

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BELARMINA REIS MULEVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM NAMPULA,
MOÇAMBIQUE**

**SÃO PAULO
2020**

BELARMINA REIS MULEVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM NAMPULA,
MOÇAMBIQUE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte do processo avaliativo para a obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges

SÃO PAULO

2020

BELARMINA REIS MULEVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM NAMPULA,
MOÇAMBIQUE**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte do processo avaliativo para a obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges

Versão corrigida

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Reis, Muleva, Belarmina
Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique/
Belarmina Reis Muleva. -- São Paulo, 2020.
151 p.: il:

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.
Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges.

1. Saúde materna. 2. Assistência ao pré-natal. 3. Qualidade da
Assistência à Saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Belarmina Reis Muleva

Título: Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus amados filhos, Daniel de Reis Muleva e Abel de Reis Muleva, que tão cedo tiveram que aprender a conviver com a minha ausência. Filhos foi por vosso apoio e incentivo que hoje posso celebrar este marco na minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu guia e protetor, por ter me dado amparo desde o início da minha vida até aos dias de hoje.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges, por ter confiado em mim, mesmo não tendo me conhecido antes, pela orientação, amizade e incentivo.

À Profa. Dra. Elizabeth Fujimori pelos ensinamentos da disciplina de Metodologia de Investigação em Saúde Coletiva e do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos epidemiológicos na Perspectiva de Enfermagem de Saúde Coletiva (NEPESC) e da valiosa contribuição que deu durante o exame de qualificação.

Agradeço do fundo do coração as amigas Katherine Maria Solis Cordeiro, Luciane Simões Duarte, Natália de Castro Nascimento, Carolina Cavalcante, Renata Sena, Cláudia Palombo, Lívia Lisboa e Laura Armando pelo apoio e incentivo vocês foram 10, com certeza levarei comigo onde eu for, e peço desculpas pelas falhas.

Às Professoras Lu Cris e Célia Regina pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação.

Aos meus pais, André Reis Iariva e Neta Caetano, aos meus irmãos, Augusto Reis Iariva, Benildo Reis Iariva, Elisabete Reis Iariva e Hugo Reis Iariva e em especial a minha prima Edma Jahangir Alan pelas orações e incentivo.

Às irmãs do Residencial Pequenas Missionárias de Maria Imaculada, especialmente a irmã Maria da Penha pelo amparo na casa e pelas orações.

Às mulheres participantes da pesquisa, as enfermeiras e parteiras tradicionais pela colaboração durante a coleta de dados.

Ao Irneu do Muleva, meu companheiro, e os meus filhos Daniel de Reis Muleva e Abel de Reis Muleva, pelo apoio, carinho e incentivo.

Reis Muleva B. Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A realização da consulta pré-natal de alta qualidade está diretamente relacionada aos melhores indicadores maternos e fetais e à prevenção de morbimortalidade materna. Em Moçambique, estudos sobre assistência pré-natal mostram que a maior parte das mulheres fez pré-natal, mas apenas metade fez as quatro ou mais consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, as gestantes têm se apresentado aos centros de saúde para fazerem sua primeira consulta pré-natal somente no final do segundo trimestre da gestação. Essas questões mostram que a qualidade da assistência ao pré-natal é ainda um desafio, embora haja poucos estudos sobre o tema naquele contexto. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da assistência pré-natal entre as mulheres do município de Nampula, em Moçambique. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, realizado no município de Nampula, em Moçambique, na África. A amostra constou de 393 mulheres de 18 a 49 anos, com parto ocorrido em maternidade ou no domicílio no segundo semestre de 2019. As entrevistas foram conduzidas por meio de instrumento estruturado, aplicado face-a-face, até 15 dias após o parto. A qualidade da assistência pré-natal foi analisada com base nas diretrizes do Ministério da Saúde de Moçambique. A qualidade do pré-natal foi categorizada em inadequada e adequada. Modelos de regressão logística múltipla foram conduzidos para analisar os aspectos associados a ter realizado pré-natal adequado. **Resultados:** As mulheres participantes do estudo tinham, em média, 26 anos de idade, e metade tinha ensino primário (52,4%). Embora todas as mulheres tenham realizado o pré-natal, apenas 13,0% tiveram o pré-natal classificado como adequado. Mulheres que realizaram pré-natal em gestações anteriores (OR=4,28; IC95%=1,45-12,62) e com gravidez planejada (OR=2,51; IC95%=1,11-5,68) foram as que tiveram mais chance de ter um pré-natal adequado. Observou-se que a assistência pré-natal não atendeu ao que é preconizado, como a idade gestacional de início do pré-natal, número mínimo de consultas a serem feitas, realização de alguns exames (hemograma, glicemia, tipagem sanguínea e fator Rh) e oferta de orientações sobre sinais de risco e de parto. Quanto à satisfação com a assistência pré-natal recebida, mais da metade das mulheres mostrou-se insatisfeita com o tempo de espera para ser atendida pela profissional de saúde. **Conclusão:** De modo geral, os critérios preconizados para que uma assistência ao pré-natal seja de alta qualidade não estão incorporados na prática clínica no município de Nampula.

Palavras-chave: Saúde Materna. Assistência ao Pré-natal. Qualidade da Assistência à Saúde. Enfermagem.

Reis Muleva B. Quality of antenatal care in Nampula, Mozambique [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The performance of high-quality antenatal care is directly related to the best maternal, fetal indicators and to the prevention of maternal morbidity and mortality. In Mozambique, studies on antenatal care show that most women have had antenatal care, but only half have made the number of four consultations recommended by the Ministry of Health. In addition, pregnant women have been coming to health centers to do their first prenatal consultation only at the end of the second trimester of pregnancy. These questions show that, apparently, the quality of antenatal care is still a challenge, although there are few studies on the topic in that context. **Objective:** Assess the quality of antenatal care among women in the municipality of Nampula, Mozambique. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional study carried out in the municipality of Nampula, in Mozambique, in Africa. The sample consisted of 393 women aged 18 to 49 years, who gave birth in the maternity ward or at home in the second semester of 2019. As indicated, they were performed using a structured instrument, assigned face to face. The quality of antenatal care was analyzed based on the guidelines of the Ministry of Health. The quality of antenatal care was categorized as inadequate and adequate. **Results:** The women participating in the study were, on average, 26 years old, primary education 52.4%, Islamic 43.4%, lived with partners 88.8%, had more than three children 55.5%. Regarding prenatal care, although all women reported having performed prenatal care, only 13.0% had antenatal care classified as adequate. Women who underwent antenatal care in previous pregnancies (OR=4,28; 95%CI=1,45-12,62) and with planned pregnancies (OR=2,51; 95%CI=1,11-5,68) were the one most likely to have adequate prenatal care. It was observed that antenatal care did not meet what is recommended by the criteria adopted in several aspects, such as the gestational age of beginning of prenatal care, minimum number of consultations to be made, carrying out some tests (blood count, blood glucose, blood typing and Rh factor) and offer guidance on signs of risk and childbirth. As for the satisfaction with antenatal care received, more than half of the women were dissatisfied with the waiting time to be seen by the health professional. **Conclusion:** In general, the criteria recommended for high quality antenatal care are not incorporated into clinical practice in the municipality of Nampula.

Keywords: Maternal health. Antenatal care. Quality of Health Care. Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Seleção das bases bibliográficas e número de artigos encontrados.....	36
Figura 2	Localização de Moçambique no continente africano.....	59
Figura 3	Mapa de Moçambique com destaque a cidade de Nampula.....	62
Figura 4	Cidade de Nampula, Moçambique, e seus bairros.....	63
Figura 5	Proporção de mulheres segundo os exames realizados durante o pré-natal.....	79
Figura 6	Proporção de mulheres segundo intercorrências na gravidez.....	81
Figura 7	Proporção de mulheres segundo o recebimento de orientações gerais, sobre sinais de risco e de parto, ofertadas durante o pré-natal.....	82
Figura 8	Proporção de mulheres segundo a satisfação com o pré-natal.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.....	27
Quadro 2	Bases de dados e estratégias de busca.....	35
Quadro 3	Distribuição dos estudos, segundo autoria, ano de publicação do estudo, país de condução do estudo, desenho do estudo, tamanho da amostra, indicadores de qualidade usados para avaliar a qualidade do pré-natal e os principais achados.....	37
Quadro 4	Categorias da variável dependente “qualidade do pré-natal.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e proporção de mulheres segundo as características sociodemográficas.....	75
Tabela 2	Número e proporção de mulheres segundo história sexual e reprodutiva.....	76
Tabela 3	Número e proporção de mulheres segundo a realização de pré-natal na última gravidez.....	77
Tabela 4	Número e proporção de mulheres segundo a realização de procedimentos clínico-obstétricos durante o pré-natal.....	80
Tabela 5	Proporção de mulheres segundo medidas preventivas realizadas durante o pré-natal.....	80
Tabela 6	Critérios utilizados para a classificação da qualidade da assistência pré-natal.....	84
Tabela 7	Comparação entre as mulheres com pré-natal adequado e pré-natal inadequado segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e planejamento da gravidez.....	85
Tabela 8	Modelos de regressão logística univariados e múltiplo para explicar a realização do pré-natal adequado.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

µg	Micrograma
1E1F	Um Estudante, Uma Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASB	Bacteriúria Assintomática
B6	Piridoxina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAHP	Comunidade Alerta para um Hospital de Prontidão
CIBSUL	Comitê Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
COVID-19	Coronavírus Disease
CPN	Cuidados de Pré-Natal
CTG	Cardiotocógrafo
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Data Provável de Parto
DPS	Direção Provincial de Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCS-UniLúrio	Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio
HCN	Hospital Central de Nampula
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Idade Gestacional
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
ISCISA	Instituto Superior de Ciência de Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LMUP	<i>London Measure of Unplanned Pregnancy</i>
mg	Miligrama
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MS	Ministério da Saúde do Brasil
MT	Medicina Tradicional
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Plano de Ação
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

rEP	Profilaxia Pré-exposição
PTV	Transmissão de Mãe para Filho
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir Disoproxil-Fumarato
TPIg	Tratamento Preventivo Intermitente na gravidez
TPIg-SP	Tratamento Preventivo Intermitente com Sulfadoxina-Pirimetamina
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	16
1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....	19
1.2	MORTALIDADE MATERNA.....	22
1.3	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	24
1.4	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	32
2	OBJETIVOS.....	57
2.1	OBJETIVO GERAL.....	57
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
3	MÉTODO.....	59
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	59
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	59
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	64
3.4	DETERMINAÇÃO DE TAMANHO DA AMOSTRA.....	64
3.5	COLETA DE DADOS.....	64
3.6	INSTRUMENTO.....	66
3.7	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	67
3.7.1	Variável dependente.....	67
3.7.2	Variáveis independentes.....	69
3.8	ANÁLISE DOS DADOS.....	73
3.9	QUESTÕES ÉTICAS.....	73
4	RESULTADOS.....	75
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, HISTÓRIA SEXUAL E HISTÓRIA REPRODUTIVA.....	75
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ÚLTIMA GRAVIDEZ.....	77
4.3	CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ÚLTIMA GRAVIDEZ.....	78
4.4	QUALIDADE DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ÚLTIMA GRAVIDEZ.....	83
5	DISCUSSÃO.....	90
5.1	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	108

5.2	RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES DE SAÚDE DE NAMPULA/MOÇAMBIQUE.....	109
5.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	110
5.4	POTENCIALIDADES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	110
6	CONCLUSÃO.....	113
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICES.....	130
	APÊNDICE A - Folheto sobre a evolução do período puerperal normal e cuidados com o bebê.....	130
	APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....	132
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido...	137
	APÊNDICE D - Número e proporção de mulheres no puerpério segundo as razões para início tardio do pré-natal e realizar menos e mais de quatro consultas.....	140
	ANEXOS.....	144
	ANEXO A - Competências de Enfermeiras de saúde materno infantil em Moçambique.....	144
	ANEXO B - London Measure of Unplanned Pregnancy versão em Português do Brasil.....	146
	ANEXO C - Comité DE BIOÉTICA Unilúrio.....	147
	ANEXO D - Autorização DPS – Nampula.....	148
	ANEXO E - Hospital Central de Nampula.....	149

APRESENTAÇÃO

Sou moçambicana e vivo na província de Nampula, ao norte de Moçambique. Em 2006, formei-me como técnica de enfermagem de saúde materno-infantil pelo Instituto de Ciências de Saúde de Nampula e, em 2007, trabalhei no distrito de Muecate, que fica a 64 quilômetros da capital provincial de Nampula. Lá, atuei com cuidados primários de saúde, mais concretamente de saúde da mulher, e realizava consultas de pré-natal, assistência ao parto, consultas pós-parto, planejamento familiar e supervisionando a assistência de saúde materna e infantil.

Em 2009, fui transferida para o Hospital Central de Nampula (HCN), onde trabalhei na sala de parto durante seis anos – portanto, até 2014 –, tendo assistido cerca de 3600 partos.

De 2011-2014, formei-me como enfermeira, pela Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio (FCS-UniLúrio), em Nampula, Moçambique. Trabalho como docente desde 2015 a convite da UniLúrio, dando aulas e acompanhando os estágios dos estudantes dos 3º e 4º anos nas disciplinas de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica e Saúde da Comunidade.

