



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MARIANA MOURA DE SALLES PUPO**

**NASCER EM ARACAJU: UMA ANÁLISE DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO**

**ARACAJU**

**2018**

**MARIANA MOURA DE SALLES PUPO**

**NASCER EM ARACAJU: UMA ANÁLISE DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosemar Barbosa Mendes

**ARACAJU**

**2018**

**MARIANA MOURA DE SALLES PUPO**

**NASCER EM ARACAJU: UMA ANÁLISE DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

---

Autora: Mariana Moura de Salles Pupo

---

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

---

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosemar Barbosa Mendes

**MARIANA MOURA DE SALLES PUPO**

**NASCER EM ARACAJU: UMA ANÁLISE DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que procuraram deixar o meu lar o mais tranquilo possível para que eu pudesse produzir sem dificuldades.

Ao meu orientador, Dr. Ricardo Queiroz Gurgel e à minha co-orientadora, Dra. Rosemar Barbosa Mendes, pela disposição e paciência em sanar minhas dúvidas durante esse processo.

À equipe da Fundação Oswaldo Cruz, por ter se deslocado para Aracaju a fim de habilitar a equipe do Projeto *Nascer em Sergipe*.

Aos meus colegas e orientadores do Projeto *Nascer em Sergipe*, que permitiram a construção deste trabalho.

Aos meus amigos Adeline, Catarina, Osmar e Sérgio, que estiveram ao meu lado durante todo este processo, dando dicas valiosíssimas sobre como se deve dar a produção científica.

A Paulo, pela paciência de ouvir atentamente as conversas sobre assuntos que não são da sua realidade e estar sempre presente mesmo em meus momentos de maior estresse.

A todos esses e àqueles que também estiveram envolvidos indiretamente nesta produção, meu mais sincero “muito obrigada”.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Exames laboratoriais mínimos segundo orientações do PHPN (2000).....	14
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Resultados descritivos das variáveis socioeconômicas e relacionadas à gravidez entre puérperas da capital sergipana (n= 444). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.....	32
<b>Tabela 2</b> - Resultados descritivos das variáveis da assistência pré-natal (n= 444). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.....	33
<b>Tabela 3</b> - Associações entre as características maternas e variáveis da assistência pré-natal (n= 440). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.....	34
<b>Tabela 4</b> - Resultados descritivos das orientações oferecidas às puérperas durante o pré-natal (n= 440). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

C&SC: Ciência & Saúde Coletiva

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FAPERJ: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

PN: pré-natal

PHPN: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SISPRENATAL: Sistema de Informação do Pré-natal

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFS: Universidade Federal de Sergipe

## RESUMO

Estudo transversal e quantitativo vinculado à pesquisa *Nascer em Sergipe* que objetiva analisar a frequência do pré-natal (PN) em Aracaju, capital de Sergipe, comparada às encontradas no estado e no país. Propõe a avaliação da adequação segundo critérios descritos no *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. O estudo reproduziu a metodologia do Inquérito Nacional *Nascer no Brasil*, selecionando 444 puérperas atendidas em todas as maternidades do município entre junho de 2015 e abril de 2016. A cobertura do acompanhamento PN foi quase universal (99,1%), superando os dados encontrados no estado e no país em estudos prévios. Houve inadequação segundo critérios quantitativos (início precoce em 63,2% e realização do mínimo de seis consultas em 75,4% da amostra) e principalmente segundo os qualitativos (orientações fornecidas às gestantes variando de 37,5 a 67,1%). Houve diferença na qualidade do serviço prestado dentre as variáveis sociodemográficas das puérperas, sendo as adolescentes e/ou de baixa escolaridade as mais prejudicadas. Observou-se a necessidade de aprimoramento das políticas públicas de Planejamento Familiar, melhorias na captação e no acolhimento das gestantes e incentivo à capacitação técnica e comunicativa das equipes, com criação do vínculo equipe-paciente.

**Palavras-chave:** Pré-natal, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestação, Serviços de Saúde Materna

## ABSTRACT

This is a cross-sectional and quantitative study linked to the *Birth in Sergipe* survey, which aims to analyze the frequency of prenatal care (PC) in Aracaju, capital of Sergipe, compared to those found in the state and in Brazil. It proposes the evaluation of the adequacy according to the criteria described in the *Prenatal Care and Birth Humanization Program*. This study reproduced the methodology of *Birth in Brazil* National Survey, selecting 444 puerperal attended at all maternity hospitals in the city between June 2015 and April 2016. The incidence of PC was almost universal (99.1%), surpassing the data found in the state and in the country in other studies. There was inadequacy according to quantitative criteria (early onset in 63.2% and at least six consultations in 75.4% of the sample) and the qualitative criteria (instructions provided to the participants ranging from 37.5 to 67.1%). There was a difference in the quality of the service provided among the sociodemographic variables of the puerperal women, being the adolescents and/or low educational level the most impaired. It was observed the need for improvement of the public policies regarding Family Planning and PC, and encouragement of the technical and communicative capacity of the teams, with the creation of team-patient link.

**Key words:** Prenatal care, Quality of Health Care, Pregnancy, Maternal Health Services

## SUMÁRIO

<b>1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	12
1.1 O pré-natal e sua assistência.....	12
1.2 O <i>Programa de Humanização no pré-natal e nascimento</i> .....	13
1.3 Avaliação da qualidade e adequação do PN.....	15
1.4 Pesquisa <i>Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento</i> .....	17
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	18
<b>2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO</b> .....	20
<b>3. ARTIGO ORIGINAL</b> .....	25
<b>RESUMO</b> .....	26
<b>ABSTRACT</b> .....	27
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	28
<b>MÉTODOS</b> .....	29
<b>RESULTADOS</b> .....	31
<b>DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	43

## 1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1.1 O pré-natal e sua assistência

O período pré-natal (PN) é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados. Requer dos profissionais envolvidos o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde, favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia (COSTA et al., 2013).

A assistência PN compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008). É um fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos (NUNES et al., 2016).

Seu potencial de impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil é amplamente conhecido, tanto pela redução na ocorrência de trabalho de parto prematuro, doença hipertensiva específica da gestação e diabetes gestacional quanto pela diminuição da severidade dos casos (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Uma atenção PN e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. É indispensável o fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido - desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

A atenção PN de alta qualidade depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006).

No Brasil, observa-se uma cobertura PN crescente desde a década de 90 (DOMINGUES et al., 2015), alcançando valores superiores a 90% em todas as regiões do país e em mulheres com diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas (LEAL; GAMA, 2014). Apesar da cobertura da assistência PN no Brasil ser praticamente universal, a adequação dessa assistência ainda é baixa, revelando índices significativos de início tardio do acompanhamento,

número inadequado de consultas, inadequação da realização de exames de rotina em todas as regiões do país e baixa proporção de orientação às gestantes (VIELLAS et al., 2014), carecendo melhorar significativamente em vários aspectos da assistência, principalmente de forma qualitativa (NUNES et al., 2016).

