

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL  
MESTRADO ACADÊMICO

**GENY ROSE CARDOSO COSTA**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO ESTADO DO MARANHÃO**

São Luís

2009

**GENY ROSE CARDOSO COSTA**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadoras:

Prof<sup>ª</sup> Doutora Maria Bethânia da Costa Chein

Prof<sup>ª</sup> Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2009

**GENY ROSE CARDOSO COSTA**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Bethânia da Costa Chein** (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco** (Examinador)  
Centro Universitário do Maranhão

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Elba Gomide Mochel** (Examinadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro**  
Examinador  
Universidade Federal do Maranhão

À Deus, que tem preservado a minha vida e me  
dado graça sobre graça.

A minha família, ao meu amado esposo Aldo e  
filhos, Saulo e Abílio, minhas alegrias.

À minha Mãe, por ter- me posto no mundo  
com essa maneira de ser e agir.

As minhas irmãs pelos incentivos e palavras  
nos momentos difíceis.

A todos os profissionais envolvidos com o  
cuidado á mulher, principalmente nessa fase  
tão importante na vida, que é a gravidez.

## AGRADECIMENTOS

Um poema, uma tela, uma peça, um livro, uma tese, um filho. Gestaçãõ profundamente silenciosa. Travessia marcada pelas dificuldades do vir a ser. Chegar o dia de parir. Eis o fruto que alimentamos com nosso sangue, porém não nos pertence mais; é do mundo. Isto implica dizer que todo construir é um aprendizado. Especialmente agradeço:

Á Deus:

Pai das minhas caídas e erguidas.

Pai que ilumina a minha vida

Pai que me consola

Pai que cuida

Grata sou a minha orientadora Prof<sup>ra</sup> Dra. Maria Bethânia da Costa Chein pelos preciosos ensinamentos no momento exato, com profissionalismo que lhe é peculiar, características raras, mas que fez a diferença no nascimento deste filho que o mundo irá desfrutar.

Á minha também orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama, que com sua competência profissional enriqueceu este trabalho com sugestões sempre pertinentes e que me estimulou nos momentos difíceis, fazendo com que eu encontrasse novas formas de dizer, de sentir e caminhar. Agradeço pela sensibilidade de sua escuta. Foi um privilégio ser sua orientanda.

Agradeço a meu amado esposo Aldo por suas contribuições constantes que me fortaleciam a cada momento.

Um agradecimento especial á minha Tia Nila pelas palavras de conforto.

Agradeço em especial às amigas de trabalho, professores que sempre com palavras amáveis me estimularam nessa etapa da minha vida, Marinete, Francisca Noronha,

Neuza Amorim, Cinthya Griselda; Deilza Matos, Soraia, Naildes, Maria José, Ciana, Renata e Deise.

Agradeço a minha eterna aluna Alessandra, por sua sensibilidade constante.

A minha secretária e amiga Francisca por suas palavras nos momentos difíceis.

Agradeço a todos os alunos e professores envolvidos na pesquisa, em especial, Lívia, Luana, Rafael, Marcelo, Adriana, Alessandra; Ronaldo, Marcos, Natália, Luana, Dayana. Aos professores Andréia Suzana, Leonardo, Denicy, Elza Limae Leyna;

Agradeço a Helena Ribeiro, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, pela sua competência e profissionalismo.

Agradeço a Laudicéia, digitadora dessa pesquisa, pelo seu empenho em tentar fazer sempre o melhor.

Por fim, grata sou ao prof. Ramiro Azevedo pela correção revisão gramatical e ortográfica.

Agradeço ao grande professor Sílvio pela sua dedicação e sabedoria na estatística desse trabalho.

Agradeço á Bibliotecária Roseline Costa pela normatização desse trabalho.

Agradeço ás instituições responsáveis pelo financiamento desta pesquisa: UFMA, FAPEMA, CNPq\DECIT- Ministério da Ciência e Tecnologia.

Por fim sou grata a todos os Professores do Mestrado Materno-Infantil em especial aos professores: Luciane Brito, Diomar, Heloisa Bertiol, Omero, Marisa Barbieri, Albuquerque, Vinícios, Zeny, Fernando Lamy, Sônia, Francisco, Jesus Pacheco, Feliciano, Maria do Desterro pelos valiosos ensinamentos a mim refletido.

## RESUMO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa a promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidade previamente existentes, que afetam as mães e seus filhos. Realizou-se um estudo descritivo com o objetivo de analisar a assistência pré-natal no Estado do Maranhão, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008, com uma amostra representativa do estado do Maranhão de 2.075 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), com história pregressa de gestação. Foi executada como referencial comparativo aos dados da pesquisa “Situação de Saúde no Maranhão”, realizada há dez anos. Os resultados revelaram que, entre as mulheres entrevistadas, a maioria está na faixa etária entre 20 e 39 anos (68,8%), mora na zona urbana (53,5%) e relata união estável (42,2%). Destaca-se que 81,5% são alfabetizadas, com mais de 5 anos de escolaridade; menos de 50% possui renda menor que um salário mínimo (47%), possivelmente relacionado com o fato de 52% não referir nenhuma atividade laboral. Cerca de 50% relataram a realização de 6 consultas ou mais de pré-natal durante a última gravidez e 64,6% relataram início do pré-natal ainda no primeiro trimestre. Observou-se que 74,0% dessas mulheres encontravam-se imunizadas contra tétano. Deve-se destacar que 76,2% das entrevistadas utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização do pré-natal, sendo que dessas, 46% realizaram as consultas em Unidades Básicas de Saúde da Família. Em relação a pesquisa de 10 anos atrás, os resultados atuais refletem ainda uma pequena melhoria na escolaridade e na renda das mulheres maranhenses, e também na assistência pré-natal no que se refere ao número de consultas e período de início do pré-natal; diante desses resultados pode-se questionar um descompasso entre as inúmeras estratégias que ao longo do tempo tem sido implantadas/implementadas sem uma relação direta, impactante, nos indicadores de saúde da mulher, em especial relacionados à assistência pré-natal.

Palavras-chave: Assistência Pré-natal. Saúde da Mulher. Serviço de saúde.

## ABSTRACT

The prenatal assistance enlarges a set of actions which aim to promote the pregnant women's health and the new-born's and also the set of adequate actions to the prevention, the diagnosis and the clinic handling of obstetrical problems which can occur or of illnesses previously existing and that can affect the mothers and their children. It was done a descriptive study aiming to analyse the prenatal assistance in the state of Maranhão. The field research was made in the intercourse from July of 2007 to January of 2008, exploring a systematical sample of 2.075 women. It was executed as a comparative referential to the data of the field research. Situation of Health in Maranhão, made service years. The results revealed that among women who expressed previous (n= 2075) pregnancy, (68,7%), are in the age between 20 and 39 years old, dwell in the urban zone (53,5%), possess stable union (42,16%) the most of them (81,5%) are instructed having more than of scholarship, with minor income of a minimal wage (47%), but 51,8% don't work. 46,8% related the making of 6 consultations emphasizing the prenatal during the first trimestral moment; 63,1% got immunization and 76,2% used the public SUS to the realization of the prenatal one, being 46% as to the Family's Health strategy, the results point a good coverage of prenatal consultations, but the great matter which this paper touches deals with the maintenance of (low) indexes of maternal health in Maranhão. In spite of the existence of planning and implementation of strategies in order to better the indexes of maternal mortality. We have yet grave problems in the organization of the Health's services, and this justifies the systematical realization of know the reality of the States which respect the specificities.

Keywords: Prenatal assistance. Women's health. Health's services.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CEST	-	Centro Universitário Santa Terezinha
CONASS	-	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DN	-	Declaração de Nascimento
DO	-	Declaração de Óbito
EqSF	-	Equipe de Saúde da Família
EtSF	-	Estratégia Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PAISM	-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	-	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	-	Programa Saúde da Família
SISNAC	-	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFMA	-	Universidade Federal do Maranhão

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil - 1998 a Abril/2008 .....	26
Quadro 1	- Categorias de adequação das mulheres em relação à assistência pré-natal, baseado no calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, Brasil .....	34
Gráfico 1	- Distribuição das 2.075 mulheres entrevistadas, segundo as características demográficas e socioeconômicas. Maranhão, 2007.....	38
Gráfico 2	- Distribuição das 2.075 mulheres entrevistadas, em relação ao número de consultas de pré-natal. Maranhão, 2007 .....	39
Gráfico 3	- Distribuição das 1.776 mulheres que realizaram pré-natal, quanto ao período de início das consultas. Maranhão, 2007 .....	39
Gráfico 4	- Distribuição das 2.075 mulheres que referiram gravidez, quanto a classificação da assistência pré-natal. Maranhão, 2007.....	40
Gráfico 5	- Distribuição das 1.776 mulheres, segundo local referido das consultas pré-natais. Maranhão, 2007 .....	41
Gráfico 6	- Distribuição das 1.353 mulheres que realizaram consulta no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo utilização de Unidades Básicas de Saúde da Família. Maranhão, 2007 .....	41
Gráfico 7	- Distribuição das 2.075 mulheres que referiram a vacinação, com antitetânica durante as consultas pré-natais. Maranhão, 2007.....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
<b>2.1</b>	<b>Políticas de Atenção á Saúde da Mulher no Brasil e no Mundo</b> .....	16
<b>2.2</b>	<b>Estratégia Saúde da Família</b> .....	24
<b>2.3</b>	<b>Utilização dos Serviços de Saúde</b> .....	27
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	30
<b>3.1</b>	<b>Geral</b> .....	30
<b>3.2</b>	<b>Específicos</b> .....	30
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	31
<b>4.1</b>	<b>Tipo e período de estudo</b> .....	31
<b>4.2</b>	<b>Local de estudo</b> .....	31
<b>4.3</b>	<b>Amostra</b> .....	32
<b>4.4</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	34
<b>4.5</b>	<b>Processamento e análise estatística dos dados</b> .....	35
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	36
<b>4.7</b>	<b>Aspectos financeiros</b> .....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	37
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	44
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	55
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
	<b>APÊNDICES</b> .....	64
	<b>ANEXOS</b> .....	84

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades capazes de orientar a promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos, estabelecendo ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes, oportunizando o tratamento o mais precoce possível e assim assegurar o nascimento de recém-nascidos saudáveis (CARROLI; ROONEY; VILLAR, 2001; BRASIL, 2006c).

A gravidez determina profundas transformações biológicas, psíquicas, interpessoais e socioculturais na vida da mulher (SILVEIRA; SANTOS, 2004); assim, as ações assistenciais no pré-natal não devem limitar-se ao ambiente institucional, onde a gestante realiza o pré-natal, mas estender-se a sua realidade familiar e da comunidade onde se inserem (LOPES et al., 2005).

O profissional de saúde que oferece assistência ao pré-natal surge como referência no acolhimento à gestante e de sua família, favorecendo o fortalecimento dos vínculos familiares contribuindo para uma assistência de qualidade, condição básica para o desenvolvimento saudável do binômio, mãe e filho.

Starfield (2002) afirma que a prática na atenção básica reforça a dependência das necessidades sociais da saúde da população e esse entendimento deve ser trabalhado tanto pela equipe de saúde como pelas famílias, que, ao se sentirem envolvidas, descobrem sua contribuição na continuidade da assistência, sinalizando o verdadeiro valor do trabalho social.

Para uma assistência pré-natal de qualidade não são indispensáveis instalações caras, tecnologia complexa ou laboratórios sofisticados, mas, sim, a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis do sistema de saúde, com oferta de recursos humanos capacitados

e de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados para detecção e tratamento de morbidades, com garantia de referência e contra-referência (PICCINI et al., 2007).

As taxas de mortalidade materna e perinatal constituem bons indicadores da realidade sócioeconômica e da qualidade de vida de sua população. Estão diretamente relacionadas à assistência pré-natal e à determinação política em realizar ações de saúde coletivas e socializadas, que na atualidade determinam para o pré-natal um número mínimo de seis consultas, iniciando-a logo no primeiro trimestre da gestação associada à imunização antitetânica (BRASIL, 2006a).

A morte materna é um dos mais sensíveis indicadores da condição de vida feminina e reflete, quando elevada, a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério. As circunstâncias que as provocam devem ser investigadas não somente aos aspectos clínicos, mas também quanto aos fatores diretamente relacionados ao sistema de saúde (KILSZTAJN et al., 2003).

Anualmente 515 mil mulheres morrem por complicações da gravidez, aborto, parto e puerpério 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. As taxas de mortalidade materna para todos os países do mundo, em 1995, indicam valores que chegam a ultrapassar 1.000 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos em certos países da África, e atingem níveis inferiores a 10 por cem mil nascidos vivos, para alguns países da América do Norte e Europa (HILL; ABOUZAHR; WARDLAW, 2001).

As taxas estimadas para a América Latina oscilaram entre 114 a 308 mortes por cem mil nascidos vivos. Aproximadamente 98% são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples visando melhorar a qualidade da assistência pré-natal e garantia de acesso aos serviços de saúde (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1996; HILL; ABOUZAHR; WARDLAW, 2001). Por isso, entre outras razões, a Organização

Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável um coeficiente de mortalidade materna em torno de 10 e até no máximo 20 mortes por cem mil nascidos vivos (COSTA; RIBASS; AMORIM, 2002).

No Brasil, as mortes maternas correspondem a cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos (fase economicamente ativa). Em 2005, foi da ordem de 74,68 por cem mil nascidos vivos. Esse valor quando comparado com os observados nas regiões Sul com 76, Sudeste com 70, Norte com 57, Nordeste com 54 e Centro-Oeste com 57 por cem mil nascidos vivos, respectivamente no mesmo período. Nota-se que as taxas mais baixas ocorreram exatamente em regiões brasileiras em que se estimam uma maior prevalência de óbitos maternos. Dados que ilustram um mau registro das declarações de óbitos (DO) e ou das declarações de nascimento (DN) (LAURENTI et al., 2000).

Pesquisas brasileiras, que versam sobre o assunto, não utilizam as mesmas fontes de informações para dimensionar a magnitude da mortalidade materna em cada Estado, assim têm sido aplicados fatores de correção para diminuir o impacto da subinformação desses óbitos maternos. Esse fator de correção adotado é de duas vezes, isto é, estima-se que, para cada morte declarada como materna, existe uma que não foi declarada como tal (TANAKA; MITSUIKI, 1999).

Apesar dos dados serem estimados e apresentarem algumas limitações, pois o delineamento metodológico não foi uniforme, em cada pesquisa, esses dados sinalizam para o grave problema da mortalidade materna no mundo e para a necessidade de se estabelecerem políticas e práticas de saúde que efetivamente possam controlar essa situação trágica.

Na tentativa de modificar essa realidade, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) em 2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade

materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas anteriormente na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004a; 2004b).

Esse programa instituiu critérios que determinam as práticas mínimas de qualificação da assistência pré-natal, a exemplo da captação precoce das gestantes, a realização do mínimo de seis consultas de pré-natal, a realização de exames básicos, a oferta do teste HIV, a imunização antitetânica, a realização de atividades educativas, a classificação do risco gestacional e uma consulta no puerpério até 42 dias após o parto, com vistas à redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2006d).

Para alguns autores a assistência pré-natal deve incluir além das ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, abordar os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que as assistem, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Nessa perspectiva, o processo educativo é uma das dimensões no atendimento à mulher grávida, e a atual Política de Saúde convoca as famílias a participar das ações de promoção acrescentadas do acolhimento que contribui com as diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a integralidade, a universalidade e a equidade em saúde, possibilitando também, uma assistência domiciliar e comunitária (BRASIL, 2007a).

A grande questão que suscita a atual pesquisa diz respeito à manutenção de indicadores de saúde materna no Maranhão, que visa identificar a situação da assistência pré-natal das mulheres em idade fértil (10 a 49anos). Há dez anos a realidade gerou estratégias para a melhoria de indicadores de mortalidade materna, porém ainda temos graves problemas na organização dos serviços de Saúde, o que justifica a realização sistemática de inquéritos populacionais.

Portanto o estudo, que ora se apresenta, reside na necessidade de avaliar-se a cobertura dos serviços de saúde na assistência pré-natal no Estado do Maranhão com vistas a contribuir com informações que possam orientar a adoção de estratégias diferenciadas, respeitando as peculiaridades regionais que culminem com a melhoria de indicadores de saúde da mulher maranhense.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil e no Mundo**

A saúde da mulher foi incorporada mundialmente às políticas nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade, quanto aos princípios do cuidado ainda direcionado ao modelo hospitalocêntrico, medicalizante e tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo o cuidado com a saúde dos filhos e da família (BRASIL, 2004).

Nesse contexto o Ministério da Saúde (MS), em 1983, lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como uma resposta institucional à forte mobilização dos movimentos sociais (em especial o de mulheres), na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres. Sua formulação buscava superar a perspectiva materno-infantil hegemônica na atenção à saúde, ao tempo em que também sofria a influência do ideário do movimento pela democratização da saúde e pela reforma sanitária brasileira, inspirando-se tanto nos valores que norteavam o movimento sanitário, quanto àqueles advindos da reflexão feminista (BRASIL, 1984).