Em 2016, em um período de três meses, realizei um estágio observacional de Saúde Materna e Obstetrícia em Portugal, no Centro Hospitalar São João do Porto e no Centro de Saúde Garcia de Orta. Neles, participei da consulta de pré-natal e da preparação para o parto que são feitas para todas as mulheres grávidas e seus parceiros. A consulta de pré-natal é realizada pelas enfermeiras obstetras de Portugal com o intuito de dar assistência integrada e mais informações aos futuros pais para o melhor recebimento de seus bebês, e percebi com essa experiência a importância dessa consulta na vida do casal e no trabalho da equipe de enfermagem.

Essa vivência bastante positiva na atenção ao pré-natal motivou-me a fazer o mestrado em Enfermagem, com foco nos cuidados à saúde da mulher, uma vez que, em Moçambique, as técnicas de enfermagem para a saúde materno-infantil estão presentes nas consultas do pré-natal, no trabalho de parto, no nascimento, na consulta pós-parto, no planejamento familiar, nas consultas de crianças saudáveis e de crianças em risco. As enfermeiras especializadas em saúde materna fazem as

consultas de risco e os partos por cesarianas, o que permite a esse grupo profissional o cuidado completo e integrado da mulher e da criança.

A escolha por cursar o mestrado em uma instituição brasileira, mais especificamente na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), justifica-se por várias razões. A primeira é que, em Moçambique, existem apenas duas instituições públicas que formam graduados em Enfermagem: nomeadamente, a UniLúrio, que leciona o curso de Licenciatura em Enfermagem, e o Instituto Superior de Ciência de Saúde (ISCISA), em Maputo, que oferece os cursos de Licenciatura em Saúde Materna, Licenciatura em Enfermagem Pediátrica e Licenciatura em Enfermagem. Há também uma instituição privada, a Universidade Católica da Beira, que conta com o curso de Licenciatura em Enfermagem. No entanto, não há nenhuma instituição de ensino superior pública ou privada que ofereça pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem. Outra razão que motivou minha escolha é que o Brasil é o país com as melhores escolas de Enfermagem na América Latina, tem como idioma oficial o mesmo que o de meu país (língua portuguesa) e apresenta boas relações de cooperação com Moçambique.

Portanto, a obtenção do título de mestre será um ganho a meu país, de maneira geral, e a minha província, em particular, uma vez que não existe, até então, nenhuma pós-graduada em Ciências de Enfermagem na província de Nampula, nem na região norte de Moçambique – os pós-graduados em Enfermagem existentes em Moçambique estão nas províncias do centro (Zambézia e Sofala) e do sul do país (Maputo). Além disso, desenvolver um projeto de pesquisa, com dados coletados localmente, decerto contribuiu com a produção de evidências que ampliarão a qualidade da atenção à saúde da mulher moçambicana no período da gestação e do parto.

Para minha vinda ao Brasil, foi atribuída a mim uma bolsa de estudos por minha instituição, UniLúrio (www.unilurio.ac.mz), que custeou as despesas inerentes a minha formação durante dois anos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em Cairo, no Egito, no ano de 1994, definiu-se “saúde reprodutiva” como:

Um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não simples ausência da doença e enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não o fazer, quando e com que frequência (Fundo de Populações das Nações Unidas, 1994, p. 62).

Nessa conferência, realçou-se a importância do poder e do direito que mulheres e homens têm de controlar seu próprio corpo, de viver a vida sexual livre de violências e de ter o direito a serviços integrais de qualidade, de obter informações adequadas e completas, sendo assegurados o respeito e a privacidade (Ávila, 2003). Dessa forma, os direitos reprodutivos são considerados parte dos direitos humanos e, por isso, devem ser empregados todos os esforços para sua efetiva implementação pelos Estados participantes da conferência.

Segundo Arilha e Lago (2014), a conferência aprovou um Plano de Ação (PA) para os 20 anos seguintes, que consistiu em um conjunto de diretrizes e recomendações que visava impulsionar o desenvolvimento social e econômico dos países signatários, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população. O PA moldou um novo paradigma de atenção à saúde reprodutiva ao considerar mulheres e homens como sendo sujeitos de direitos e que o crescimento econômico dependia da efetivação e do exercício desses direitos.

A conferência do Cairo também contribuiu para subsidiar a concepção de políticas e programas na área de saúde da mulher, sublinhando as relações equitativas entre os gêneros em diversos países. Durante o evento, os Estados participantes da conferência assumiram as recomendações acordadas, comprometendo-se a criar condições para a existência de igualdade entre os gêneros e fortalecimento das mulheres; direitos reprodutivos e saúde reprodutiva; planejamento reprodutivo; prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

(IST) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); saúde da mulher e maternidade sem riscos; exercício da sexualidade humana e relações igualitárias entre os gêneros; apoio aos adolescentes e adultos jovens; prevenção do câncer ginecológico e da violência doméstica e sexual (Fundo de População das Nações Unidas, 2013).

Após a CIPD, destaca-se a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, na China, em 1995, quando se reforçou a importância do PA do Cairo e definiu-se os direitos sexuais também como direitos humanos. Os direitos sexuais incluem o direito que todas as pessoas têm de exercer sua sexualidade, livres de discriminação, coerção e violência, e ainda o direito a (STARRS *et al.*, 2018, p. 10):

[...] procurar, receber e transmitir informações relacionadas à sexualidade; receber educação para a sexualidade abrangente e baseada em evidências; ter sua integridade corporal respeitada; possibilidade de escolha do parceiro sexual; decidir se é sexualmente ativo ou não; ter relações sexuais consensuais; escolher o momento e com quem pretende se casar; buscar uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa, livre de estigma e discriminação.

Importa mencionar que a realização da CIPD visava preparar o mundo para o século XXI, e essa conferência vem em uma crescente demonstração da necessidade de respeitar os direitos reprodutivos, já que eles fazem parte dos direitos humanos consagrados, devendo os governos signatários promovê-los. Apesar de existirem algumas melhorias nas condições de saúde reprodutiva, verificou-se o fraco desempenho no cumprimento dos acordos feitos pelos governos, principalmente no tocante à redução da morte materna (até o ano de 2015, cerca de 302.000 mulheres residentes em países de baixa renda, incluindo Moçambique, morreram em decorrência de complicações da gravidez e parto) (Organización Mundial de la Salud, 2015a).

No ano 2000, houve, portanto, a necessidade de se realizar uma nova conferência, com o intuito de rever e ampliar os acordos da CIPD, o que foi feito por meio dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) (United Nations, 2010).

É chamado ODM o conjunto de metas mensuráveis acordadas a serem cumpridas pelos 191 líderes dos estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecidas em 2000 pela Cúpula do Milênio na sede das Nações Unidas, em Nova York, Estados Unidos, com a finalidade de tornar o mundo mais

justo e sustentável. Para isso, seria necessário reduzir a pobreza, a fome, o analfabetismo, a mortalidade infantil, combater doenças como o HIV/Aids, a malária e a Tuberculose (TB), melhorar a saúde materna com forte impacto na redução da mortalidade materna¹, promovendo igualdade de gênero e garantindo a sustentabilidade ambiental, além da criação de parcerias para o desenvolvimento global (Ministério da Economia, 2014; United Nations, 2015a).

Nos ODM, constavam quatro metas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, que deveriam ser alcançadas até 2015 (Fundo de População das Nações Unidas, 2009; 2010; United Nations, 2010; 2015a), sendo elas a meta 3, que pressupõe a existência da igualdade entre os gêneros e a valorização da mulher; a meta 4, que se refere à redução da mortalidade infantil; a meta 5, que se refere à melhoria da saúde materna; e a meta 6, referente ao combate ao vírus do HIV/Aids, à malária e a outras doenças.

Tendo se verificado que o desempenho quanto a esses objetivos foi insatisfatório pelo fato de que inúmeras metas não foram alcançadas a nível global, em especial aquelas relacionadas à saúde reprodutiva, como a redução da mortalidade materna, no final de 2014 foi feita uma revisão dos ODM (Organización Mundial de la Salud, 2015a). Assim, um novo pacto a respeito dos objetivos foi conduzido em 2015, que gerou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 17 objetivos e 169 metas a serem alcançadas até 2030. Ressalta-se que as metas concernentes às condições de saúde que constavam nos ODM continuaram a fazer parte dessa nova agenda (Buss; Tober, 2017).

Dentre os ODS relacionados à saúde, destaca-se o objetivo número três: “Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, que contém nove metas, sendo quatro intimamente ligadas à saúde reprodutiva: reduzir a mortalidade materna², acabar com a mortalidade prevenível do recém-nascido³, acabar com as epidemias de Aids, TB, malária e doenças

¹Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

²Até 2030, deve-se reduzir a taxa de mortalidade materna global para <70 por 100.000 nascidos vivos.

³Acabar com a mortalidade prevenível do recém-nascido e da criança abaixo de cinco anos até 2030 (Buss; Tober, 2017; World Health Organization, 2015b).

negligenciadas⁴ e oferecer acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva⁵ (Buss; Tober, 2017; World Health Organization, 2015b).

A diminuição da mortalidade materna, portanto, constitui-se ainda em desafio global, uma vez que, desde o PA de Cairo, continua a ser uma das metas não totalmente alcançadas e, por isso, permanece nos ODS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que, para atingir a meta de redução da mortalidade materna, é necessário garantir o acesso a serviços de saúde reprodutiva de alta qualidade a todas as mulheres, entre outras iniciativas, como assegurar melhores condições de vida e trabalho (Organização Mundial da Saúde, 2011).

1.2 MORTALIDADE MATERNA

A morte materna é a morte de uma mulher que ocorre durante a gravidez, durante o parto ou dentro de 42 dias após o parto, independentemente da duração e da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por seu manejo (World Health Organization, 2010).

A mortalidade materna é um bom indicativo da qualidade da atenção à saúde de uma população de qualquer parte do mundo (Organizacion Mundial de la Salud, 2015a). A taxa de morte materna é medida pelo número de mortes maternas durante determinado período por 100 mil nascidos vivos durante o mesmo período (World Health Organization, 2010).

A nível global, a mortalidade materna diminuiu 44% entre 1990 e 2015, embora continue sendo uma grande preocupação, principalmente em países de baixa renda (Chavane et al., 2017; Organizacion Mundial de la Salud, 2015a). Em todo o mundo, cerca de 99% das mortes maternas registradas no ano de 2015 eram provenientes dos países de baixa renda, com destaque para a África Subsaariana, que respondeu por 66% de todas as mortes maternas (Organizacion Mundial de la Salud, 2015a). É exatamente nessa região onde se localiza Moçambique, cenário deste estudo. De acordo com dados do censo populacional conduzido em 2017, a taxa de mortalidade materna em Moçambique foi 452 por 100 mil nascidos vivos

⁴Acabar com epidemias de Aids, TB, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater as hepatites, as doenças transmissíveis pela água e outras doenças transmissíveis até 2030.

⁵Até ano de 2030, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva deve ser universal, inclusive para planejamento familiar, informação e educação e para a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais (Buss; Tober, 2017; World Health Organization, 2015b).

(Instituto Nacional de Estatística, 2019) e, segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011, 24% dos óbitos maternos ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Só para se ter uma ideia dessa magnitude, a taxa de mortalidade materna no Japão é igual a 5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos; da França é 8 e do Brasil é 60 (Carvalho et al., 2015; Leal et al., 2018; Ministério da Saúde, 2018; Leal et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2015a).

Há inúmeras causas que levam à morte materna, que podem ser classificadas em diretas e indiretas. As causas diretas compreendem a hemorragia, a hipertensão arterial, a sepse, o aborto, a embolia, as complicações do parto e o trabalho de parto obstruído. Essas causas corresponderam a 73% de toda morte materna entre 2003 e 2009 no mundo (Say et al., 2014). Por sua vez, as causas indiretas compreendem os agravos oriundos de doenças preexistentes, como doenças cardíacas, respiratórias (TB), a malária e o HIV/Aids, que, quando exacerbadas pela gravidez, representaram 27% de mortes maternas no mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015a; Say et al., 2014).

Em relação a Moçambique, as mortes por causas diretas também são a principal ocorrência de morte materna, correspondendo a 79,1% dos casos: rotura uterina (28,7%), hemorragias (24%), sepses (17,2%) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia (9,2%). As mortes maternas por causas indiretas estão relacionadas à Aids (53,3%) e à malária (39,6%) e correspondem a 20,9% de todos os óbitos maternos no país (Ministério da Saúde, 2015; 2017).