### 1.2 O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento

No ano de 2000, instituído pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, foi implantado em todo território brasileiro o *Programa de Humanização no Pré-Natal e do Nascimento* (PHPN), visando a criação de um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país.

O programa foi estruturado visando garantir os seguintes direitos às gestantes do país: acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica e o direito do recém-nascido à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, inclui também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal. O programa estabelece critérios quantitativos mínimos para o cuidado obstétrico, visando indiretamente à obtenção de melhoria na qualidade da atenção (ANDREUCCI; CECATTI, 2011), além de buscar um modelo de atenção integral à saúde (COSTA et al., 2013).

Conforme definições deste programa, um adequado acompanhamento PN e assistência à gestante e à puérpera deverá ser garantido pelos estados e municípios por meio de seu sistema de saúde. Deve-se assegurar a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta PN até 120 dias da gestação, classificando o risco gestacional na primeira consulta. O PN deve ser composto por no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2002).

As consultas devem ser associadas à realização de atividades educativas durante o período gestacional, tanto individualmente quanto em grupos de gestantes. O PHPN também preconiza procedimentos mínimos a serem realizados durante a atenção PN, estipulando quais exames laboratoriais devem ser realizados no PN (Tabela 1), definindo a obrigatoriedade da testagem anti-HIV e da imunização antitetânica, e estabelecendo a garantia de acesso ao atendimento em unidade de referência à gestação de alto risco. Também instituiu a realização de

consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento, para todas as gestantes e seus conceptos (BRASIL, 2002).

Quadro 1 – Exames laboratoriais mínimos segundo orientações do PHPN (2000)

---

ABO-Rh, um exame na primeira consulta

VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação

Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação

Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação

HB/Ht, na primeira consulta

---

Fonte: BRASIL, 2002

Tais medidas foram preconizadas visando melhorar a qualidade da assistência fornecida à gestante e ao seu concepto, modificando os desfechos negativos associados à gestação e ao parto. O início precoce da assistência PN permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto a realização do número adequado de consultas possibilita o acompanhamento apropriado e a realização de intervenções oportunas sempre que necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal (NUNES et al., 2016).

Já a realização dos exames laboratoriais, clínico-obstétricos e de procedimentos técnicos ( aferição da pressão arterial, peso e estatura da gestante, medida da altura uterina, entre outros) durante o PN é medida essencial para prevenir, identificar e corrigir em tempo hábil quaisquer anormalidades ou riscos que possam causar prejuízos à saúde materna ou fetal (NUNES et al., 2016).

A avaliação dos parâmetros que compõem o PHPN permite inferir diretamente a qualidade da assistência PN nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, as baixas taxas de adequação do processo nos vários níveis podem ter resultado em desfechos indesejáveis, como nascimento de crianças prematuras e de baixo peso, além de contribuir para mortalidade materna e perinatal (MARTINELLI et al., 2014).

Junto à introdução do PHPN, foi lançado o *Sistema de Informação do Pré-Natal* (SISPRENATAL), instrumento criado pelo *Departamento de Informática do SUS* (DATASUS). Visa o monitoramento do PHPN pelos gestores do SUS, permitindo o acompanhamento do cumprimento de critérios necessários para pagamento dos incentivos (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

O SISPRENATAL possibilita a obtenção de informações sobre o PN, ação fundamental para avaliação do cuidado em diferentes contextos. O instrumento é abastecido por informação mensal apresentada pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios cadastrados no PHPN, passando por entraves de subnotificação (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008). A documentação dos dados é deficiente em nível nacional, não refletindo o

real acompanhamento das gestantes nas diferentes redes de saúde do país (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

### 1.3 Avaliação da qualidade e adequação do PN

Diversos índices que visam a avaliação da adequação do PN são descritos e utilizados em literatura. Um dos primeiros índices foi proposto por Kessner em 1973, baseado no trimestre em que o cuidado PN se inicia e no número de consultas ajustado para a idade gestacional. Classifica o PN em três categorias de utilização: PN adequado, intermediário e inadequado (KESSNER et al., 1973)

O índice de Kessner foi adaptado no Brasil por Takeda, em 1993, combinando o número total de consultas com o momento de ingresso ao PN em três categorias: adequado, quando são realizadas seis ou mais consultas e cujo início do acompanhamento se dá antes de cinco meses de gestação; inadequado, quando são realizadas menos de três consultas de PN ou quando o início destas consultas se dá após o sétimo mês de gestação; e intermediário, que engloba as demais situações (TAKEDA, 1993).

Em 2001, foi feita nova modificação do índice de Kessner, classificando como adequado a realização de seis ou mais consultas antes do quinto mês de gestação associados à realização de dois ou mais exames qualitativos de urina, hemoglobina e VDRL; inadequado para três consultas, cujo início se dá após o sétimo mês de gestação sem a realização de qualquer um destes exames laboratoriais e, por fim, intermediário para as demais situações (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Em 2003, baseado em recomendações do MS, foi criado um índice que, além do número de consultas e mês de início do PN, incluía o número de consultas ajustadas à idade gestacional do parto (COIMBRA et al., 2003).

Todos esses índices baseiam-se exclusivamente no número de consultas realizadas e na idade gestacional de início do PN. Em 2000, ao instituir o PHPN, o MS definiu um conjunto de procedimentos mínimos que todas as gestantes deveriam receber durante as consultas, levando em conta também a realização de alguns exames clínicos e laboratoriais (SAAVEDRA; CESAR, 2015). Estes indicadores qualitativos são fundamentais no escopo das ações mínimas e têm sido inseridos como componentes essenciais nos debates atuais sobre a humanização da assistência à gestante para uma atenção ao PN qualificada (NUNES et al., 2016).

Em 2006, em adição ao PHPN, foi publicado pelo MS o *Manual Técnico de PN e Puerpério – atenção qualificada e humanizada* (BRASIL, 2006), que além dos itens propostos em 2000, traz novos critérios quantitativos à qualidade do PN (introdução das sorologias para

hepatite B e toxoplasmose, descrição e orientação para registro adequado das ações efetuadas no cartão da gestante, prevenção e/ou diagnóstico dos cânceres de colo uterino e de mama) (BRASIL, 2006).

O Manual também traz a descrição dos critérios qualitativos já propostos no PHPN, que não eram detalhados no documento inicial. Caracteriza a escuta ativa tanto da gestante quanto de seus acompanhantes, a realização de atividades educativas individuais ou em grupo, estimula o parto normal e reitera o direito de acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto, estabelecido pela Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2006).