Dessa forma o PAISM incluía tanto a idéia de integração das distintas modalidades e níveis de assistência, quanto a perspectiva da integralidade dos sujeitos sociais.

A partir daí foi iniciada a oferta de atenção específica à mulher, atendendo as suas necessidades de saúde, desde a adolescência até o climatério, tendo a integralidade como principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde, com prioridade para a organização de serviços de assistência pré-natal, diferenciando-se dos demais programas de saúde nacionais, pela ênfase às ações educativas no atendimento à mulher (BRASIL, 2000; RIOS; VIEIRA, 2007).

A assistência pré-natal, uma das ações realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi por muito tempo, direcionada com o objetivo de melhorar os indicadores da saúde da criança. Um novo olhar na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres, interagidos com profissionais de saúde e refletido nas bases programáticas do PAISM (COSTA, 1999).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei, resultado de um longo processo histórico e social, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira, com instâncias no controle social, representando um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde coletiva. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007b).

O PAISM passou a incorporar propostas do movimento de reforma sanitária, e militava por um sistema de saúde universal, integral e equânime que atingisse todas as parcelas da população brasileira, e que fosse estruturada por meio da atenção básica, com componentes fundamentais, que seriam educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção de doenças-endemias locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais e promoção

de boa nutrição. Todos esses componentes, advindos da Conferência de Alma Ata, evento importantíssimo, que trouxe para a discussão os processos de organização dos sistemas de saúde (“atenção primária á saúde”) (STARFIELD, 2002).

Cabe ressaltar que essas conferências e movimentos introduziram às bases do PAISM outros conceitos direcionados à saúde feminina, resultando como fundamento a integralidade da assistência e a autonomia corporal. As diretrizes gerais desse Programa preveem a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; exigindo uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupõe uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (OSIS, 1998).

Esse programa representou uma proposta de mudança na ótica da atenção básica de saúde a mulher brasileira, preconizou ações integrais no planejamento familiar e nos direitos reprodutivos femininos (BRASIL, 2004).

A ideia de integralidade foi o maior desafio, pois exigia dos gestores e profissionais uma preocupação para a capacitação técnica e da educação continuada para atender as demandas para a saúde feminina (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a; 2004b).

Passados mais de 20 anos desde a sua implantação, o PAISM não teve a sua implantação efetiva em todo o território nacional (OSIS, 1998; SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a).

O sucesso do PAISM depende, particularmente, da implantação do SUS. A cobertura universal na assistência prevista pelo PAISM perpassa pela garantia que o princípio constitucional seja efetivamente considerado nas políticas de saúde. Da mesma forma, a descentralização efetiva e a garantia de financiamento aos municípios são as estratégias

capazes de consolidar o projeto de uma assistência integral com qualidade (BRASIL, 2000; SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a; 2004b).

Infelizmente, não é isso o que vem ocorrendo nos últimos tempos onde a retirada do Estado nas obrigações com a saúde remete o setor a uma situação de precariedade e inoperância. A despeito do baixo impacto alcançado na cobertura da assistência, bem como na sua qualidade, os princípios e diretrizes do PAISM constituem-se em um ideário de saúde para as mulheres, frequentemente, incluído nas pautas de negociações de sindicatos, das centrais sindicais e de outros movimentos sociais (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a; 2004b).

Sua implementação, de fato, tem sido restrita àquelas iniciativas municipais mais comprometidas com a consolidação do SUS e com políticas de saúde eficientes e eficazes. No nível federal ou estadual, o discurso da integralidade da assistência à saúde das mulheres é presente, mas sua execução é quase sempre insatisfatória revelando grande distância entre intenção e gestos (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a; 2004b).

O PAISM sofreu influências políticas, financeiras e operacionais, que impediram de fato ser ele, o Programa transformador de saúde das mulheres brasileiras. Os indicadores de qualidade da atenção pré-natal mostraram, no final dos anos 90, que muito pouco havia mudado face aos recursos humanos e financeiros destinados para atender as suas metas e objetivos (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a; 2004b).

Embora a assistência pré-natal deva sempre constar no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permeiam questões que merecem ser discutidas, como o acesso a esses serviços nas diversas unidades de saúde do PAISM no território nacional, suas peculiaridades conforme a região do país, a qualidade da atenção prestada, as ações educativas desenvolvidas e o vínculo entre o pré-natal e o parto (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004a; 2004b).

A ação educativa é um dos processos mais inovadores do PAISM, pois é por meio dela que o profissional de saúde interage, levando a população a refletir sobre a saúde e adotando práticas seguras para a melhoria e proporcionando mudanças de hábitos para a solução de suas dificuldades vivenciadas (BRASIL, 2000).

A análise dos avanços e retrocessos referentes ao PAISM resultou em mudanças que objetivaram preencher lacunas e assim, no ano de 2000, o MS reconhecendo a necessidade de estabelecer novas estratégias, instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que fundamentou seus preceitos no sentido de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição básica para o adequado acompanhamento do parto e puerpério e, para tal, sinalizou critérios para determinar as práticas assistenciais mínimas para qualificar a atenção pré-natal (BRASIL, 2002).

Dentre os objetivos do PHPN, destacam-se: concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e no período neonatal; estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000; 2000e; 2002).

Nesse contexto, Estados e Municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência que atendam essas especificidades (NEUMAN et al., 2003).

Com estas especificidades os gestores de saúde poderão acompanhar a assistência prestada nos diferentes níveis de gestão, pois o sistema (PHPN) fornece um conjunto de relatórios e indicadores de resultado e de processos (BRASIL, 2000).

O Programa preconizou o elenco mínimo dos seguintes procedimentos: a captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de

gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; realização dos exames básicos; imunização antitetânica; a realização de atividades educativas; a classificação do risco gestacional e uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto (BRASIL, 2000).

O estabelecimento destes critérios buscava prover os municípios de um modelo básico, indispensável para a assistência. O enfoque era que cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como a soma delas, ou seja: a ideia de qualidade da atenção humanizada era centrada individualmente em cada mulher que deveria receber todos os critérios mínimos previamente determinados, e não no coletivo por meio do total de consultas ou do total de cada exame realizado no âmbito do programa. Com isso compreende-se que o conjunto de ações que reflete a integralidade, pode produzir algum impacto, o que seria necessário garantir além do número de consultas a qualidade das mesmas, fundamentada nesta nova estratégia (SERRUYA; CECATTE; LAGO, 2004b).

A atenção com qualidade humanizada depende da provisão de recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, 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, 2000e).

Ressalte-se que o processo de descentralização não melhora a provisão dos serviços, como também não garante automaticamente a maior aproximação da população nas decisões de gestão em saúde, portanto a participação popular, um dos pilares do SUS, frequentemente é influenciada por mecanismos e práticas clientelistas, como consta em muitos Estados e Municípios (BRASIL, 2007c).

Isto serve para demonstrar quanto a democratização e os avanços da descentralização estão condicionados à agenda de gestores dos diversos níveis do sistema, que

nem sempre correspondem as necessidades de saúde das mulheres e dentre elas se destaca a assistência pré-natal (BRASIL, 2007a).

Com o objetivo de fortalecer as ações desenvolvidas na atenção à mulher, em 2003, foi elaborada A Política de Atenção à Saúde da Mulher que realizou um diagnóstico epidemiológico da situação de saúde da mulher no Brasil e definiu a importância de contar com diretrizes que reorientem as políticas de saúde da mulher, incorporando um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. As ações de saúde propostas enfatizam: a melhoria da atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortamento o combate à violência doméstica e sexual e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério. Esta política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS; das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2006b).

Baseada nessas diretrizes em setembro de 2004 foi editada a portaria MS\GM nº 2.023 que revogou a exigência da habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica e estabeleceu que todos os municípios, são responsáveis pela gestão, organização e execução das ações de Atenção Básica, oferecendo as ações estratégicas “mínimas” (além de garantir acesso aos serviços de média e alta complexidade por meio de referência) com destaque para a saúde da mulher com ênfase na assistência pré-natal (BRASIL, 2006c).

Na perspectiva de ampliar as possibilidades de efetivação do SUS e das políticas de saúde, diferentes estratégias têm sido implementadas na última década. O MS com o propósito de estabelecer novas diretrizes para qualificar a gestão constrói o Pacto pela Saúde, que contempla 3 componentes, Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, possibilitando importantes avanços. Observa-se neste momento a coexistência de processos de implantação e implementação de Políticas e Pactos que, direta ou indiretamente, relacionam-se com a saúde da mulher (BRASIL, 2007b).

No Brasil, apesar da alta cobertura de serviços pré-natais alcançadas com a ampliação das redes básicas de saúde e com a implantação do Programa Saúde Família (PSF), persistem desigualdades na atenção oferecida (ALMEIDA; BARROS 2005; BRASIL, 2007b).

Em nosso país, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consulta por parto em 2005. Contudo, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas. Em 2003, o percentual de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independente da escolaridade da mãe (COSTA; GUILHEM; WLATER, 2005).

Apesar da ampliação da cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, como ser a hipertensão arterial ainda a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e ainda o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no PHPN consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas. Outra questão que merece destaque é a “alta” do pré-natal, com a falta do acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que aumenta a probabilidade de intercorrências obstétricas (BRASIL, 2006a).

Com isso ressalta-se a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações de pré-natal, buscando conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Os temores mais comuns na gravidez têm relação íntima com as fantasias que surgem no período final da gestação, tais com o medo da morte, da dor, da solidão e da castração, segundo Lopes et al. (2005), que podem ser amenizadas com o acolhimento, uma das diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, destacando-se a integralidade, universalidade e equidade em saúde, pontos considerados

prioritários para o desenvolvimento de uma adequada assistência pré-natal na estratégia da saúde da família (ESCORREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

## **2.2 Estratégia Saúde da Família**

A década de 90 é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis. Num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvos prioritários das ações governamentais (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Dentro desse contexto, surge a Estratégia Saúde da Família com o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo MS em 1994, com vistas à reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. No início, implantado em pequenos municípios do Nordeste, alcança um desafio de expansão para os grandes centros urbanos de todo o País (PICCINI et al., 2007; OHARA; SOUZA, 2008).

Esta estratégia é vista por alguns como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados (SENNA, 2002).

O PSF parte do entendimento de que inovações introduzidas no sistema de saúde nos últimos anos, com a implantação do SUS, têm logrado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não proporcionar mudanças significativas

no modelo assistencial, pois ainda é grande o contingente populacional que apresenta dificuldades de acesso à saúde, sobretudo à assistência pré-natal (SANTANA; CARMAGNANI, 2001; SENNA, 2002).

Em setembro de 1994, difundiu-se um documento que institucionalizava e conveniava o PSF ao MS, Estados e Municípios. O documento também dispunha de mecanismos de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção dos municípios. O programa então se difundiu em âmbito nacional, como uma forma de melhorar os níveis de saúde da população de maior risco biológico e socioeconômico, com implementação preferencial nas áreas indicadas no mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil (SANTANA; CARMAGNANI, 2001; BRASIL, 2005). O Ministério da Saúde o definiu como:

[...] um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1994).

Desde sua implantação em 1994, o Programa de Saúde da Família, obteve um aumento expressivo no seu crescimento. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, nos primeiros quatro anos de implantação, o PSF assistia apenas a 3,51% da população brasileira, em abril de 2008, esta cobertura corresponde a 56,8% da população brasileira, o que significa cerca de 107 milhões de pessoas (DATASUS, 2008) (figura 1).

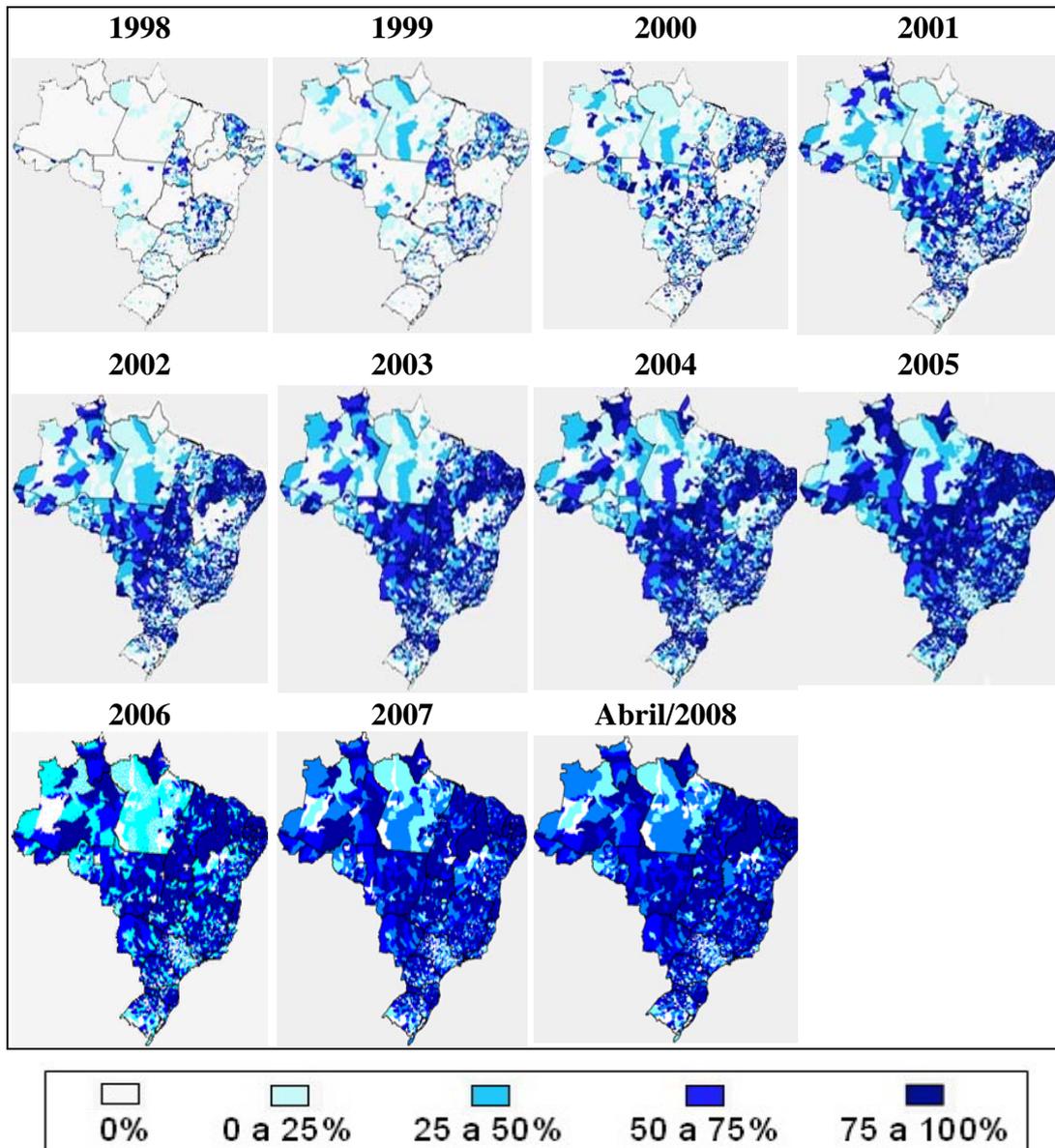


Figura 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil - 1998 a Abril/2008

Segundo Santana e Carmagnani (2001), sua proposta caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de ação, buscando, uma interação com a comunidade em que se insere, fazendo a busca ativa dos casos com intervenção oportuna e precoce e dando ênfase à prevenção e à educação em saúde.

O PSF foi criado no sentido de acrescentar ao trabalho já desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), uma equipe mínima de profissionais composta por médico, enfermeiro e auxiliar(es) de enfermagem, de forma que os componentes da equipe

interagissem para promover uma melhor corresponsabilização e resolutividade nas ações desenvolvidas, de acordo com a situação de saúde da população (BRASIL, 2004; COELHO; ANDRADE, 2004).

Segundo o DAB, essa assistência realizada pelo PSF melhorou em todo o país. No Maranhão em 1998, ano de sua implantação, contava com 10 ESF, o que correspondia na ocasião a uma cobertura de 0,7% da população maranhense. Já ao final de 2007, cobria 75,5% da população, com 1.619 equipes (BRASIL, 2001; 2003; MARQUES, 2003).

Esses dados expressam a melhoria da oferta de serviços prestada pelo PSF, o que influi diretamente no aumento da utilização destes serviços pela população, uma vez que através da Estratégia Saúde da Família, também há um aumento das famílias cadastradas para a utilização dos serviços e conseqüentemente uma melhor cobertura na assistência pré-natal.

### **2.3 Utilização dos serviços de saúde**

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento ou acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras não só dos membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2004).

Os estabelecimentos de saúde pública no Brasil têm demonstrado um crescimento a partir do processo de Reforma Sanitária. No período de 1992\1999, o número de estabelecimentos públicos cresceu 24,9%, enquanto que os estabelecimentos privados tiveram uma redução de 2,8%. Dentre os serviços públicos em geral com ou sem internação destaca-se a participação dos estabelecimentos municipais que passaram de 69% em 1992 para 92% em 1999 (PESTANA; MENDES, 2004 apud DIAS-DA-COSTA et al., 2008).