De acordo com a Avaliação de Necessidades de Saúde Materna e Neonatal 2009, em Moçambique, 62% dos casos de morte materna ocorreram nas primeiras 24 horas após a admissão da mulher no hospital para o parto (Ministério da Saúde, 2015). Provavelmente, isso ocorre por conta da chegada tardia à instituição de saúde, por pouco conhecimento das mulheres sobre os sinais de risco e de parto, o que as faz chegar mais tardiamente à maternidade; dificuldade de acesso à unidade sanitária, como dificuldade no transporte e as longas distâncias (10 a 20 Km) entre a unidade e o domicílio da mulher grávida; e até mesmo pouca autonomia, como no caso de mulheres que aguardam por seus esposos, sogras ou pessoas mais velhas e experientes para tomar a decisão de ir para a maternidade (Nehemia, 2014), mostrando a necessidade de se investir em atenção pré-natal que subsidie a mulher

e sua família a identificar os sinais de parto, fazendo-a procurar a unidade sanitária oportunamente (Biza et al., 2015).

Todas essas mortes maternas poderiam ser prevenidas e evitáveis por meio da atenção qualificada durante as consultas de pré-natal (diagnóstico precoce da gravidez, acompanhamento e avaliação do estado materno e fetal, avaliação e orientação do estado nutricional, identificação de fatores de risco); e na assistência ao parto e pós-parto (atenção adequada ao parto e nascimento, humanização dos cuidados e prevenção da hemorragia) (Carvalho et al., 2015; Ministério da Saúde, 2018; World Health Organization, 2017a).

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce nas situações de maior vulnerabilidade e risco clínico, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mulher e que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna. Assim, dentre as ações para a prevenção da morte materna, destaca-se a assistência ao pré-natal, que é realizada durante o período gestacional (World Health Organization, 2016).

1.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Entende-se por assistência pré-natal os cuidados prestados por profissional qualificado à mulher durante o percurso de sua gravidez, com a finalidade de promover a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê, além de rastrear, diagnosticar e prevenir doenças (World Health Organization, 2016).

A realização da consulta pré-natal está diretamente relacionada aos melhores indicadores maternos e fetais e com a prevenção de morbimortalidade materna, visto que, durante a realização das consultas, são conduzidos diagnósticos, tratamento de infecção, suplementação nutricional, imunização de acordo com calendário vigente, orientação e esclarecimento sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, com o objetivo de diminuir os riscos maternos e do próprio recém-nascido (Benova et al., 2018; Biza et al., 2015; Carvalho et al., 2015; Ministério da Saúde, 2018; World Health Organization, 2016).

Pesquisas mostram que a assistência pré-natal de qualidade tem inúmeras vantagens, como a redução do número de natimortos e mortes neonatais, além de

melhorar a sobrevivência e a saúde dos bebês, e a saúde materna (Ministério da Saúde, 2012; World Health Organization, 2017a).

A assistência ao pré-natal é importante por ser um momento em que se pode avaliar a mulher e a vitalidade fetal, prevendo situações de risco, fornecendo informações sobre alimentação, cuidados ao recém-nascido, planejamento reprodutivo, entre outras (Ministério da Saúde, 2012; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2015). Além disso, auxilia a mulher a reconhecer os sinais do parto e outros sinais gerais de perigo, de modo que ela procure os cuidados de saúde em tempo oportuno, o que pode ter efeito importante na prevenção de morbimortalidade materna e infantil (Ministério da Saúde, 2018; 2012; Rolim et al., 2016; World Health Organization, 2017a).

Em 2016, a OMS divulgou um novo protocolo com intervenções baseadas em direitos humanos e em evidências científicas para melhorar os resultados da gravidez. Esse novo protocolo contempla 49 intervenções que devem ser implementadas durante o pré-natal, das quais 14 dizem respeito às intervenções nutricionais, oito dizem respeito às avaliações maternas e fetais, cinco são medidas preventivas, seis são intervenções para sintomas fisiológicos comuns, seis são intervenções nos sistemas de saúde e dez são recomendações de rotina de outras diretrizes da OMS (World Health Organization, 2016), expostas no quadro 1. Essas recomendações são concebidas para serem adaptáveis e implementadas de acordo com a necessidade e possibilidade de cada país.

Foram também recomendados, no mínimo, oito contatos de pré-natal durante a gravidez, como forma de reduzir a mortalidade materna e perinatal, bem como melhorar a experiência das mulheres com os cuidados (World Health Organization, 2016; 2017a). Importa referir que tal recomendação foi necessária pelo fato de existirem evidências a indicar que o modelo de oito consultas permite maior contato entre a mulher grávida e o profissional de saúde, facilitando a avaliação do bem-estar e a prestação de intervenções para melhoria dos resultados. Além disso, a primeira consulta deve continuar a ser feita logo nas 12 primeiras semanas de gravidez, seguida de contatos posteriores nas 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semanas de gravidez.

Salienta-se que, nesse novo protocolo, há duas mudanças importantes: a primeira é a mudança de foco na cobertura do pré-natal para a qualidade da

assistência; a segunda é a mudança da terminologia de “visita pré-natal” para “contato pré-natal”, pois contato implica uma conexão ativa entre a mulher grávida e um profissional e que pode acontecer tanto em uma unidade sanitária como na comunidade (Tunçalp et al., 2017).

Nessa nova diretriz, constam também as *intervenções recomendadas*, ou seja, aquelas que devem ser implementadas em qualquer contexto e de maneira rotineira, sendo, por isso, as mais importantes; as *intervenções recomendadas apenas em contextos específicos*, ou seja, aquelas que têm certa relevância em determinado contexto; e as *intervenções não recomendadas*, que, como o próprio nome já diz, são aquelas intervenções que jamais devem ser implementadas em nenhum contexto, por não apresentarem evidências que as justifiquem. O quadro 1 apresenta as intervenções recomendadas, as intervenções recomendadas em contextos específicos e as intervenções não recomendadas.

Quadro 1. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.

Foco das ações	Recomendação	Tipo de intervenção
Intervenções nutricionais		
Intervenções dietéticas	Recomenda-se às mulheres grávidas uma alimentação saudável e atividade física durante a gravidez, para que se mantenham saudáveis e evitem o ganho de peso excessivo.	Recomendada
	Em populações subnutridas, recomenda-se educação para a nutrição, aumentando a ingestão diária de energia e proteínas no caso das mulheres grávidas para reduzir o risco de recém-nascidos com baixo peso à nascença.	Recomendada para contextos específicos
	Em populações subnutridas, recomenda-se um suplemento diário equilibrado de energia e proteínas para as mulheres grávidas, a fim de reduzir o risco de morte fetal e de recém-nascidos pequenos para a Idade Gestacional (IG).	Recomendada para contextos específicos
	Em populações subnutridas, não são recomendados suplementos com alto teor de proteínas às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de ferro e ácido fólico	É recomendado um suplemento oral diário de ferro e ácido fólico, com 30 mg a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para as mulheres grávidas, a fim de evitar anemia das mães, infecção puerperal, baixo peso à nascença e parto prematuro.	Recomendada
	É recomendado um suplemento intermitente oral de ferro e ácido fólico, com 120 mg de ferro elementar e 2.800 µg (2,8 mg) de ácido fólico uma vez por semana, para melhorar os resultados maternos e neonatais, caso o ferro diário não seja aceitável por efeitos colaterais e	Recomendada para contextos específicos

	em populações com prevalência de anemia inferior a 20% nas mulheres grávidas.	
Suplementos de cálcio	Em populações com baixa ingestão diária de cálcio, são recomendados suplementos diários de cálcio (1,5–2,0 g de cálcio elementar oral) para reduzir o risco de pré-eclâmpsia.	Recomendada para contextos específicos
Suplementos de vitamina A	O suplemento de vitamina A só é recomendado a mulheres grávidas em zonas em que a deficiência dessa vitamina é um grave problema de saúde pública, para evitar a cegueira noturna.	Recomendada para contextos específicos
Suplementos de zinco	O suplemento de zinco às mulheres grávidas só é recomendado no contexto de uma rigorosa investigação.	Recomendada para contextos específicos
Suplementos de múltiplos micronutrientes	O suplemento de múltiplos micronutrientes às mulheres grávidas não é recomendado para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	O suplemento de vitamina B6 não é recomendado às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de vitamina E e C	O suplemento de vitamina E e C não é recomendado às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Suplementos de vitamina D	O suplemento de vitamina D não é recomendado às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Restrição da ingestão de cafeína	Para as mulheres grávidas com alta ingestão diária de cafeína (mais de 300 mg por dia), recomenda-se a redução dessa ingestão de cafeína durante a gravidez para evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso à nascença.	Recomendada para contextos específicos
Avaliação materna		
Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)	A hiperglicemia detectada pela primeira vez em qualquer momento durante a gravidez deve ser classificada como DMG ou diabetes mellitus na gravidez, de acordo com os critérios da OMS.	Recomendada
Uso de tabaco	Os profissionais de saúde devem perguntar a todas as mulheres grávidas se usam ou usaram tabaco e se estão expostas ao fumo passivo tão cedo quanto possível na gravidez e em cada consulta pré-natal.	Recomendada
Uso de substâncias	Os profissionais de saúde devem perguntar a todas as mulheres grávidas se usam ou usaram álcool e outras substâncias tão cedo quanto possível na gravidez e em cada consulta pré-natal.	Recomendada
HIV e sífilis	A realização de testes e de aconselhamento por iniciativa do profissional de saúde deve ser considerado um componente de rotina do conjunto de cuidados para as mulheres grávidas em todas as unidades de cuidados pré-natais, para eliminar a transmissão vertical do HIV e para integrar na sífilis os testes de HIV, virais ou outros, como relevantes para a unidade, e também para reforçar os respectivos sistemas de saúde materna e infantil.	Recomendada
TB	Nos contextos em que a prevalência da TB na população em geral for de 100/100.000 habitantes ou superior, deve-se considerar o rastreio sistemático da TB ativa nas mulheres grávidas, como parte dos cuidados pré-natais.	Recomendada para contextos específicos
Anemia	O método recomendado para diagnosticar a anemia na gravidez é o hemograma. Em contextos em que não	Recomendada para contextos

	haja disponibilidade para efetuar um hemograma, recomenda-se um teste local com um medidor de hemoglobina, em vez de usar uma escala de cor, como melhor método para diagnosticar a anemia na gravidez.	específicos
Bacteriúria Assintomática (ASB)	A cultura da urina pela técnica do jacto médio é o método recomendado para diagnosticar a ASB na gravidez. Em contextos em que não se dispõe de cultura da urina, é recomendado o teste à urina de jacto médio por coloração de Gram, em vez do teste de tiras, como método para diagnosticar a ASB na gravidez.	Recomendada para contextos específicos
Violência doméstica	Nas consultas de cuidados pré-natais, deverá considerar-se vivamente uma sondagem clínica sobre a eventualidade de violência doméstica por parte do parceiro sexual, ao avaliar as condições que podem ser provocadas ou complicadas pela violência por parte desse parceiro, de modo a melhorar o diagnóstico clínico e os cuidados subsequentes, quando existe a capacidade de dar uma resposta de apoio (incluindo transferência, se necessário) e quando são contemplados os requisitos mínimos da OMS.	Recomendada para contextos específicos
Avaliação fetal		
Ecografia	Recomenda-se uma ecografia antes das 24 semanas de gestação (ecografia precoce) nas mulheres grávidas, para estimar a IG, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo e melhorar a experiência da mulher na gravidez.	Recomendada
Medição da sínfise-altura uterina	A fim de melhorar os resultados perinatais, não se recomenda a substituição da palpação abdominal pela medição da sínfise-altura uterina para a avaliação do crescimento do feto. Não se recomenda alterar aquilo que é normalmente praticado (palpação abdominal ou medição sínfise-altura-uterina em um determinado contexto).	Recomendada para contextos específicos
Contagem diária dos movimentos fetais	A contagem diária dos movimentos do feto, como os gráficos de “contagem até 10”, apenas é recomendada no contexto de uma investigação rigorosa.	Recomendada para contextos específicos
Cardiotocografia pré-natal	A cardiotocografia pré-natal de rotina não é recomendada nas mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Ecografia Doppler dos vasos sanguíneos do feto	O exame ecográfico Doppler de rotina não é recomendado nas mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.	Não recomendada
Medidas preventivas		
Antibióticos para ASB	Recomenda-se um regime de antibiótico de sete dias para todas as mulheres grávidas com ASB, para evitar a bacteriúria persistente, o parto prematuro e a insuficiência ponderal à nascença.	Recomendada
Vacinação com toxóide tetânico	A vacinação com toxóide tetânico é recomendada a todas as mulheres grávidas, dependendo de anterior exposição à vacinação contra o tétano, para evitar a mortalidade neonatal por tétano.	Recomendada
Profilaxia com antibiótico para evitar infecções recorrentes do trato urinário	A profilaxia com antibiótico apenas é recomendada para evitar infecções recorrentes do trato urinário nas mulheres grávidas, no contexto de uma investigação rigorosa.	Recomendada para contextos específicos
Administração	A profilaxia pré-natal com imunoglobina anti-D em	Recomendada