No Brasil, ainda é baixa a utilização de critérios visando avaliar a qualidade da assistência PN. Em geral, as avaliações que tratam desse assunto limitam-se à contagem do número de consultas realizadas, com especial interesse na proporção daquelas que completam pelo menos seis consultas, número mínimo recomendado pelo MS segundo o PHPN (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Nos estudos que analisam a qualidade do PN, é significativa a diminuição na adequação da assistência quando utilizados índices que baseiam-se não somente em variáveis quantitativas como também qualitativas, como a realização de exames complementares, os procedimentos básicos e as orientações técnicas durante as consultas (NUNES et al., 2016), chegando-se à constatação que quanto mais exigente o critério utilizado maior a prevalência de inadequação (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

O acompanhamento PN proposto pelo MS também traz à tona alguns elementos subjetivos, como o atendimento acolhedor e humanizado, a escuta ativa e o vínculo da equipe com a paciente. Tais elementos não são incluídos nos índices de qualidade e de avaliação da adequação do PN comumente utilizados em literatura, levantando a questão sobre o conteúdo do serviço ofertado e categorizado como adequado segundo estes índices (NUNES et al., 2016).

Na avaliação do PN, a escolha dos indicadores também deve ser adaptada para a população-alvo a ser estudada, visto que, por exemplo, gestantes de alto risco demandam diferentes intensidades de cuidados e não podem ser avaliadas com base nos mesmos parâmetros de gestantes com risco habitual ou baixo risco, pois as primeiras necessitam de repetição de exames de rotina e exames clínico-obstétricos mais frequentes, devido à maior exposição a fatores de risco do que as últimas (NUNES et al., 2016).

É importante observar que todos os critérios de avaliação descritos nesta revisão se limitam à contagem de eventos ocorridos ao longo da assistência, o que é claramente insuficiente no que diz respeito à determinação da qualidade do serviço oferecido. Observa-se, portanto, a necessidade de criar novos critérios que avaliem também a qualidade das consultas

e do exame clínico-obstétrico oferecido durante este acompanhamento (SAAVEDRA; CESAR, 2015).

#### 1.4 Pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*

A fim de analisar o panorama nacional dos partos no Brasil, o MS lançou um edital via Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para a realização de uma grande pesquisa nacional visando estudar o parto e o nascimento no país. O projeto Inova-Escola Nacional de Saúde Pública (INOVA-ENSP) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) também deram importante suporte a essa investigação (LEAL; GAMA, 2014).

O estudo foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), tendo contemplado 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, sendo representativo dos nascimentos hospitalares neste universo onde ocorrem 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 (LEAL; GAMA, 2014).

Os principais objetivos da pesquisa foram analisar a atenção à gestação e ao parto no país e seus principais desfechos, estimar a prevalência de cesarianas e outras intervenções obstétricas e neonatais, descrever as complicações maternas e neonatais de acordo com o tipo de parto, com ênfase na prematuridade, descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto, descrever a estrutura das instituições hospitalares e analisar a relação com os desfechos obstétricos e neonatais, e analisar a saúde mental materna pós-parto (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 2014; LEAL et al., 2012).

Os resultados culminaram na produção de diversos artigos científicos, analisando aspectos epidemiológicos da amostra, criação de algoritmo para cálculo da idade gestacional e estimação da mortalidade materna; resultados sobre a assistência PN; decisão sobre a via de parto/ intervenções sobre as parturientes e recém-nascidos de risco habitual; tipo de parto nas adolescentes; satisfação com o atendimento e presença de acompanhante durante a internação; *near miss* e mortalidade materno neonatal; análise sobre a estrutura das maternidades; descrição de uma experiência bem sucedida para a redução de cesarianas na rede privada (LEAL; GAMA, 2014).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053–1064, 2011.
- BRASIL. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Ministério da Saúde**, 2002.
- BRASIL. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. **Ministério da Saúde**, 2006.
- COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456–462, 2003.
- COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516–522, 2013.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana**, v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015.
- GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. M. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 42, n. 1, p. 105–111, 2008.
- KESSNER, D. M. et al. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. **Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Science**, v. 1, n. 3, p. 216–225, 1973.
- LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 5–7, 2014.
- MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 56–64, 2014.
- NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016.
- SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, v. 31, n. 5, p. 1003–1014, 2015.

SILVEIRA, D. S. DA; SANTOS, I. S. DOS; COSTA, J. S. D. DA. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131–139, 2001.

TAKEDA, S. M. P. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção**. 1993. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Porto Alegre.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 85–100, 2014.

## **2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO**

### **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**

#### **INFORMAÇÕES GERAIS**

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

#### **CATEGORIAS DE ARTIGOS**

##### **Editorial**

De responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

##### **Artigos Temáticos**

Devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

##### **Artigos de Temas Livres**

Devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

##### **Artigos de Revisão**

Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

### **Opinião**

Texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

### **Resenhas**

Análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

### **Cartas**

Com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## **PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO**

Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

### **Autoria**

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## **Nomenclaturas**

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## **Ilustrações e Escalas**

O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte.

OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original

estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.



**RESUMO**

32  
33 Estudo transversal e quantitativo vinculado à pesquisa *Nascer em Sergipe* que objetiva analisar  
34 a frequência do pré-natal (PN) em Aracaju, capital de Sergipe, comparada às encontradas no  
35 estado e no país. Propõe a avaliação da adequação segundo critérios descritos no *Programa de*  
36 *Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. O estudo reproduziu a metodologia do Inquérito  
37 Nacional *Nascer no Brasil*, selecionando 444 puérperas atendidas em todas as maternidades do  
38 município entre junho de 2015 e abril de 2016. A cobertura do acompanhamento PN foi quase  
39 universal (99,1%), superando os dados encontrados no estado e no país em estudos prévios.  
40 Houve inadequação segundo critérios quantitativos (início precoce em 63,2% e realização do  
41 mínimo de seis consultas em 75,4% da amostra) e principalmente segundo os qualitativos  
42 (orientações fornecidas às gestantes variando de 37,5 a 67,1%). Houve diferença na qualidade  
43 do serviço prestado dentre as variáveis sociodemográficas das puérperas, sendo as adolescentes  
44 e/ou de baixa escolaridade as mais prejudicadas. Observou-se a necessidade de aprimoramento  
45 das políticas públicas de Planejamento Familiar, melhorias na captação e no acolhimento das  
46 gestantes e incentivo à capacitação técnica e comunicativa das equipes, com criação do vínculo  
47 equipe-paciente.