Essa situação expressou o direito fundamental do ser humano estabelecido na Constituição Federal. No artigo 196, e na lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990) quando foram enunciadas as políticas que visavam ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (PESTANA; MENDES, 2004 apud DIAS-DA-COSTA et al., 2008).

O conceito de acesso aos serviços de saúde de acordo com Travassos e Martins (2002) é abrangente, a terminologia usada por alguns autores como uso dos serviços, desempenho do sistema, resultado dos cuidados tem sido muito complexo e ampla. Esses autores não recomendaram a verificação do efeito de múltiplos fatores, seu contexto e as variações no uso de serviços bem como as etapas no processo de utilização dos serviços como forma de orientação na formulação de políticas.

Pesquisas não demonstraram alguns fatores que interferem no uso dos serviços de saúde: situações geográficas, sociais, necessidades individuais, qualidade de vida, nível de conhecimento sobre saúde, associando-se a fatores como sexo, idade, morbidade e situação socioeconômica, envelhecimento da população, aumento da prevalência de incapacidades (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

Cabe destacar que, ao longo de todas as políticas e estratégias implantadas progressivamente para garantia da oferta de serviços de saúde para a mulher brasileira, o acesso da população, em especial residente na zona rural, aos serviços de saúde manteve-se como um grande desafio do SUS (BRASIL, 2000).

A dificuldade de acesso às ações de saúde imposta às mulheres está relacionada, entre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à precariedade dos serviços locais em municípios pequenos e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde

para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes da condição do gênero feminino (BRASIL, 2002).

A gravidez é reconhecidamente um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo em algumas situações o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de uma grande oportunidade para uma assistência direcionada à promoção da saúde da mulher (NEUMANN et al., 2003).

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pela utilização do uso da assistência ao pré-natal e ao parto, como também por fatores biológicos de reprodução humana e pela presença de doenças existentes no ciclo gravídico-puerperal (COIMBRA et al., 2003).

Para avaliar os indicadores de Saúde do Estado do Maranhão, no tocante à utilização dos serviços de saúde oferecidos, bem como suas dificuldades e insuficiências, faz-se necessária a realização de inquéritos populacionais como um útil instrumento de buscar por informações que atendam às demandas e necessidades de assistência pré-natal no Estado.

Ante uma demanda identificada, no que se refere à produção de informações atuais sobre a Situação de Saúde Materno Infantil no Estado do Maranhão, iniciou-se um projeto intitulado “Situação de Saúde no Estado do Maranhão”. Assim, foi feito um estudo que analisou a assistência pré-natal no Estado, com ênfase na caracterização da assistência no setor público e, em especial, no âmbito da atenção básica.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Analisar a Assistência Pré-natal no Estado do Maranhão, considerando-se a relação de algumas características assistenciais e a utilização dos serviços específicos com aspectos demográficos e socioeconômicos.

#### **3.2 Específicos**

- a) Identificar as variáveis demográficas e socioeconômicas da população em estudo;
- b) Caracterizar a assistência pré-natal em relação ao número de consultas, período de seu início e sua classificação em categorias;
- c) Verificar a localização da assistência ao pré-natal em relação a utilização dos serviços de saúde em rede pública e privada;
- d) Estimar a cobertura de assistência pré-natal no Estado do Maranhão.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e período de estudo**

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem quantitativa, constituindo parte de um projeto ampliado, intitulado “Situação de Saúde no Maranhão”, que estudou diversos indicadores de saúde da população maranhense, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008.

### **4.2 Local de estudo**

O Estado do Maranhão, situado na região nordeste do país, ocupa uma área de 331.983,293 km. Limita-se ao norte pelo Oceano Atlântico, ao leste e sudeste com o Estado do Piauí, ao sul e sudoeste com o Estado do Tocantins e a oeste com o Estado do Pará. Sua capital é São Luís.

Apresenta uma população de cerca de 6.109.018.995 habitantes distribuídos em 217 municípios, as mulheres representam a maioria com 50,9% da população. Neste estudo, foram utilizados os dados do censo com estimativa para o ano de 2006, que indicaram uma população de 3.080.124 mulheres em idade fértil, na faixa etária de 10 a 49 anos (IBGE, 2007; 2008).

O clima predominante é tropical, com chuvas distribuídas nos primeiros meses do ano, sem períodos de seca. Sua economia se baseia na indústria (transformação de alumínio e alumina, alimentícia, madeireira), nos serviços, no extrativismo (babaçu), na agricultura (mandioca, arroz, milho) e na pecuária.

O Maranhão encontra-se na 26ª posição no ranking dos 27 Estados federativos brasileiros em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), só esta na frente do Estado de Alagoas, que apresenta o pior IDH do país (ÍNDICE..., 2008).

### **4.3 Amostra**

Foram entrevistadas 3.076 mulheres e selecionadas 2.075 mulheres (67,45%), de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade reprodutiva (entre 10 e 49 anos) e o relato de gravidez prévia. As informações coletadas sobre assistência pré-natal relacionavam-se com a última gravidez ocorrida.

O percentual de perdas e recusas não ultrapassou 5%, estando abaixo do referencial de 10% a mais, computado para o tamanho amostral.

Utilizou-se um processo de amostragem aleatória sistemática de conglomerados, em estágios múltiplos, com três etapas. Na primeira etapa foram sorteados os municípios do Estado do Maranhão, sendo elaborada uma listagem acumulada de municípios e suas respectivas populações, estimadas para o ano de 2006, de acordo com o último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizado pela instituição.

Foram sorteados 30 conglomerados com vistas a uma distribuição normal. O processo de amostragem por conglomerados possibilitou que os municípios, com maior população, tivessem maior probabilidade de serem escolhidos, ou até sorteados mais de uma vez, como ocorreu em São Luís, capital do Estado, que possui 3 conglomerados computados no estudo.

Os municípios sorteados foram Açailândia, Amarante do Maranhão, Bacabal, Balsas, Bom Jardim, Buriticupu; Carutapera, Coelho Neto, Coroatá, Duque Bacelar,

Governador Nunes Freire, Imperatriz; Itaipava do Grajaú, Lago do Junco, Matões do Norte, Paço do Lumiar, Paulo Ramos, Pinheiro; Presidente Vargas, Santa Inês, Santa Rita, São João Batista; São José dos Basílios, São Luís (3 conglomerados), São Mateus do Maranhão, Timbiras, Tuntum e Viana.

No segundo estágio foram sorteados os setores censitários dentro de cada município, a partir de uma listagem dos setores fornecida pelo IBGE. Em cada conglomerado foram sorteados sete setores para visita e mais dois setores reservas, a serem utilizados em casos excepcionais, quando da impossibilidade de acesso ao setor sorteado, pois a pesquisa estava prevista para ser realizada em período chuvoso, passível de problemas de acesso geográfico.

No terceiro estágio foi sorteado o ponto inicial dentro de cada setor, a partir do qual certo número de domicílios foi visitado. A partir do mapa do setor, os quarteirões neles existentes foram numerados e realizados o sorteio do quarteirão inicial para visita. As quatro esquinas do quarteirão sorteado foram identificadas com letras A, B, C e D, efetuando-se o sorteio da letra e a esquina sorteada foi o ponto inicial. A partir da casa da esquina o quarteirão foi percorrido em sentido horário e as casas foram visitadas até encontrar 16 mulheres de 10 a 49 anos, em cada conglomerado. Em caso de conglomerados com traçado irregular, de 3 a 5 letras foram colocadas no mapa, a partir de pontos de referência identificados após uma visita ao local, sendo realizado sorteio do ponto inicial (Anexo A).

Nos casos onde o conglomerado não contemplava o número de 16 mulheres (considerando o número estabelecido por conglomerado), a pesquisa continuou no conglomerado contíguo ao visitado e/ou naquele localizado mais à direita do entrevistador, estando este de costas para o conglomerado que tinha acabado de ser visitado.

O evento considerado para definição do tamanho amostral foi subpeso (16%), tendo-se como referencial o resultado encontrado para essa variável, em pesquisa também de base populacional realizada por Tonial e Silva (1997) no Maranhão.

Quanto ao número de consultas, foi considerado um mínimo de seis consultas como referência, preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Para a classificação de cobertura do pré-natal foram utilizadas as categorias de adequação: casos ignorados, pré-natal ausente, inadequado, intermediário e adequado, de acordo com o preconizado por Coimbra e Mochel (1997), em estudo similar (quadro 1).

<b>Categorias de Adequação da Assistência Pré-Natal</b>	<b>Definição do comportamento das mulheres enquanto gestantes</b>
Casos Ignorados	Não souberam informar o mês de início ou o número de consultas realizadas.
Pré-Natal Ausente	Não realizaram o pré-natal.
Pré-Natal Inadequado	Realizaram o pré-natal, porém, a primeira consulta deu-se após o sexto mês de gestação e ou realizaram número de consultas abaixo do mínimo recomendado para a idade gestacional.
Pré-Natal Intermediário	Realizaram o pré-natal, com a primeira consulta, ocorrendo até o sexto mês, porém realizaram apenas cinco consultas para uma gestação a termo, ou menor número de consultas para a idade gestacional.
Pré-Natal Adequado	Começaram o pré-natal até o primeiro trimestre, realizando-se um mínimo de seis consultas para uma gestação a termo.

Quadro 1 - Categorias de adequação das mulheres em relação à assistência pré-natal, baseado no calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, Brasil

#### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo variáveis específicas da mulher construídas no projeto “Situação de Saúde no Estado do Maranhão”

(Apêndice A), sendo as definições utilizadas presentes no manual do entrevistador (Apêndice B).

Foram utilizadas variáveis demográficas, socioeconômicas, assistência à mulher no tocante ao uso de serviço de assistência pré-natal no âmbito público e privado e características do pré-natal, considerando-se o número de consultas e o mês de início das consultas, em relação aos nove meses gestacionais.

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores membros da equipe técnica do projeto “Situação de Saúde do Maranhão”, representados por docentes, alunos de pós-graduação e graduação da área de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA) e Centro Universitário Santa Terezinha(CEST).

Os entrevistadores foram treinados previamente para uniformização da coleta dos dados em atendimento ao Manual do Entrevistador (TONIAL; GAMA, 2006). Os pesquisadores de campo leram as questões, ao invés de formulá-las à sua própria maneira, para garantir a uniformidade das perguntas. Os dados foram anotados por escrito ou assinalados com "x" e ao final codificado pelo entrevistador em quadrados à direita das perguntas (Apêndice A).

Foi desenvolvido projeto-piloto para garantir unidade no momento da coleta das informações e desenvolvimento das etapas definidas para o trabalho de campo.

Cabe ressaltar o apoio da Federação dos Municípios do Estado do Maranhão (FAMEM), gestores estaduais e municipais que participou desta pesquisa, contribuindo de forma ativa no desenvolvimento da mesma.

#### **4.5 Processamento e análise estatística dos dados**

Para digitação e processamento de dados foi utilizado o programa Epi-Info 2.002 do CDC, de Atlanta, EUA (DEAN et al., 1994).

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SPSS *for Windows 10.0* (1999). Esses dados foram submetidos a técnicas de estatística descritiva, permitindo, assim, uma análise exploratória através de gráficos de frequência e de todas as variáveis investigadas na pesquisa. Em seguida, foi aplicado o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de independência para verificar a relação entre categorias de adequação das mulheres em relação à assistência pré-natal com as variáveis: faixa etária, escolaridade, zona de moradia e atividade laboral.

Em todos os testes o nível de significância foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o Parecer Consubstanciado o nº 307/2006 (Anexo B).

#### **4.7 Aspectos financeiros**

Este projeto recebeu financiamento ao integrar o Projeto “Situação de Saúde no Estado do Maranhão”, aprovado pelo Programa de Pesquisa para o SUS - FAPEMA\CNPq\DECIT- – Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia, no ano de 2007

## 5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes a 2.075 mulheres, de 10 a 49 anos, com relato de gravidez prévia.

Quanto aos dados das variáveis demográficas e socioeconômicas da amostra, observou-se que a maioria das mulheres encontrava-se entre 20 a 29 anos de idade (38,0%), residia na zona urbana (53,5%), era alfabetizada (81,5%), com um a quatro anos de escolaridade (31,0%), apresentava união estável (42,2%) ou era casada legalmente (36,8%), não apresentava atividade laboral extra-residencial remunerada (52,0%) e tinha como renda familiar menos de um salário mínimo (47,0%) (gráfico 1).

Em relação ao número de consultas durante o pré-natal, 46,8% das mulheres relataram a realização de 6 ou mais consultas e 14,4% relataram a não realização do pré-natal (gráfico 2).

Considerando que o percentual de mulheres que realizaram o pré-natal, ou seja, uma cobertura de 85,6% (1.776) em relação ao universo de 2.075 mulheres selecionadas, observou-se que 64,6% (59,8% + 4,8% = 1.147 mulheres) iniciaram o pré-natal antes de terminado o fim do primeiro trimestre gestacional, configurando assim uma cobertura de pré-natal adequada (gráfico 3).

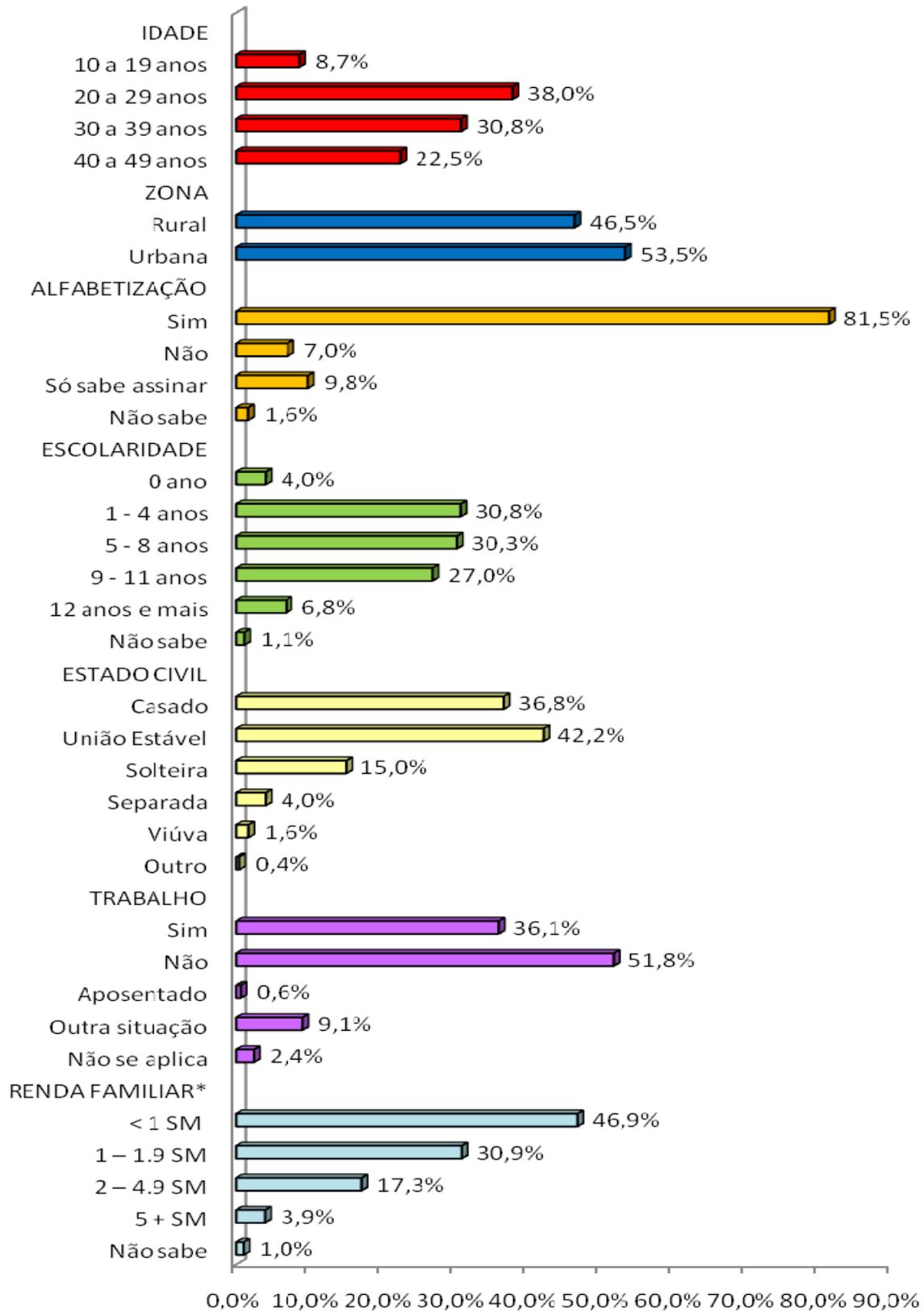


Gráfico 1 - Distribuição das 2.075 mulheres entrevistadas, segundo as características demográficas e socioeconômicas. Maranhão, 2007