pré-natal de imunoglobina anti-D	mulheres grávidas de Rh negativo não sensibilizadas nas 28 ^a e 34 ^a semanas de gestação para evitar a aloimunização RhD apenas é recomendada no contexto de uma investigação rigorosa.	para contextos específicos
Tratamento antielmíntico preventivo	Nas zonas endêmicas, o tratamento antielmíntico preventivo é recomendado para as mulheres grávidas após o primeiro trimestre, como parte dos programas de redução das infeções causadas por vermes.	Recomendada para contextos específicos
Prevenção do paludismo: Tratamento Preventivo Intermitente na Gravidez (TPIg)	Nas zonas da África com paludismo endêmico, o tratamento preventivo intermitente com Sulfadoxina-Pirimetamina (TPIg-SP) é recomendado para todas as mulheres grávidas. O tratamento deve começar no segundo trimestre e as doses devem ser administradas com, pelo menos, um mês de intervalo, com o objetivo de garantir a administração de, pelo menos, três doses. Além disso, é importante dormir sob a proteção de mosquiteiros tratados com inseticida.	Recomendada para contextos específicos
Profilaxia pré-exposição (PrEP) para a prevenção do HIV	A PrEP contendo Tenofovir Disoproxil-Fumarato (TDF) deve ser administrada como uma opção de prevenção adicional para as mulheres grávidas em risco considerável de infeção pelo HIV como parte de abordagens de prevenção combinada.	Recomendada para contextos específicos
Intervenções para sintomas fisiológicos comuns		
Náuseas e vômitos	Gengibre, camomila, vitamina B6 e/ou acupuntura são recomendados para aliviar as náuseas no início da gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Azia	Recomenda-se aconselhamento sobre dieta e estilo de vida para evitar e aliviar a azia na gravidez. Podem ser oferecidos preparados antiácidos às mulheres com sintomas incômodos que não possam ser aliviados pela mudança de estilo de vida.	Recomendada
Cãibras nas pernas	Pode usar-se magnésio, cálcio ou opções de tratamento não farmacológico para alívio das câibras nas pernas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Dores lombares e pélvicas	Recomenda-se exercício regular durante toda a gravidez, para evitar as dores lombares e pélvicas. Existem várias opções de tratamento que podem ser usadas, como fisioterapia, cintas de suporte e acupuntura, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Obstipação	A sêmola de trigo, entre outras substâncias, pode ser usada para aliviar a obstipação durante a gravidez, se não houver resposta à modificação da dieta, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Veias varicosas e edema	Opções não farmacêuticas, como meias de descanso, elevação das pernas e imersão em água, podem ser usadas para o tratamento das veias varicosas e dos edemas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais		
Caderno de anotações da mulher	É recomendado que todas as mulheres grávidas tenham um caderno de anotações próprio durante a gravidez para melhorar a continuidade, a qualidade dos cuidados e a experiência na gravidez.	Recomendada
Continuidade dos cuidados	Os modelos de continuidade dos cuidados prestados por parteiras, em que uma parteira conhecida ou um	Recomendada para contextos

prestados por parteiras	pequeno grupo de parteiras conhecidas ajuda uma mulher durante o período pré-natal, o intraparto e o pós-natal são recomendados para as mulheres grávidas em contextos de programas de obstetria que funcionem devidamente.	específicos
Cuidados pré-natais de grupo	Os cuidados pré-natais de grupo prestados por profissionais de saúde habilitados podem ser oferecidos como uma alternativa aos cuidados pré-natais individuais prestados às mulheres grávidas, no contexto de uma investigação rigorosa, conforme as preferências das mulheres e desde que estejam disponíveis infraestruturas e recursos para a prestação de cuidados pré-natais de grupo.	Recomendada para contextos específicos
Intervenções com base nas comunidades para melhorar a comunicação e o apoio	A implementação de mobilização comunitária através de ciclos de aprendizagem monitorizada e de ação com grupos de mulheres é recomendada para melhorar a saúde materna e a neonatal, particularmente em ambientes rurais com mau acesso a serviços de saúde. Os grupos de mulheres participativas constituem uma oportunidade para cada uma discutir suas necessidades durante a gravidez, incluindo os obstáculos no acesso aos cuidados, para reforçar o apoio às mulheres grávidas.	Recomendada para contextos específicos
	São recomendados pacotes de intervenções que incluam a mobilização das famílias e das comunidades e as consultas pré-natais domiciliárias, para melhorar a utilização dos cuidados pré-natais e os resultados da saúde perinatal, particularmente em ambientes rurais com mau acesso a serviços de saúde.	Recomendada para contextos específicos
Componentes de delegação de tarefas na prestação de cuidados pré-natais	Recomenda-se a promoção de comportamentos de busca de cuidados e utilização dos Cuidados de Pré-Natal (CPN); preparação para o parto e para as complicações; cuidados especializados ao parto; acompanhamento no trabalho de parto e no parto; amamentação exclusiva; cuidado pós-parto e planeamento familiar.	Recomendada
	Recomenda-se a delegação da distribuição dos suplementos alimentares recomendados e do TPIg para a prevenção do paludismo em um leque alargado de quadros, incluindo auxiliares de enfermagem, enfermeiros, parteiras e médicos.	Recomendada
Recrutamento e retenção de pessoal em zonas rurais e remotas	Os decisores políticos devem considerar intervenções de apoio educativo, regulador, financeiro, pessoal e profissional para recrutar e reter agentes de saúde qualificados nas zonas rurais e remotas.	Recomendada para contextos específicos
Calendário de contatos para os cuidados pré-natais	Os modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito contatos são recomendados para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados.	Recomendada

Fonte: (World Health Organization, 2016).

Há certas recomendações do contexto específico que se deve seguir em Moçambique, como o tratamento antielmíntico preventivo por meio da administração do mebendazol e a prevenção do paludismo, com TPIg com o Fansidar (sulfadoxina-pirimetamina) (Ministério da Saúde, 2016; World Health Organization, 2002).

Embora as novas diretrizes da OMS recomendem oito consultas mínimas de pré-natal, as diretrizes clínicas vigentes em Moçambique ainda sugerem um mínimo de quatro consultas pré-natais. Nessas quatro consultas, é preciso aconselhar a gestante para diversas situações decorrentes da gestação, prevenir infecções, fazer o diagnóstico precoce de HIV, sífilis, glicemia, infecção urinária e da malária e tratar problemas relacionados com a gravidez (Instituto Nacional de Estatística, 2013; Ministério da Saúde, 2016; World Health Organization, 2002). Tal recomendação é inferior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil (mínimo de seis contatos) e no protocolo de assistência pré-natal da OMS (Ministério da Saúde, 2018; World Health Organization, 2016).

De acordo com o número de consultas pré-natais que as diretrizes do Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique recomendam, elas devem ser feitas nas seguintes idades: a primeira consulta deve ser feita antes ou até a 16ª semana (≤ 16 semanas); a segunda, entre a 24ª e a 28ª semanas; a terceira, por volta da 32ª semana; e a quarta, entre a 36ª e a 38ª semanas, para além de ser feito (Ministério da Saúde, 2016; World Health Organization, 2002):

(1) confirmar a gravidez, fazer a história clínica e determinar os antecedentes obstétricos, determinar a IG, determinar a Data Provável de Parto (DPP), fazer a abertura da ficha pré-natal/caderneta de saúde da mulher e o registro das respetivas anotações em todas as visitas;

(2) procedimentos clínicos-obstétricos – fazer exame físico geral e ginecológico com objetivo de pesquisar anemia através do exame das mucosas, aferição da pressão arterial, aferição do peso, pesquisar edemas na face, membros superiores e inferiores, avaliação da estatura (nas primigestas), realização de exame de hemograma/hemoglobina, tipagem do grupo sanguíneo e fator Rh, exame de urina, teste de glicemia, teste de HIV e sífilis, medição da altura uterina, auscultação dos batimentos cardíofetal, determinar a situação fetal, o controle de movimentos fetais e a oferta de suplementos de ferro e ácido fólico;

(3) medidas preventivas – tratamento intermitente profilático da malária com Fansidar, Sulfadoxina e Pirimetamina-SP: 1ª dose quando a grávida referir movimento fetais (mínimo de três doses e com intervalo de 30 dias a cada dose), prevenção de transmissão vertical para o HIV (tratamento Tarv), tratamento da sífilis, vacina antitetânica;

(4) realização de intervenções para sintomas fisiológicos comuns como náuseas e vômitos, azia, câibras nas pernas, dores lombares e pélvicas, obstipação e veias varicosas e edemas, e perguntar sobre a presença de sinais ou sintomas anômalos;

(5) oferta de informações às mulheres sobre sinais de risco e de parto e orientar onde buscar assistência, aconselhamento sobre alimentação saudável, amamentação exclusiva, cuidados ao recém-nascido, realização de exercícios físicos, orientação sobre o parto hospitalar, importância da consulta pós-parto, planejamento reprodutivo e a disponibilidade de métodos anticoncepcionais para as puérperas, rever o programa do local de parto, higiene individual, sexo seguro;

(6) realização da ecografia na 24^a semana e exame Cardiotocógrafo (CTG) nos locais onde for possível.

De acordo com o mais recente Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA) de Moçambique, de 2015, 93% das mulheres de 15-49 anos que tiveram um nascido vivo relataram, pelo menos, uma consulta pré-natal; 55% relataram quatro ou mais consultas pré-natais (Ministério da Saúde, 2018), o que está bastante abaixo do preconizado. Biza et al. (2015) observaram que as gestantes têm se apresentado aos centros de saúde em Moçambique para fazer sua primeira consulta pré-natal somente no final do segundo trimestre. As razões da chegada tardia dessas mulheres à consulta pré-natal são as longas distâncias percorridas para alcançar uma unidade sanitária mais próxima de sua residência; o fato de não haver disponibilidade de testes rápidos para o diagnóstico da gravidez; dentre outras. Dessa forma, é possível que o número insuficiente de consultas de pré-natal em Moçambique seja uma barreira para que a atenção à gestante seja de alta qualidade ou obtenha níveis qualificados.

1.4 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

A OMS define qualidade da assistência à saúde como sendo a oferta de serviços de saúde a indivíduos ou à população com o intuito de melhorar o estado de saúde desse indivíduo ou população para alcançar os resultados desejáveis (Tunçalp et al., 2015). Por exemplo, no caso da assistência ao pré-natal, os resultados desejáveis são a gravidez, o parto, o puerpério e o recém-nascido

saudáveis. A qualidade de assistência pré-natal, portanto, diz respeito aos cuidados ofertados por profissional qualificado, com início precoce do pré-natal, à realização do mínimo de consultas e procedimentos básicos mediante o que é preconizado pela OMS ou pelos diversos ministérios de Saúde de cada país (World Health Organization, 2016).

Os estudiosos do tema têm considerado assistência de pré-natal de qualidade como sendo o acompanhamento precoce da gravidez (primeiro contato com o profissional de saúde entre a 12^a e a 16^a semanas de gestação); o acesso ao número de consultas realizadas, mediante as diretrizes de cada região (lembrando que OMS recomenda atualmente o mínimo de oito consultas); e acesso aos cuidados ofertados, por exemplo, avaliação da pressão arterial, realização de exame de hemograma para o diagnóstico de anemia, realização da sorologia de HIV e sífilis, exame de urina para o diagnóstico da infecção urinária, suplementação de sulfato ferroso, vacinação antitetânica, entre outros (Kotelchuck et al., 1984; Silva *et al.*, 2013a).

Numerosos estudos que avaliam a qualidade do pré-natal em diversos contextos já foram conduzidos. Pelo fato de os estudos usarem inúmeros e diversificados indicadores e critérios para avaliar a qualidade do pré-natal, foi necessário conduzir busca bibliográfica com o objetivo de sintetizar os indicadores mais comumente empregados para essa avaliação. Tal busca foi realizada em março de 2020, partindo da pergunta norteadora “Quais são os indicadores usados para avaliar a qualidade do pré-natal na atenção primária à saúde?”, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, EMBASE, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Essas bases foram escolhidas pelo fato de abrangerem uma diversidade de tópicos relacionados à assistência pré-natal e de enfermagem, dando subsídio à temática abordada neste estudo.

Os descritores utilizados foram: “indicadores de qualidade em assistência à saúde”, “cuidado pré-natal” e “atenção primária à saúde”. Esses descritores foram utilizados em outros idiomas, conforme as bases de dados (Quadro 2).

