA *et al*, 2018)

Os critérios para estratificação do risco gestacional no estado do Paraná sofreram modificações no ano de 2020 e a revisão da Linha de Cuidado Materno-Infantil entrou em vigor a partir do mês de março e estabeleceu a estratificação descrita no QUADRO 1.

QUADRO 1: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL SEGUNDO A LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL, 2020

Estrato	Critérios
Habitual	Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, inclusive: IMC<40; até 2 abortos em gestações anteriores; ameaça de aborto; hipotireoidismo; tabagismo (Fageström <8 pontos); etilismo sem dependência; anemia fisiológica da gestação; depressão e ansiedade leve; sífilis primária ou secundária, sem resistência ao tratamento e sem achados suspeitos de sífilis congênita.
Intermediário	Idade <15 ou >40 anos; <3 anos de estudo; em situação de vulnerabilidade (situação de rua, quilombolas, indígenas ou migrante); gestante preta ou parda; tabagismo com dependência muito elevada (Fageström 8 a 10 pontos); etilismo com indicativo de dependência; óbito fetal (natimorto) em gestação anterior); pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior); cirurgia bariátrica prévia ou estabilizada (>2 anos de pós-operatório) e sem comorbidade; diabetes gestacional não insulínica.
Alto Risco	Dependência de drogas ilícitas; IMC >40; cardiopatia em tratamento; cirurgia bariátrica prévia (<2 anos) com peso não estabilizado); cirurgia uterina prévia fora da gestação; colelitíase com repercussão na gestação; diabetes mellitus I e II; doenças autoimunes; doenças hematológicas; doenças neurológicas; citopatológico com lesão de alto grau ou mamografia BIRADS >=4; hipertensão arterial crônica; hipertireoidismo; histórico de tromboembolismo; má formação útero vaginal; nefropatias em tratamento ou com repercussão na gestação; neoplasias; pneumopatias descompensadas ou graves; psicose ou depressão graves; aborto de repetição; 3 ou mais cesáreas anteriores; anemia grave; diabetes gestacional insulínica; doenças infectocontagiosas; doença hemolítica perinatal; gestação gemelar; infecção do trato urinário recorrente ou pielonefrite na atual gestação; incompetência istmo-cervical; má formação fetal; macrosomia fetal; oligodrâmnio ou polidrâmnio; acretismo placentário; placenta prévia; restrição de crescimento intrauterino; síndromes hipertensivas na gestação; trabalho de parto prematuro; tromboembolismo na gestação; trombofilias na gestação; senescência placentária com comprometimento fetal.

IMC=Índice de Massa Corporal

FONTE: PARANÁ, 2020a

2.3.3 Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)

A qualidade do pré-natal também está relacionada ao acesso aos serviços de saúde, que por sua vez, está condicionado à existência de um número mínimo de trabalhadores para determinada população. O Programa Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 como uma estratégia para a reorganização da atenção básica à saúde e consolidação do Sistema Único de

Saúde (SUS). Na perspectiva do PSF a família passa a ser vista como ponto central da atenção, considerando o ambiente em que vive e as teias de relações que se processam nesse espaço social. Em 2006 passou a ter caráter permanente e passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL,1997; BRASIL, 2012a).

Desde a implementação uma de suas diretrizes é a atuação em um território de abrangência delimitado e com número máximo de pessoas recomendado para acompanhamento de acordo com a densidade populacional, acesso aos serviços, vulnerabilidade e outros critérios de relevância local. Este número máximo era de 4.500 pessoas em 1997 (BRASIL, 1997) e 4.000 pessoas e média de 3.000 pessoas em 2012 (BRASIL, 2012a). Atualmente a Política Nacional de Atenção Básica em vigor, recomenda que cada Equipe seja responsável por, no máximo, 3.500 pessoas e que quanto maior a vulnerabilidade da população, menor deve ser o número de pessoas adscritas (BRASIL, 2017c).

A atuação da ESF em territórios delimitados tem como princípio assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção para determinada população. A organização do território deve levar em consideração as relações entre as regiões, barreiras de acesso, vulnerabilidades sociais e situação de saúde das pessoas do território. Organizar o território é, portanto, a primeira etapa para que ocorram mudanças nos processos de trabalho para uma melhor assistência à saúde da população (TEIXEIRA *et al*, 1998).

A relação entre cobertura da ESF e melhores indicadores de saúde foram apontadas em diversos estudos. Um exemplo dessa relação é a Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ISCAB), que apresentou correlação negativa com a cobertura da ESF. Também houve redução das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em municípios com melhor cobertura (PINTO; GIOVANELLA, 2018; PEREIRA *et al*, 2020). Crianças que viviam em áreas cobertas pela ESF possuíam piores condições socioeconômicas e sanitárias, porém as taxas de internação e de consultas médicas se aproximou de grupos que não estavam em áreas cobertas pelo ESF, logo, residir em território coberto por uma equipe da ESF foi um fator favorável à saúde das crianças, reforçando que boa cobertura promove o acesso da população aos serviços, corrigindo desigualdades (OLIVEIRA *et al*, 2019).

2.3.4 Acompanhamento Pré-Natal no contexto da Covid-19

Declarado no início do mês de março/2020, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (SARS-CoV-2), por meio da Portaria nº 454/2020, a qual dispõe que, considerando a condição de transmissão comunitária do coronavírus (SARS-CoV-2) deve-se envidar todos os esforços em reduzir a transmissibilidade e oportunizar manejo adequado dos casos leves na rede de atenção primária à saúde e dos casos graves na rede de urgência/emergência e hospitalar (BRASIL, 2020).

Quanto à disseminação, sabe-se até o momento que o novo coronavírus é transmitido pelo contato direto, principalmente por meio de gotículas respiratórias e pelo contato indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas, de forma semelhante com que outros patógenos respiratórios se espalham (ANVISA, 2020). Dessa forma e considerando o curso da pandemia coronavírus, os serviços de saúde foram orientados a elaborar planos de contingência para o atendimento dos usuários, reduzindo o risco de transmissão para os usuários e para os trabalhadores da linha de frente do enfrentamento.

Conforme a Nota Orientativa nº 09 expedida pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, as condições de saúde tempo-dependentes não devem ter seu atendimento interrompido, devem ser realizadas em ambiente seguro e respaldado nas melhores evidências científicas. As gestantes e puérperas fazem parte da população com fatores de risco para Covid-19 e a vigilância deve ser maior no terceiro trimestre. Na Atenção Básica orienta-se que gestantes estratificadas como Risco Habitual e sem comorbidades podem ter consultas mais espaçadas, exceto a partir das 36 semanas de gestação. As gestantes de Alto Risco e Risco Intermediário com comorbidades devem ter suas consultas de pré-natal mantidas e orientadas sobre as precauções respiratórias (PARANÁ, 2020b).

No bojo destas orientações, a Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo optou por manter o atendimento às gestantes com critérios de risco com algumas restrições, tais como não permitir a presença de acompanhante e o agendamento de apenas uma gestante por hora para cada profissional. As demais gestantes passaram a ter as consultas mais espaçadas e ser monitoradas remotamente (FAZENDA RIO GRANDE, 2020).

Além destas medidas, todas as atividades coletivas foram canceladas por tempo indeterminado, o que prejudicou a realização das atividades de educação em

saúde com os grupos de gestantes bem como o monitoramento mais assíduo deste grupo.

A preocupação com o seguimento das gestantes se justifica pelas taxas de mortalidade neste grupo pela Covid-19, conhecidas até agora, com taxa de letalidade maior que na população geral (SOUZA; AMORIN, 2021). Uma crítica ao Ministério da Saúde relatada nos estudos está no fato de não ter instituído ampla testagem para as gestantes na admissão nas maternidades utilizando testes moleculares. O acesso ao pré-natal piorou no período de pandemia, deixando as gestantes com maiores dificuldades, porém a magnitude deste problema somente poderá ser revelada com a realização de estudos posteriores (SANTOS et al, 2020; TAKEMOTO et al, 2020; SOUZA; AMORIN, 2021).

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal, abrangendo mulheres cujo parto ocorreu no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, do município de Fazenda Rio Grande (PR), no período de maio a dezembro de 2020.