\* Salário mínimo de 2007 – R\$ 380,00

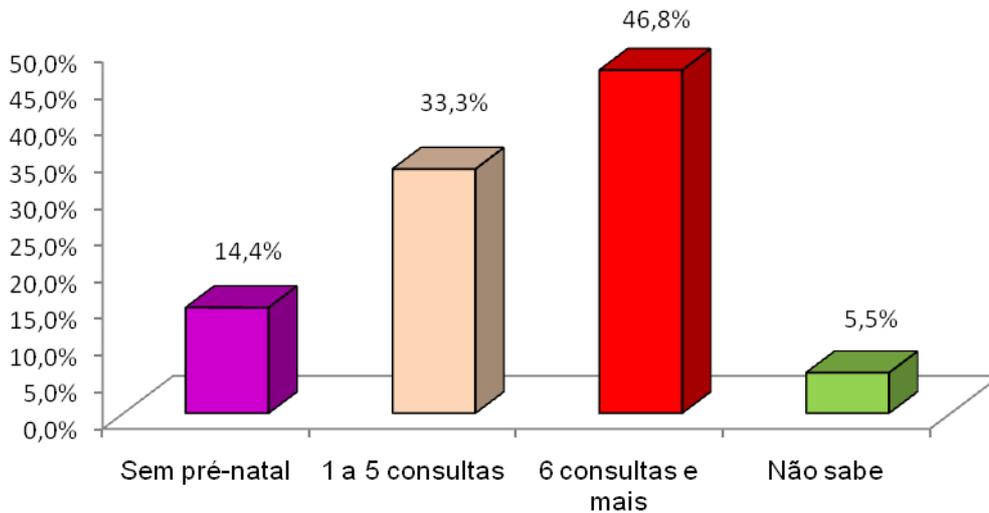


Gráfico 2 - Distribuição das 2.075 mulheres entrevistadas, em relação ao número de consultas de pré-natal. Maranhão, 2007

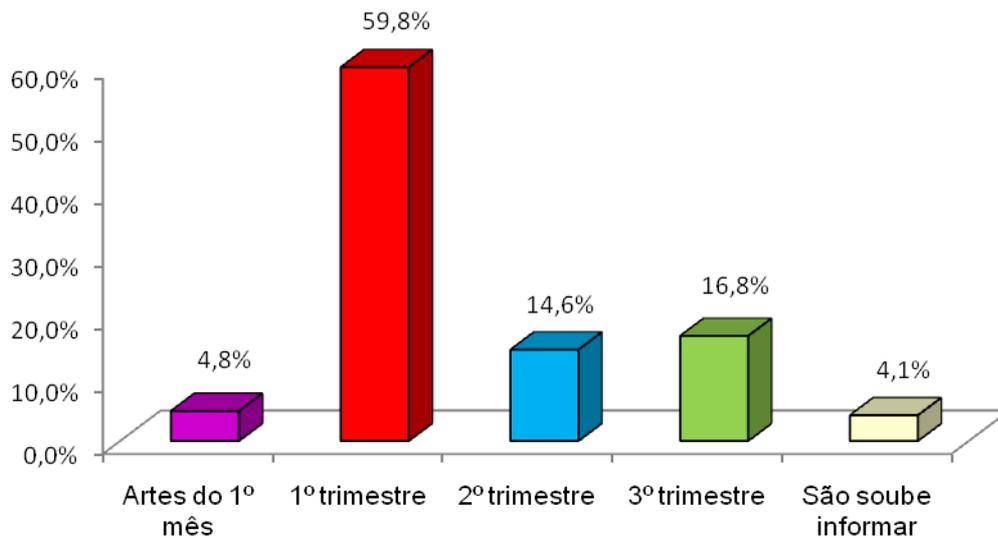


Gráfico 3 – Distribuição das 1.776 mulheres que realizaram pré-natal, quanto ao período de início das consultas. Maranhão, 2007

Quanto a classificação da assistência pré-natal em categorias, verificou-se que menos da metade daquelas que realizaram o pré-natal, 43,4% (770), o fizeram de forma adequada, ou seja, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre com no mínimo seis consultas para uma gestação a termo. Dentre este universo, 7,1% (147) realizaram o pré-natal, porém não souberam informar o mês de início ou o número de consultas realizadas (gráfico 4).

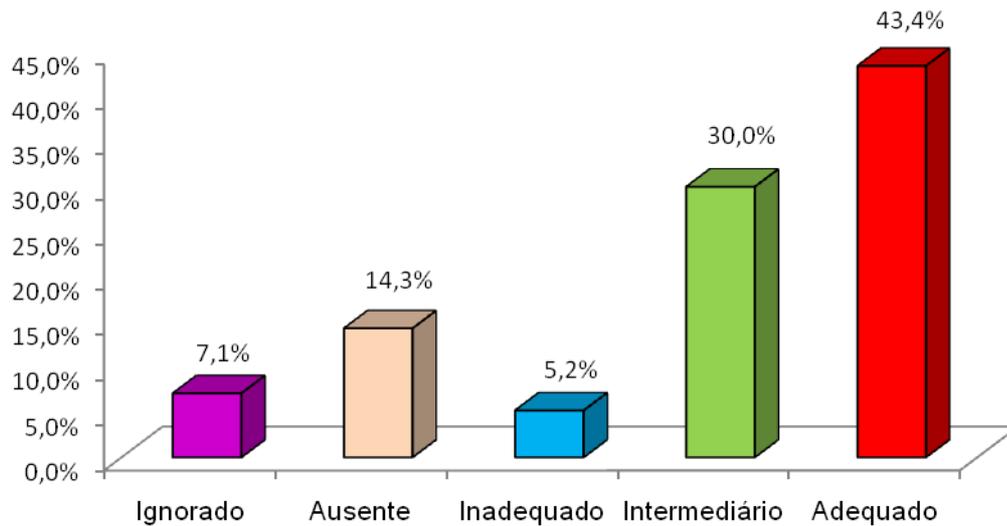


Gráfico 4 - Distribuição das 2.075 mulheres que referiram gravidez, quanto a classificação da assistência pré-natal. Maranhão, 2007

O SÚS foi responsável por 78,4% (1.353) dos atendimentos durante o pré-natal, sendo 76,2% no setor exclusivamente público e 2,2% no setor conveniado ou filantrópico, já as consultas particulares e utilizando os planos de saúde particulares foram respectivamente, 4,5% (80) e 0,7% (12) (gráfico 5).

As Unidades Básicas de Saúde, atendidas pelo PSF, foram responsáveis pela realização de 45,9% (621) das gestantes que realizaram pré-natal no SUS (1.353 mulheres) (gráfico 6).

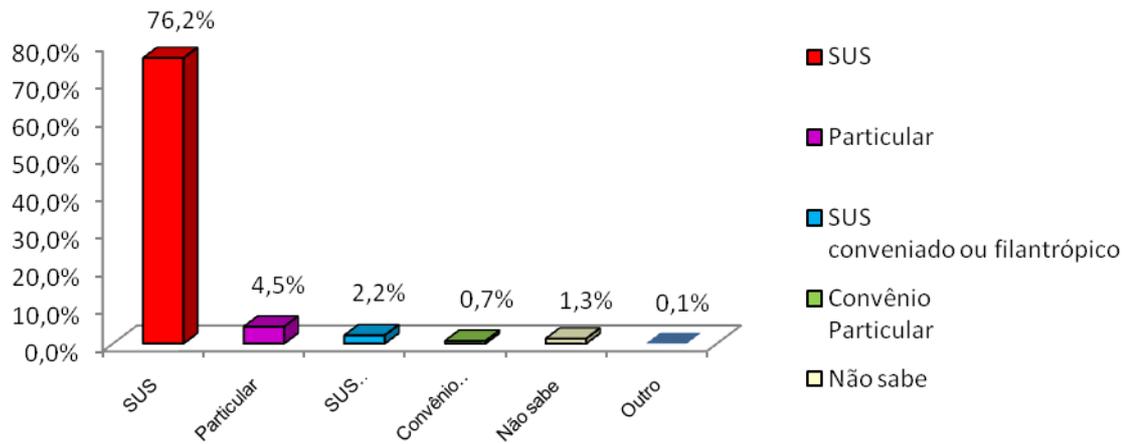


Gráfico 5 - Distribuição das 1.776 mulheres, segundo local referido das consultas pré-natais. Maranhão, 2007.

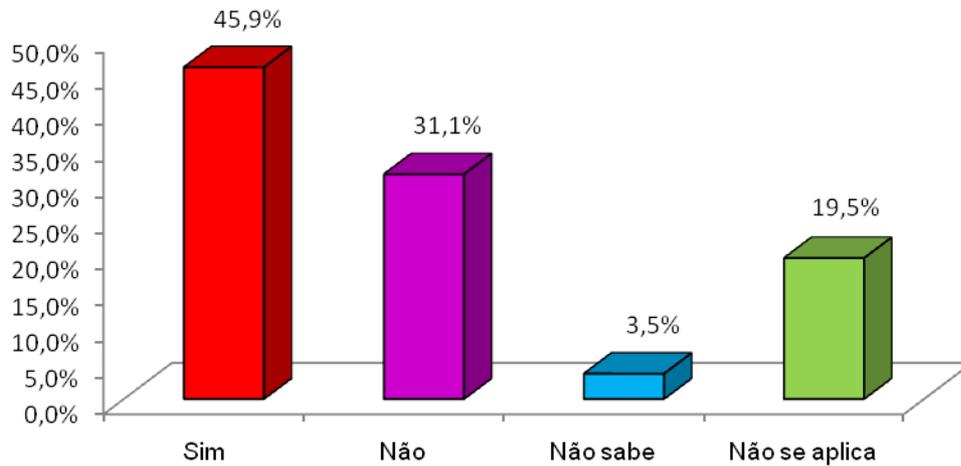


Gráfico 6 - Distribuição das 1.353 mulheres que realizaram consulta no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo utilização de Unidades Básicas de Saúde da Família. Maranhão, 2007

Quanto a vacinação antitetânica, 74,0% (1536) das mulheres referiram estar imunizadas durante no pré-natal com 3 doses (gráfico 7).

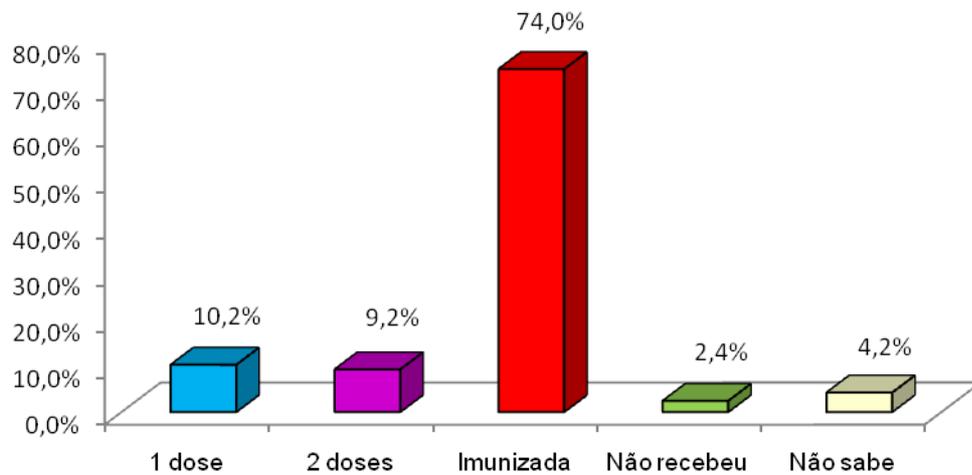


Gráfico 7 - Distribuição das 2.075 mulheres que referiram a vacinação com antitetânica durante as consultas pré-natais. Maranhão, 2007

Para identificar a relação entre algumas variáveis sócio-demográficas e a realização do pré-natal, segundo os critérios preconizados pelo MS, aplicou-se o teste do qui-quadrado, onde se observou que há influência da faixa etária, escolaridade e zona de moradia na qualidade do pré-natal realizado.

Na faixa etária de 40 a 49 anos houve mais mulheres sem relato de assistência pré-natal do que nas demais faixas, sobressaindo a faixa etária de 20 a 29 anos que apresentou o maior índice de pré-natal adequado ( $p < 0.001$ ). Quanto a escolaridade, destacam-se mulheres com cinco anos ou mais de estudo referindo pré-natal adequado e mulheres com até 4 anos de escolaridade sem relato de assistência pré-natal ( $p < 0.001$ ). Em relação a zona de moradia, observa-se que é maior a proporção de mulheres que realizaram pré-natal na zona urbana do que na zona rural, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ). Não houve correlação entre tipo de pré-natal e a realização de atividade laboral ( $p > 0.0975$ ) (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das 2.075 mulheres que referiram gravidez, quanto a classificação da assistência pré-natal e correlação com características demográficas, utilizando o teste qui-quadrado de independência, Maranhão 2007

<b>Pré-natal</b>							$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Ignorado</b>	<b>Ausente</b>	<b>Inadequado</b>	<b>Intermediário</b>	<b>Adequado</b>	<b>Total</b>			
<b>Faixa etária</b>								
10 a 19	10	16	14	63	75	178	110.33	< 0.0001
20 a 29	47	74	38	260	375	794		
30 a 39	46	81	31	183	297	638		
40 a 49	43	125	24	114	159	465		
<b>Escolaridade</b>								
Não sabe	7	21	2	26	25	81	109.81	< 0.0001
Sem estudo	6	30	3	22	23	84		
1 a 4 anos	43	120	42	205	230	640		
5 a 8 anos	40	74	40	189	286	629		
9 a 11 anos	45	42	22	160	291	560		
12 anos	7	9	0	20	45	81		
<b>Zona</b>								
Rural	62	181	44	305	373	965	39.30	< 0.0001
Urbana	86	115	65	317	527	1110		
<b>Trabalha</b>								
Não respondeu	4	2	8	16	17	47	23.65	0.0975
Sim	49	115	38	237	312	751		
Não	78	154	51	310	482	1075		
Aposentada	2	2	1	2	6	13		
Outros	15	23	11	57	83	189		
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>296</b>	<b>109</b>	<b>622</b>	<b>900</b>	<b>2075</b>		

## 6 DISCUSSÃO

Tradicionalmente têm-se avaliado as condições de saúde da mulher por meio de coeficientes de morbi-mortalidade materna, no entanto, a assistência pré-natal é, na atualidade, um ótimo indicador de saúde da mulher, pois, além de refletir uma fase da vida onde a assistência é voltada para o binômio mãe e filho, essa assistência reflete a atenção primária, que é uma das condições mínimas indispensáveis em qualquer modelo de sistema de saúde.

Esta pesquisa avaliou a assistência pré-natal no Estado do Maranhão, e para tal realizou um inquérito domiciliar em todo o Estado. Com esta metodologia o único trabalho com o mesmo desenho epidemiológico foi a realizada por Tonial e Silva (1997), também no Estado do Maranhão.

Contudo, somente algumas variáveis deste trabalho foram similares, permitindo nestas ocasiões fazer-se um paralelismo e, assim, referidos no texto. Ademais, respeitando-se as diferenças metodológicas quanto à amostragem de outras pesquisas, foram realizadas outras comparações.

Quanto à faixa etária, não foi possível comparar esses resultados com nenhum outro, inclusive com o trabalho realizado por Tonial e Silva (1997), quando estes autores não apresentaram a faixa etária separada por paridade, que foi o critério de seleção nessa pesquisa, ou seja, gravidez prévia.

Trabalho realizado por Piccini et al. (2007) contou com um universo de 4.078 mães das regiões sul e nordeste, de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes. Registrou uma maior prevalência entre as grávidas de 20 a 30 anos.

Considerando-se as maternidades do município de São Luís, Coimbra et al. (2003), com uma amostra de 2.831 puérperas, observaram um maior contingente entre 18 e 34

anos de idade, enquanto os resultados de Carvalho e Araujo (2007), na cidade de Recife, avaliando duas maternidades de referência para gestantes de alto risco do SUS, com variação de idade similar a esta, observaram que a média da idade das mulheres foi de 24,3 anos.

Esses dados apontam que realmente a terceira década de vida é a mais prevalente nos trabalhos que enfocam a faixa etária da última gravidez, corroborando os dados identificados nesta pesquisa (20 a 29 anos de idade - 38%) e o que preconiza o MS para a gravidez de baixo risco ( $> 15$  anos e  $< 35$  anos) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006; 2007).

Observou-se que a maioria das mulheres pesquisadas (53,5%) residia na zona urbana, resultado idêntico ao avaliado por Coimbra e Mochel (1997), Tonial e Silva (1997) e Coimbra et al. (2003). Essa maior urbanização tem se constituído em uma realidade em âmbito nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Na tentativa de comparar este resultado com outros sobre assistência pré-natal, nenhum destes (ALMEIDA, BARROS, 2005; CARVALHO; ARAUJO, 2007; CESAR et al., 2008; PICCINI et al., 2007) fez menção a zona de residência ou as comparou.