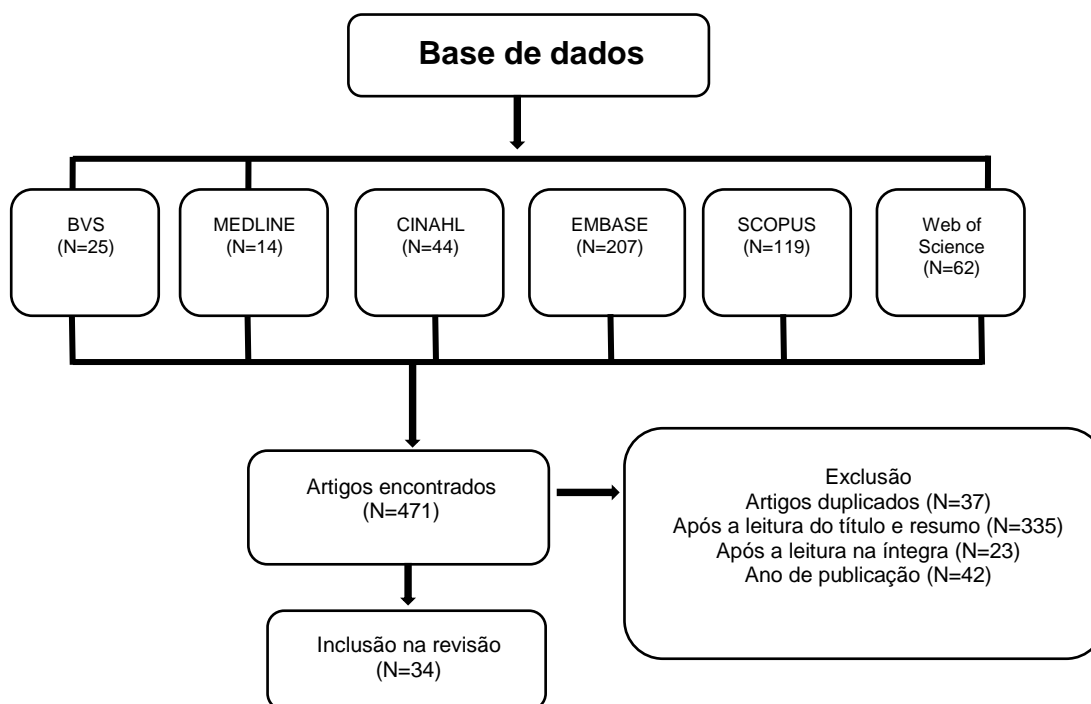
Quadro 2. Bases de dados e estratégias de busca. São Paulo (SP), Brasil, 2020.

Base de dados e Biblioteca Virtual	Estratégia de busca
BVS	("Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde" OR "Quality Indicators, Health Care" OR "Indicadores de Calidad de la Atención de Salud") AND ("Cuidado Pré-Natal" OR "Prenatal Care" OR "Atención Prenatal") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud")
MEDLINE	"Quality Indicators, Health Care" AND "Prenatal Care" AND "Primary Health Care"
CINAHL	("Quality of Health Care" OR "Clinical Indicators") AND "Prenatal Care" AND "Primary Health Care"
EMBASE	'health care quality':ti,ab,kw AND 'prenatal care':ti,ab,kw/health care quality' AND 'prenatal care' AND 'primary health care'
WEB OF SCIENCE	("Quality indicators" OR "Quality of Health Care" OR "Clinical Indicators" OR "Clinical Indicator") AND "Prenatal Care"
SCOPUS	("Quality indicators" OR "Quality of Health Care" OR "Clinical Indicators" OR "Clinical Indicator") AND "Prenatal Care" AND "Primary Health Care"

Como critérios de inclusão, considerou-se os artigos científicos que foram publicados em inglês, espanhol ou português, cujo desenho de estudo compreendesse pesquisas de campo (estudos transversais, estudo de caso-controle e coorte), sem restrição da área geográfica da realização da pesquisa. Ainda, considerou-se artigos que avaliaram somente a assistência pré-natal. Com o objetivo de selecionar estudos mais recentes que tratam dessa temática, foi feita limitação temporal de 2009 a 2020. Como critérios de exclusão, considerou-se os artigos que não apresentam explicitamente os indicadores usados na avaliação da qualidade de pré-natal.

Para melhor sistematização da busca bibliográfica, foi seguida a seguinte ordem: 1) busca nas bases de dados por meio dos descritores; 2) seleção por título e resumo; 3) retirada dos artigos duplicados; e, por fim, 4) leitura na íntegra dos artigos restantes. Para organização dos artigos, utilizou-se o programa Excel, e a organização das referências foi feita no software Mendeley para melhor sistematização dos dados obtidos. Como resultado desse processo, foram encontrados 471 artigos, dos quais 37 foram excluídos por estarem duplicados; 335 foram excluídos após leitura do título e do resumo; 23 foram excluídos após leitura na íntegra, pois não se enquadravam no foco deste trabalho; e 42 foram excluídos pelo ano de publicação. Trinta e quatro artigos foram incluídos na pesquisa. A figura 1 mostra o fluxo da inclusão e exclusão dos artigos.

Figura 1. Seleção das bases bibliográficas e número de artigos encontrados. São Paulo (SP), Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Dentre os 34 artigos obtidos nessa revisão, 25 descreviam estudos conduzidos em países do continente americano (sendo 24 no Brasil), três estudos foram realizados em países asiáticos (8,8%), cinco estudos foram realizados em países africanos (14,7%) e um estudo foi realizado em vários países, compreendendo várias regiões (África, Ásia, América Latina e Oriente Médio) (2,9%). Vale ressaltar que não foram encontrados artigos de estudos conduzidos em países de alta renda que avaliassem a qualidade do pré-natal por meio de indicadores, mas sim pela percepção de mulheres (Coley et al., 2018; Rumbold et al., 2011). Uma vez que a revisão feita neste estudo tem o objetivo de sintetizar os indicadores mais usados na avaliação da qualidade do pré-natal, os artigos que abordaram a qualidade do pré-natal por meio da percepção da mulher não foram considerados. O quadro 3 apresenta a distribuição dos estudos encontrados na busca bibliográfica segundo autoria, ano de publicação do estudo, país de condução do estudo, desenho do estudo, tamanho da amostra, indicadores de qualidade usados para avaliar a qualidade do pré-natal e os principais achados.

Quadro 3. Distribuição dos estudos, segundo autoria, ano de publicação do estudo, país de condução do estudo, desenho do estudo, tamanho da amostra, indicadores de qualidade usados para avaliar a qualidade do pré-natal e os principais achados. São Paulo (SP), Brasil, 2020.

Autor/Ano	País	Método	Amostra	Indicadores de qualidade	Principais resultados
Venkateswaran et al. (2019)	Palestina	Estudo transversal	1.369 prontuários das mulheres	Este estudo usou recomendações da OMS: Início em até 14 semanas Número de consultas Tipagem para Rh-tipo Teste de hemoglobina Exame de urina Teste de glicemia Realização da ultrassonografia pré-natal Aferição da pressão arterial Medição da altura uterina Vacinação antitetânica	O pré-natal foi adequado para 13,0% das mulheres
Mário et al. (2019)	Brasil	Estudo transversal	1851 mulheres	Este estudo usou índice de Kessner modificado por Takeda (desfecho 1) e desfecho 2 com acréscimo de exame de Ultrassonografia: Início até 20 semanas Número mínimo de seis consultas Hemograma Exame de urina Aferição da pressão arterial Aferição do peso Exame de Ultrassonografia	O pré-natal adequado foi 80,6% e 71,4% quando analisado como Desfecho 1 e Desfecho 2, respectivamente.
Oliveira et al. (2019)	Brasil	Estudo de coorte prospectiva	273 mães	Este estudo usou as recomendações do MS e as recomendações de Donabedian: Processo: Início em até 12 semanas Número mínimo de seis consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Hemoglobina e hematócrito Glicemia em jejum Sorologias de sífilis Sorologia de HIV Sorologia de hepatite B	Verificou-se que os indicadores do processo de atenção pré-natal foram melhores para as mulheres assistidas nas Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família.

				<p>Sorologia de toxoplasmose Exame de urina simples, urocultura Exame de Ultrassonografia Educação em saúde (quando a mãe referiu ter sido orientada sobre alimentação, atividade física, sinais de alerta no termo e tipo de parto); e consulta de puerpério</p> <p>Resultado: Baixo peso ao nascer Intercorrências no parto Ausência de aleitamento materno na primeira hora de vida Necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) /Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) após o nascimento Intercorrências com o recém-nascido do parto à alta Ausência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida Desmame aos 12 meses de vida</p>	
Garnelo et al. (2019)	Brasil	Estudo Transversal	3.967 mulheres, caderneta da gestante e prontuários	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Início até 12 semanas Número mínimo de seis consultas Hemograma Sorologia de HIV Sorologia de rubéola Exame de urina Citologia oncótica cervical Vacinação contra difteria Vacinação contra o tétano Consulta de puerpério Aferição da pressão arterial Aferição do peso Aferição da altura da gestante Medição de altura uterina Exame de mamas</p>	O pré-natal foi pouco adequado para mulheres indígenas comparadas às mulheres não indígenas no conjunto do território nacional, pois, 30% iniciaram pré-natal no primeiro trimestre e 16% realizaram sete ou mais consultas

Tsunechiro et al. (2018)	Brasil	Estudo transversal	2.404 prontuários de mulheres grávidas	Este estudo usou as recomendações do MS: Início em até 16 semanas Número mínimo de seis consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de urina Sorologia de sífilis Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da altura uterina Auscultação dos batimentos cardíacos Verificação de edema Prescrição de ácido fólico Prescrição do sulfato ferroso Vacina antitetânica Orientação e incentivo ao aleitamento materno Avaliação do risco gestacional Consulta puerperal	O pré-natal foi adequado para 63,6% das mulheres
Guimarães et al. (2018)	Brasil	Estudo transversal	24.055 USF e 29.778 profissionais ESF	Este estudo usou as recomendações do MS: Exame de hematócrito Exame de urina Teste de glicemia Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Sorologia de toxoplasmose Sorologia de hepatite B Consulta puerperal Exames de colpocitologia na própria USF Testes rápidos para gravidez Aplicação da penicilina g benzatínica Oferta de ações educativas e de promoção da saúde	A adequação do pré-natal variou entre 5% e 29%, a depender da região
Balsells et al. (2018)	Brasil	Estudo avaliativo	560 prontuários de gestantes	Este estudo usou as recomendações do MS: Início em até 12 semanas Número de sete ou mais consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de urina Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Sorologia de toxoplasmose	Poucas mulheres recebem cuidados adequados

				<p>Sorologia de hepatite B Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da altura uterina Auscultação dos batimentos cardíofetais Verificação de edema Vacina antitetânica Avaliação do risco gestacional Avaliação da apresentação fetal</p>	
Benova et al. (2018)	10 (África subsaariana, Oriente Médio, Sudeste da Ásia e América Latina e Caribe)	Estudos transversais	Variam de 2.857 a 16.721 mulheres	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Componentes comum em dez países Número de consultas Realização de exame de sangue Exame de urina Aferição da pressão arterial Suplementação do sulfato ferroso Vacina antitetânica Recepção de informações sobre sinais de riscos Componentes específicos de outros países: Realização do tratamento intermitente preventivo da malária Aferição do peso da gestante</p>	A adequação do pré-natal variou de 10% a 50%, a depender da região
Kanyangarara, Munos, Walker (2017)	República Democrática do Congo, Quênia, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda	Estudo transversal	10.534 unidades de saúde	<p>Este estudo usou as recomendações da OMS: Exame de urina Solicitação da sorologia de sífilis Solicitação da sorologia de HIV Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da altura Suplementação de sulfato ferroso Vacina antitetânica Orientação sobre sinais de risco Tratamento intermitente preventivo da malária</p>	Apenas 31,2% das unidades de saúde oferecem cuidados adequados
Tomasi et al. (2017)	Brasil	Estudo transversal	6.125 usuárias	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Número de consultas de pré-natal Exame de urina Teste de glicemia Exame de ultrassonografia Sorologia de sífilis</p>	15% das gestantes receberam pré-natal adequado

				<p>Sorologia de HIV Aferição da pressão arterial Medição da altura uterina Prescrição de sulfato ferroso Vacina antitetânica Orientação educativa recebidas sobre amamentação exclusiva até seis meses Cuidado com o bebê Orientação de alimentação e ganho do peso Exame das mamas Exame da cavidade oral Exame ginecológico Exame de citopatológico</p>	
Sarani et al. (2017)	Irã	Estudo transversal	260 mulheres em idade reprodutiva	<p>Este estudo usou as recomendações do Donabedian: Estrutura: Formação do profissional que ofertava a assistência da saúde materna Processo: Interação entre o prestador de cuidados e pacientes Resultado: Anamnese Exames e ultrassonografia Vacina antitetânica Registros de medidas tomada</p>	A assistência pré-natal foi inadequada
Koroma et al. (2017)	Serra Leoa	Estudo transversal	486 mulheres grávidas	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Realização de hemograma /hemoglobina Exame de urina Sorologia de sífilis Aconselhamento e teste de HIV Aferição da pressão arterial Aferição do peso Auscultação do batimento cardíaco fetal Verificação de edema Suplementação de ácido fólico Suplementação com sulfato ferroso Palpação abdominal Informação, educação e comunicação de</p>	O pré-natal foi adequado para 47% das mulheres

				preparação para o parto Realização do tratamento intermitente preventivo da malária com Fansidar	
Heredia-Pi et al. (2016)	México	Estudo transversal	23.056 mulheres	Este estudo usou as recomendações do MS: Exame geral de sangue Exame de urina Aferição da pressão arterial Aferição do peso Aferição da altura Prescrição do ácido fólico Prescrição do sulfato ferroso Vacina antitetânica	71,5% das mulheres atendidas receberam assistência pré-natal adequada
Carvalho et al. (2016)	Brasil	Estudo transversal	322 mulheres	Este estudo usou as recomendações do MS: Início em até 12 semanas Número de sete ou mais consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de hemoglobina e hematócrito Teste de glicemia em jejum Exame de urina Realização de ultrassonografia Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Sorologia de hepatite B Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da altura uterina Suplementação com sulfato ferroso Vacina antitetânica Recebimento de orientação quanto à amamentação exclusiva Avaliação do risco gestacional Exame citopatológico Exame das mamas Exame ginecológico Orientação sobre os cuidados com o recém-nascido	A assistência pré-natal foi adequada para 10,9% das mulheres
Fagbamigbe e Idemudia (2015)	Nigéria	Estudo Transversal	13.410 mulheres	Este estudo usou as recomendações do MS: Início em até 16 semanas Número de quatro ou mais consultas	O pré-natal foi adequado, variando de 4,6% a 11,3%, a depender do número de