48 **Palavras-chave:** Pré-natal, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestação, Serviços de Saúde  
49 Materna

**ABSTRACT**

50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

This is a cross-sectional and quantitative study linked to the *Birth in Sergipe* survey, which aims to analyze the frequency of prenatal care (PC) in Aracaju, capital of Sergipe, compared to those found in the state and in Brazil. It proposes the evaluation of the adequacy according to the criteria described in the *Prenatal Care and Birth Humanization Program*. This study reproduced the methodology of *Birth in Brazil* National Survey, selecting 444 puerperal attended at all maternity hospitals in the city between June 2015 and April 2016. The incidence of PC was almost universal (99.1%), surpassing the data found in the state and in the country in other studies. There was inadequacy according to quantitative criteria (early onset in 63.2% and at least six consultations in 75.4% of the sample) and the qualitative criteria (instructions provided to the participants ranging from 37.5 to 67.1%). There was a difference in the quality of the service provided among the sociodemographic variables of the puerperal women, being the adolescents and/or low educational level the most impaired. It was observed the need for improvement of the public policies regarding Family Planning and PC, and encouragement of the technical and communicative capacity of the teams, with the creation of team-patient link.

**Key words:** Prenatal care, Quality of Health Care, Pregnancy, Maternal Health Services

## 66           **INTRODUÇÃO**

67   O período pré-natal (PN) é uma etapa da gestação de incontáveis transformações na vida da  
68   mulher. É uma experiência social, individual e única, em que ocorrem mudanças psicológicas,  
69   fisiológicas, socioculturais e econômicas<sup>1</sup>.

70   A assistência PN surge nesse período como instrumento essencial para a segurança e saúde  
71   materno-fetal, visando promover um cuidado longitudinal e integrado, aliando promoção,  
72   prevenção e assistência à saúde<sup>2</sup>. Seus benefícios nos desfechos neonatais, como redução da  
73   morbimortalidade materno-fetal, da incidência de baixo peso e prematuridade, da ocorrência de  
74   doença hipertensiva específica da gestação e do diabetes gestacional e sua relação com a boa  
75   prática do aleitamento materno são recorrentemente descritos em literatura, tornando-se um  
76   compromisso do Ministério da Saúde (MS)<sup>3-8</sup>.

77   No Brasil, historicamente são realizados esforços para garantir o atendimento PN universal,  
78   eficaz, digno e humanizado. Em 2000, foi lançado o *Programa de Humanização no Pré-Natal*  
79   *e Nascimento* (PHPN) pelo MS, um protocolo de ações mínimas a serem realizadas na  
80   assistência gestacional: início da assistência até o quarto mês de gestação (16<sup>a</sup> semana); mínimo  
81   de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e  
82   três no terceiro; rotina de exames laboratoriais e vacinação, atividades educativas e consulta  
83   puerperal<sup>9</sup>.

84   O programa veio com os objetivos de reduzir a assimetria da assistência prestada no período  
85   gestacional e puerperal nas diversas regiões do país e de melhorar os altos índices de  
86   morbimortalidade materna, peri e neonatal registrados à época e ainda presentes na atualidade<sup>3</sup>.

87   Ao longo dos anos, outras leis e manuais técnicos foram acrescidos ao documento original,  
88   garantindo uma assistência abrangente e atualizada.

89   Quase duas décadas após o lançamento do PHPN seus resultados na assistência PN já podem  
90   ser observados, com uma abrangência nacional de 98,7%<sup>10</sup>. No entanto, quando é realizada a

91 avaliação da qualidade dessa assistência, os resultados ainda são insatisfatórios, principalmente  
92 quando a análise não se limita aos critérios quantitativos, abordando também critérios  
93 qualitativos e/ou subjetivos<sup>5,7,11,12</sup>.

94 Em Aracaju, capital de Sergipe, poucas análises recentes foram feitas quanto ao atendimento  
95 PN<sup>13,14</sup>. Este estudo objetiva examinar sua cobertura atual no município, comparando-a aos  
96 dados registrados a nível estadual e nacional nas últimas décadas. Também propõe a análise da  
97 adequação deste processo segundo orientações constantes no PHPN e em seus manuais  
98 adjuntos, visando a discussão dos prováveis fatores relacionados à conformidade deste  
99 acompanhamento.

## 100 **MÉTODOS**

101 Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, com abordagens descritiva e analítica,  
102 vinculado à pesquisa *Nascer em Sergipe*, realizada entre junho de 2015 e abril de 2016. O estudo  
103 reproduziu o método da pesquisa *Nascer no Brasil*<sup>15</sup>, sendo realizado treinamento da equipe  
104 local por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

105 Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe  
106 (UFS), sob parecer nº 453.279/2013, com o seguinte CAAE: 22488213.4.0000.5546, com todos  
107 os cuidados adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações.

108 A coleta de dados foi realizada em todas as maternidades públicas, privadas e mistas do estado  
109 de Sergipe que registraram no mínimo 500 partos/ano. Para esta análise, foi feito recorte com  
110 as participantes residentes no município de Aracaju, capital do estado, atendidas nas 4  
111 maternidades da cidade, sendo duas exclusivamente do setor privado, uma do setor público e  
112 uma mista.

113 Nas maternidades selecionadas foram consideradas elegíveis todas as mulheres com parto de  
114 feto vivo e parto de feto morto com peso ao nascer maior ou igual a 500g e/ou idade gestacional  
115 maior ou igual a 22 semanas (dados obtidos por meio de consulta aos prontuários dos recém-

116 nascidos e parturientes). Foram excluídas mulheres que não falassem e/ou compreendessem o  
117 idioma (português) ou que apresentassem transtornos mentais graves. As participantes  
118 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com garantia de recusa a  
119 qualquer momento, sem sofrer danos.

120 Os entrevistadores permaneceram no mínimo 7 dias em cada instituição. Caso o número de  
121 puérperas pudesse ser atingido antes deste período, procedia-se a um sorteio aleatório com a  
122 limitação do número diário de entrevistadas, para que os 7 dias fossem atingidos. Foram  
123 realizadas entrevistas face a face com as puérperas com intervalo mínimo de 6 horas após o  
124 parto e extraídos dados do prontuário da mulher e do recém-nascido após a alta (ou óbito). Os  
125 cartões de PN, com autorização das participantes, foram fotografados e as informações  
126 digitadas no banco de dados.

127 As variáveis sociodemográficas maternas investigadas foram: idade, raça/cor da pele, nível de  
128 escolaridade, trabalho remunerado e situação conjugal. Para classificação da faixa adolescência,  
129 utilizou-se a convenção elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece  
130 a faixa etária de 10 a 19 anos<sup>16</sup>. Investigou-se também o planejamento da gravidez, a satisfação  
131 da mulher ao descobri-la e tentativas abortivas. Quanto ao tipo de financiamento da assistência  
132 PN, o serviço foi classificado em público, privado ou misto.