Em relação à escolaridade, aquelas com mais de nove anos de estudo representou 34%, resultado semelhante ao observado por Travassos e Martins (2004) com 35,7%, ao analisarem, em 2003, a base da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio no Brasil, do IBGE. Entretanto, entre aquelas que tiveram até oito anos de estudo, o percentual aumentou para 61%, configurando-se um maior contingente de mulheres nessa situação, dado superior àquele encontrado em 1997 por Coimbra et al. (2003), os quais encontraram maior prevalência com 42,2% entre aqueles que estudaram de cinco a oito anos.

Apesar da melhoria na escolarização, deve-se destacar que a região nordeste ainda apresenta a menor média de anos de estudo, no tocante às mulheres de 10 anos ou mais de idade, com 6,4 anos de estudos, sendo o Maranhão o Estado com a terceira menor média de

anos de estudo com 6,1 anos, contrapondo-se a região sudeste com 7,6 anos (PICCINI et al., 2007).

A escolaridade está ainda associada ao baixo peso da criança ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos, e inadequação da assistência pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

Quanto ao estado civil, a presença do companheiro prevaleceu com 79%, destes a maior parte era de “união estável” representando 42,2%. Este resultado foi discordante com os achados de Coimbra et al. (2003), com 46,7% no entanto, foi parecido com o estudo transversal observacional realizado por Almeida e Barros (2005), com 61,7%, em amostra aleatória de gestantes entre abril de 2001 e março de 2002 no município de Campinas (SP).

Essa variável não pode ser comparada com outros trabalhos, pois alguns apresentavam o estado civil em mulheres usuárias do SUS, sem referência à assistência pré-natal (GOMES; TANAKA, 2003; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; CESAR et al., 2008; DIAS DA COSTA et al., 2008) e os demais que avaliaram a assistência pré-natal não contemplaram esta variável (CARVALHO; ARAÚJO, 2007; PICCINI et al., 2007).

Nas últimas décadas, um dos grandes fenômenos demográficos, que se tem registrado, é a “explosão” das uniões, consensuais ou não (LAZO; MORAES, 2004; FREITAS, 2003).

No Brasil, a sociedade reconhece a formação das famílias através dos casamentos legais ou não, entretanto, as camadas sociais mais desprovidas economicamente são tradicionalmente mais organizadas em uniões consensuais. Atualmente, este tipo de formação familiar (união consensual) é comum em diversos estratos sociais e econômicos, obtendo maior tolerância da sociedade. É importante destacar que esse aumento pode estar relacionado ao elevado custo econômico dos casamentos (civil e ou religioso), acrescido ainda o fator de

superação no preconceito e maior liberdade em assumir uma relação não oficial (FREITAS, 2003).

Quanto à atividade laboral, chama a atenção que 52% são desempregadas e 36,1% desenvolvem alguma atividade. Na pesquisa anterior, os dados revelaram que 72,5 % eram desempregadas e 27,5% exerciam alguma atividade laboral (TONIAL; SILVA, 1997).

Esses dados são reflexos de uma realidade onde 48,3% das mulheres com 10 anos ou mais de idade, no Estado do Maranhão, possuem algum tipo de atividade profissional passando a garantir, inúmeras vezes, a subsistência das famílias, substituindo o comando patriarcal na subsistência da família (FLECK; WAGNER, 2003; BRASIL, 2006d; BRASIL, 2006e; PERUCCHI; BEIRÃO, 2007). Ademais, atualmente um número cada vez mais expressivo de mulheres que trabalha fora de casa e contribui com a renda familiar, Além da maternidade, muitas mulheres preocupam-se com a realização acadêmica e valorizam a construção de uma carreira profissional, apontando nessa atividade uma condição necessária ao sucesso da sua vida (FLECK; WAGNER, 2003; BRASIL, 2006d; BRASIL, 2006; PERUCCHI; BEIRÃO, 2007).

Na América Latina, a maioria das mulheres pobres das áreas urbanas exerce serviços domésticos caracterizados pela baixa remuneração e qualificação, sem benefícios sociais e perspectiva de crescimento, tendo no Brasil a segunda maior taxa de trabalhadoras domésticas. Justifica-se esta incorporação das mulheres no mercado de trabalho através da prestação de serviços nos domicílios por questões de sobrevivência, agravado o fato pelas desigualdades sociais existentes (MELO; CONSIDERA; DI SABBATO, 2007).

Cerca de 90% das mulheres, com atividade laboral trabalham predominantemente no ambiente doméstico, gastando em média 25,2 horas por semana nesta atividade, dentro e fora do lar (MELO; CONSIDERA; DI SABBATO, 2007).

A renda familiar abaixo de um salário mínimo prevaleceu nesta pesquisa (47,0%). A permanência desta renda em níveis baixos, com quase 80% da população com até dois salários mínimos, reflete a realidade econômica vigente no Brasil.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), houve um decréscimo do contingente de famílias que vivem com menos de meio salário mínimo, porém destaca-se ainda a má distribuição de renda e as desigualdades regionais. No Sudeste 15,8% das famílias apresentam uma renda inferior a um salário mínimo, já no Nordeste 44,9% das famílias vivem com este salário (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1996; BRASIL, 2000; 2006d).

No Brasil, ainda prevalece um grau extremo de concentração de renda, que se expressa em profunda desigualdade nas condições de vida e saúde, o que pode resultar em condições inadequadas à garantia da saúde materna infantil (BRASIL, 2000e; 2007d; ALMEIDA; BARROS, 2005 ).

O resultado encontrado na presente pesquisa reflete um grau de escolaridade baixo com uma renda familiar de até dois salários mínimos; ambas as condições refletem uma situação de vulnerabilidade sócioeconômico-cultural, que, associada à condição biológica da gravidez, favorece um comportamento de risco. Cumpre ressaltar a existência de outros estudos que mostram uma significativa proporção de pessoas carentes de cuidados de saúde, sendo a maioria mulheres de 10 ou mais anos de idade, com baixo desenvolvimento educacional e renda familiar e residente nas regiões norte e nordeste (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Neste estudo, o perfil socioeconômico da população mostrou-se semelhante aos observados por Lows Filho e Sousa (2001) e Trevisan et al. (2002), onde predominaram mulheres entre 20 e 29 anos de idade, vivendo em união estável, com escolaridade entre cinco a 11 anos de estudo e com renda familiar menor que um salário mínimo. Essas duas últimas

variáveis, isoladamente ou não, associam-se a menor utilização da assistência pré-natal (PINTO et al., 2005; BRASIL, 2006e).

Em relação ao número de consultas 46,8% das mulheres relataram a realização de seis ou mais consultas pré-natais (considerado adequado pelo MS), resultado semelhante ao da pesquisa realizada há 10 anos que evidenciou uma adequação do pré-natal em 43,9% das mulheres apresentadas por Coimbra e Mochel (1997). Cumpre ressaltar que, na década de 90, o MS preconizava pelo menos cinco consultas durante o pré-natal (BRASIL, 2000).

A cobertura do pré-natal, sem considerar-se a adequação, foi de 85,6%, em pesquisa realizada há dez anos foi 71,3% Coimbra e Mochel (1997). No entanto, ao se considerar a cobertura de pré-natal adequado (conforme preconiza o MS) este foi de 43,4% .

A expansão de cobertura cada vez maior, alcançada pelo PSF, o qualifica como estratégia fundamental para o desenvolvimento da atenção básica em todo o país; seu impacto nos indicadores de saúde é marcante. Em relação à Saúde da Mulher, a assistência pré-natal tem demonstrado impacto diretamente na redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2000; 2007d).

O número de consultas pré-natais muitas das vezes pode refletir o início do pré-natal, pois quanto mais cedo com qualidade, maior será, provavelmente, o número de consultas, conduzindo uma boa adesão da mulher no serviço de saúde (BRASIL, 2006d; 2007d).

Aquelas que não realizaram nenhuma consulta representaram 14% das entrevistadas, percentual inferior ao observado por Coimbra e Mochel (1997) também no Maranhão, onde há dez anos encontraram 28,7%; já ao avaliarem somente a cidade de São Luís, Coimbra et al. (2003) encontraram o percentual de 9,3% naquelas em idade fértil que tiveram seus partos em hospitais de referência no Estado. Esses dados ainda podem ser

subregistrados, pois a pesquisa não contemplou aquelas mulheres que haviam tido o seu parto em ambiente domiciliar.

Os resultados também sugerem que a implantação do PHPN\2000, no Estado do Maranhão, juntamente com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, trouxe como consequência positiva o aumento do percentual de mulheres que tiveram a sua marcação de consulta no pré-natal, agendada previamente pelos ACSs (CARVALHO; ARAUJO, 2007).

Considerando-se que o percentual de mulheres que realizaram o pré-natal antes de terminado o fim do primeiro trimestre gestacional foi de 64,6%, este fato que demonstra maior conscientização da população para a importância do pré-natal. Apesar de um maior contingente de mulheres realizando o pré-natal, o seu início precoce ainda continua um desafio a ser conquistado para adequação do pré-natal.

Segundo Coimbra e Mochel (1997), o percentual de mães que iniciaram precocemente o pré-natal elevou-se de 60,1% em 1991, para 69,8%, em 1997, porém nesta pesquisa observou-se um decréscimo, para 59,8%, resultado não esperado, já que houve um aumento considerável da cobertura oferecido pela EtSF no Maranhão, que atingiu 85,6%. Entretanto, essa captação deficiente no primeiro trimestre gestacional ao serviço público de saúde é também uma preocupação em outras cidades.

Coutinho et al. (2003) verificaram que a captação para início do pré-natal no primeiro trimestre, na cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais), ocorreu somente em 29,7% das gestantes do SUS, já Trevisan et al. (2002), na cidade de Caxias do Sul, e Silveira e Santos (2004), na cidade de Pelotas, ambas no Rio Grande Sul, observaram 34,7% e cerca de 46%, respectivamente. Considerando ser este o quarto Estado da federação que apresenta o melhor IDH (ÍNDICE..., 2008) seria plausível encontrar-se nessas cidades uma maior frequência da

assistência pré-natal no primeiro trimestre, no entanto, ao comparar-se com o Estado do Maranhão, a cobertura foi de 64,6%.

A captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada da gestação de risco, bem como as intervenções necessárias, pois o início tardio e a realização de menor número de consultas podem comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que a promoção da saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Considerando-se o número de consultas e a data de início do pré-natal, destaca-se que menos de 50% das mulheres utilizaram o serviço de pré-natal adequadamente; estes resultados expressam que, apesar do que preconiza a Portaria Ministerial, nº569/GM de 01/06/2000, quanto ao início da assistência pré-natal até o final do primeiro trimestre gestacional com no mínimo seis consultas por período gestacional (BRASIL, 2000; 2004), remete a um questionamento acerca da atuação dos gestores municipais de saúde, que são os diretamente responsáveis, após a municipalização do SUS, por esta prestação de serviços (BRASIL, 2007e).

Cumprido destacar-se que o acompanhamento pré-natal com a realização de seis ou mais consultas garante uma evolução saudável da gestação aliada à precocidade de detecção de eventuais fatores de riscos à mãe e ao bebê, possuindo a mesma importância o envolvimento da gestante e sua família no intuito de oportunizar a vivência desse momento e prepará-los para o parto e puerpério (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

No Maranhão, a ausência do pré-natal vem diminuindo, passando de 41% em 1991, segundo Tonial e Silva (1997), 28,7% de acordo com Coimbra e Mochel (1997) e 14,4% observada nesta pesquisa. Esses dados associam-se à expansão do acesso às consultas de pré-natal, sugerindo que houve uma coordenação na captação das gestantes, promovido e acelerado pela EtSF Saúde da Família e as equipes de referência em Obstetrícia, alocadas de

forma descentralizada nos pólos e nas unidades de atenção especializada à mulher – assim, esta organização determina o aumento da cobertura de pré-natal (SENNA, 2002).

Tem sido muito estudado a associação entre maior escolaridade materna, zona de residência, ocupação, e idade como fatores associados com uma maior cobertura da assistência pré-natal (OSIS et al., 1993; RODRIGUES FILHO; WILENC, 1994; MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

A estratégia do PHPN é objeto do Pacto Nacional para redução em 75% das taxas de mortalidade materna e neonatal até o final do ano de 2015. Os resultados da presente pesquisa evidenciam os desafios para o cumprimento desse pacto. Se a atenção ao pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das gestantes com o propósito de identificar riscos, é necessário garantir-se estrutura física, insumos, equipamentos, qualificação constante dos recursos humanos e dispor de uma rede para referência dos casos de alto risco identificados (COSTA, GUILHEM; WLATER, 2005).

Quanto ao local referido das consultas durante o pré-natal os dados aqui apresentados foram os mesmos observados por Coimbra e Mochel (1997) e outros pesquisadores (NEUMANN et al., 2003; BRASIL, 2006a; CÉSAR; TANAKA, 1996), onde prevaleceu o SUS como o principal fornecedor dessa atenção.

Nas regiões brasileiras, observam-se semelhanças no uso dos serviços, sendo a maioria na rede pública de saúde com a procura de consultas preventivas, enquanto que os não usuários utilizam pronto-socorro e hospitais – ambos independentes do gênero (RIBEIRO et al., 2006). É necessário enfatizar que o uso resolutivo dos serviços de saúde depende da associação de fatores individuais e internos destes serviços que são refletidos na qualidade da assistência (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; RIBEIRO et al., 2006).

O número de estabelecimentos públicos no período de 1992 a 1999 cresceu 24,9%, enquanto que os estabelecimentos privados, no mesmo período, apresentaram uma

redução de 2,8%. Ressalte-se que este aumento ocorreu predominantemente na rede municipal, onde de 69% em 1992 passou para 92% em 1999 (PESTANA; MENDES, 2004 apud DIAS-DA-COSTA et al., 2008).

De acordo com o IBGE, o uso regular de serviços de saúde cresceu, na população brasileira entre 1998 e 2003, de 13% para 14,6 %, e esse aumento foi devido a ofertas de serviços públicos de saúde pelo SUS e não especificamente ao sistema de saúde suplementar, que se manteve inalterado neste período (MENDES, 2008).

Pesquisa de opinião realizada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS), em 2007, mostrou que 45,2% dos usuários usam exclusivamente o SUS e consideram que o sistema funciona bem ou muito bem (MENDES, 2008).

Analisando-se os dados no tocante as 1.353 mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde, ressalta-se a importância das Unidades Básicas de Saúde onde, ao ser da EtSF, colheram-se 45,9% da assistência pré-natal nesta pesquisa.

Esta EtSF intenciona a reversão do modelo vigente principalmente referente à relação profissional-paciente, pretende ainda a efetividade nos serviços de saúde, em razão do reconhecimento das históricas desigualdades sociais da maioria da população brasileira (FONTINELE, 2003; OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Considerando-se a imunização antitetânica, nesta pesquisa 83,2% das mulheres referiram estar imunizadas, com duas ou três doses, condições que conferem proteção materno-fetal para aquela gravidez, como o preconizado pelo MS (BRASIL, 2006). Coimbra e Mochel (1997) encontraram 59,4%, demonstrando um incremento neste tipo de cobertura.

Dados semelhantes com outras pesquisas, que avaliaram a cobertura dos serviços de saúde, inclusive de pré-natal como em Pelotas, segundo Silveira e Santos (2004), com 55% de cobertura vacinal para tétano, em Caxias do Sul, de acordo com Trevisan et al. (2002), com 91,2%, em Recife, como refere Carvalho e Araújo (2007) com 98,6%.

Nas regiões brasileiras, a incidência de tétano neonatal tem decrescido consideravelmente. Justifica-se estas melhorias pelo aumento da cobertura e da qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério em mulheres em idade fértil na atenção básica através da EtSF e do PACS. Porém, devido as condições sócio-econômicas e de acessos aos serviços de saúde, nota-se uma concentração de casos nas regiões nordeste e principalmente no norte (OHARA; SOUZA, 2008; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008; BRASIL, 2006).

A disponibilidade nos serviços de vacinação não garante a uniformidade de imunização, pois existem mulheres que não recebem as doses preconizadas; para que isso não ocorra, é necessário um sólido acompanhamento para efetivação desta imunização (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; BRASIL, 2007d ; OHARA; SOUZA, 2008).

Portanto, a realização da vacina antitetânica é uma atividade de absoluto consenso técnico, por sua vez a ausência de parte dos registros das doses aplicadas reintera a necessidade de organização e gestão da assistência e comprometimento da equipe, principalmente nos municípios em que esse risco é maior (SERRUYA; CECATTI, 2004b; BRASIL, 2000, 2004).

## 7 CONCLUSÃO

A maioria das mulheres encontrava-se entre 20 a 29 anos de idade, residia na zona urbana, era alfabetizada, com mais de cinco anos de escolaridade, apresentava união estável ou era casada legalmente, não apresentava atividade laboral extra-residencial remunerada, tinha como renda familiar menos de um salário mínimo e 46,8% referiram a realização de seis ou mais consultas, com 64,6% iniciando no primeiro trimestre de gravidez, o que configurou uma cobertura de 43,4% com pré-natal adequado, e predomínio desta assistência no SUS; na avaliação de estimativa de cobertura de pré-natal (uma ou mais consultas, independente do período de início) observou-se melhoria nos indicadores em relação a pesquisa realizada há 10 anos, no Maranhão.