				Exames de sangue Exame de urina Sorologia de HIV Medição da pressão arterial Sulfato ferroso Vacina antitetânica Tratamento preventivo intermitente da malária Medicamentos para parasitas intestinais Educação em saúde sobre sinais de perigo e complicações durante a gravidez Orientações sobre prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV) de HIV / AIDS e aconselhamento sobre HIV/AIDS	componentes recebidos
Goudard et al. (2015)	Brasil	Estudo transversal	3.949 puérperas	Este estudo usou as recomendações do MS: Início em até 16 semanas Número de seis ou mais consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exames de hemograma, hematócrito e glicemia Exame de urina Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da altura uterina Vacina antitetânica Exame das mamas Cálculo da IG	O pré-natal foi adequado para 39,8% das gestantes
Saavedra; Cesar (2015)	Brasil	Estudo transversal	2.395 mulheres	Foram avaliados com critérios desenvolvidos por: Takeda, Coimbra e Silveira. Com os seguintes indicadores: Início do pré-natal Número de consultas realizadas Exame de hemograma Exame de urina Sorologia de sífilis Aferição da pressão arterial Local de realização da maioria dessas consultas Presença de morbidade materna autorreferida (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus,	O pré-natal foi adequado, variando de 27% a 58%, a depender do indicador utilizado

				depressão, anemia, ameaça de aborto, trabalho de parto prematuro, corrimento vaginal, infecção do trato urinário e sangramento vaginal)	
Viellas et al. (2014)	Brasil	Estudo transversal	23.894 mulheres	Este estudo usou as recomendações do MS: Cobertura da assistência pré-natal Início do pré-natal em até 16 semanas Número de consultas realizadas Exame de urina Teste de glicemia Exame de ultrassonografia Proporção de gestantes com cartão de pré-natal no momento da admissão para o parto Recebimento de informações sobre o trabalho de parto, sinais de risco na gravidez Orientação sobre o aleitamento materno	O pré-natal foi adequado para 10% das gestantes
Mansur et al. (2014)	Bangladesh	Estudo transversal	528 mulheres	Este estudo usou as recomendações do MS: Aferição do peso Medição da altura uterina Auscultação da frequência cardíaca fetal Medição da estatura Avaliação de edemas Suplementação com sulfato ferroso Verificação da anemia na pálpebra Avaliação do risco gestacional Recebimento de orientação quanto à amamentação Aconselhamento sobre planejamento familiar Orientação sobre as vacinas da criança Conselhos sobre higiene pessoal	Os serviços de cuidados pré-natais não são adequados em Bangladesh
Fonseca et al. (2014)	Brasil	Estudo de caso controle	1.720 recém-nascidos	Este estudo usou recomendações de índice de Kessner: Início em até 12 semanas Número de sete ou mais consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de hemoglobina e hematócrito Exame de urina Exame de glicemia em jejum Realização de ultrassonografia Sorologia de sífilis	O pré-natal foi adequado para 64,4% do grupo de baixo peso à nascença

				<p>Sorologia de HIV Sorologia de hepatite B Sorologia de toxoplasmose Exame das mamas Cultura de fezes</p>	
Polgiane et al. (2014)	Brasil	Estudo transversal	360 mulheres	<p>Os registros nos campos do cartão da gestante foram analisados segundo os critérios de avaliação propostos pela OMS e pelo MS: Início em até 16 semanas Número de sete ou mais consultas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de hemograma e hematócrito Exame de urina Exame de glicemia em jejum Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Vacina antitetânica OMS Início em até 12 semanas Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de hemograma e hematócrito Exame de urina Sorologia de sífilis Aferição da pressão arterial Avaliação do peso Medição da altura uterina Auscultação dos batimentos cardíacos Avaliação da altura materna Suplementação do ácido fólico e sulfato ferroso Vacina antitetânica Cálculo da IG</p>	<p>O pré-natal foi adequado para 4,4% das gestantes segundo os critérios do MS. No caso dos critérios da OMS, nenhuma mulher teve assistência adequada</p>
Oliveira et al. (2013)	Brasil	Estudo transversal	282 gestantes	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Profissionais de saúde capacitado disponível Sala para atendimento individual ou em grupo disponível Disponibilidade de cartões pré-natal Mobiliário disponível Medicamentos disponíveis Protocolos assistenciais disponíveis</p>	<p>O pré-natal foi adequado para 31,0% das mulheres que fizeram seu pré-natal em Unidade de Estratégia da Família e para 10,2% das mulheres que fizeram seu pré-natal em Unidade Básica de Saúde.</p>

				<p>Lençol disponível Balança para peso e altura disponível Estetoscópio disponível Esfignomanômetro disponível Sonar doppler disponível Fita métrica disponível Material para coleta de colpocitologia oncótica disponível Para análise do processo foram usados como indicadores: Início em até 17 semanas Número mínimo de seis consultas Medição da altura uterina Tipagem sanguínea Exame de hemograma Exame de urina Teste de glicemia Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Sorologias de toxoplasmose Sorologia de hepatite B Vacinação antitetânica Exame colpocitologia oncótica Exame de parasitológico de fezes Realização de grupo de gestantes Foram também observados nos registros nos prontuários: Existência de orientação sobre alimentação Sinais de alerta no termo da gestação Encaminhamento para atendimento odontológico Exame clínico das mamas Prescrição do sulfato ferroso</p>	
Silva et al. (2013b)	Brasil	Estudo transversal	238 usuárias	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Estrutura: Equipamentos mínimos para ação disponível Material higiênico-sanitário disponível Medicamentos/suplementos Vacinas disponíveis Processo:</p>	A adequação do pré-natal variou de 26,0% a 42,4%

				<p>Número mínimo de seis consultas Exames básicos recomendados Vacina antitetânica Multiprofissionalidade nas consultas Resultado: IG de início de pré-natal Uso de suplemento nutricional Gestante com intercorrência clínica Participação em atividades educação em saúde Avaliação nutricional</p>	
Zanchi et al. (2013)	Brasil	Estudo transversal	1.288 puérperas	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Início em até 12 semanas Número de seis ou mais consultas Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Vacina antitetânica Avaliação do peso Medição da pressão arterial Medição da altura uterina Exame das mamas Exame ginecológico</p>	A adequação do pré-natal nos dados referidos foi de 23,9% e de apenas 4,4% nos dados anotados no Cartão da Gestante
Ejigu et al. (2013)	Etiópia	Estudo transversal	369 gestantes	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Estrutura Balança disponível Microscópio disponível Fetoscópio disponível Aparelho para detecção da glicose disponível Aparelho para detecção de proteína na urina disponível Aparelho para detecção da sífilis disponível Disponibilidade da penicilina para o tratamento de sífilis Processo: Processo-interpessoal IG da primeira consulta Tipagem ABO/Rh Exame de hemoglobina Exame de urina Teste de glicemia e albumina</p>	A assistência pré-natal não foi adequada

				<p>Sorologia de sífilis Aferição da pressão arterial Medição da altura uterina Auscultação do batimento cardíaco fetal Suplementação do sulfato ferroso Satisfação da paciente quanto à frequência das consultas pré-natais Acessibilidade Tempo de espera Duração do tempo da consulta</p>	
Cesar et al. (2012)	Brasil	Estudo transversal	2.464 gestantes	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Início da consulta de pré-natal no primeiro trimestre Número mínimo de seis ou mais consultas de pré-natal Exame de urina Teste glicemia Exame de ultrassonografia Sorologia de sífilis Sorologia HIV Aferição da pressão arterial Medição da altura uterina Suplementação de sulfato ferroso Vacina antitetânica Exame das mamas Exame ginecológico Exame de colpocitologia do câncer Procedimentos de orientação educativa recebida para amamentação exclusiva Alimentação e ganho do peso Cuidado com o bebê Quem foi o profissional de saúde que fez todas as consultas</p>	<p>Verifica-se uma adequação da assistência pré-natal no setor privado no que concerne: realização de seis ou mais consultas, trimestre de início do pré-natal, efetivação dos exames laboratoriais e clínicos, orientação sobre o uso de medicamentos, prática de exercícios físicos durante a gestação e realização do pré-natal com o mesmo médico. As gestantes atendidas no setor público demonstraram uma adequação em relação à obtenção da vacina antitetânica e à suplementação com o sulfato ferroso</p>
Kyei et al. (2012)	Zâmbia	Estudo transversal	4.148 usuárias	<p>O modelo usado na avaliação do pré-natal foi o de Donabedian, com os seguintes indicadores: Sorologia de HIV Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da estatura materna</p>	<p>29% das mulheres tiveram assistência pré-natal adequada</p>

				<p>Suplementação do ferro Oferta de vacina antitetânica Tratamento para prevenção de transmissão vertical do HIV Tratamento intermitente preventivo da malária Tratamento para prevenção de parasitose intestinal Aconselhamento sobre o planejamento familiar</p>	
Anversa et al. (2012)	Brasil	Estudo transversal	795 mulheres	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: IG de início do pré-natal Número de consultas realizadas Tipagem sanguínea ABO/Rh Realização de exame de hemograma/hematócrito Exame de glicemia em jejum Exame de ultrassonografia Sorologia de sífilis Sorologia de toxoplasmose Aferição da pressão arterial Aferição do peso Medição da altura uterina Auscultação dos batimentos cardíacos Movimentos fetais Suplementação de sulfato ferroso Local de realização da maioria das consultas Toque vaginal Exame das mamas Exame citopatológico Vacina antitetânica Orientação sobre aleitamento materno Contracepção pós-parto Consulta de retorno puerpério Sinais e sintomas anormais na gestação Cuidados com o recém-nascido Orientação sobre o tipo de parto Orientação sobre o HIV Participação em grupo de gestantes</p>	A assistência pré-natal foi classificada como adequada para 59% das gestantes
Santos Neto et al. (2012)	Brasil	Estudo transversal	1.006 cartões de puérperas	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Indicadores de avaliação de acordo com a verificação dos cartões</p>	O registro da assistência pré-natal nos cartões das puérperas mostrou-se

				<p>IG da primeira consulta Tipagem sanguínea ABO/Rh Exame de glicemia em jejum Exame de hemoglobina e hematócrito Exame de urina Realização de ultrassonografia Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Sorologia de toxoplasmose Sorologia de hepatite B Vacina antitetânica Local do pré-natal</p>	adequado em apenas 20% dos casos
Andreucci et al. (2011)	Brasil	Estudo transversal	1.489 puérperas	<p>Este estudo usou recomendações do MS: Início do pré-natal em até 17 semanas Número de seis ou mais consultas realizadas Tipagem sanguínea Exame de glicemia em jejum Exame de hemoglobina/hematócrito Exame de urina Sorologia de HIV Sorologia de hepatite B Vacina antitetânica Consulta puerperal</p>	Apenas 19,2% das mulheres tiveram o pré-natal adequado
Pitombeira et al. (2010)	Brasil	Estudo transversal	632 gestantes	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Número mínimo de seis ou mais consultas de pré-natal Exame de urina Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Vacina antitetânica</p>	A assistência pré-natal foi considerada adequada, pois 86,8% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 98,4% tiveram cobertura da vacina antitetânica e 62,0% realização da sorologia de sífilis e 84,4% realização da sorologia de HIV.
Uchoa et al. (2010)	Brasil	Estudo transversal	38 gestantes	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: Início da consulta em até 14 semanas de gestação Número mínimo de seis consultas Tipagem sanguínea ABO-Rh Exame de hemoglobina/hematócrito na primeira consulta</p>	A assistência pré-natal não foi adequada

				<p>Exame de urina Teste de glicemia em jejum Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Sorologia de toxoplasmose Sorologia de hepatite B Vacina antitetânica Classificação de risco gestacional Orientação quanto à amamentação exclusiva Exame das mamas Colpocitologia do câncer</p>	
Costa et al. (2010)	Brasil	Estudo transversal	3.076 mulheres	<p>Este estudo usou as recomendações do MS: IG da primeira consulta Número de consultas Cobertura da consulta pré-natal</p>	O pré-natal foi adequado para 43,4% das mulheres
Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi (2009)	Brasil	Estudo transversal	2.557 puérperas	<p>Este estudo usou as recomendações do MS e o índice de Kessner: Início do pré-natal no primeiro trimestre Número mínimo de seis ou mais consultas de pré-natal Exame de urina Sorologia de sífilis Sorologia de HIV Aferição da pressão arterial Avaliação do peso Medição da altura uterina Suplementação de sulfato ferroso Vacina antitetânica Exame das mamas Exame ginecológico</p>	O pré-natal foi adequado para 26,8% das mulheres