133 As variáveis estudadas para avaliação da assistência PN foram as constantes no documento  
134 original do *PHPN*<sup>9</sup> complementadas pelas do *Manual Técnico de PN e Puerpério – atenção*  
135 *qualificada e humanizada*<sup>2</sup>: cobertura do PN (realização de pelo menos uma consulta); início  
136 precoce (até a 16ª semana gestacional); realização de no mínimo seis consultas; recebimento  
137 do cartão da gestante e recebimento de informações durante este processo (sinais de início do  
138 trabalho de parto, sinais de risco na gravidez, atividades para facilitar o parto, importância da  
139 amamentação na primeira hora de vida, maternidade de referência para o parto).

140 Para a análise estatística foram utilizadas as técnicas univariada e bivariada para obtenção da  
141 distribuição dos valores das frequências absoluta e relativa. As associações foram investigadas  
142 por meio do teste Qui-quadrado entre as variáveis categóricas. Estimou-se a Razão de Chances  
143 (Odds Ratio - OR) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de  
144 95% (IC 95%) com uso do método de Mantel-Haenzel. Em todos os casos foi adotada  
145 significância de 5%. O pacote utilizado foi *IBM® SPSS - Statistical Package for the Social*  
146 *Sciences*, versão 20.0 Mac.

## 147 **RESULTADOS**

148 Na pesquisa *Nascer em Sergipe* foram avaliadas 768 puérperas e seus conceitos  
149 proporcionalmente distribuídos entre as maternidades selecionadas. Para esta análise, foi feito  
150 recorte com as participantes residentes em Aracaju (n=444), que foram atendidas nas 4  
151 maternidades da cidade, sendo duas exclusivamente do setor privado, uma do setor público e  
152 uma mista.

153 A média de idade das participantes foi de  $25,7 \pm 6,7$  anos, desta amostra, 21,4% eram  
154 adolescentes e 9,7% tinham idade  $\geq 35$  anos. A raça/cor da pele parda foi a mais referida (75,5%)  
155 e a maior parte dos atendimentos foi realizada no serviço público (65,9%). Quanto à  
156 escolaridade, a maior parte da amostra (42,8%) completou o Ensino Médio e apenas 0,5%  
157 declarou-se analfabeta. A maioria não possuía trabalho remunerado (55,6%) e vivia com o  
158 companheiro(a) (59%) à época da pesquisa, e predominantemente as gestações não foram  
159 planejadas (61,5%), com 37,2% referindo insatisfação com a descoberta da gravidez. Destaca-  
160 se que tentativas abortivas foram relatadas por 5,6% das entrevistadas (Tabela 1).

161 A cobertura do PN foi de 99,1%, sendo realizado majoritariamente no serviço público (65,9%),  
162 pelo mesmo profissional médico e/ou enfermeiro na maior parte do tempo ou em sua totalidade  
163 (84,3%). Quase a totalidade das gestantes (94,5%) recebeu o cartão da gestante no

164 acompanhamento. O início da assistência PN até a 16<sup>a</sup> semana de gestação foi de 63,2% e 75,4%  
 165 destas mulheres compareceram a seis ou mais consultas (Tabela 2).

166 **Tabela 1** - Resultados descritivos das variáveis socioeconômicas e relacionadas à gravidez entre puérperas da capital sergipana  
 167 (n= 444). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.

<b>Variáveis socioeconômicas e relacionadas à gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
≤ 19 anos	95	21,4
20 a 34 anos	306	68,9
≥ 35 anos	43	9,7
<b>Raça / Cor da pele</b>		
Parda	335	75,5
Branca	54	12,2
Preta	35	7,7
Amarela	18	4,1
Indígena	2	0,5
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	2	0,5
Ensino fundamental	172	38,7
Ensino médio	190	42,8
Ensino superior	80	18
<b>Situação conjugal</b>		
Vive com companheiro(a)	262	59
Vive sem companheiro(a)	182	41
<b>Trabalho remunerado</b>		
Sim	197	44,4
Não	247	55,6
<b>Gravidez planejada</b>		
Sim	171	38,5
Não	273	61,5
<b>Sentimento ao saber da gestação</b>		
Satisfeita	279	62,8
Parcialmente/Totalmente insatisfeita	165	37,2
<b>Tentativas abortivas</b>		
Sim	25	5,6
Não	419	94,4

168 Nota: N (frequência absoluta), % (frequência relativa).

169 Destaca-se que o início precoce da assistência PN foi mais frequente entre as gestantes  
 170 adolescentes (69,5%) e menos frequente entre as gestantes brancas (44,4%). Já a realização de  
 171

172 seis ou mais consultas foi maior entre as participantes que planejaram a gravidez (86,4%), e  
 173 menor entre as com baixa escolaridade (69,1%) (Tabela 3).

174 **Tabela 2** - Resultados descritivos das variáveis da assistência pré-natal (n= 444). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.

<b>Variáveis da assistência pré-natal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realização do pré-natal</b>		
Sim	440	99,1
Não	4	0,9
<b>Semana gestacional que iniciou o pré-natal</b>		
≤ 16ª semana gestacional	278	63,2
≥ 17ª semana gestacional	162	36,8
<b>Número de consultas</b>		
≤ 5 consultas	108	24,6
6 ou mais consultas	332	75,4
<b>Tipo de serviço/financiamento</b>		
Público	290	65,9
Privado	119	27,1
Nos dois (misto)	31	7
<b>Acompanhamento pelo mesmo profissional</b>		
Sim, totalmente	187	42,5
Sim, parcialmente	184	41,8
Não	69	15,7
<b>Recebimento do cartão da gestante</b>		
Sim	416	94,6
Não	24	5,4

175 Nota: N (frequência absoluta), % (frequência relativa).

176  
 177 Em relação às orientações que devem ser oferecidas às mulheres durante este acompanhamento,  
 178 observou-se que pouco mais da metade das gestantes (67,1%) foram instruídas sobre a  
 179 maternidade de referência para o parto (Tabela 2), com maior frequência entre as mulheres  
 180 brancas (74,1%) e/ou com alta escolaridade (73,3%), as que menos receberam essa orientação  
 181 foram as adolescentes (53,7%) e/ou com baixa escolaridade (56,1%) (Tabela 4).

182 As demais orientações obtiveram menor frequência, 58% das gestantes foram instruídas sobre  
 183 a importância da amamentação na primeira hora de vida, e 56,1% sobre os sinais de risco na  
 184 gravidez que deveriam fazê-las procurar um serviço de saúde. Somente 41,8% da amostra foi  
 185 informada sobre como se inicia o trabalho de parto e as informações sobre atividades que

186 poderiam ser realizadas para facilitar o trabalho de parto foram as menos ofertadas (37,5%)  
 187 (Tabela 4).