Esta pesquisa faz parte de um projeto denominado “Estudo das condições de vida e saúde na gestação e puerpério” que tem por objetivo geral investigar as condições de vida e saúde na gestação, puerpério e primeiro ano pós-parto, em mulheres e crianças que realizam o acompanhamento em serviços de saúde.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O município de Fazenda Rio Grande, contava com 100.209 pessoas, segundo projeção para o ano de 2020 (IBGE, 2020). A população feminina em idade fértil (10 a 49 anos), representava em 2010, data do último Censo Demográfico, 34,1% da população total. A taxa bruta de natalidade em 2018 foi de 20,07/1000 habitantes, maior que a do Estado do Paraná, que foi de 13,73/1000 habitantes (IPARDES, 2019). A taxa de fecundidade foi de 2,28 filhos/mulher, enquanto a taxa do Paraná foi de 1,86 filhos por mulher (IBGE, 2010). No ano de 2015, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 19,1 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos, com redução para 7,1/1000 em 2016. Nos anos seguintes, houve aumento, com resultados de 12,2/1000 em 2017, 14,22/1000 em 2018 e 15,7/1000 em 2019. Segundo o período, a ocorrência do óbito na primeira semana de vida foi de 56,6% em 2019 e 50% em 2018. (FAZENDA RIO GRANDE, 2019).

O Índice de Desenvolvimento Humano registrado em 2010 foi de 0,720 o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto. O Índice de Gini registrado em 2010 foi de 0,4922. Este índice mede o grau de concentração de renda, variando de 0 a 1, sendo que o valor 0 representa uma situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda e o valor 1 representa uma situação de total desigualdade (IPARDES, 2019).

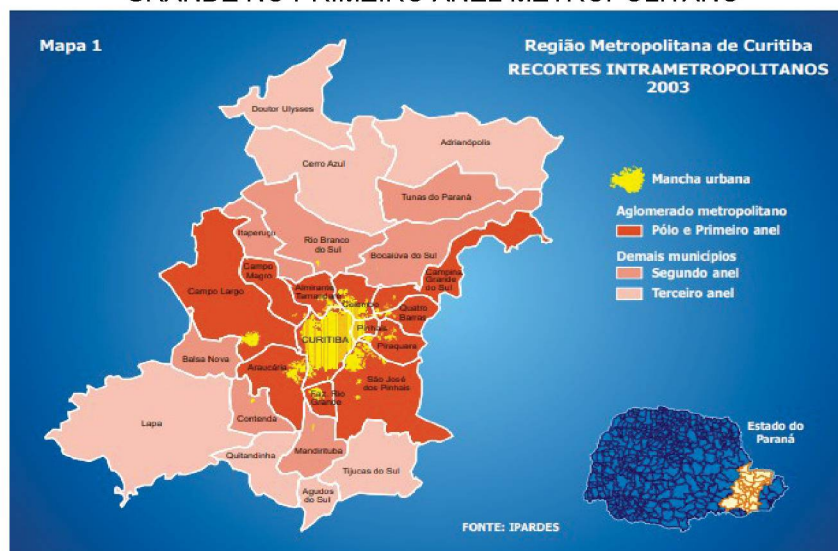
Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 2,14% trabalhavam no setor agropecuário, 0,33% na indústria extrativa, 16,21% na indústria de transformação, 11,30% no setor de construção, 0,83% nos setores de

utilidade pública, 15,08% no comércio e 41,72% no setor de serviços (IBGE, 2010).

Fazenda Rio Grande é um dos doze municípios que fazem parte do aglomerado metropolitano de Curitiba, localizado dentro do primeiro anel metropolitano e ao longo das décadas apresentou crescimento intenso decorrente da ocupação dos espaços por empreendimentos imobiliários voltados para moradias populares. Inicialmente se vendiam lotes para autoconstrução e a partir da implantação do Programa Minha Casa Minha Vida em 2009, passou a receber unidades habitacionais prontas para pessoas que se enquadravam nos critérios do programa. O crescimento não foi acompanhado dos investimentos necessários em infraestrutura como escolas, unidades de saúde e creches (BALISKI, 2017).

Na FIGURA 1 está apresentada a localização do município na Região Metropolitana de Curitiba.

FIGURA 1: REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA E LOCALIZAÇÃO DE FAZENDA RIO GRANDE NO PRIMEIRO ANEL METROPOLITANO



Fonte: IPARDES, 2004.

O município conta com uma maternidade financiada com recursos exclusivos do SUS e sob gestão municipal e a coleta de dados ocorreu neste estabelecimento. O Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida – HMNSA está habilitado como um hospital geral e possui 32 leitos ativos (CNES, 2020). Permaneceu fechado para reforma no período de 2017 a 2020, sendo reaberto em janeiro de 2020. Dentro da Linha Guia da Rede Materno Infantil do Estado do Paraná é referência para todas as gestantes do município estratificadas como Risco Habitual (PARANÁ, 2018).

Com relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família, no ano de 2020, a cobertura oficial foi de 61,9%. A cobertura das equipes de saúde bucal no mesmo ano foi de 32,6% (DAB/MS/2020).

3.3 PARTICIPANTES

3.3.1 Critérios de inclusão

A população do estudo foram: mulheres no período do puerpério, captadas antes da alta hospitalar, que concordaram em participar da pesquisa, e cujo parto ocorreu no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida em Fazenda Rio Grande, no período de maio a dezembro de 2020.

3.3.2 Critérios de exclusão

Mulheres que realizaram pré-natal total ou parcialmente na rede privada, que realizaram pré-natal em outros municípios, total ou parcialmente, que não concordaram em participar da pesquisa,

3.3.3 População

Estimou-se a realização de 90 partos mensais na Instituição pelos dados de internação anteriores ao fechamento, o que ao final do ano totalizaria 1.080 nascimentos. Para a amostra foi considerada prevalência do desfecho de 50%, para gerar maior tamanho de amostra, margem de erro de 5 pontos percentuais, nível de confiança de 95%, totalizando 284 gestantes. Considerando possíveis perdas e/ou recusas das mulheres em participar, foi acrescido percentual de 20% totalizando 341 gestantes convidadas a participar do estudo. As estimativas foram realizadas no programa *OpenEpi*, versão 3. A partir da lista de partos diários, as mulheres foram cadastradas em uma planilha eletrônica *online* (Planilhas Google) para posterior sorteio.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (APÊNDICE 1) aplicado às mulheres antes da alta hospitalar, compreendendo dados socioeconômicos e cuidados recebidos durante o pré-natal. Os dados referentes ao pré-natal foram extraídos da carteira da gestante e os dados hospitalares foram coletados do prontuário de internamento.

Após 42 dias do parto, a pesquisadora realizou contato com as mulheres para a conclusão da pesquisa, com a coleta de dados relacionados aos cuidados puerperais. Este contato foi realizado por telefone ou por troca de mensagens através do aplicativo *WhatsApp*, conforme a escolha da mulher na primeira abordagem, que também indicou o melhor horário para contato.

Este trabalho utilizou o instrumento desenvolvido para a pesquisa “Estudo das Condições de Vida e Saúde de Gestantes e Puérperas”, que avalia diversos indicadores relacionados à gestação, assistência à saúde e as condições de vida de mulheres, e seus filhos no Município de Colombo, Paraná (PR) no período de 2018 a 2022.

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica utilizando o programa *Microsoft Office Excel*, com dupla checagem para minimizar erros e perdas de informação.

3.4.1 Variáveis selecionadas para o estudo

No QUADRO 2 são apresentadas as variáveis selecionadas para descrição do perfil socioeconômico e obstétrico das participantes.

QUADRO 2: VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

Variável	Categorização	Classificação	Fonte de informação
Idade no momento do parto (anos)	Até 19 20-29 30 ou mais	Quantitativa contínua, categórica ordinal	Prontuário
Ocupação remunerada	sim não	Categórica dicotômica nominal	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Renda familiar per capita	< R\$ 154,00 R\$ 154,00 a R\$ 446,00 >R\$ 446,00	Categórica ordinal	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados

continua

continuação

Variável	Categorização	Classificação	Fonte de informação
Convivência conjugal	Sem companheiro Com companheiro	Categórica nominal	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Cor da pele	Branca/amarela Preta/parda	Categórica nominal	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Anos de estudo	Até 5 6 a 9 10 e +	Categórica ordinal	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Planejamento da gestação	Sim Não	Categórica Nominal dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Número de gestações Anteriores	0 1 2 ou mais	Quantitativa discreta	Carteira de gestante

FONTE: elaborado pela autora (2021)

Para análise da adesão ao conteúdo preconizado para uma adequada assistência pré-natal foram utilizados critérios dos protocolos de pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018), cujas variáveis encontram-se descritas no QUADRO 3.