Houve associação significativa entre as variáveis faixa etária, escolaridade e zona de moradia na assistência pré-natal classificada como adequada.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa intitulada Assistência Pré-Natal no Estado do Maranhão, apresenta-se a situação divergente em alguns aspectos ao estudo realizado há 10 anos, a situação socioeconômico mostrou-se aproximado, divergente em alguns aspectos no tocante à prevalência de uniões estáveis e às atividades laborais, demonstrando um expressivo aumento de mulheres empregadas. Verifica-se a relevância da escolaridade das mulheres destacando-se com mais de cinco anos de estudos e as com 12 ou mais anos frequentando o Ensino Superior, tornando o nosso Estado um dos primeiros da federação com esta média de anos de estudos. Observa-se que, com estas mudanças, as mulheres poderão ter acesso a informações e utilização dos serviços de saúde de forma eficaz.

Contudo, às características da assistência pré-natal no Maranhão, a maioria das gestantes teve atendimento com início no primeiro trimestre, porém ainda há um percentual significativo da não realização de pré-natal. Neste sentido, revela-se que a utilização dos serviços de saúde foi de extrema importância nos serviços públicos de saúde, sendo grande parte nas Unidades de Saúde que tinham a EtSF como eixo estruturante no modelo da assistência. É necessário evidenciar que quase metade das mulheres entrevistadas vive com renda familiar menor que um salário mínimo.

Portanto, considerando-se que a cobertura pré-natal é um indicador de qualidade da atenção básica em saúde, esta pesquisa revela que, nos últimos 10 anos houve um aumento significativo. Entretanto, destacam-se desafios necessários ao aperfeiçoamento da atenção às mulheres gestantes nas suas distintas demandas.

Neste contexto, os inquéritos populacionais sobre condições de vida e saúde da população avaliam o sistema de saúde quanto à oferta de modelos assistenciais e utilização de serviços pelos mesmos, constituindo uma base de dados útil para a elaboração de Políticas

Públicas pautadas na universalização do atendimento à Saúde, no qual a utilização dos serviços de Saúde garanta o direito constitucional assegurado a todos os indivíduos indistintamente.

Os resultados desta pesquisa, que abrangeram todo o território maranhense, não podem evidentemente ser extrapolados para toda a população brasileira, haja vista as peculiaridades nos aspectos políticos, econômicos, geográficos e sociais deste Estado. Seus achados conferem a importância que tem o tema, e apontam claramente para a necessidade de incorporar a responsabilidade nas Políticas de Saúde, que deem conta das especificidades da mulher contribuindo de forma expressiva na assistência ao pré-natal no Estado do Maranhão.

## REFERÊNCIAS

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

BRASI, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Relatório de Gestão 2003 à 2006**. Brasília, DF: MS, 2006e.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007c. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2006a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF: FNS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento à saúde da mulher: gestante, parto e puerpério**. Brasília, DF: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 22 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **SUS: painel de indicadores do SUS,** Brasília, ano I, n. 1, ago. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. Who Programme to map the best reproductive health practices: how effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Pediatric Perinat Epidemiol**, v. 15, Suplemento 1, p. 1-42, 2001.

CARVALHO, V.; ARAUJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p.309-317, 2007.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, supl. 2, 1996.

CESAR, J.A. et al. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl 3:S427-S434, 2008.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde: o caso de Sobal/CE. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, 2004.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.

COIMBRA, L. C.; MOCHEL, E. G. Assistência pré e perinatal. In: TONIAL, Sueli Rosina; SILVA, Antônio Augusto Moura da (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA, 1997. p. 30-35.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://74.125.93.104/search?q=cache:Irv5Dnmd18kJ:www.hub.unb.br/ensino/pesquisa\\_cns.pdf+resolu%C3%A7%C3%A3o+196/96&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://74.125.93.104/search?q=cache:Irv5Dnmd18kJ:www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf+resolu%C3%A7%C3%A3o+196/96&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 16 dez. 2008.

COSTA, A. A. R.; RIBAS, M. S. S.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna na cidade do Recife. **RBGO**, v. 24, n. 7, p. 455-462, ago. 2002.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 377-355.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WLATER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2005.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juíz de Fora MG. **Rev Bras Ginecologia Obstet**, n. 25, p. 717-23, 2003.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, v. 48, supl., p. 33-52, 2001.

DEAN, A. G. et al. **Epinfo, versão 6**: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores. São Paulo: Centers of Disease Control, 1994.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2843-2851, dez. 2008.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-138, 2008.

ESCORREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FLECK, A. C.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 31-38, 2003.

FONTINELE, K. J. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiania: AB, 2003.

FREITAS, R. M. V. **As leis e os arranjos matrimoniais da juventude paulista**. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11, 2003.

Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a133.pdf>>. Acesso: 11 de dezembro de 2008.

GOMES, K.R.O.; TANAKA, A.C. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 75-82, 2003.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

HILL, K.; ABOUCAHR, C.; WARDLAW, T. Estimantes of mortality for 1995. **Bulletin WHO**, v. 79, p. 182-193, 2001.

ÍNDICE de desenvolvimento humano (IDH) 1991-2005. **IJSN**, v. I, n. 51, p. 1-3, set. 2008. Disponível em: <[http://www.ijsn.es.gov.br/\\_databases/docs/51.pdf](http://www.ijsn.es.gov.br/_databases/docs/51.pdf)>. Acesso em: 3 jun. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PPV aprofunda Investigação sobre indicadores sociais**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/default.shtm>> Acesso em: 15 jun. 2008.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, n. 37, p. 303-10, 2003.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993: cem anos de classificação internacional de doenças. **Rev. Saúde Pública**, n. 25, p. 407-17, 2000.

LAZO, A. C. G. V.; MORAES, J. R. **As uniões consensuais no Estado do Rio de Janeiro em 2000**: um estudo utilizando regressão logística. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 14. 2004. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_243.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_243.pdf)>. Acesso em: 11 jun 2008.

LOPES, R. C. S et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

LOWS FILHO, B. M.; SOUSA, A. L. **Assistência pré-natal no estado de Pernambuco**. Recife: Bagaço, 2001.

MARQUES, R. M. A atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu funcionamento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MELO, H. P.; CONSIDERA, C. M.; DI SABBATO, A. Os afazeres domésticos contam. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 16, n. 3, 2007.

MENDES, E. V. **Avaliação do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2008.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, 2001.

NEUMANN, N. A. et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 4, 2003.

OHARA, C. C. E.; SOUZA, X. R. S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-389, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informação para a Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

OSIS, M. J. M. D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 49-53, 1993.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, suplem., p. 25-32, 1998.

PERUCCHI, J.; BEIRAO, A. M. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 57-69, 2007.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Norte do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007.

PINTO, L. F. et al. Perfil Social das Gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 10, p. 205-13, 2005.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES FILHO, J. C.; WILENC, G. M. L. Determinantes da utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 284-9, 1994.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. **Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. Saúde Soc, 2001.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o PSF. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl, 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev Bras Ginecologia Obstet**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, 2004b.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004a.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, n. 20, p. 1160-1168, 2004.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde-1996**: relatório preliminar. Rio de Janeiro: BENFAM, 1996.

STARFIELD, B. **Atenção Primária e sua relação com a Saúde**. In: \_\_\_\_\_. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasil: UNESCO, 2002. p. 19-42.

TANAKA, A. C.; MITSUIKI, L. **Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras**: relatório de pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.

TONIAL, S. R.; GAMA, M. E. A (Coords.). **Situação de saúde no estado do Maranhão**. São Luís, 2006.

TONIAL, S. R.; SILVA, A. A. M. (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA, 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 1, n. supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré Natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecologia Obstet**, v. 119, n. 1, p. 33-42, 2002.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Questionário da mulher

1) Questionário nº. \_\_\_\_\_ N°  
 2) Município \_\_\_\_\_ Munic  
 3) Setor nº. \_\_\_\_\_ SETOR  
 Zona \_\_\_\_\_ (1) Rural (2) Urbana ZONA  
 Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

4) Data de nascimento de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NASC D/M/A  
 5) Qual sua situação conjugal ? SITCONJ  
 (1) Casada (2) Morando junto (3) Solteira (4) Separada  
 (5) Viúva (0) Outro: \_\_\_\_\_ (9) Não sabe (7) não se aplica

As questões 6 e 7 referem-se a entrevistada com mais de 16 anos

6) Você está trabalhando no momento? VCTRAB  
 (1) Sim (2) Desempregado (3) Aposentado  
 (0) Outra situação: \_\_\_\_\_ (9) Não sabe (7) não se aplica  
 7) Sabe ler e escrever? LEESC  
 (1) Sim (2) Não (3) Só sabe assinar (9) Não sabe  
 8) Até que série estudou/estuda na escola? (Série completa) ESCOL  
 (30) Superior incompleto (33) Superior completo (99) não sabe (anos estudados)  
 \_\_\_\_\_ série do ensino \_\_\_\_\_  
 9) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que trabalham? RENDFAM  
 1ª Pessoa (mãe) R\$ \_\_\_\_\_ (TOTAL/380)  
 2ª Pessoa (pai) R\$ \_\_\_\_\_  
 3ª Pessoa R\$ \_\_\_\_\_  
 4ª Pessoa R\$ \_\_\_\_\_  
 A família tem outra renda? R\$: \_\_\_\_\_

Questões 10 a 14 apenas para mulheres que estiveram grávidas e referem-se a última gestação

10) Quantas consultas de pré-natal você fez durante a sua última gravidez _____ (00) Não fez pré-natal _____ (99) Não sabe	N°CONSPRENATAL
11) Em que mês de gravidez iniciou as consultas de pré-natal? _____ (0) Antes do 1º. mês _____ (9) Não sabe	MESINIC
12) Em que local você fez o pré-natal? (1) SUS (2) SUS conveniado ou filantrópico (3) Seguro de saúde particular (4) Particular (0) Outro _____ (9) Não sabe	LOCPRENATAL
13) CASO TENHA SIDO no SUS público, foi em Unidade de Saúde da Família (1) sim (2) não (9) não sabe	USFPN
14) Recebeu vacina anti-tetânica durante as consultas de pré-natal? Quantas doses? (Confirmar no cartão da gestante) (1) Uma dose (2) duas doses (0) Não recebeu (8) Imunizada (9) Não sabe	VACINA

DATA DA ENTREVISTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

APÊNDICE B – Manual do Entrevistador

**PROJETO DE PESQUISA:  
SITUAÇÃO DE SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO**

**MANUAL DO ENTREVISTADOR**

## 1. COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA

- Portar Crachá de identificação
- Apresentar-se com vestuário simples e discreto, adequado à função de pesquisador/entrevistador;
- Assumir uma postura acolhedora, calma, agradável, respeitosa, ética, discreta e segura (a primeira impressão pode não ser definitiva, mas ela é fundamental, desde a postura física, o cumprimento com aperto de mão, até o tom de voz);
- Sentar-se apenas após a indicação ou o convite do entrevistado;
- Inspirar confiança, demonstrar seriedade e segurança no trato das informações e nas relações interpessoais, motivando o interesse do entrevistado;
- Levar todo o material que você necessitará para realizar seu trabalho (fazer lista de checagem);
- Agir com habilidade e flexibilidade na condução da entrevista (ensaiar previamente uma linha de raciocínio), estando atento para as situações no ambiente que exijam condutas diferenciadas (por exemplo, adiamento da entrevista);
- Distinguir o que é essencial;
- Nunca criticar as idéias e informações fornecidas;
- Evitar comentários depreciativos, qualquer que seja o momento, local ou companhia;
- Registrar o que foi dito, sem interpretações (na dúvida, registre exatamente a informação prestada);

## 2. ORIENTAÇÕES RELACIONADAS À ABORDAGEM

### o NO MUNICÍPIO

- Confirmar junto à Coordenação da pesquisa o contato com a Prefeitura/Secretaria Municipal de Saúde dos municípios quanto ao período da viagem, horário de chegada e a quem se dirigir;
- Portar Carta de Apresentação;
- Apresentar-se formalmente ao contato no município;
- Aguardar orientações para deslocamento no município;

### o NO DOMICÍLIO

- Apresentar-se formalmente ao responsável pelo domicílio e demais familiares presentes;
- Interessar-se pela identificação das pessoas que o atendem no domicílio;
- Explicar clara e objetivamente sua função de pesquisador/entrevistador;

- Explicar detalhadamente o objetivo da pesquisa e as questões relacionadas ao Termo de Consentimento livre e esclarecido, explicitando a necessidade de assinatura do mesmo após esclarecimentos;
- Apresentar o Termo para assinatura e somente após assinatura de o Termo iniciar a coleta de dados.

### 3. INSTRUÇÕES GERAIS (CRIANÇA, MULHER, HOMEM)

- a) Em cada domicílio, apresentar-se ao informante: explicar sua profissão, dizer onde trabalha ou estuda, explicar que vai pesar e medir crianças menores de 5 anos e entrevistar sua mãe e/ou mulheres de 10 a 49 anos e/ou seu pai e/ou homens de 10 a 49 anos. Explicar que é uma pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, apoiada também pela FAPEMA. Mostrar o crachá. Entregue ao informante o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Explicar todos os detalhes constantes no Termo (objetivo, sigilo, etc.).
- b) Perguntar se há crianças menores de cinco anos, homens e mulheres de 10 a 49 anos.
- c) Se a resposta for negativa, perguntar a idade das pessoas que moram na casa. Esta checagem é muito importante, pois é muito freqüente erros de arredondamento na idade das crianças. Só entram na pesquisa as crianças menores de 5 anos na data da entrevista, isto é, com 4 anos, 11 meses e 29 dias. Se a criança for fazer 5 anos no dia seguinte ao da entrevista entra. Se estiver fazendo aniversário no dia da entrevista, não entra porque já tem 5 anos. Tome muito cuidado nisto, pois as mães tendem a arredondar a idade das crianças para mais. Assim, uma criança que tem 4 anos e 11 meses entra na pesquisa. Mesmo que a mãe diga que a crianças tem 5 anos, procure checar esta informação com a data de nascimento da criança. Havendo mais de 1 criança menor de 5 anos no domicílio, será preenchido um questionário para cada criança. Se a mãe das crianças for a mesma, muitas respostas da mãe serão idênticas.
- d) Às mães e/ou responsáveis pelo cuidado (CUIDADOR) da criança que tiverem entre 10 e 49 anos será aplicado o questionário correspondente da MULHER. Para completar as 16 mulheres de 10 a 49 anos serão visitados novos domicílios nesse setor censitário. Serão entrevistados ainda homens de 10 a 49 anos. Só entram na pesquisa homens e mulheres de 10 a 49 anos na data da entrevista, isto é, com 10 anos já completado na data da entrevista e 49 anos, 11 meses e 29 dias. Se a mulher/homem for fazer 10 anos no dia seguinte ao da entrevista não entra. Se estiver fazendo aniversário no dia da entrevista, entra. Se for fazer 49 anos no dia seguinte ao da entrevista entra. Se estiver fazendo aniversário no dia da entrevista, não entra porque vai ter 50 anos.

- e) O questionário da mulher será aplicado mesmo que ela ainda não tenha tido a menarca ou que já esteja na menopausa – considerar a idade.
- f) Nos questionários a opção NÃO SE APLICA deverá ser utilizada para os menores (questionário da mulher e do homem) em que se observar não ser necessário fazer determinada pergunta – para que se evite constrangimentos com questões não pertinentes.
- g) Sempre que a opção OUTRO for marcada deve-se anotar o que for relatado para posterior codificação.
- h) O responsável só deverá ser entrevistado se ele for suficientemente informado das perguntas do questionário. Poderá ser a mãe ou cuidador. Em caso negativo, haverá um repasse para entrevistar a mãe/cuidador em outro dia e hora, a combinar ou passará para a criança/casa seguinte. Será considerado CUIDADOR a pessoa que se responsabiliza pelo cuidado do menor não só financeiramente, mas psicologicamente, emocionalmente, juridicamente. Não será considerado cuidador a pessoa que for designada pela mãe/responsável para o cuidado (babás, tias, avós que cuidam
- i) durante um determinado período de ausência do responsável/mãe)
- J) A questão da responsabilidade pela criança – somente será considerado responsável pela criança (mesmo que seja a mãe biológica e com registro da criança em seu nome), quando a mulher tiver mais de 18 anos; caso a mulher tenha de 14 a 18 anos somente será considerada responsável pela criança se estiver oficialmente casada – apresentar certidão; se for menor de 14 anos independente de ser casada, não assinará o termo de consentimento – a responsabilidade será de um cuidador maior de 18 anos;
- k) A questão da responsabilidade da mulher e do homem – serão consideradas as mesmas orientações acima; a/o menor poderá contribuir com as respostas porém a assinatura do termo de consentimento compete ao seu responsável maior.
- l) Entrevistar a mãe, pai ou pessoa responsável pelo cuidado da criança. Se estiverem ausentes, perguntar o dia em que será possível encontrá-los e anotar na ficha: REPASSE NO DIA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ÀS \_\_\_ HORAS, pela manhã ou pela tarde, sábado ou domingo. Se a residência dispuser de telefone, anota-lo para contato posterior.
- m) No questionário da criança, atentar para as questões que se referem ao CUIDADOR (caso este não seja a MÃE) e as questões que se referem unicamente à MÃE (ainda que esta não seja o CUIDADOR)
- n) Sempre substituir no questionário <CRIANÇA>, <HOMEM> ou <MULHER> pelo nome. Sempre fazer a pergunta, explicitando o nome do entrevistado nas questões referentes ao mesmo para não causar dúvidas.