**Tabela 3** - Associações entre as características maternas e variáveis da assistência pré-natal (n= 440). Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015/2016.

Variáveis socioeconômicas e relacionadas à gravidez	Início precoce	OR (IC 95%)	Valor de p	Realização de seis ou mais consultas	OR (IC 95%)	Valor de p	Orientação sobre a maternidade de referência	OR (IC 95%)	Valor de p
	%			%			%		
<b>Faixa etária</b>									
≤ 19 anos	69,5	1,47	0,119	73,9	1,47	0,162	53,7	2,02	0,003
20 anos ou mais	60,7	(0,90-2,39)		80,7	(0,85-2,55)		70,1	(1,27-3,21)	
<b>Raça/Cor da pele</b>									
Parda	64,8	0,43	0,004	79,8	1,18	0,640	65,9	0,67	0,234
Branca	44,4	(0,24-0,77)		76,9	(0,58-2,38)		74,1	(0,35-1,29)	
<b>Escolaridade</b>									
Analfabeta/Fundamental	67,8	1,44	0,069	69,1	2,63	<0,001	56,1	2,15	0,001
Ensino Médio/Superior	59,3	(0,97-2,16)		85,5	(1,63-4,24)		73,3	(1,43-3,22)	
<b>Trabalho remunerado</b>									
Sim	58,4	1,38	0,099	85,6	2,05	0,004	73,5	1,76	0,006
Não	66	(0,94-2,03)		74,3	(1,24-3,39)		61,1	(1,17-2,64)	
<b>Situação conjugal</b>									
Vive com companheiro(a)	65,3	0,75	0,165	76,1	0,61	0,054	64,5	0,79	0,262
Vive sem companheiro(a)	58,8	(0,51-1,12)		83,8	(0,37-1,01)		69,6	(0,52-1,19)	
<b>Gravidez planejada</b>									
Sim	63,2	1,03	0,851	86,4	0,46	0,004	64,1	1,19	0,385
Não	62,3	(0,69-1,54)		74,8	(0,27-0,79)		68,1	(0,79-1,79)	
<b>Sentimento ao descobrir a gravidez</b>									
Satisfeita	63,1	1,05	0,790	83	0,54	0,012	66,5	1,01	0,979
Parcial ou totalmente insatisfeita	61,8	(0,70-1,57)		72,2	(0,34-0,88)		66,7	(0,66-1,51)	

188 Nota: OR= Razão de Chances, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

## 189 DISCUSSÃO

190

191 A cobertura do PN em Aracaju já apresentava grande abrangência em estudos anteriores<sup>17</sup>, e o  
 192 mesmo segue em ascensão, sendo quase universal nesta análise. Possui frequência  
 193 discretamente menor que a estadual<sup>18</sup>, descrita no estudo *Nascer em Sergipe*, e que a  
 194 macrorregião Sul<sup>10</sup>, superando as demais macrorregiões e a cobertura nacional<sup>10</sup>.

195 O início precoce do acompanhamento PN e a realização de seis ou mais consultas são princípios  
 196 gerais para a assistência obstétrica e gestacional<sup>2</sup>, pois permitem o acesso aos métodos  
 197 diagnósticos e terapêuticos<sup>19</sup>, possuindo grande importância nos desfechos perinatais<sup>3-7</sup>, sendo  
 198 também indicadores de adequação propostos pelo PHPN<sup>9</sup>.

199 **Tabela 4 - Resultados descritivos das orientações oferecidas às puérperas durante o pré-natal (n= 440). Aracaju, Sergipe, Brasil,**  
 200 **2015/2016.**

<b>Orientações oferecidas durante o pré-natal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sinais de início do trabalho de parto</b>		
Sim	184	41,8
Não	256	58,2
<b>Sinais de risco na gravidez</b>		
Sim	247	56,1
Não	193	43,9
<b>Atividades para facilitar o parto</b>		
Sim	165	37,5
Não	275	62,5
<b>Importância da amamentação na primeira hora de vida</b>		
Sim	255	58
Não	185	42
<b>Maternidade de referência para o parto</b>		
Sim	295	67,1
Não	145	32,9

201 Nota: N (frequência absoluta), % (frequência relativa).

202

203 Apesar da altíssima percentagem da realização, o acompanhamento PN em Aracaju apresenta  
 204 entraves na sua adequação, demonstrando baixo índice de gestantes que o iniciaram no tempo  
 205 preconizado, valor menor que os coletados em todas as macrorregiões do Brasil<sup>10</sup>. Este valor  
 206 também é 23,4% menor que o obtido no mesmo município em 2005<sup>14</sup>, sugerindo a existência  
 207 de uma rede ineficaz de captação e acolhimento das gestantes na atualidade.

208 Contudo, o resultado obtido para início precoce do PN no estado de Sergipe foi pior que o  
 209 detectado em Aracaju<sup>18</sup>, indicando que apesar da queda neste indicador no município, a rede de  
 210 acolhimento da capital é melhor do que a encontrada a nível estadual atualmente.

211 A despeito do início tardio, uma parcela maior da população avaliada conseguiu atingir o  
 212 mínimo de seis consultas estabelecidas, valor ligeiramente maior que o estadual<sup>18</sup> e que o  
 213 nacional<sup>10</sup>. No entanto, um estudo anterior demonstrou melhor incidência desta adequação no  
 214 município<sup>13</sup>, revelando queda discreta também neste indicador quantitativo, sugerindo falhas  
 215 não só no início da assistência, mas também na sua continuidade.

216 As gestantes adolescentes foram as que mais iniciaram o PN no tempo adequado, contudo, estão  
217 entre as que menos completaram as seis consultas. Este grupo frequentemente recebe uma  
218 atenção PN inadequada<sup>7,10</sup>, e apesar do aparente avanço local para a captação e acolhimento  
219 deste classe de gestantes, observa-se falha na continuidade deste acompanhamento.

220 A baixa escolaridade também é um fator comumente associado à inadequação do PN<sup>8,10,14</sup>,  
221 todavia, neste estudo, as mulheres com menor escolaridade iniciaram o acompanhamento mais  
222 precocemente, dado que pode ser justificado pela maior ocorrência de adolescentes com PN de  
223 início precoce.

224 Quanto à continuidade do serviço, a alta escolaridade foi fator protetor, e mesmo com o início  
225 mais tardio grande parte desta população concluiu as seis consultas de PN. É importante  
226 ressaltar que a maior parte da amostra possuía o ensino médio e/ou superior completos, o que  
227 pode ser justificado pelos atendimentos prestados exclusivamente na capital, que apresenta uma  
228 maior população com alta escolaridade<sup>20</sup>.