QUADRO 3: VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA ANÁLISE DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL

Variável	Categorização	Classificação	Fonte da Informação
Exame das mamas	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Medida da altura uterina	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Aferição da pressão arterial	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Exame preventivo do câncer de colo uterino	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Exame ginecológico	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Educação em Saúde - alimentação e ganho de peso	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Educação em Saúde – amamentação	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados

Continua

continuação

Variável	Categorização	Classificação	Fonte da Informação
Educação em Saúde - cuidados com a criança	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Educação em Saúde - importância do exame preventivo	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Educação em Saúde – orientações sobre a via de parto	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
Início do pré-natal até 12 semanas	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Estratificação do risco gestacional em todas as consultas	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Estratificação do risco gestacional concordante com o protocolo	Sim Não	Categórica dicotômica	Protocolo
Realizou 6 ou mais consultas de pré-natal	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Realização de consulta odontológica	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Realização exames laboratoriais 3 rotinas	Sim, 1ª rotina Sim, 2ª rotina Sim, 3ª rotina	Categórica ordinal	Carteira de gestante
Realização de pelo menos uma ecografia obstétrica no SUS	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Realização de teste rápido HIV	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Realização de teste rápido sífilis	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Realização de vacina contra tétano	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
Realização de vacina contra hepatite B	Sim Não	Categórica dicotômica	Carteira de gestante
1ª Consulta de puerpério até 10 dias pós-parto	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados
2ª Consulta de puerpério 42 dias pós-parto	Sim Não	Categórica dicotômica	Entrevista/ Instrumento de Coleta de Dados

FONTE: elaborado pela autora (2021).

Legenda: SUS – Sistema Único de Saúde; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

3.5 ÍNDICES DE CONFORMIDADE DO PRÉ-NATAL

Para avaliação da conformidade do pré-natal, as variáveis foram agrupadas em cinco índices de conformidade por similaridade e, ao final, categorizados segundo o índice geral de conformidade como adequado ou inadequado.

3.5.1 Índice de conformidade 1 (IC1)

O IC1 agrupa as variáveis relacionadas ao exame físico das gestantes. Neste índice foram avaliados cinco itens: 1) exame das mamas; 2) medida da altura uterina; 3) aferição da pressão arterial; 4) realização do exame preventivo do câncer de colo do útero e 5) exame ginecológico.

3.5.2 Índice de conformidade 2 (IC2)

Este índice agrupa as variáveis relacionadas às atividades de educação em saúde realizadas com a gestante durante o pré-natal, constituído de cinco itens. Foi perguntado para cada gestante se durante o pré-natal ela recebeu orientações sobre: 1) alimentação e ganho de peso; 2) amamentação; 3) cuidados com a criança; 4) a importância do exame preventivo do câncer de colo de útero e 5) os riscos e benefícios de cada via de parto.

3.5.3 Índice de conformidade 3 (IC3)

As variáveis deste índice se relacionam à realização de consultas, com cinco itens verificados na carteira da gestante: 1) início do pré-natal até 12 semanas; 2) estratificação de risco gestacional em todas as consultas; 3) estratificação de risco concordante com a Linha Guia da Rede Materno-Infantil (PARANÁ, 2020); 4) realização de seis ou mais consultas de pré-natal 5) realização de uma consulta odontológica.

3.5.4 Índice de conformidade 4 (IC4)

Este índice analisou a realização de vacinas, exames laboratoriais e de imagem durante a gestação, conforme o protocolo da Linha Guia da Rede Materno-Infantil. Neste item são possíveis oito pontos: 1) realização da primeira rotina de exames; 2) realização da segunda rotina de exames; 3) realização da terceira rotina de exames laboratoriais; 4) realização de, pelo menos, uma ecografia pelo SUS; 5) realização do teste rápido de sífilis 6) realização do teste rápido de HIV; 7) dose imunizante da vacina contra tétano e 8) dose imunizante da vacina contra hepatite B.

3.5.5 Índice de conformidade 5 (IC5)

A avaliação do puerpério de cada mulher compõe o IC5, com dois itens para verificação: 1) primeira consulta de puerpério realizada até 10 dias após o parto, e 2) segunda consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.

3.5.6 Índice Geral de Conformidade

No índice geral foram somados o total de pontos gerados durante o pré-natal para os índices de conformidade 1 a 5, com 25 pontos possíveis e as contribuições de cada IC para o índice global. O percentual de adequação foi calculado a partir da porcentagem de itens atendidos em relação à pontuação máxima. O índice foi categorizado em dois níveis: não conforme/inadequado até 79,9%, e conforme/adequado 80% ou mais. Este percentual de adequação espelha os níveis do Índice APNCU (*Adequacy Prenatal Care Utilization*) (KOTELCHUK, 1994).

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram descritas por meio do cálculo de médias, desvio-padrão, valores mínimo e máximo. Para as variáveis categóricas foram estimadas frequências absolutas (n) e relativas (%).

O desfecho foi o índice geral de conformidade maior ou igual a 80% de adequação. Associações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, obstétricas e satisfação com o cuidado recebido e o índice geral de conformidade foram testadas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson e teste de tendência linear para variáveis categóricas ordinais. As associações foram consideradas significativas quando valor de $p < 0,05$. As análises foram realizadas no programa Stata 14.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, pareceres nº 3.955.918 de 06 de abril de 2020 e 3.986.015 de 23 de abril de 2020. As puérperas que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, quando a idade

foi maior de 18 anos ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE, quando a idade foi menor de 18 anos e, nesse caso, o responsável assinou o TCLE.

Síntese dos dados será enviada ao município, com proteção do sigilo dos participantes e codificação das UBS, após aprovação da versão final desta Dissertação.

3.8 APOIO FINANCEIRO

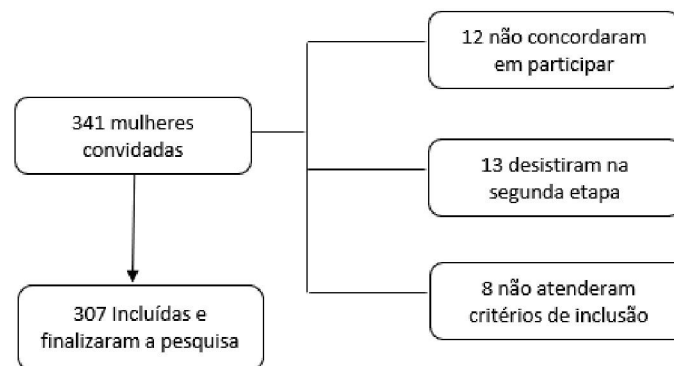
Esta pesquisa foi financiada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES 001.

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, OBSTÉTRICO E SATISFAÇÃO COM O CUIDADO

Foram convidadas 341 mulheres para participar do estudo, destas, doze não concordaram em participar, treze desistiram na segunda etapa e oito foram excluídas por não terem realizado pré-natal no município, integral ou parcialmente, restando 307 mulheres que fizeram parte do estudo.

FIGURA 2: FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL



Fonte: elaborado pela autora (2021).

Os dados sociodemográficos e obstétricos revelaram que a maior parte das mulheres tinha idade entre 20 e 29 anos (60,6%), era branca ou amarela (65,8%), possuía renda familiar inferior a R\$ 456,00 mensais (67,8%), mais de dez anos de estudo (85,3%) e convivia com companheiro (64,1%); 50,9% referiram ocupação remunerada, 40,1% planejaram a gestação, e (32,2%) estavam na primeira gestação (TABELA 1).

TABELA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DAS MULHERES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020 (n=307).

Variáveis	n (%)
Faixa etária (anos)	307
Até 19	32 (10,4)
20-29	186 (60,6)
30 ou mais	89 (30,0)
Cor	307
Branca/amarela	202 (65,8)
Preta/parda	105 (34,2)
Renda per capita	233
<R\$156,00	78 (33,5)
R\$156,00 a R\$ 456,00	80 (34,3)
> R\$ 456,00	75 (32,2)
Escolaridade (anos)	306
Até 5	18 (5,9)
6 a 9	27 (8,8)
10 ou mais	261 (85,3)
Convivência Conjugal	306
Solteira	110 (35,9)
Com companheiro	196 (64,1)
Ocupação remunerada	263
Sim	134 (50,9)
Não	129 (49,1)
Gestações anteriores	307
Primípara	99 (32,2)
Uma	99 (32,2)
Duas ou mais	109 (35,6)
Planejamento da gestação	307
Sim	123 (40,1)
Não	184 (59,9)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Nota: Total de algumas variáveis diferentes do n devido dados faltantes

* Salário-mínimo em junho/2020 = R\$ 1.045,00 (<https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>)

Na TABELA 2 estão apresentados os dados que caracterizam a satisfação com o cuidado recebido pelas mulheres nas Unidades Básicas de Saúde de referência durante o pré-natal.