A maior parte dos artigos selecionados na revisão descreveram estudos do tipo transversal (Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Costa et al., 2010; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Heredia-Pi et al., 2016; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Mansur et al., 2014; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Santos Neto et al., 2012; Sarani et al., 2017; Silva et al., 2013b; Tomasi et al., 2017; Tsunehiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019; Viellas et al., 2014; Zanchi et al., 2013). Os dados foram coletados em entrevistas com as mulheres e os profissionais de saúde (Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Costa et al., 2010; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009, Heredia-Pi et al., 2016; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Mansur et al., 2014; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2019; Saavedra; Cesar, 2015; Santos Neto et al., 2012; Sarani et al., 2017; Silva *et al.*, 2013b; Tomasi et al., 2017), nas coletas de dados de prontuário (Andreucci et al., 2011; Balsells et al., 2018; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Pitombeira et al., 2010; Tsunehiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019), e entrevistas com as mulheres e a observação dos cartões das mulheres (Anversa et al., 2012; Garnelo et al., 2019; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Polgliane et al., 2014; Viellas et al., 2014; Zanchi et al., 2013)

A maioria dos estudos selecionados na revisão usou indicadores baseados nos critérios dos Ministérios da Saúde de cada país (Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Costa et al., 2010; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Heredia-Pi et al., 2016; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Mansur et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Santos Neto et al., 2012; Silva et al., 2013b; Tomasi et al., 2017; Tsunehiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Viellas et al., 2014; Zanchi et al., 2013) e nas recomendações da OMS (Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Polgliane et al., 2014; Venkateswaran et al., 2019), associados com modelo teórico de avaliação de serviços de saúde desenvolvido por Donabedian (Kyei et al., 2012;

Oliveira et al. 2019; Sarani et al., 2017) e índice de Kessner modificado (Fonseca et al., 2014; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Mário et al., 2019; Zanchi et al., 2013)

Os indicadores avaliados na maioria das pesquisas são a IG da primeira consulta (24 artigos: Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Costa et al., 2010; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Santos Neto et al., 2012; Silva et al., 2013b; Tsunechiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019; Viellas et al., 2014; Zanchi et al., 2013) número mínimo de consultas; (25 artigos: Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Costa et al., 2010; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Silva et al., 2013b; Tomasi et al., 2017; Tsunechiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019; Viellas et al., 2014; Zanchi et al., 2013), solicitação e realização de exames laboratoriais complementares como: exame de urina (27 artigos: Andreucci et al., 2011; Balsells et al., 2018; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Heredia-Pi et al., 2016; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Santos Neto et al., 2012; Tomasi et al., 2017; Tsunechiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019; Viellas et al., 2014); sorologia de sífilis (21 artigos: Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Ejigu et al., 2013; Fonseca et al., 2014; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Santos Neto et al., 2012; Tomasi et al., 2017; Tsunechiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Zanchi et al., 2013); sorologia de HIV (21 artigos: Andreucci et

al., 2011; Balsells et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Santos Neto et al., 2012; Tomasi et al., 2017; Uchoa et al., 2010; Zanchi et al., 2013); exame de hemograma/ hematócrito/ hemoglobina (17 artigos: Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Carvalho et al., 2016; Ejigu et al., 2013; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Koroma et al., 2017; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Santos Neto et al., 2012; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019); teste de glicemia (15 artigos: Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Ejigu et al., 2013; Fonseca et al., 2014; Goudard et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Polgliane et al., 2014; Santos Neto et al., 2012; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019; Viellas et al., 2014); tipagem sanguínea ABO/Rh (14 artigos: Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Ejigu et al., 2013; Fonseca et al., 2014; Goudard et al., 2015; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Polgliane et al., 2014; Santos Neto et al., 2012; Tsunechiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019); vacina antitetânica com (24 artigos: Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Heredia-Pi et al., 2016; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Kyei et al., 2012; Oliveira et al., 2013; Pitombeira et al., 2010; Polgliane et al., 2014; Santos Neto et al., 2012; Sarani et al., 2017; Silva et al., 2013b; Tomasi et al., 2017; Tsunechiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Venkateswaran et al., 2019; Zanchi et al., 2013); aferição da pressão arterial com (21 artigos: Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Heredia-Pi et al., 2016; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Mário et al., 2019; Polgliane et al., 2014; Saavedra; Cesar, 2015; Tomasi et al., 2017; Tsunechiro et al., 2018; Venkateswaran et al., 2019; Zanchi et al., 2013). -suplementação com sulfato

ferroso com (16 artigos: Anversa et al., 2012; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Ejigu et al., 2013; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Heredia-Pi et al., 2016; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Mansur et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Polgliane et al., 2014; Tomasi et al., 2017; Tsunehiro et al., 2018); aferição do peso com (18 artigos: Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Ejigu et al., 2013; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Heredia-Pi et al., 2016; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Mansur et al., 2014; Mário et al., 2019; Oliveira et al., 2013; Polgliane et al., 2014; Tsunehiro et al., 2018; Zanchi et al., 2013), medição da altura uterina com (16 artigos: Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Ejigu et al., 2013; Garnelo et al., 2019; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Mansur et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Polgliane et al., 2014; Tomasi et al., 2017; Tsunehiro et al., 2018; Venkateswaran et al., 2019; Zanchi et al., 2013), orientação sobre a amamentação exclusiva até seis meses de idade com (9 artigos: Anversa et al., 2012; Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Mansur et al., 2014; Tomasi et al., 2017; Tsunehiro et al., 2018; Uchoa et al., 2010; Viellas et al., 2014); auscultação do batimento cardíaco fetal com (sete artigos: Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Ejigu et al., 2013; Koroma et al., 2017; Mansur et al., 2014; Polgliane et al., 2014; Tsunehiro et al., 2018).

Alguns países utilizam indicadores específicos preconizados pela OMS, por exemplo, a realização do tratamento intermitente preventivo da malária, tratamento da parasitose intestinal (Benova et al., 2018; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012) e participação em grupo de gestantes (Anversa et al., 2012; Oliveira et al., 2013). Outros estudos usaram indicadores que não constam no novo protocolo da OMS 2016, mas constam nos protocolos de seus Ministérios da Saúde, como consulta puerperal (Andreucci et al., 2011; Anversa et al., 2012; Garnelo et al., 2019; Guimarães et al., 2018; Tsunehiro et al., 2018), sorologia de toxoplasmose (Anversa et al., 2012; Balsells et al., 2018; Fonseca et al., 2014; Garnelo et al., 2019; Guimarães et al., 2018; Oliveira et al., 2013; Oliveira et al., 2019; Santos Neto et al., 2012; Uchoa et al., 2010), exame para diagnóstico de câncer do colo uterino

(Anversa et al., 2012; Cesar et al., 2012; Garnelo et al., 2019; Guimarães et al., 2018; Oliveira et al., 2013; Tomasi et al., 2017; Uchoa et al., 2010), sorologia de hepatite B (Oliveira et al., 2019; Garnelo et al., 2019; Balsells et al., 2018; Guimarães et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Fonseca et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Santos Neto et al., 2012; Andreucci et al., 2011; Uchoa et al., 2010), exame de cavidade oral (Tomasi et al., 2017), cultura de fezes (Fonseca et al., 2014; Oliveira et al., 2013) e verificação da anemia pela observação da pálpebra (Mansur et al., 2014).

Dos 34 estudos inclusos nessa revisão, apenas sete observaram que a assistência ao pré-natal era adequada em mais de 50% dos casos (Anversa et al., 2012; Fonseca et al., 2014; Heredia-Pi et al., 2016; Mário et al., 2019; Pitombeira et al., 2010; Saavedra; Cesar, 2015; Tsunehiro et al., 2018), o que mostra que a qualidade da assistência pré-natal é ainda deficitária em alguns contextos.

Não foram encontrados artigos que abordassem a temática em questão em Moçambique no período da busca (2009 a 2020). Aparentemente, há escassez de estudos sobre a avaliação da qualidade da assistência pré-natal no país. No entanto, em 2006, foi publicado um estudo sobre a qualidade da assistência pré-natal em Moçambique (Zanconato et al., 2006). O estudo foi realizado em 1999 em cinco províncias e 10 distritos e procurou avaliar a qualidade de assistência pré-natal mediante entrevista com mulheres e observação de registros na caderneta de saúde da mulher. Verificou-se que a qualidade da assistência pré-natal era baixa, pois as cadernetas de saúde da mulher apresentavam dados incompletos referentes aos exames clínicos, laboratoriais e informações de ações educativas sobre o trabalho de parto, sinais de risco, planejamento familiar e prevenção do HIV/Aids (Zanconato et al., 2006).

Considerando que o estudo de Zanconato et al. (2006) foi realizado há quase 15 anos, que as recomendações da OMS já foram atualizadas e que altas taxas de mortalidade materna persistem no país, este estudo é proposto. Nossa finalidade é suscitar uma reflexão sobre a assistência à saúde materna no município de Nampula, rever a importância do pré-natal para a redução da mortalidade materna e neonatal e aprimorar a qualidade da assistência pré-natal, indicando e colaborando mudanças de políticas saúde pública e programas de assistência à saúde da mulher no país.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a IG na primeira consulta de pré-natal.
- b) Descrever o número de consultas de pré-natal realizadas pelas mulheres.
- c) Descrever a realização de exames laboratoriais durante o pré-natal.
- d) Descrever a realização de procedimentos clínico-obstétricos durante as consultas de pré-natal.
- e) Descrever a oferta de medidas preventivas durante as consultas de pré-natal: vacina contra o tétano e profilaxia contra malária.
- f) Descrever o recebimento de orientações gerais, orientações sobre sinais de risco e orientação sobre sinais de parto.
- g) Descrever a satisfação da mulher com o pré-natal recebido.
- h) Analisar os fatores associados à realização de pré-natal adequado.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico, do tipo transversal.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em uma maternidade e em domicílios no município de Nampula, localizado no interior da província de mesmo nome, em Moçambique, na África. Moçambique situa-se na região do sudeste da África, sendo um país limitado ao norte pela Tanzânia; a oeste por Malawi, Zâmbia, Zimbábue e Suazilândia; e ao sul pela República da África do Sul. Toda a faixa costeira leste é banhada pelo oceano Índico, com extensão de 2.470 km (Instituto Nacional de Estatística, 2012) (Figura 2).

Figura 2. Localização de Moçambique no continente africano



Fonte: Depositphotos (2020).

Moçambique adquiriu a atual configuração geográfica em 1891 (Instituto Nacional de Estatística, 2013), quando foi assinado o tratado anglo-português de partilha das zonas de influência na África. Tornou-se independente de Portugal em 1975, após dez anos de luta armada (Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação, 2013). O país possui 11 províncias: Niassa, Cabo Delgado e Nampula – região norte; Zambézia, Sofala, Manica e Tete - região centro; e Inhambane, Gaza, Maputo província e Maputo cidade - região sul (Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação, 2013).

O país é basicamente agrário, pois cerca de 70% da população vive no meio rural (Instituto Nacional de Estatística, 2013). De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2015, Moçambique estava entre os nove países do mundo com os mais baixos Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶, ocupando o 180º lugar dentre um total de 188 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2015b). Dados do censo populacional conduzido em 2017 indicam que existem 27.909,798 milhões de habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2019), com expectativa média de vida igual a 56,5 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2019) e taxa de fecundidade total igual a 5,3 filhos por mulher (Ministério da Saúde, 2018).

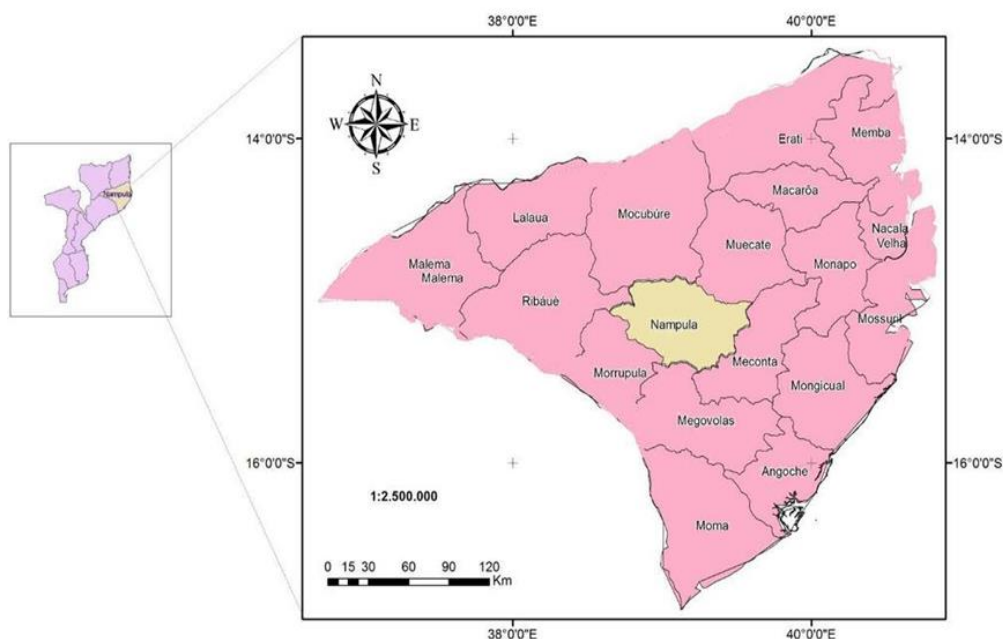
Desde a proclamação da Independência Nacional, em 1975, o governo passou a considerar a saúde como um bem e uma condição essencial para o desenvolvimento sustentável, estando atualmente referido na Constituição da República (Artigo 94) que todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei (Ministério do Género, Criança e Acção Social, 2016). A oferta dos serviços de saúde em Moçambique é feita por três tipos de prestadores: o setor público, agrupado no Sistema Nacional de Saúde e o mais abrangente geográfica e tecnicamente; o setor privado, que se divide em lucrativo e não lucrativo; e a Medicina Tradicional (MT), de grande aceitação pelas comunidades (Ministério da Saúde, 2010a).