- n) Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas. Se necessário, explicar perguntas de uma segunda maneira (conforme instruções específicas), e, em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- o) A codificação dos dígitos à direita do formulário ficará a cargo do entrevistador, com exceção das questões abertas, para as quais serão criados códigos específicos posteriormente. Esta codificação não será realizada no momento da entrevista, mas posteriormente, com mais calma e atenção.
- p) Sempre que houver dúvida sobre em qual opção se encaixa a resposta do entrevistado, escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir ao final do dia.
- q) Se tiver dúvida se deve ou não obter a resposta naquela pergunta, anote a resposta e tire sua dúvida mais tarde, pois se a pergunta tiver mesmo que ser feita, você não precisará retornar ao domicílio. Se a pergunta não precisar ser feita, esta resposta será descartada.
- r) Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e anotar um comentário sobre sua má qualidade.
- s) Os questionários serão numerados de acordo com a distribuição previa por dupla
- t) Registrar o nome completo do município visitado;
- u) Através do mapa de cada município, identificar os setores censitários e seus limites. Se necessário marcar cada um com uma caneta de cor diferente. Sortear 7 setores censitários por conglomerado/município. Em São Luis serão sorteados 21 setores censitários (por representar 3 conglomerados).
  - a) Em cada conglomerado, inicie a visita pelo primeiro setor censitário sorteado. Anote o número do setor censitário visitado, além da localização da área (se zona rural ou urbana – definida no mapa).
  - b) A visita em cada setor censitário será iniciada pela direita (em sentido horário)
  - c) Em cada setor censitário, o número de casas a serem visitadas dependerá do encontro das 9 crianças menores de 5 anos por setor, das 16 mulheres e 7 homens de 10 a 49 anos por setor. Visite tantas casas quantas forem necessárias em cada setor até encontrar o número estabelecido de crianças, homens e mulheres. Se em um dado setor censitário não encontrar o número estabelecido de crianças e mulheres reponha no setor censitário vizinho ao setor em visita.
  - d) Identifique no mapa de cada setor censitário todas as casas visitadas e a situação do domicílio (casa visitada, recusa ou casa vazia). Em caso de casa vazia, faça a reposição, identificando a casa seguinte à direita.

Casa visitada: é a casa na qual foram encontrados moradores e o questionário foi preenchido se havia crianças menores de 5 anos e/ou homens/mulheres de 10 a 49 anos.

Casa visitada sem entrevista: casa que foi visitada, mas não havia criança ou mulher em idade fértil; ou casa em que havia criança, homem ou mulher em idade fértil, mas não havia responsável para fornecer informação e/ou assinar o termo de consentimento;

Casa vazia: não havia ninguém na casa e dois vizinhos que moram em casas diferentes afirmam que não tem nenhuma pessoa morando naquele domicílio ou não há morador no momento.

Recusa: casa em que há crianças menores de 5 anos e/ou homem/mulheres de 10 a 49 anos que, por qualquer motivo, os moradores se negaram a responder o questionário.

Casa de reposição: casa visitada em outro setor censitário não sorteado para completar número de crianças, homens ou mulheres de setor vizinho sorteado.

- v) Sempre anotar Nome Completo do entrevistado
- w) Anote pormenorizadamente o endereço do domicílio. Se a casa não tiver número, anote referências da fachada (exemplo: 1 porta e duas janelas, frente de cor verde etc). Escreva o endereço completo do domicílio por extenso. Procure colocar também um ponto de referência em todos pois pode haver necessidade de repasse para complemento de alguma questão pendente.
- x) A casa da criança, homem ou mulher é aquela onde ela dorme, mesmo que fique o dia em outra casa (por exemplo, criança fica na casa dos avós). Se a criança mora na casa dos avós, no mesmo terreno da casa dos pais, considerar como sendo uma só família, incluindo todas as pessoas que moram nas duas casas inclusive renda. Se a casa onde a criança mora com os avós fica em outro terreno, considerar como sendo a casa da criança aquela onde ela reside com os avós.
- y) Se possível checar em documentos a data de nascimento da criança, homem ou mulher (registro, cartão de vacina, carteira de identidade, etc.). Quando não tiver documentação comprobatória registrar o que for respondido.

#### **4. ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DAS VARIÁVEIS**

##### **4.1. QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA**

Questão 5. Peça para ver o registro de nascimento para verificar se foi registrada

Q. 6. Anotar Nome completo da mãe/CUIDADOR

Q. 7. Número de ordem da criança refere-se aos casos em que a mãe tem 2 ou mais filhos menores de 5 anos; anote 1 para o filho mais novo e assim sucessivamente. Quando forem gêmeos, o 1º será o que nasceu por último. Considerar como irmão os filhos adotivos.

- Q. 8. Checar sexo com a mãe/responsável – não considerar o nome
- Q. 9. Anotar quantos irmãos a criança tem e não quantos irmãos são.
- Q. 10. Anotar Qual a data de nascimento do irmão que nasceu antes da CRIANÇA; se a criança for o mais velho não preencher; considerar como irmão os filhos adotivos.
- Q. 11. Peça a mãe/responsável para ver o registro de nascimento ou carteira de vacina para confirmar data de nascimento e verificar se está registrada
- Q. 12. Considerar como morador quem dorme no domicílio regularmente; quem estiver passando férias ou temporada ou só comer eventualmente não é morador.
- Q. 13. Situação conjugal da mãe/cuidador (somente explicitar as opções se a informante não souber responder)
- Casada = somente quando apresentar certidão de casamento Morando junto = convivem debaixo do mesmo teto e não necessita comprovação
- Solteira = nunca morou junto com parceiro
- Separada = conviveu algum tempo com uma pessoa, mas não convive mais
- Viúva = o parceiro faleceu
- Outros = relações entre pessoas do mesmo sexo
- Não sabe = evitar ao máximo
- Q. 14. Anotar a opção referente a mãe/cuidador. Se for em casa, para fora, anotar o que faz; não trabalha refere-se aos casos em que a mãe não sai de casa para trabalhar e não faz serviços em casa para fora
- Q. 15 e 16. A resposta dada será a considerada
- Q. 17 e 18 Anotar até que série estudou na escola; somente considerar a última série concluída; em caso de ensino superior utilizar código
- Q. 19 a 23. Perguntar quais as pessoas da casa que recebem salário ou aposentadoria e responder nos itens correspondentes. Registrar o valor recebido por cada integrante que tenha renda regular. Quando o informante não souber informar a renda de outros membros da família tentar aproximar ao máximo aceitando a resposta não sabe somente em último caso. Quando isso ocorrer anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda "não sabe" para que se possa tentar estimar seu salário posteriormente. Para pessoas que recebem regularmente algum dinheiro como aluguel, mesada ou pensão ou ajuda sistemática incluir esse recebimento mensal. Não incluir rendimentos excepcionais ou ocasionais como, por exemplo, o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão. Para empregados, considerar a renda bruta sem excluir os "descontos". Se for proprietário de algum estabelecimento considerar a renda líquida. Para autônomos, como proprietários de armazém ou motoristas de táxi, anotar somente a renda líquida e não a renda bruta, a qual é fornecida em resposta do tipo "ele tira por dia 200 reais".

Pois nem tudo o que eles recebem é salário, mas sim gastos com a manutenção do negócio. Se a resposta for em salários mínimos anotar ao lado o número de salários mínimos e fazer a conversão na ocasião da codificação e não no momento da entrevista. Onde não houver salários, responda com 0.000.000.00. Se mais de quatro pessoas tiveram renda no último mês anotar na margem do questionário e por ocasião da codificação somar a renda, por exemplo, da 4ª e da 5ª pessoa e anotar na renda da 4ª pessoa. Anote a renda em reais. Por ocasião da codificação, some a renda de todos os membros da família em reais e codifique.

**IMPORTANTE:** Considerar apenas a renda do mês anterior. Por exemplo, para entrevistas feitas em 15 de agosto, considerar a renda do mês de julho. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Não incluir também uma pessoa que está atualmente desempregada, mas que trabalhou no mês que passou e ainda recebeu salário, pois este não é mais permanente. Se tiver desempregado há mais de um mês, considerar a renda do trabalho ou biscoite atual, caso seja referida alguma atividade. Não tente fazer contas durante a entrevista porque isso muitas vezes resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sob a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isso deve ser feito por ocasião da codificação.

Q. 23. Se a resposta for positiva registrar o valor recebido no mês anterior. Refere-se a recebimento regular de algum dinheiro como aluguel, mesada ou pensão ou ajuda sistemática com a qual a família conte de forma sistemática. Se for computado em itens anteriores (incluída na renda de uma das pessoas acima) não registrar novamente.

Q. 24 a 26. Somente considerar se a criança entrevistada for a beneficiária

Q. 27 a 37. Referem-se à pessoa de maior renda

Q. 27. Refere-se à pessoa de maior renda na família; se pai e mãe recebem salários iguais considerar o pai como chefe da família.

Q. 28. A pergunta deve ser respondida por SIM não apenas para quem está empregado, mas também para autônomos e biscoiteiros. Quando o chefe da família estiver desempregado mesmo que receba pensão considera-lo desempregado e colocar o número de meses

Q. 29 e 30. Se o chefe da família tiver mais de uma profissão ou for aposentado ou receber pensão e exercer também trabalho remunerado responder as perguntas de tipo de firma (ramo de atividade) ou tipo de trabalho (ocupação) sobre o trabalho que lhe proporcionar maior renda. Quando a maior renda do chefe de família for aposentadoria colocar os dados do último emprego (referente a aposentadoria nas questões 32 e 33) mesmo que atualmente esteja trabalhando em outro local. As perguntas 32 e 33 dizem respeito ao trabalho atual ou último trabalho, portanto não podem ser respondidas como aposentado ou encostado, mas sim como o trabalho anterior à aposentadoria ou licença.

Q. 31. A pergunta sobre posição no serviço, pode ser feita da seguinte maneira: "É EMPREGADO OU TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA? Se trabalhar por conta própria, classificar se o trabalho é regular (pescador, costureira e manicure, que trabalham de forma independente e regularmente nessa atividade, independente de ter estabelecimento próprio) ou irregular (pedreiro, ajudante de pedreiro que trabalham por empreitada). Perguntar se tem empregados regulares (caso tenha, classificar como empregador somente se contrata regularmente funcionários – cabeleireiro que tem salão e emprega manicure regularmente, costureira que emprega ajudante regularmente). Se for empregador, anotar o número de empregados (pergunta 32). Se paga "empregados", por serviço prestado anotar ao lado e deixar para tirar a dúvida com o supervisor (exemplo: pedreiro que contrata ajudante por empreitada). Trabalhadores da construção civil que exerçam apenas esse tipo de atividade são considerados trabalhadores por conta própria – trabalho irregular, por se tratar de uma atividade instável e não serão considerados empregadores mesmo que contratem ajudantes, pois o fazem de forma irregular. Em caso de dúvida descrever a informação detalhadamente e discutir posteriormente com o supervisor.

Q. 33. Só será respondida pelos autônomos que trabalhem em estabelecimento próprio. Ex. o mecânico que tem uma oficina, o médico que tem seu consultório, a manicure que tem o seu salão etc.

Q. 34. Só deve ser respondida pelo agricultor autônomo, possuidor de terra, arrendatário, posseiro ou meeiro (meeiro = pessoa que planta em terra de outrem e paga com parte da colheita).

Q. 35. Anotar número de hectares plantados (às vezes essa informação é dada em forma de linhas de plantio, anotar número de linhas plantadas).

Q. 36 a 40. O entrevistador considerará o que for respondido complementando com o observado.

Q. 36. Taipa = Taipa de sopapo, barro armado, pau-a-pique. As paredes são armadas com ripas de madeira ou varas de bambu e preenchidas com barro cru e fibra.

Adobe = pequeno tijolos de terra prensado e seco ao sol

Q. 37. Chafariz = fonte de água encanada de uso coletivo

Q. 38. Se a pessoa utiliza rede de esgoto ou fossa de outra casa no mesmo terreno, aceitar como se fosse da casa e especificar

Fossa séptica = fossa revestida, que impede contaminação do solo; em geral construída pelo governo

Fossa negra = fossa sem revestimento; em geral tem tábuas em cima.

Q. 41 e 42. Incluir como consulta pré-natal somente se a MÃE compareceu à consulta como rotina pré-natal (se foi em situação de urgência/emergência não configurar como consulta de pré-natal).

Não considerar grupos de gestantes/palestras como consulta. Confirmar a resposta perguntando em que mês da gestação a mãe consultou o médico/enfermeiro, e quantas vezes, em cada mês, e verificar se esta informação está de acordo com a resposta dada. Se a mãe fez pré-natal em mais de um lugar, some o número de consultas e coloque o total.

Q. 43. Escreva na linha o nome do local onde a MÃE fez as consultas. Se a mãe fez pré-natal em mais de 1 local, anote o nome do local que ela considerou mais importante.

Outro = Visita domiciliaria

SUS público – trata-se de hospitais do SUS como Socorrão, Dutra, Materno-Infantil, postos, unidades mistas e Centros de Saúde do Estado e município. SUS privado ou filantrópico – trata-se de hospitais privados que têm convênio com o SUS, por exemplo, Clínica Santa Luzia, Santa Casa, etc.

Usou convênio ou seguro-saúde – para pessoas que têm convênio privado (individual ou empresa): Ex. Golden Cross, Unimed, Long Life, banco do Brasil, Patronal etc. É importante esta pergunta, pois a pessoa pode ter convênio e ainda estar na carência e daí não usou o convênio para a consulta, ou contratou o convênio posteriormente à consulta.

Particular – pessoa que pagou do seu bolso pela consulta.

**(VER RELAÇÃO DE SERVIÇOS)**

ATENÇÃO: o mesmo hospital pode ter várias modalidades de atendimento. Ex. a Santa Casa atende consultas particulares, aceita convênios e atende também através de convênio pelo SUS – questionar a situação de atendimento durante as consultas

Q. 44. Para confirmar se foi em unidade de saúde da família, perguntar se era acompanhada por um agente comunitário de saúde ou se a consulta era agendada pelo ACS.

Q. 45. Confirmar no cartão da gestante. Só considere as vacinas da gestante se mostrarem o cartão ou se descrever corretamente que a vacina anti-tetânica foi dada através de uma injeção no braço. Ver esquema e orientações específicas.

Q. 46. Em outro coloque locais inusitados como táxi, ambulância

Q. 47. Considerar o que for referido

Q. 48. Considerar mesmas observações da questão 43.

Q. 49. Em outro coloque a pessoa, por exemplo, se foi vizinho

Q. 50. Anotar o que for referido

Q. 51. Só considerar consulta pós-parto (puerperal) se a MÃE foi examinada pelo médico/enfermeiro e não quando está comparece ao hospital por outro motivo, como por exemplo, para buscar declaração para receber auxílio-

natalidade, para consultar a criança. Deve ser considerado consulta puerperal também no caso da visita domiciliar pelo enfermeiro/médico desde que a mãe tenha sido examinada.

Q. 52. Considerar mesmas observações da questão 44.

Q. 53. Usar o critério: diarreia = 3 ou mais evacuações de consistência amolecida dentro de um período de 24 horas (este critério não vale para crianças abaixo de seis meses sendo alimentados exclusivamente ao seio)

Q. 54. Deve ser considerada Diarreia que ocorreu nas duas últimas semanas mesmo que já tenha terminado

Q. 55. Esta pergunta se refere a qualquer líquido dado para beber durante a diarreia, com a intenção de evitar a desidratação. A criança pode ter usado mais de um tipo de líquido durante a diarreia, e todos devem ser marcados.

Q. 56. Considerar soro qualquer formulação (soro caseiro, soro de pacote, soro de farmácia)

Q. 57. Deve ser considerada tosse que ocorreu nas duas últimas semanas mesmo que já tenha terminado

Q. 58. Pode considerar a dificuldade para respirar isoladamente. Considerar a queixa na última semana; não questionar chiado ou piado para não incluir crise asmática

Q. 59. Somente considerar o nariz entupido se estava associado a tosse ou dificuldade para respirar

Q. 60. Esta pergunta se refere ao convênio ou seguro – saúde privado. Há dois tipos de convênio, o empresa e o individual. No convênio – empresa, o empregado tem direito ao convênio sem pagar diretamente por ele, pois o empregador é quem paga. No individual é o segurado quem paga. Aqui também são incluídos convênios de funcionários públicos e de empresas de economia mista, como Patronal, banco do Brasil, ASSEFAZ, Fundabem, Prosocial, etc. É importante saber se a Mãe e a Criança estão seguradas.