A maioria das gestantes estava satisfeita com o cuidado recebido no pré-natal (79,3%) e com os profissionais que realizaram o cuidado (80,4%), bem como recomendariam a UBS (83,8%). Dentre as mulheres que mudariam de equipe ou de

UBS se pudessem, 26,6% não estavam satisfeitas com o atendimento, 15,6% informaram que o horário de atendimento não atende suas necessidades e 14,1% se queixaram da distância da UBS (TABELA 2).

TABELA 2: SATISFAÇÃO COM O CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL DAS MULHERES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2021 (n=307).

Variáveis	n (%)
Avaliação do cuidado recebido	300
Muito Bom/Bom	235 (78,3)
Regular/Ruim	65 (21,7)
Avaliação dos profissionais	296
Muito Bom/Bom	238 (80,4)
Regular/Ruim	58 (19,6)
Recomendaria a UBS	297
Sim	249 (83,8)
Não	48 (16,2)
Avaliação da satisfação	297
0 a 5	41 (13,8)
6 a 10	256 (86,3)
Mudaria de equipe ou UBS	299
Sim	68 (22,7)
Não	231 (77,3)

FONTE: elaborado pela autora (2021).

Nota: Total de algumas variáveis diferentes do n devido dados faltantes

4.2 ÍNDICES DE CONFORMIDADE DO PRÉ-NATAL

Os índices agruparam as ações clínicas (consultas, exames laboratoriais e de imagem, imunização) e práticas educativas. Foi encontrado 16,6% dos pré-natais acima de 80% ou conforme. O índice que mais contribuiu para a redução da taxa de conformidade foi o IC5, que trata das consultas de puerpério (13,3%). O índice com melhor adequação foi o IC4, que trata da realização de exames e vacinas (54,7%), dentre as variáveis deste índice, a menor conformidade foi a realização de uma consulta odontológica (9,8%). Receberam todos os cuidados descritos no conjunto de variáveis 0,3% das mulheres.

Na TABELA 3 estão agrupados os cinco índices de conformidade e as variáveis avaliadas para compor o índice de geral de conformidade.

TABELA 3: ÍNDICES DE CONFORMIDADE DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020 (n=307).

Índice	Conformidade (%)
Índice de Conformidade 1	34,8
Exame mama	27,6
Medida da altura uterina	97,7
Aferição da pressão arterial	97,0
Coleta de preventivo	32,2
Exame ginecológico	52,6
Índice de Conformidade 2	43,9
Alimentação e ganho de peso	74,0
Amamentação	64,5
Cuidados com o RN	55,3
Importância do preventivo	57,6
Vias de parto	45,7
Índice de Conformidade 3	37,2
Início do PN até 12 semanas	71,7
Realização de seis ou mais consultas de PN	88,6
Estratificação de risco em todas as consultas	68,5
Estratificação de risco concordante com a Linha Guia*	70,2
Realização de uma consulta odontológica	9,8
Índice de Conformidade 4	54,7
Exames laboratoriais (três rotinas)	80,1
Pelo menos uma ecografia pelo SUS	80,1
Teste rápido HIV	73,0
Teste rápido sífilis	72,0
Vacina antitetânica	84,5
Vacina hepatite-B	64,3
Índice de Conformidade 5	13,3
Consulta pós-parto até 10 dias	40,1
Consulta pós-parto até 42 dias	24,5
Índice Geral de Conformidade	16,6

FONTE: elaborado pela autora, 2021.

*Linha Guia da Rede Materno-infantil do Estado do Paraná (PARANÁ, 2020)

Legenda: RN: recém-nascido; PN: pré-natal; SUS: Sistema Único de Saúde;

4.2.1 Associações entre o Índice Geral de Conformidade e as características das gestantes

A TABELA 4 apresenta as associações entre a adequação do índice geral de conformidade e o perfil sociodemográfico, obstétrico e satisfação com os cuidados recebidos. Foram encontradas associações significativas para o pré-natal inadequado, a faixa etária, cor e convivência conjugal.

TABELA 4: ASSOCIAÇÕES ENTRE ÍNDICE GERAL DE CONFORMIDADE E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, OBSTÉTRICO E SATISFAÇÃO COM A EQUIPE E PROFISSIONAIS, EM GESTANTES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, FAZENDA RIO GRANDE, 2020 (n=307).

Variáveis	Pré-natal inadequado n (%)	Pré-natal adequado n (%)	Valor de p*
Faixa etária (anos)			0,018
Até 19	29 (90,6)	3 (9,4)	0,006**
20-29	161 (86,6)	25 (13,4)	
30 ou mais	66 (74,2)	23 (25,8)	
Ocupação remunerada			0,150
Sim	115 (85,8)	19 (14,2)	
Não	102 (79,1)	27 (20,9)	
Cor de pele/raça			0,016
Branca/amarela	161 (79,7)	41 (20,3)	
Preta/parda	95 (90,5)	10 (9,5)	
Renda per capita			0,872
<R\$156,00	8 (4,1)	1 (2,4)	
R\$156,00 a R\$ 456,00	73 (38,0)	16 (39,0)	
> R\$ 456,00	111 (57,9)	24 (58,5)	
Gestações anteriores			0,065
Primípara	88 (88,9)	11 (11,1)	
Uma	84 (84,8)	15 (15,1)	
Duas ou mais	84 (77,1)	25 (22,9)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,121
Até 5	16 (88,9)	2 (11,1)	
6 a 9	26 (96,3)	1 (3,7)	
10 ou mais	213 (81,6)	48 (18,4)	
Convivência Conjugal			0,043
Sem companheiro	98 (89,1)	12 (10,9)	
Com companheiro	157 (80,1)	39 (19,9)	
Gestação planejada			0,422
Sim	100 (81,3)	23 (18,7)	
Não	156 (84,8)	28 (15,2)	
Satisfação com os profissionais			0,001
Muito Bom	80 (72,1)	31 (28,0)	
Bom	112 (88,2)	15 (11,8)	
Regular	48 (94,1)	3 (5,9)	
Ruim	6 (100)	-	
Muito ruim	1 (100)	-	
Satisfação com a equipe			<0,001
Muito Bom	78 ((69,6)	34 (30,4)	
Bom	112 (91,7)	11 (8,9)	
Regular	30 (85,7)	5 (14,3)	
Ruim	29 (96,7)	1 (3,3)	
Mudaria de equipe ou UBS			0,002
Sim	65 (95,6)	3 (4,4)	
Não	183 (79,2)	48 (20,8)	
Recomendaria a UBS			0,009
Sim	200 (80,3)	49 (19,7)	
Não	46 (95,8)	2 (4,2)	

Fonte: elaborado pela autora (2021)

*Teste do qui-quadrado de Pearson

** teste de Tendência linear

Nota: Total de algumas variáveis diferentes do n devido dados faltantes

Observou-se que a adequação do pré-natal aumentou com a idade das gestantes. Foi encontrada menor adequação entre aquelas que não viviam com companheiro (10,9%) comparadas com as que viviam com companheiro (19,9%) e

entre as mulheres com cor de pele preta ou parda (9,5%) comparadas às brancas ou amarelas (20,3%). A adequação do pré-natal foi maior entre as mulheres que referiram estar satisfeitas com os profissionais, a equipe, que não mudariam de UBS, e que a recomendariam para amigos e familiares ($p < 0,01$).

4.2.2 Comparação entre diferentes índices de qualidade do pré-natal

Na TABELA 5 está apresentada a comparação entre os índices de avaliação de qualidade *Adequacy Prenatal Care Utilization (APNCU)*, Índice de Kessner e o Índice Geral de Conformidade. O pré-natal foi mais adequado quando avaliado pelo Índice Kessner (89,8%) e menos adequado pelo Índice Global de Conformidade (16,6%).

TABELA 5: COMPARAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES DE QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES INCLUÍDAS NA PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, 2020.

Índice	Adequado	Intermediário	Inadequado (n)
Kessner	89,8	3,3	6,9
APNCU	60,9	24,8	14,3
Índice Geral de Conformidade	16,6		83,4

FONTE: elaborado pela autora, 2021.

Legenda: APNCU: *Adequacy Prenatal Care Utilization*

Nota: Índice de Kessner: relação entre a idade gestacional no início do pré-natal e o número de consultas realizadas; Índice APNCU: combina o mês de início do pré-natal e o número de consultas corrigidas para a idade gestacional. Índice atualmente utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliação do pré-natal no Brasil (BRASIL, 2018).