229 Morar sem o companheiro(a) é mais um elemento descrito como fator de risco para inadequação  
230 de início e continuidade do PN<sup>21</sup>. Nesta análise, as gestantes que viviam com companheiro(a)  
231 iniciaram o PN mais precocemente, porém as sem companheiro(a) concluíram as seis consultas  
232 com maior frequência.

233 Estudos têm comprovado os benefícios da aproximação do acompanhante não só no PN, mas  
234 também durante todo o processo de parturição. A presença do parceiro no parto, acompanhando  
235 todo o processo e apoiando a parturiente constantemente, tem consequências no desfecho do  
236 nascimento do bebê, como: efeitos positivos na construção do vínculo paterno, estímulo à  
237 mulher no momento de parir e diminuição de intercorrências<sup>22</sup>.

238 Neste estudo, a maioria das gestações não foi planejada, dado que contraria o direito garantido  
239 pela Lei nº 9.263/96<sup>23</sup>, que institui a regulamentação do Planejamento Familiar. O planejamento  
240 da gestação contribui para a redução da morbimortalidade infantil, diminuindo o número de

241 gestações indesejadas e de abortamentos provocados<sup>2</sup>. Observa-se que a falha nas ações de  
242 promoção de saúde interfere nos indicadores da gestação, e uma parcela significativa da amostra  
243 apresentou-se insatisfeita ao saber da gravidez, além de 5,6% das gestantes terem realizado  
244 tentativas abortivas.

245 Quanto à assistência PN, o planejamento da gravidez e a satisfação ao descobri-la pouco  
246 interferiram no início do acompanhamento nesta análise, porém foram de extrema importância  
247 para o seguimento do mesmo, pois as gestantes que planejaram a gestação e ficaram satisfeitas  
248 ao descobri-la tiveram melhor índice de realização de seis ou mais consultas, dado também  
249 encontrado em pesquisa nacional<sup>10</sup>.

250 A maioria das gestantes teve o acompanhamento realizado grande parte do tempo ou em sua  
251 totalidade pelos mesmos profissionais médicos e/ou enfermeiros. Este fator é de suma  
252 importância para a criação de vínculo profissional-paciente, estabelecendo uma relação de  
253 confiança e permitindo um melhor monitoramento da gestação, elementos essenciais para um  
254 atendimento humanizado e de qualidade<sup>10</sup>.

255 Apesar do acompanhamento com a mesma equipe, nota-se falha significativa nas orientações  
256 fornecidas às gestantes durante o período gestacional. Menos da metade foi informada sobre  
257 como se dá o início do trabalho de parto e atividades a serem realizadas para facilitá-lo, e pouco  
258 mais da metade informada sobre sinais de risco na gravidez, maternidade de referência para o  
259 parto e importância do aleitamento materno.

260 É importante destacar que a vinculação da gestante para a maternidade na qual será realizada  
261 seu parto é um direito garantido pela Lei nº 11.634/07<sup>24</sup>, visando protegê-las da peregrinação  
262 em busca de uma vaga para internação durante o trabalho de parto<sup>10</sup>. Neste estudo, as gestantes  
263 adolescentes e as com baixa escolaridade foram as que menos receberam essa orientação,  
264 indicando uma disparidade na integralidade do serviço prestado, pondo grupos que já sofrem  
265 com uma pior assistência PN<sup>10,25</sup> em maior risco de peregrinação.

266 Nota-se nesta análise as dificuldades para adequação do início e da continuidade do  
267 acompanhamento PN, além de diferenças significativas do atendimento oferecido a depender  
268 dos indicadores sociodemográficos das gestantes. A melhoria destes índices deve ser  
269 estimulada por meio da atenção em saúde em diversos níveis, garantindo o Planejamento  
270 Familiar como parte do atendimento básico de Saúde da Mulher, iniciado desde a fase  
271 adolescente e mantido em todos os ciclos da vida, inclusive durante o PN e puerpério<sup>2,10,12</sup>.

272 A gravidez na adolescência também deve ser encarada como um problema de saúde pública,  
273 dada a sua alta recorrência<sup>10</sup>, sua forte correlação com o não-planejamento gestacional<sup>26</sup> e a  
274 adição de riscos à gravidez, como as evidências de PN inadequado nesse grupo<sup>10,14</sup> e o maior  
275 risco de mortalidade infantil<sup>27</sup>.

276 Ressalta-se a importância das campanhas informativas sobre prevenção de gravidez e infecções  
277 sexualmente transmissíveis, que devem ser pensadas visando atingir também esse grupo-alvo.  
278 Informações sobre a importância do PN com seu início precoce também devem ser elementos  
279 de campanhas públicas, abarcando as gestantes de todas as idades que descobrem a gestação e  
280 não procuram serviços de saúde.

281 Um fator causal comumente descrito para o início tardio do PN é a descrença e falta de  
282 confiança no serviço público ofertado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>25,28</sup>, sugerindo  
283 também a necessidade de maior capacitação dos profissionais para criação adequada de vínculo  
284 equipe-paciente, fornecendo um serviço eficaz e acolhedor, com qualidade que corresponda às  
285 expectativas.

286 Também deve ser priorizada a facilidade de acesso e continuidade do atendimento àquelas que  
287 procurarem o serviço de PN, que deve ser garantido a todas as gestantes<sup>2</sup>. Além disso, deve-se  
288 destacar a relevância do trabalho das equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o  
289 mapeamento da população da sua área de atuação, identificando as novas gestantes e  
290 encaminhando-as imediatamente ao serviço PN<sup>8</sup>.

291 Apesar das orientações às gestantes durante a gravidez serem descritas como item essencial à  
292 assistência PN humanizada e de qualidade<sup>2</sup>, observa-se neste estudo o desprestígio da educação  
293 em saúde entre os profissionais. As poucas explicações ofertadas ainda seguem uma tendência  
294 técnica, priorizando as informações sobre aleitamento materno, indicadores de risco na gravidez  
295 e referência de maternidade para o parto.

296 Sugere-se a necessidade de melhor capacitação técnica e comunicativa das equipes assistentes,  
297 além da conscientização sobre a importância e obrigatoriedade da promoção em saúde em todos  
298 os níveis, sanando as dúvidas trazidas pelas pacientes e seus acompanhantes<sup>2,12</sup>. Um PN de  
299 qualidade também necessita da adequação de critérios qualitativos e subjetivos<sup>11</sup>, no entanto,  
300 quando se acrescentam tais parâmetros nesta avaliação, é significativa a queda na adequação da  
301 assistência.