Q. 61 a 62. Referem-se apenas às consultas de avaliação (puericultura), na qual se leva a criança ao posto somente para pesar, receber orientações de alimentação, vacinação, etc. A estas consultas a criança vai sem estar doente, sem ter um motivo para ir se consultar além do controle da saúde.

Q. 63. Considerar mesmas observações da questão 43.

Q. 64. Considerar mesmas observações da questão 44.

Q. 65. Refere-se a visita regular ou esporádica dos profissionais da equipe do PSF; não considerar visita do agente de endemias (dengue, malária, calazar, SUCAM, FUNASA)

Q. 66. Considerar mesmas observações da questão 65.

Q. 73. Considerar como sinais de alerta informados: febre, não consegue beber ou mamar, dificuldade para respirar, diarreia.

- Q. 74. Aceitar o cartão versão anterior ou atual.
- Q. 75. Observar no cartão de saúde se está registrada a pesagem da criança nos últimos três meses.
- Q. 76 e 77. Considerar o que for informado
- Q. 78. Em outra, escrever qualquer outra doença que a criança teve nos últimos três meses, que não seja diarreia, infecção respiratória ou de pele
- Q. 79. Escrever o nome comercial dos remédios – ver a receita ou escrever como a mãe referir
80. Considerar o que for informado
81. Refere-se à procura ou demanda por atendimento. Considerar mesmo se a pessoa procurou consulta e não conseguiu ser consultada por falta de vagas, pelas filas, porque marcou a consulta para daí a três meses, porque o médico faltou etc.
- Q. 82. Refere-se a toda e qualquer consulta médica realizada nos últimos três meses, quer seja por motivo de doença ou por razões preventivas.
- Q. 83. Considerar mesmas observações da questão 43.
- Q. 84. Considerar mesmas observações da questão 44.
- Q. 85. Considerar apenas as internações por mais de 24 horas. Se foi internada para fazer exame ou reidratar somente considerar internação se ficou por mais de 24 horas.
- Q. 86. Em outro, anotar a doença que determinou a internação caso não tenha sido diarreia ou pneumonia.
- Q. 87. Considerar mesmas observações da questão 43.
- Q. 88. Considerar UBS qualquer unidade básica em que a criança tenha sido atendida previamente (posto, centro, ambulatório). O que se quer observar é se a pessoa teve acesso ao 1º nível de atenção. Não considerar consulta em pronto-atendimento.
- Q. 89 a 91. Anotar o que a mãe referir.
- Q. 92. Para complementar essa informação, perguntar se o dentista atendeu em unidade básica de saúde.
- Q. 93. Considerar versão anterior ou atual
- Q. 94. Checar no cartão de vacina ou cartão da criança se consta a informação
- Q. 95 e 96. Considerar o que for referido (pode ser colocado apenas o mês e ano de uso)
- Q. 97 e 98. Considerar qualquer programa oficial (federal, estadual, municipal) – considerar também recebimento regular de alimento de qualquer instituição não governamental. Somente considerar se for a criança a beneficiária do programa.

Quadro de vacinação - Preencher o quadro abaixo de acordo com o cartão de vacina/caderneta da criança <CRIANÇA>. Somente considerar o que está anotado e carimbado/assinado no cartão. No caso da vacina BCG, pode considerar vacinada sem registrar data se for observada a cicatriz vacinal em terço proximal do braço direito.

Q. 99 e 100. Considerar o que for referido. Anote a época em que a criança começou a receber outros alimentos além do leite materno, mesmo que seja água de coco, chás ou outros. Anotar em anos, meses e dias. Não considerar água.

101. A criança é considerada desmamada se já não mama nenhuma vez por dia ao seio. Se ela mamou dois meses e quinze dias, completar a pergunta 99 com 0 anos, 02 meses e 15 dias

Q. 102 a 105. Se possível checar em registro; casos não, considerar o que a mãe referir. Em caso de nascimento hospitalar peça para ver a carteirinha dada pelo hospital. Se não existir anote a informação dada pela mãe e registre a opção 2.

Q. 106 a 108. Considerar apenas morte de familiar que mora nessa casa nessa faixa etária. Preencher questionário complementar.

#### **4.2 QUESTIONÁRIO DA MULHER**

Q. 5. Mesmas orientações da questão 13 – Questionário da criança

Q. 6. Anotar a opção referente à entrevistada. A pergunta deve ser respondida por SIM não apenas para quem está empregado, mas também para autônomos e biscateiros. Quando estiver desempregado mesmo que receba pensão considera-lo desempregado e colocar o número de meses

Q. 7 e 8. Refere-se à entrevistada. Se tiver mais de uma profissão ou for aposentado ou receber pensão e exercer também trabalho remunerado responder as perguntas de tipo de firma (ramo de atividade) ou tipo de trabalho (ocupação) sobre o trabalho que lhe proporcionar maior renda. Quando a maior renda for aposentadoria colocar os dados do último emprego mesmo que atualmente esteja trabalhando em outro local. As perguntas dizem respeito ao trabalho atual ou último trabalho, portanto não podem ser respondidas como aposentado ou encostado, mas sim como o trabalho anterior à aposentadoria ou licença.

Q. 9. A resposta dada será a considerada

Q. 10. Refere-se à entrevistada. Anotar até que série estudou na escola; somente considerar a última série concluída; em caso de ensino superior utilizar código.

Q. 11 a 24. Mesmas orientações das questões 19 a 23 e 27 a 35 – Questionário da criança; caso a entrevistada seja a pessoa de maior renda preencher com as suas informações.

Q. 25 a 29. Mesmas orientações das questões 36 a 40 – Questionário da criança

- Q. 30. Anotar a idade em anos da 1ª menstruação.
- Q. 31 a 33. Anotar o que for referido
- Q. 34. Incluir todos os partos inclusive prematuros e os que resultaram em óbito do bebê; não incluir abortos.
- Q. 35. Nascido vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação, de um produto da concepção que, depois dessa separação, respira ou manifesta outro qualquer sinal de vida, tal com batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou contração efetiva de algum músculo da contração voluntária, haja ou não sido cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta.
- Q. 36. Nascido morto é a morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação. Esta pergunta deve ser feita cuidadosamente, pois as mães tendem a esquecer – ou não declarar – ocorrências de óbitos dos filhos. Nascidos mortos são considerados os que nasceram com 28 semanas de gravidez ou mais, o que equivale a 1.000 gramas (1 quilo) ou mais. Abortos ou óbitos ocorridos antes desse prazo, ou com peso menor não são considerados natimortos e não devem ser computados.
- Q. 37. Aborto é considerado interrupção da gestação antes do 6º mês de gestação ou com menos de 1000gr.
- Q. 38 e 39. Anotar idade em anos. Se estiver grávida no momento da entrevista pela 1ª vez anotar na questão 38 a idade que terá na data provável do parto (em anos) e na questão 39 anotar que não se aplica.
- Q. 40 e 41. Anote o que for referido. Se estiver grávida pela 1ª vez anotar que não se aplica.
- Q. 42. Respeitar a orientação de não enunciar a princípio as varias opções de resposta. Atentar para a necessidade de o investigador perceber tanto o conhecimento como a utilização atual do método – o que interessa é se está fazendo uso ou não.
- Q. 43. Nessa questão considerar que estão cadastrados caso refiram recebimento do método, mesmo que relatem não saber sobre cadastro.
- Q. 44. Considerar o que for informado.
- Q. 45. Considerar mesmas observações da questão 44 – Questionário da criança.
- Q. 46 e 47. Considerar o que for referido. Pode-se explicar o que é o auto-exame da mama – olhar as mamas no espelho e passar a mão nas mamas para ver se tem caroço, se dói.
- Q. 48. Considerar o que for referido. Pode-se explicar o que é o exame preventivo – coleta de material da vagina que coloca em uma lâmina para examinar e ver se tem câncer; as vezes mostra se tem infecção que precisa usar remédio.

Q. 49 e 50. Considerar o que for referido.

Q. 51. Considerar mesmas observações da questão 44 – Questionário da criança.

Q. 52. Considerar o que for referido. Pode-se explicar o que é a mamografia – exame que como raio-X que aperta o peito no aparelho.

Q. 53. Considerar o que for referido.

Q. 54. Inicialmente, aguardar a informação sem explicitar as opções. Depois de dada a resposta deve-se questionar cada uma das doenças citadas marcando as que forem citadas positivamente.

Q. 55 e 56. Considerar mesmas observações da questão 44 – Questionário da criança. Pode questionar se sabe se está cadastrado no programa de controle da hipertensão ou diabetes da unidade de saúde do seu bairro.

Q. 57. Considerar o que for referido.

Q. 58. Considerar mesmas observações da questão 81 – Questionário da criança.

Q. 59 e 60. Considerar mesmas observações das questões 43 e 44 – Questionário da criança.

Q. 61 e 62. Considerar o que for referido.

Q. 63. Encaixar o que for referido em uma das opções conforme informação prestada.

Q. 64 a 66. Considerar o que for referido. Encaixar o que for referido em uma das opções conforme informação prestada.

Q. 67. Considerar o que for referido.

Q. 68 e 69. Inicialmente, aguardar a informação sem explicitar as opções. Depois de dada a resposta deve-se questionar as opções citadas marcando as que forem positivas.

Q. 70. Anotar o mês e ano do encerramento da última gestação – mês e ano do último parto.

Q. 71 a 82. Considerar mesmas observações das questões 41 a 52 – Questionário da criança.

Q. 83 a 85. Considerar mesmas observações das questões 106 a 108 – Questionário da criança.

#### **4.3 QUESTIONÁRIO DO HOMEM**

Q. 5. Mesmas orientações da questão 13 – Questionário da criança

Q. 6. A resposta dada será a considerada

Q. 7. Refere-se à entrevistada. Anotar até que série estudou na escola; somente considerar a última série concluída; em caso de ensino superior utilizar código.

Q. 8 a 21. Mesmas orientações das questões 19 a 23 e 27 a 35 – Questionário da criança; caso o entrevistado seja a pessoa de maior renda preencher com as suas informações.

Q. 22. Anotar a opção referente ao entrevistado. A pergunta deve ser respondida por SIM não apenas para quem está empregado, mas também para autônomos e biscateiros. Quando estiver desempregado mesmo que receba pensão considerá-lo desempregado e colocar o número de meses

Q. 23 e 24. Refere-se ao entrevistado. Se tiver mais de uma profissão ou for aposentado ou receber pensão e exercer também trabalho remunerado responder as perguntas de tipo de firma (ramo de atividade) ou tipo de trabalho (ocupação) sobre o trabalho que lhe proporcionar maior renda. Quando a maior renda for aposentadoria colocar os dados do último emprego mesmo que atualmente esteja trabalhando em outro local. As perguntas dizem respeito ao trabalho atual ou último trabalho, portanto não podem ser respondidas como aposentado ou encostado, mas sim como o trabalho anterior à aposentadoria ou licença.

Q. 25 e 27. Inicialmente, aguardar a informação sem explicitar as opções. Depois de dada a resposta deve-se questionar as opções citadas marcando as que forem positivas.

Q. 26 e 28. Considerar o que for referido.

Q. 29 a 33. Mesmas orientações das questões 36 a 40 – Questionário da criança

Q. 34. Considerar o que for referido.

Q. 35. Considerar mesmas orientações da questão 54 – Questionário da mulher

Q. 36 e 37. Considerar mesmas observações da questão 44 – Questionário da criança. Pode questionar se sabe se está cadastrado no programa de controle da hipertensão ou diabetes da unidade de saúde do seu bairro.

Q. 38. Considerar o que for referido.

Q. 39. Considerar mesmas observações da questão 81 – Questionário da criança.

Q. 40 e 41. Considerar mesmas observações das questões 43 e 44 – Questionário da criança.

Q.42 a 44. Apenas para homens de 40 anos ou mais. Para uso de serviços, considerar as mesmas observações das questões 63 e 64 – Questionário da mulher.

Q. 45 a 47. Considerar mesmas orientações das questões 61 a 63 – Questionário da mulher

Q. 48 a 50. Considerar mesmas orientações das questões 64 a 66 – Questionário da mulher.

Q. 51 a 53 Considerar mesmas observações das questões 106 a 108 – Questionário da criança.

#### 4.4 Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)

População a ser aplicado o QFCA

Apenas para Crianças entre 2 anos e 5 anos e todas as mulheres e homens de 10 a 49 anos

Método de avaliação da ingestão dietética.

Objetivo:

- Relacionar a dieta com doenças crônicas não-transmissíveis;
- Distinguir os padrões de consumo entre os indivíduos.

O QFCA possui uma lista de alimentos e um espaço no qual será anotado com que frequência o indivíduo consome cada item.

Os alimentos foram classificados conforme o seu valor nutricional, e estão agrupados em itens de 1 a 88. Além disso, há algumas linhas para alimentos adicionais que por ventura o entrevistado considerar importante apontar, isto é, alimentos que são comuns no consumo do entrevistado e não foram citados pelo QFCA.

Como aplicar o QFCA:

Ex1:

Entrevistador: Você tem o costume de tomar leite?

*Entrevistado: Sim.*

Entrevistador: Quantas vezes por mês, ou por semana, ou por dia?

*Entrevistado: Todos os dias*

Entrevistador: um copo, uma xícara, qual a medida que você toma?

*Entrevistado: 1 xícara.*

Entrevistador: 1 xícara cheia de leite ou você completa a xícara com café coado?

*Entrevistado: eu uso nescafé no leite líquido. Então sirvo uma xícara quase cheia e aí adiciono açúcar e nescafé.*

Entrevistador: Quantas vezes (no caso, – ao dia) você toma leite?

*Entrevistado: 2 vezes . Pela manhã (no café) e a noite antes de dormir tomo um prato de mingau feito com leite, aveia e açúcar.*

Entrevistador: O leite que você usa é desnatado ou integral?

*Entrevistado: é leite comum da vacaria ou quando não de pacote ou caixa.*

- **Aponte Leite integral líquido.** circular "D" na coluna "Unidade" e "2" na coluna "Quantas vezes você come" e 1 em "quantas porções".

Grupo do leite e derivados	Unidade			Quantas vezes você come	Porção média	Quantas porções	CODIF
	1	2	3				
1. Leite integral líquido	D	S	M	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 copo (180ml)	1	
2. Leite integral em pó	D	S	M	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9	3 colheres de sopa rasa (24g)		
3. Leite desnatado líquido	D	S	M	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 copo (180ml)		
4. Leite desnatado em pó	D	S	M	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2 colheres de sopa rasa (16g)		
5. Leite com achocolatado (preparação líquida)	D	S	M	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 copo (180ml)		

Continuar a perguntar para todos os grupos e alimentos apontados no QFCA e por fim perguntar se existe algum alimento que ele (a) come com frequência que não foi citado.

Se houver, apontar nas últimas linhas em branco os alimentos citados pelo entrevistado seguindo a mesma lógica.

## ANEXOS



## ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 307/06

Pesquisador (a) Responsável: **Sueli Rosina Tonial**

Equipe executora: **Mônica Elinor Alves Gama, Ana Karina T. C. França, Dario Nicolau, Denicy Ferreira, Dourivan Câmara, Elza da Lima Silva, Fernando Lamy, Luciane Brito, Lúcio Laves Macedo, Maria Bethânia Chein, Maria Leda Vanderley, Maria do Socorro B. V. Cruz, Maria T. Borges Frota, Rosemary Lindholm, Silvio G. Monteiro, Sueli Ismael, Vicente G. Neto e Zeni C. Lamy**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Pesquisa**

Registro do CEP: **210/06** Processo Nº. **33104-747/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **FAMEM- Federação dos Municípios**

Grupo: **III**

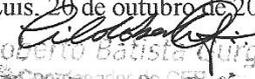
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **19.06.2006** o processo **33104-747/2006**, referente ao projeto de pesquisa: “**Situação de saúde materno-infantil no Estado do Maranhão**”, tendo como pesquisadora responsável **Sueli Rosina Tonial**, cujo objetivo geral é “**Estudar indicadores de saúde de mulheres em idade reprodutiva e de crianças no Estado do Maranhão, a partir de variáveis relacionadas à situação socioeconômica, ambiental e nutricional, acesso a serviços de saúde, uso de medicamentos, prevalência de morbidades e estimativas de mortalidade materna e infantil**”. Na metodologia: Questionário. Tendo apresentados pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 20/10/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luís, 26 de outubro de 2006.

  
Waldemar Batista Kirgel  
Membro Titular do CEP  
*Ethica homini habitat est*

**Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail huufma@huufma.br

Costa, Geny Rose Cardoso

Assistência pré-natal no Estado do Maranhão / Geny Rose Cardoso  
Costa. – São Luís: UFMA, 2009.

86 f. : il.

Orientadora: Maria Bethânia da Costa Chein

Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-Graduação em Saúde  
Matrno Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2009.

1. Assistência Pré-Natal I. Chein, Maria Bethânia da Costa II.  
Gama, Maria Mônica Elinor Alves III. Título

CDU 618.2-082