5 DISCUSSÃO

Este estudo procurou avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal e puerpério e associação com as características sociodemográficas da população em um município da região metropolitana de Curitiba (PR). A maioria das mulheres não recebeu cuidados considerados adequados, principalmente as adolescentes, mulheres com cor de pele preta ou parda, e aquelas que não conviviam com um companheiro.

Apenas 16,6% das mulheres avaliadas tiveram o pré-natal considerado adequado. Os critérios utilizados neste estudo são multidimensionais e abrangem diversos aspectos da assistência. Estudos semelhantes encontraram pré-natais com baixos índices de adequação. Pesquisa utilizando dados do PMAQ encontrou 15% das usuárias com pré-natal adequado (TOMASI *et al*, 2017). Estudo que utilizou critérios de avaliação propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma lista de 39 recomendações relacionadas a cinco tipos de intervenção, não encontrou nenhuma gestante com o pré-natal classificado como adequado. Ao avaliar com os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), menos de 5% dos pré-natais foram considerados adequados, nessa pesquisa (POLGLIANE *et al*, 2014).

Estudo nacional de base hospitalar realizado em 2015, encontrou 21,6% de adequação global, considerando início precoce, número de consultas, exames de rotina e orientação sobre a maternidade de referência para parto (DOMINGUES *et al*, 2015). Resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” apontam diferenças na adequação do pré-natal conforme são incluídas mais variáveis para avaliação. Foi encontrado percentual de adequação de 61,7% considerando trimestre gestacional no início do pré-natal e número de consultas recebidas até o parto; 19,4% considerando os critérios de adequação global ²² e 16,0% acrescentando o parto na maternidade de referência indicada no pré-natal (LEAL *et al*, 2020).

Silva *et al* (2019) elaboraram um modelo de avaliação, com a utilização de um índice denominado IPR/Pré-natal, que combina dados relacionados à estrutura, processos e resultados, com base nos indicadores do PHPN. Cada item é classificado como adequado ou inadequado e a partir da porcentagem de itens adequados classifica-se o pré-natal como adequado superior (100%), adequado (75%), intermediário (51 a 74%) e inadequado (<50%). Nesse trabalho, o índice elaborado classificou 26,5% do pré-natal como adequado e 6,7% como adequado

superior. Apesar das semelhanças com os Índices utilizados nesta pesquisa, o indicador IPR/Pré-natal analisa um grupo maior de variáveis, incluindo a infraestrutura e os resultados das gestações, enquanto o presente estudo se concentra nas variáveis relacionadas aos processos de trabalho.

Dentre as ações clínicas, as mais realizadas foram: a medida da altura uterina e aferição de pressão arterial, o que é esperado considerando que estes são dados mínimos para avaliação da gestante. Contudo, menos de 10% das mulheres passaram por uma consulta odontológica.

A gestação também é uma oportunidade para rastreamento do câncer de colo uterino, que é o quarto tipo de câncer relacionado à mortalidade das mulheres (INCA, 2019), porém esta ação foi realizada em menos de um terço das gestantes. Por outro lado, dentro das atividades educativas para as gestantes, as orientações sobre a importância do exame foram realizadas para mais da metade das mulheres. O protocolo de pré-natal orienta que não se perca a oportunidade de realizar o rastreamento do câncer de colo (BRASIL, 2013).

O índice que trata das consultas de puerpério obteve 13,3% de adequação. Dentro desse índice, a segunda consulta puerperal foi menos realizada, verificando-se um padrão de deficiência no monitoramento das mulheres nessa fase. Na primeira consulta a puérpera e o recém-nascido são avaliados no sentido de identificar complicações pós-parto, considerando que podem ocorrer situações que levam à morbimortalidade materna e neonatal nessa fase. A mulher precisa ser vinculada ao serviço e agendada a segunda consulta com 42 dias, ocasião em que o binômio será reavaliado, a mulher orientada sobre o retorno à atividade sexual e contracepção, bem como avaliação de possíveis intercorrências (BRASIL, 2013).

A adequação do pré-natal esteve associada a melhores pontuações na satisfação com o cuidado recebido, com os profissionais e com a equipe com maior adequação do pré-natal, indicando que mulheres que tiveram percepção mais positiva sobre o serviço foram mais aderentes ao pré-natal. O acolhimento das mulheres envolve a vinculação, garantia de acesso desburocratizado, informação e o estabelecimento de um bom relacionamento entre as usuárias e os profissionais (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2013).

O estudo evidenciou menor adequação do pré-natal entre mulheres mais jovens, mulheres pretas ou pardas e aquelas que não viviam com companheiro, dados concordantes com a literatura, que reforçam as desigualdades da assistência ao pré-natal para as populações mais vulneráveis (LEAL *et al*, 2020; TOMASI, *et al*,

2017; DOMINGUES *et al*, 2015; PEDRAZA *et al*, 2014; ALMEIDA *et al*, 2019). Dentre os motivos para o início tardio ou baixa frequência das adolescentes ao pré-natal estão o reconhecimento tardio da gravidez; medo dos familiares e dificuldade para assumir a gestação; dificuldade de acesso aos serviços e falta de conhecimento sobre a importância do pré-natal (PEDRAZA *et al*, 2014; VILARINHO *et al*, 2012).

Este trabalho corrobora estudos anteriores em que as mulheres pretas ou pardas apresentaram pré-natal de pior qualidade quando comparadas às mulheres com cor de pele branca ou amarela (ALMEIDA *et al*, 2019; LEAL *et al*, 2017; LADEIA *et al*, 2016; ROSA *et al*, 2014). Tais estudos apontam que essas mulheres tiveram menos acesso à analgesia de parto, receberam menos orientações durante o pré-natal, realizaram menor número de consultas e exames, além dos relatos de violência obstétrica serem mais frequentes para este grupo. Estes achados reforçam que devem ser realizados esforços institucionais no sentido de reduzir as desigualdades de acesso e qualidade com base na cor da pele.

Na assistência ao pré-natal, esta violência pode aparecer sob a forma de falta de acesso ao serviço, oferta de um serviço de má qualidade, não organização da demanda, discriminação dos usuários por qualquer razão ou não garantir que a gestante usufrua de todas as possibilidades assistenciais que teria direito em razão da sua condição clínica. Por outro lado, o pré-natal é um espaço privilegiado para combater a violência obstétrica, pela possibilidade de fornecer informações que levem a mulher a conhecer os seus direitos e reconhecer a prática da violência (LADEIA *et al*, 2016). As mulheres com companheiro tiveram maior adequação do pré-natal que aquelas sem companheiro. Mulheres sem companheiro podem ter tido menos apoio familiar, resultando na demora em procurar um serviço de saúde, ainda a presença de um companheiro pode ser um fator que favorece o comparecimento da mulher ao pré-natal (ROSA *et al*, 2014).

A avaliação realizada por meio dos índices de conformidade proposto permitiu uma análise criteriosa da qualidade, ao identificar em quais variáveis encontram-se as maiores fragilidades. Estes dados podem auxiliar no planejamento das ações de gestão em nível local, tais como treinamento das equipes dentro dos temas em que foram identificados os menores índices de conformidade, identificação dos pontos de melhoria, bem como serve de subsídios para inclusão do tema nas discussões de casos com a rede de serviços do município, verificando-se as possibilidades de

atuação para enfrentamento e superação das fragilidades socioeconômicas das mulheres atendidas.

Apesar de não apresentarmos variáveis relacionadas à cobertura da população pelas equipes de saúde da família, alguns resultados podem ser analisados considerando a taxa de cobertura, por exemplo, o baixo desempenho de consultas odontológicas. A relação entre melhores taxas de cobertura e melhores indicadores de saúde são apontadas em inúmeros estudos e corroborada neste trabalho. Considerando que a Atenção Primária deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, a baixa cobertura exclui uma parcela da população do acesso aos serviços.

É oportuno ressaltar que este estudo foi realizado no primeiro ano da pandemia de Covid-19, período em que as equipes de saúde estavam se organizando para o enfrentamento e ainda sem vacinas. O acesso ao pré-natal piorou no período de pandemia, o que pode ter impactado na atenção às gestantes, porém a magnitude deste problema somente poderá ser revelada com a realização de estudos posteriores (TAKEMOTO *et al*, 2021; SOUZA *et al*, 2021; SANTOS *et al*, 2020).