## 302 **CONCLUSÃO**

303 Conclui-se com esta análise que o PN em Aracaju segue em ascensão, entretanto, ainda  
304 apresenta valores significativos de inadequação de acordo com o PHPN, revelando alguns  
305 indicadores piores que os descritos a nível municipal, estadual e nacional. Também demonstra  
306 graves disparidades de qualidade do serviço prestado às gestantes considerando suas variáveis  
307 sociodemográficas, necessitando de intervenções a nível de saúde pública para melhor  
308 adequação conforme os programas e leis já propostos.

## REFERÊNCIAS

- 309
- 310 1 Merighi MAB, De Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão  
311 das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social.  
312 *ACTA Paul Enferm* 2007; 20: 434–440.
- 313 2 Brasil. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.  
314 *Ministério da Saúde* 2006.
- 315 3 Lansky S, Friche A, Silva AA, Campos D, Bittencourt S, Carvalho M *et al.* Pesquisa  
316 Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e  
317 ao recém-nascido. *Cad Saude Publica* 2014; 30: 192–207.
- 318 4 Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de Pré-Natal e morbidade  
319 neonatal. 2012; 21: 269–276.
- 320 5 Silva EP da, Lima RT, Costa MJ de C, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de  
321 um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 33: 356–  
322 362.
- 323 6 Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão  
324 sistemática. *Cad Saude Publica* 2004; 20: 1160–1168.
- 325 7 Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-  
326 natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*  
327 2015; 31: 1003–1014.
- 328 8 Ministério da Saúde B. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*. 2012  
329 doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- 330 9 Brasil. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. *Ministério da Saúde* 2002.
- 331 10 Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV  
332 da *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30: 85–100.
- 333 11 Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência  
334 pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Coletiva*  
335 2016; 24: 252–261.
- 336 12 Costa CSC, Vila V da SC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do  
337 atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev Eletrônica Enferm* 2013; 15: 516–

- 338 522.
- 339 13 Alves da Silva Carvalho R, Santana Santos V, Moura de Melo C, Queiroz Gurgel R,  
340 Costa da Cunha Oliveira C. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a  
341 renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2015; 24: 1–2.
- 342 14 Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, de Souza L *et*  
343 *al.* Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju,  
344 Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9: 1–8.
- 345 15 Leal C, Augusto A, Augusto M, Dias B, Granado S, Rattner D *et al.* Birth in Brazil:  
346 National Survey into Labor and Birth. *Reprod Health* 2012; 9: 1–8.
- 347 16 World Health Organization. Problemas de la salud de la adolescência. Informe de un  
348 comité de expertos de la OMS. Ginebra, 1965.
- 349 17 Ribeiro ERO, Maria A, Guimarães DN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD *et al.* BMC  
350 Pregnancy and Childbirth Risk factors for inadequate prenatal care use in the  
351 metropolitan area of Aracaju , Northeast Brazil. 2009; 8: 1–8.
- 352 18 Mendes RB, Santos JM de J, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação  
353 da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do programa de humanização no  
354 pré-natal e nascimento. *Cien Saude Colet*  
355 2018.[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-qualidade-do-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-qualidade-do-prenatal-a-partir-das-recomendacoes-do-programa-de-humanizacao-no-prenatal-e-nascimento/16895?id=16895&id=16895)  
356 [prenatal-a-partir-das-recomendacoes-do-programa-de-humanizacao-no-prenatal-e-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-qualidade-do-prenatal-a-partir-das-recomendacoes-do-programa-de-humanizacao-no-prenatal-e-nascimento/16895?id=16895&id=16895)  
357 [nascimento/16895?id=16895&id=16895](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-qualidade-do-prenatal-a-partir-das-recomendacoes-do-programa-de-humanizacao-no-prenatal-e-nascimento/16895?id=16895&id=16895) (acesso em 6 de setembro de 2018).
- 358 19 Domingues RMSM, Hartz ZM de A, Dias MAB, Leal M do C. Avaliação da adequação  
359 da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. 2012; 28:  
360 425–437.
- 361 20 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sergipe | Por Cidade e Estado | IBGE:  
362 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [https://www.ibge.gov.br/estatisticas-](https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=28)  
363 [novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=28](https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=28) (acesso em 9 de  
364 setembro de 2018).
- 365 21 Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF *et al.*  
366 Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*  
367 2003; 37: 456–462.

- 368 22 Holanda SM, Castro RCMB, Aquin P de S, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES.  
369 Influência da Participação do Companheiro no Pré-Natal: Satisfação de primíparas  
370 quanto ao apoio no parto. *Texto Context Enferm* 2018; 27: 1–10.
- 371 23 Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Constituição Fed.  
372 1996.[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm) (accessed 9 Sep2018).
- 373 24 Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.  
374 2007.[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)  
375 (acesso em 9 de setembro de 2018).
- 376 25 Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma  
377 maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev da Esc Enferm da USP* 2011; 45: 1293–1300.
- 378 26 Almeida E De, Coelho C, Lindiane M, Andrade DS, Vitoriano VT, Souza JDJ *et al.*  
379 Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em  
380 área da Estratégia Saúde da Família. 2012; 25: 415–422.
- 381 27 Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM.  
382 Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul  
383 do Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27: 985–994.
- 384 28 Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de  
385 Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde*  
386 *PúblicaSaúde Pública* 2011; 27: 1053–1064.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### I – Dados sobre a pesquisa científica

**Título: NASCER EM SERGIPE: assistência pré-natal e resultados perinatais.**

**Pesquisadora:** Rosemar Barbosa Mendes

**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel

#### II – Termo de Consentimento

Prezada

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer em Sergipe: assistência pré-natal e resultados perinatais**”, de responsabilidade de pesquisadores da UFS e de outras instituições de pesquisa. O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém nascidos. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de, aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, iremos entrar em contato com você por telefone, no período entre 45 e 60 dias após esta entrevista, para saber como estará a sua saúde e do seu filho. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper se assim desejar. Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

#### III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Rosemar Barbosa Mendes. Profª. Me. do Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Padre Álvares Pitangueira, 248. Centro, Lagarto-Se.

#### IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto participar da referida pesquisa.

Se, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da puerpera

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

#### Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:

1. Motivo da Recusa:

\_\_\_\_\_

2. Idade da entrevistada (mãe): [\_\_][\_\_] anos (**preencher com 99 caso ela não queira responder**)

3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino

1. Fundamental 2. Médio 3. Superior 9. Não quis dar a informação [\_\_]

4. Raça ou cor (**opinião do entrevistador**):

1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena [\_\_]

5. Tipo de parto 1. Normal 2. Cesariana 9. Não quis dar a informação [\_\_]

6. O seu parto foi pago pelo: 1. SUS 2. Plano de saúde 3. Particular [\_\_]

7. Nome completo da Entrevistada (mãe):