Como contribuição para estudos futuros, sugere-se que as variáveis utilizadas para a composição do índice geral de conformidade sejam transformadas em uma ferramenta, que possa ser apropriada pelas equipes da Atenção Básica para gestão da qualidade do pré-natal em nível local.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribui com a formação de subsídios para avaliação da atenção ao pré-natal e puerpério, que ao atingir padrões mais elevados de qualidade pode evitar intercorrências por garantir intervenções adequadas e tratamento oportuno das condições de saúde das mulheres, considerando que adequada atenção ao pré-natal se relaciona a melhores desfechos dessas gestações. Para um pré-natal mais adequado é esperado que a mulher receba todo o conjunto de cuidados preconizados nos protocolos assistenciais, os quais conseguem medir a quantidade de intervenções realizadas, porém, os métodos disponíveis apresentam deficiências para avaliar o conteúdo da assistência prestada, considerando que existem aspectos que não podem ser medidos apenas pela realização ou não de determinado procedimento. Apesar disso, o índice aplicado na pesquisa permitiu identificar desigualdades na adequação e a diferença entre o cuidado prescrito nos protocolos e a realidade vivenciada no cotidiano, apontando para a necessidade de melhoria em todo o conjunto de ações assistenciais.

Índices multidimensionais avaliam melhor a qualidade porque quanto mais variáveis incluídas, mais fiel à realidade serão os resultados, permitindo o desenho de um painel de qualidade, com a identificação das fragilidades dentro de cada índice e seu gerenciamento em nível municipal e local. Portanto, ao avaliar a qualidade, o serviço reconhece suas falhas, o que permite que sejam colocados em ação planos para correção e direcionamento das equipes rumo a padrões mais elevados de qualidade.

Deve-se considerar ainda que para além do estabelecimento de padrões e procedimentos, uma assistência de qualidade deve incluir o reconhecimento das diferenças socioeconômicas e culturais das usuárias, bem como a prevenção de violências. Nesse sentido, devem ser realizados esforços institucionais para inclusão e melhoria do acesso das populações mais vulneráveis e o primeiro passo seria identificar tais populações, que podem ser diferentes de acordo com a realidade de cada região.

Finalmente, a avaliação realizada aponta que o serviço de atenção ao pré-natal apresentou um padrão de qualidade não conforme, com maior necessidade de maior atenção para captação das mulheres para a realização da consulta de puerpério e consulta odontológica. Como próximo passo deste trabalho, os índices de conformidade poderão ser disponibilizados por Unidade Básica de Saúde, para

que cada equipe tenha acesso ao seu painel de conformidade e pontos de melhoria. Ressalta-se ainda que devem ser realizadas avaliações sistemáticas pelas equipes de saúde, e pela gestão municipal a fim de identificar continuamente as fragilidades dos serviços a fim de melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, tendo em vista que o processo de avaliação é dinâmico e contínuo, não se encerrando em uma única avaliação. À medida que se vence uma barreira, novos desafios se apresentam, e com a instituição de mecanismos de avaliação frequentes, o sistema de saúde fica pronto a reconhecer e enfrentar as novas problemáticas,

7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Durante o período do mestrado foram apresentados trabalhos em congressos nacionais e internacionais, produtos desta pesquisa, um deles premiado no 6º Prêmio Inova Saúde Paraná, categoria Políticas Públicas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Os trabalhos apresentados foram os seguintes:

DE PAULA, M. HÖFELMANN, D.A. Perfil das gestações em um município da Região Metropolitana de Curitiba e sua relação com a qualidade do pré-natal apresentado no evento. **II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR**, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2020

DE PAULA, M. HÖFELMANN, D.A. Avaliação da estrutura da assistência ao pré-natal em um município da Região Metropolitana de Curitiba. **II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR**, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2020.

DE PAULA, M. HÖFELMANN, D.A. Perfil das gestações em um município da região metropolitana de Curitiba e sua relação com a qualidade do pré-natal, 2018. **XVII Conferência Internacional AMNET Virtual: COVID-19 Aprendizages en Latinoamerica: implicaciones para la salud y vigilância**, Universidad Antioquia, Medellín, Colômbia, 2020.

DE PAULA, M. HÖFELMANN, D.A. Avaliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família em um município da Região Metropolitana de Curitiba, Paraná (BR). **XVII Conferência Internacional AMNET Virtual: COVID-19 Aprendizages en Latinoamerica: implicaciones para la salud y vigilância**, Universidad Antioquia, Medellín, Colômbia, 2020.

DE PAULA, M.; PEIXOTO, P.H.; HÖFELMANN, D.A. Análise da Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Área de Abrangência em um Município da Região Metropolitana de Curitiba. **7ª Mostra Paranaense de Pesquisa e de Relatos de Experiências em Saúde. 6º Prêmio Inova Saúde Paraná**. Londrina, 2021.

REFERÊNCIAS

ABOUZAHAR C.; WARDLAW T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? **Bull World Health Organ**. 2001;79(6):561-8. Erratum in: Bull World Health Organ 2001;79(12):1177. PMID: 11436479; PMCID: PMC2566451. Acesso em 15 dez 2020. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11436479/>.

ALMEIDA, A.H.V. do; GAMA, S.G.N. da; COSTA, C.O.M.; VIELLAS, E.F.; MARTINELLI, K.G.; LEAL, M.C. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 19, n. 1, p. 43-52, Mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt_1519-3829-rbsmi-19-01-0043.pdf. Acesso em 31 mar 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>.

ANDREUCI C.B.; CECATTI, J.G.; MACCHETTI, C.E.; SOUSA, M.H. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev Saúde Pública**, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2438.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>.

ANVERSA, E.T.R.; BASTOS, G.A.N.; NUNES, L.N.; DAL PIZZOL, T.S. Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, Apr. 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.

ANVISA - **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**, Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus - SARS-CoV-2. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada.pdf/view>. Acesso em 15 dez 2020.

BALISKI, P. Periferia e Capital Imobiliário: o Município de Fazenda Rio Grande/PR no Âmbito dos Empreendimentos Residenciais Populares Ofertados pelo Mercado. **Revista Geografar** - Curitiba, v.12, n.1, p. 7-33, jan. a jun./2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/geografar/article/view/52732>. Acesso em 13 dez 2020. <http://dx.doi.org/10.5380/geografar.v12i1.52732>.

BIANO, R.K.C.; SOUZA, P.C.B.; FERREIRA, M.B.G., *et al.* Mortalidade Materna no Brasil e nos Municípios de Belo Horizonte e Uberaba, 1996 a 2012. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017;7:e1464. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1464/0>. Acesso em 14 mar 2021. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1464>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I** Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em 03 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos** / equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo... [et al.]. - 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf. Acesso em 03 mar 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI Da Mortalidade Materna**. Brasília (DF); 2000a. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em 03 mar 2021.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DOU nº 110-E, de 8 de junho de 2000b, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 04 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 04 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DOU 27 jun. 2011; Seção 1:109. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 04 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimento sobre a utilização do e-SUS AB e Sis prenatal Web no âmbito da Atenção Básica, 2017b. Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20171130_N_SEI25000.480086201720_4839766236053979234.pdf. Acesso em 25 out 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde no Brasil 2003-2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais**. Bol Epidemiol [internet]. 2019. Disponível em <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 04 mar 2021.

BRASIL. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília. DOU de 20.3.2020 (seção 1) Edição-extra-F.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Informação e gestão da Atenção Básica. **Relatórios de acesso público**. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 15 jun 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=410765&NomeEstado=PARANA. Acesso em 15 jun 2020.

CAMACHO, E.N.P.R.; ARAÚJO, E.C.; FERREIRA, E.S. da; *et al.* Causa de mortalidade materna na região metropolitana I no triênio 2013-2015, Belém, PA.

[Nursing \(São Paulo\)](http://www.revistanursing.com.br/revistas/263/pg36.pdf); 23(262): 3693-3697, abr.2020. Disponível em <http://www.revistanursing.com.br/revistas/263/pg36.pdf>. Acesso em 02 mar 2021.

CARVALHO, P.I. de *et al.* Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e 2019185, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n1/2237-9622-ress-29-01-e2019185.pdf>. Acesso em 14 Mar 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100005>.

CIARI JR, C.; ARNONI, A.; DE SIQUEIRA, A.A.F.; DE ALMEIDA, P.A.M.; GIRON, S.G. Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: auditoria de fichas clínicas. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 8:203-12, 1974. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v8n2/07.pdf>. Acesso em 01 mar 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101974000200007>.

CONTANDRIOPOULOS A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):705- 711. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>. Acesso em 03 de junho de 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.

CRUZ, M.M.; SANTOS, E.M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: Matta, G. C.; Moura, A. L. (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 267-284.

CURITIBA. **Pré-natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-nascido**/organizadores: Edvin Javier Jimenez, Lourdes Terezinha Pahabiliski; autores: Ademar Cezar Volpi, et al – Curitiba, PR: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 250 p.

DEL PRIORE, M. **Sobreviventes e Guerreiras: uma breve história da mulher no Brasil de 1500 a 2000**. São Paulo: Planeta, 2020.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; TORRES, J.A., THEME-FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(3):140–7. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>. Acesso em 09 ago 2021.

ESPOSTI C.D.D.; SANTOS-NETO, E.T.; OLIVEIRA, A.E.; TRAVASSOS, C.; PINHEIRO SOBRINHO, R. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1735.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>.

FAZENDA RIO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Enfrentamento da Mortalidade Infantil**. Documento interno da Secretaria Municipal de Saúde (não publicado), 2019.

FAZENDA RIO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Contingência da Covid-19-Fazenda Rio Grande**. Disponível em

https://ecrie.com.br/sistema/conteudos/arquivo/a_61_0_1_05022021154654.pdf.

Acesso em 15 dez 2020.

FRANCO, L.J. Epidemiologia Descritiva. In: FRANCO, L. J./ Laércio Joel Franco, Afonso Dinis Costa Passos (orgs). **Fundamentos de Epidemiologia**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 166-178.

GOMES, D.L.S. Estudo e observação do comportamento de mães e gestantes, em relação aos cuidados que dispensam ou dispensarão a seus filhos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 26, n. 6, p. 388-407, Dec. 1973. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v26n6/0034-7167-reben-26-06-0388.pdf>. Acesso em 01 mar 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-716719730006000004>.

GOUDARD, M.J.F.; SIMOES, V.M.F.; BATISTA, R.F.L.; QUEIROZ, R.C.S.; BRITO E ALVES, M.T.S.S.; COIMBRA, L.C., *et al.* Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, Apr. 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1227.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015>.

GUIMARAES, W.S.G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e 00110417, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>. Acesso em 13 dez 2020. doi: 10.1590/0102-311X00110417.

HANDLER, A. Extent of Documented Adherence to Recommended Prenatal Care Content: Provider Site Differences and Effect on Outcomes among Low-Income Women. **Maternal and child health journal**. V.16. P. 393-405, 2011. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/50268566>. Acesso em 25 out 2020. doi: 10.1007/s10995-011-0763-3.

HARTZ, Z.M.A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>. Acesso em 03 de jun de 2019.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. Atenção Materno-infantil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1981. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/697716/atencao-materno-infantil.pdf>. Acesso em 02 mar 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência de Notícias. **POF 2017-2018. Cerca de um quarto da renda das famílias brasileiras é não monetária.** [site da internet]. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29490-pof-2017-2018-cerca-de-da-renda-disponivel-das-familias-brasileiras-e-nao-monetaria>. Acesso em 20 mar 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD COVID-19** [site da internet]. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>. Acesso em 20 mar 2021.

IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Dinâmica recente da economia e transformações da configuração espacial da Região Metropolitana de Curitiba.** Disponível em http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/dinamica_RMC_primeira_versao_2004.pdf. Acesso em 20 mar 2021.

IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Perfil Avançado dos Municípios.** Curitiba, 2019. Disponível em www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=35&btOk=ok. Acesso em 21 out 2019.

KOTELCHUK, M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American Journal of Public Health**, 1994. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615177/pdf/amjph00460-0056.pdf>. Acesso em 25 out 2020.

LADEIA, P.S.S., MOURÃO, T.T., MELO, E.M. O silêncio da violência institucional no Brasil. **Rev Med Minas Gerais** [Internet]. 2016. Disponível em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186>. Acesso em 04 jul 2021.

LANSKI, S.; SOUZA, K.V.; PEIXOTO, E.R.M.; *et al* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva** 24 (8) Ago 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrijj/?lang=pt>. Acesso em 04 jul 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S5-S7, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0005.pdf>. Acesso em 14 mar 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>.

LEAL, M.C. *et al*. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, 12, 2017. https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf. Acesso em 22 out 2019. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391>.

LEAL M.C., ESTEVES-PEREIRA, A.P., VIELLAS, E.F., DOMINGUES, R.M.S.M., GAMA, S.G.N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saude Publica**.

2020; 54:8. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rsp/v54/pt_1518-8787-rsp-54-8.pdf. Acesso em 14 mar 2021. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.

LEITE, R.M.; DE ARAÚJO, T.V.B.; ALBUQUERQUE, R.M.; DE ANDRADE, A.R.S.; DUARTE NETO, P.J. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, Oct. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/11.pdf>. Acesso em 04 nov 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000011>.

LUZ, L.A. da; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 111-126, Oct. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0111.pdf>. Acesso em 22 out 2019. DOI: 10.1590/0103-11042018S208.

MARTINELLI, K.G.; SANTOS NETO, E.D.; GAMA, S.G.N da.; 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.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, Feb. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. Acesso em 22 out 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.

MASCARENHAS, P.M.; SILVA, G.R. da; REIS, T.T. et al. Análise da Mortalidade Materna. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 11):4653-62, nov., 2017. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231206>. Acesso em 14 mar 2021. DOI: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201715.

MEDEIROS, L.T.; SOUSA, A.M.; ARINANA, LO; INÁCIO, A.S.; PRATA, M.L.C.; VASCONCELOS, M.N.G. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. **Rev baiana enferm.** 2018;(32):e26623. Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/26623/17266>. Acesso em 14 mar 2021. DOI: 10.18471/rbe.v32.26623.

MEIRELES, N.S.; SANTOS, F.C.S.; OLIVEIRA, V.L.N.; *et al.* Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. **Gazeta Médica da Bahia** 2004;74(1):Jan-Jun:9-101. Disponível em <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/373/362>. Acesso em 01 mar 2021.

MENDES, K.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENEZES, AMB; BARROS, FC; HORTA, BL; *et al.* Natimortos, mortalidade neonatal e infantil: tendências e desigualdades em quatro coortes de nascimento de base populacional em Pelotas, Brasil, 1982-2015. In: **Epidemiologia da desigualdade: quatro décadas de coorte de nascimentos**. VICTORA, C.G. *et al* (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, 2019.

MINAYO, M.C.S. **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 pp.

NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M.M.R.; PACAGNELLA, R.C.; TAKEMOTO, M.L.S.; PENSO, F.C.C.; REZENDE-FILHO, J., *et al.* COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v42n8/1806-9339-rbgo-42-08-445.pdf>. Acesso em 05 abr 2021. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>.

OLIVEIRA, B.L.C.A. de; MOREIRA, J.P.L.; LUIZ, R.R. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1495-1505, Apr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1495.pdf>. Acesso em 13 dez 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05522017>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternal Mortality In 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA**. Geneva, World Health Organization, 2000. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68382/a81531.pdf?se/quence=1>. Acesso em 22 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde** Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (RESUMO)**. Documento on-line, 2015. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=CCD75CDF31786DCA09ABA00E6DB7BFBD?sequence=2>. Acesso em 25 out 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Ago 2018. Acesso em 22 out 2019.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.1 (Supl.), p.s25-s32, 1998. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>. Acesso em 02 mar 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2020a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Nota Orientativa nº 09/2020**. Orientações às equipes e profissionais sobre a linha de cuidado materno infantil durante a emergência em saúde pública Coronavírus COVID-19. Paraná, 2020b.

Disponível em https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/no_09_linha_de_cuidado_materno_infantil_v2.pdf. Acesso em 15 dez 2020.

PEDRAZA, D.F.; ROCHA, A.D.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Prenatal care and birth weight: an analysis in the context of family health basic units. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, p. 349-356, Aug. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n8/03.pdf>. Acesso em 25 out 2020. DOI: 10.1590/s0100-72032013000800003.

PEREIRA, M.G. Mortalidade. In: **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

PEREIRA, H.N.S.; SANTOS, R.I.O.; UEHARA, S.C.S.A. Efeito da Estratégia Saúde da Família na redução de internações por doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 28, p. e49931, out. 2020. ISSN 0104-3552. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e3390015.pdf Acesso em 13 dez 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49931>.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1903-1914. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em 13 dez 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, July 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01999.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.

QUEIROZ, D.J.M.; SOARES, D.B.; OLIVEIRA, K.C.A.N. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. **Rev Bras Promoç Saúde**, 2015. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/408/40846584006.pdf>. Acesso em 25 out 2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, E.J.F.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.; ACURCIO, A.F.; LEITE, M.T.T.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006. Acesso em 22 out 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>.

ROSA, C.Q. da; SILVEIRA, D.S. da; COSTA, J.D. da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**

[on line]. 2014, 48(6), 977-984. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67237028015>. Acesso em 04 ago 2021. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005283.

ROTTER PELÁ, N.T.R. Contribuição ao estudo da assistência pré-natal em um município paulista. **Bol of Sanit Panam** 86(1), 1979. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17390/v86n1p46.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 02 mar 2021.

SAAVEDRA J.S.; CESAR J.A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1003.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0201-311X00085014>.

SANINE, P.R.; VENANCIO, S.I.; SILVA, F.L.G. da; ARATANI, N.; MOITA, M.L.G.; TANAKA, O.Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.35. n.10. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n10/1678-4464-csp-35-10-e00103118.pdf>. Acesso em 22 out 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103118>.

SANTOS, D.S.; MENEZES M.O.; ANDREUCCI, C.B.; NAKAMURA, P.M.; KNOBEL, R.; KATZ, L.; SALGADO, H.O.; AMORIM, M.M.R.; TAKEMOTO, M.L.S. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. **Clin Infect Dis**. 2020: Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/mdl-32719866>. Acesso em 05 abr 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>.

SANTOS NETO, E.T.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; DA GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Sept. 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a05.pdf>. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900005>.

SCHOLZE, A.R.; IENSE, T.L.R.; COSTA, L.D.M.; PREZOTTO, K.H.; ALCANTARA, L.R.S.; MELO, E.C. Mortalidade materna: comparativo após implantação da Rede Mãe Paranaense. **J. nurs. health**. 2020. Disponível em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18427/11542>. Acesso em 14 mar 2021.

SILVA, E.P.; LIMA, R.T.; COSTA, M.J.C.; BATISTA FILHOS, M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev Panam Salud Publica**, 2013. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n5/356-362>. Acesso em 25 out 2020.

SILVA, J.R. da; OLIVEIRA, M.B.T. de; SANTOS, F.D.R.P.; SANTOS NETO, M.; FERREIRA, A.G.N.; SANTOS, F.S. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. **Rev. bras. ciênc. saúde**. v.22, N. 2, P. 109-116, 2018. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883275/indicadores-da-qualidade-da-assistencia.pdf>. Acesso em 22 out 2019.

SILVA, E.P.; LEITE, A.F.B.; LIMA, R.T.; OSORIO, M.M. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 43, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-43.pdf. Acesso em 25 out 2020. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>.

SLAUGHTER, J.C.; ISSEL, L.M.; HANDLER, A.S.; ROSENBERG, D.; KANE, D.K.; STAYNER, L.T. Measuring Dosage: A Key Factor When Assessing the Relationship between Prenatal Case Management and Birth Outcomes. **Matern Child Health journal**, 2013. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6333464/pdf/nihms-1004857.pdf>. Acesso em 25 out 2020. DOI 10.1007/s10995-012-1143-3.

SOUZA, A.R.; AMORIM, M.R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 21, supl. 1, p. 253-256, Feb. 2021. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292021000100253&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 05 abr 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>.

TAKEDA, S. Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção. Dissertação (Mestrado) em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. 1993.

TAKEMOTO, M.L.S.; MENEZES, M.O.; ANDREUCCI, C.B.; KNOBEL, R.; SOUSA, L.A.R.; KATZ L.; FONSECA, E.B.; MAGALHÃES, C.G.; OLIVEIRA, W.K.; REZENDE-FILHO J.; MELO, A.S.O.; AMORIM, M.M.R. Maternal mortality and COVID-19. **J Matern Fetal Neonatal Med**. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1786056>. Acesso em 05 abr 2021. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1786056>.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILLASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em 13 dez 2020.

TOMASI, E.; FERNANDES, P.A.A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F.C.V.; SILVEIRA, D.S.; THUME, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em 25 out 2020. doi: 10.1590/0102-311X00195815.

VÉLEZ, J.E.; HERRERA, L.E.; ARANGO, F.; HERRERA, A.L.; PEÑA, J.A. Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, SES Hospital de Caldas, 2009-2011. **Hacia promoc. salud**. 2013; 18(2):27-40. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a03.pdf>. Acesso em 03 out 2019.

VIEIRA, E.M. Avaliação de Serviços de Saúde. In: FRANCO, L.J./ Laércio Joel Franco, Afonso Dinis Costa Passos (orgs). **Fundamentos de Epidemiologia**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 359-375.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde dos adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc. Anna Nery**, 2012.

Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/15.pdf>. Acesso em 25 out 2020.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200015>.

APÊNDICE 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PROJETO CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE GESTANTES, PUÉRPERAS E CRIANÇAS	
Unidade de Saúde	Data preenchimento _____/_____/_____
IDENTIFICAÇÃO DA MULHER	
Nome completo:	Data de nascimento:
Endereço:	Telefone:
Melhor hora para contato:	Você prefere ligação ou whatsapp?
Ocupação:	Como você se identifica em relação à Raça/cor:
Renda familiar:	Quantas pessoas moram na casa?
Situação conjugal: () solteira () casada () viúva () divorciada/separada () união estável	
Até que série estudou: () quinto ano () nono ano () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior incompleto () superior completo	
Sua gestação foi planejada? () sim () não Você fez pelo menos uma ecografia pelo SUS?	
ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	
NA(S) CONSULTA(S) DE PRÉ-NATAL, O PROFISSIONAL DE SAÚDE:	
Examinou suas mamas: () não () sim	
Examinaram sua boca: () não () sim	
Mediram sua barriga (altura do útero): () não () sim:	
Aferiram sua pressão: () não () sim	
Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero: () não () sim	
Realizaram exame ginecológico: () não () sim	
NA(S) CONSULTA(S) DE PRÉ-NATAL, A SENHORA FOI ORIENTADA SOBRE:	
Alimentação e ganho de peso: () não () sim	
Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses: () não () sim	
Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo): () não () sim	
A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo: () não () sim	
Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada? () Sim, sempre () Sim, algumas vezes () Não () Não sabe/não respondeu	
SATISFAÇÃO COM O CUIDADO NA UNIDADE DE SAÚDE (POSTO DE SAÚDE)	
Se a senhora pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde? () não () sim	
Por que a senhora mudaria de equipe ou unidade de saúde? (1) Unidade é distante (2) Horário de atendimento não atende às necessidades (3) Porque não consegue atendimento (4) É mal atendido (5) Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores (6) Outro(s)	
Na sua opinião, o cuidado que a senhora recebe da equipe de saúde é: () Muito Bom () Bom () regular () ruim () muito ruim	

Pelo menos uma eco pelo SUS (0) não (1) sim	Nº consultas de PN:
Nº consultas médicas:	Nº consultas Enfermeiro: Consulta Odonto 1º trim (0) não (1) sim
Sífilis diagnosticada? (0) não (1) sim	Sífilis tratada? (0) não (1) sim Esquema:
TR HIV (0) não (1) sim	TR HBV (0) não (1) sim TR HCV (0) não (1) sim TR Sífilis (0) não (1) sim
Vacina antitetânica (0) não (1) sim	Esquema
Vacina Hep B (0) não (1) sim	Esquema
Outras vacinas? Quais?	
Intercorrências no pré-natal?	
INFORMAÇÕES REFERENTES AO PARTO	
Dia do parto: ___/___/___ IG: Hora do parto: ___:___	
Tipo de parto: () Normal () Cesárea - motivo () emergência () a pedido () iterativa () distocia	
Mamou na 1ª hora?_____ Teve alguma dificuldade para amamentar na maternidade? () não () sim	
Recebeu orientação profissional para amamentação? () não () sim	
O bebê recebeu algum complemento na maternidade? () não () sim Qual motivo?	
Você teve alguma intercorrência no parto/pós-parto? () não () sim Qual? _____	
INFORMAÇÕES REFERENTES À CRIANÇA	
Peso ao Nascer: _____g Estatura: _____ cm Perímetro Cefálico: _____cm	
Apgar ___/___ Peso na alta: _____ Sexo: _____ Mal formação: _____	
O bebê teve algum problema após o parto? () não () sim Qual? _____	
REVISÃO DE PARTO	
A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)? () não () sim	
a consulta de revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?	
A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local? () Nesta unidade de saúde () Em outra unidade de saúde () Hospital do parto Clínica/consultório particular () Hospital particular () Em casa com profissional de saúde () Outro(s) (Não sabe/não respondeu	
Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)? () Médico () Enfermeiro () Outro	
A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto? () não () sim	

Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão? () não () sim
Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)? () não () sim
Foi realizado exame ginecológico a senhora? () não () sim
Foram examinadas as mamas da senhora? () não () sim
Foi perguntado se a criança estava usando chupeta? () não () sim
Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira? () não () sim