⁶O IDH é um índice composto que incide sobre três dimensões básicas do desenvolvimento humano: uma vida longa e saudável, medida pela esperança de vida à nascença; a capacidade de adquirir conhecimento, medida pela média de anos de escolaridade e anos de escolaridade esperados; a capacidade de atingir um nível de vida digno, medido pelo rendimento nacional bruto *per capita*. O IDH tem um limite superior de 1,0. O IDH de Moçambique é 0,416, ao passo que na Noruega é 0,944 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2015b).

Dentro do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique, a assistência pré-natal de baixo risco é realizada pelas enfermeiras de saúde materno-infantil, hierarquizadas por três níveis principais: enfermeira de nível básico, que tem um ano e meio de formação (equivalente à formação de auxiliar de enfermagem no Brasil); enfermeira de nível médio, com dois anos e meio de formação (equivalente à formação em técnico de enfermagem); e enfermeira de nível superior de saúde materna, com a formação superior de quatro anos de Enfermagem, focada em Saúde Materna. Essa última é alocada nos hospitais de níveis terciário, quaternário e alguns secundários com capacidade cirúrgica, já que é treinada em cirurgia obstétrica (Lourenço; Tyrrell, 2009; Ministério da Saúde, 2010b). Na maioria das vezes, o pré-natal é realizado pelas enfermeiras dos níveis básico e médio; a enfermeira do nível básico atende 21,0% das consultas de pré-natal e a enfermeira média atende cerca de 68,0% (Ministério da Saúde, 2018; Pereira et al., 2007). As competências das diversas categorias de enfermeiras de Saúde Materno infantil em Moçambique são encontradas no ANEXO A.

A cidade de Nampula, onde foi realizado este estudo, localiza-se geograficamente no centro da província com o mesmo nome (Figura 3). Apresenta uma população estimada em 663.212 habitantes e 337.839 mulheres, conforme dados do censo populacional de 2017 (Instituto Nacional de Estatística, 2019). De acordo com os dados de Avaliação das Necessidades de Saúde Materna de 2009, a taxa de mortalidade materna foi de 160 por 100 mil nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2015).

Figura 3. Mapa de Moçambique com a cidade de Nampula em destaque



Fonte: Agibo (2017).

Os serviços de saúde nesse município são geridos pelo MISAU, por meio da Direção Provincial de Saúde (DPS) de Nampula. A rede sanitária é composta por um hospital central (nível quaternário), um hospital geral (nível secundário) e 18 centros de saúde (nível primário). Todos os centros de saúde ofertam assistência pré-natal, e 12 deles possuem maternidade.

Em Nampula, de acordo com os dados do IMASIDA coletados em 2015 (Ministério da Saúde, 2018), a proporção de mulheres de 15-49 anos que fazem quatro ou mais consultas pré-natais foi 41%. A maior parte realizou o parto em instituição hospitalar (70%), ao passo que as demais, nos próprios domicílios (Ministério da Saúde, 2018). Em virtude disso, esta pesquisa foi realizada tanto entre mulheres cujo parto tenha sido realizado em uma maternidade quanto aquelas cujo parto tenha ocorrido no próprio domicílio.

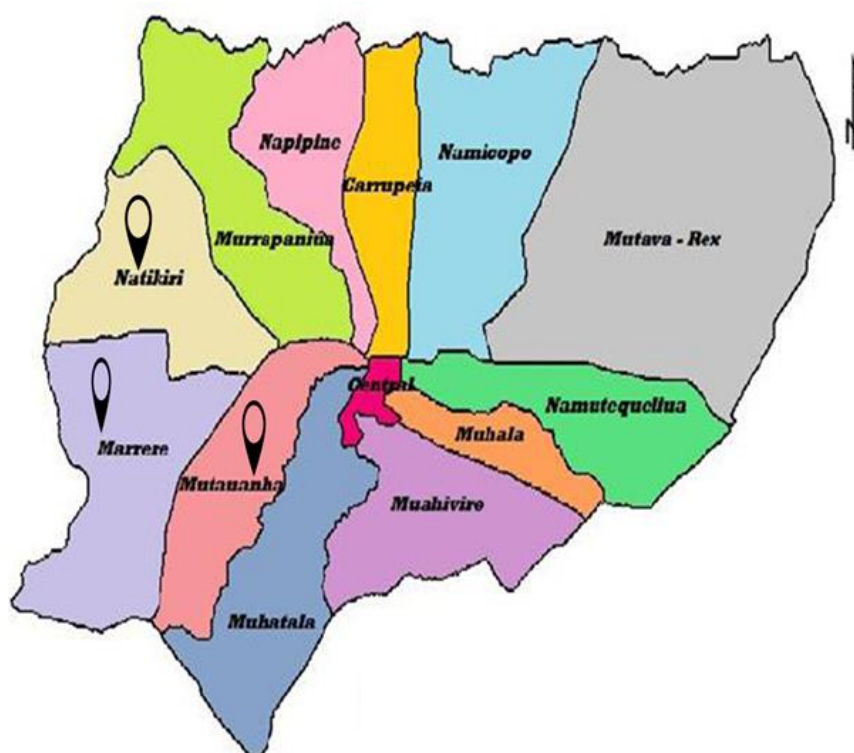
A maternidade escolhida foi a do HCN, que é classificado como quaternário e considerado o maior hospital-escola da região norte de Moçambique. Nessa instituição, foram assistidos 11.432 partos em 2019, dos quais 8.127 (71,1%) foram partos normais. No mesmo período, houve 96 óbitos maternos (informação verbal)⁷. Ressalta-se que, por ser a única unidade hospitalar que oferece os serviços de

⁷Notícia fornecida pela enfermeira-chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCN, em 23 de março de 2020.

cirurgia obstétrica 24h por dia em Nampula e atende mulheres vindas de outros distritos circunvizinhos que não possuem a capacidade cirúrgica obstétrica, a taxa de parto cesárea é relativamente alta. A escolha por essa instituição ocorreu pelo fato de ser um hospital-escola onde a pesquisadora atua como docente e orientadora dos estágios de estudantes do curso de Enfermagem da FCS-UniLúrio. Além de servir de campo de estágio ao pessoal de Enfermagem e Medicina, o hospital envolve-se ativamente na formação de diferentes técnicos de Saúde e, ainda, nos programas de pós-graduação de Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia.

Em relação aos partos realizados em domicílio, outro cenário deste estudo, os locais escolhidos foram os bairros de Natikiri e Marrere, do posto administrativo de Natikiri, e Mutuanha, do posto administrativo de Muatala (Figura 4). Em 2017, em Nampula, foram registrados 3.967 partos realizados em domicílio (informação verbal)⁸.

Figura 4. Cidade de Nampula, em Moçambique, e seus bairros



Fonte: Despertar Geográfico (2017).

⁸ Notícia fornecida pela enfermeira-chefe do Departamento de Saúde Materno Infantil da DPS, em 12 de novembro de 2019.

A escolha desses postos administrativos ocorre pelo fato de que as parteiras tradicionais são colaboradoras do projeto Comunidade Alerta para um Hospital de Prontidão (CAHP) e do programa de extensão universitária chamado “Um Estudante, uma Família” (1E1F), ambos pertencentes à FSC-UniLúrio. Tais projetos têm por objetivo fortalecer a ligação entre a comunidade e as unidades de saúde a respeito da saúde materna e infantil e de cuidados primários de saúde. Ademais, as parteiras tradicionais são registradas na DPS de cada município e na FSC-UniLúrio.

Além de ser docente da FCS-Unilúrio, a pesquisadora deste trabalho também faz parte do programa de extensão universitária 1E1F, o que facilitou sua comunicação com parteiras.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi composta por mulheres no puerpério⁹, de 18 a 49 anos, com parto ocorrido nos dias 30/08/2019 até 20/12/19. Foram incluídas todas as mulheres nessa situação, desde que tivessem condições físicas e emocionais para responder ao questionário. Como critério de exclusão, foram desconsideradas as mulheres que tiveram pré-natal classificado como de alto risco.

3.4 DETERMINAÇÃO DE TAMANHO DA AMOSTRA

O cálculo amostral foi conduzido com base na proporção de mulheres moçambicanas com 4 ou mais consultas de pré-natal (54,6%, de acordo com o mais recente Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA, de 2015) (Ministério da Saúde, 2018).

Considerou-se uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, o que mostrou a necessidade de se entrevistar 381 mulheres. Como 70% das mulheres, em geral, têm seu parto realizado na maternidade, com o restante delas em domicílio, foram entrevistadas 267 mulheres na maternidade do HCN e 114 mulheres em seus próprios domicílios.

⁹Puerpério é o período entre o final do parto e o retorno do corpo da mulher ao estado anterior ao da gravidez (pós-parto até 42 dias) (Ministério da Saúde, 2016).

3.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados na maternidade do HCN, com vista a dar conta do número de entrevistas que deveriam ser realizadas, foi organizada, primeiramente, uma reunião no serviço de saúde para apresentar o projeto, conhecer os profissionais de referência e as condições de estrutura física da sala de coleta de dados, com o intuito de respeitar a privacidade da mulher.

A seleção foi feita por meio de amostragem não probabilística, respeitando os critérios de inclusão até atingir o número amostral de 267 mulheres. A pesquisadora dirigia-se ao leito de todas as mulheres que estavam registradas no livro do puerpério da maternidade para convidá-las a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas em uma sala privativa (gabinete de supervisora do Departamento de Ginecologia-Obstetrícia) para resguardar a privacidade da mulher, por meio de *tablet*, com instrumento elaborado no *Google Forms*, ou com instrumento impresso, quando a puérpera não se sentia confortável com o uso do *tablet*. A pesquisadora permaneceu no serviço de saúde durante a coleta de dados, às segundas, quartas e sextas-feiras, das 8h00 às 17h00.

Para a coleta de dados em domicílio, com vista a dar conta do número de entrevistas que deveriam ser feitas, foi realizada, primeiramente, uma reunião a fim de apresentar o projeto às parteiras tradicionais vinculadas ao projeto CAHP e ao Programa 1E1F nas instalações da Faculdade de Ciências de Saúde/UniLúrio. A seleção das mulheres ocorreu por meio de amostragem não probabilística, respeitando os critérios de inclusão até atingir o número amostral de 114 mulheres. Em seguida, junto da parteira responsável pelo parto, a pesquisadora dirigia-se ao domicílio da mulher para convidá-la a participar do estudo, após uma chamada telefônica da parteira tradicional dando informações da mulher, as quais estavam cadastradas no livro de registo de puerpério disponível na Faculdade de Ciências de Saúde/UniLúrio. A pesquisadora foi aos domicílios das mulheres durante a coleta de dados, às terças e quintas-feiras, das 14h00 às 17h00, e aos sábados e domingos, das 8h00 às 17h00.

Em relação às entrevistas que ocorreram em domicílio, embora essas tinham sido planejadas para o domicílio da mulher, foi dada à participante a opção de escolher o local em que ela se sentia confortável e à vontade para responder ao questionário, como no quintal, em um cômodo, na casa de parentes ou vizinho(a),

em espaço público e outros. As entrevistas foram conduzidas respeitando-se a privacidade da mulher, por meio de *tablet*, com instrumento elaborado no Google Forms, ou com instrumento impresso, quando a puérpera não se sentia confortável com o uso do *tablet*.

As puérperas com parto realizado na maternidade foram entrevistadas até 24h após o parto, pois é o período médio de internação pós-parto. As puérperas com parto domiciliar foram entrevistadas até 15 dias após o parto, pois é o período para que as parteiras tradicionais façam o registro do parto no livro específico.

A coleta de dados ocorreu durante um período de quatro meses, entre os meses de agosto e dezembro de 2019, e cada entrevista tinha duração média de 15 a 20 minutos. No final da entrevista, toda mulher que deu à luz filho vivo recebeu folhetos com informações pertinentes sobre a evolução do período puerperal normal e os cuidados com o bebê, ao passo que a mulher que teve natimorto recebeu somente folheto com informações pertinentes sobre a evolução do período puerperal normal, confeccionado pela pesquisadora (APÊNDICE A).

Salienta-se que esse processo contou com o apoio financeiro da CAHP quanto a pagamento de lanches para reuniões com as enfermeiras (HCN) e parteiras tradicionais, aquisição de pacote de internet que foi usado durante a coleta de dados e impressão dos panfletos que foram ofertados a todas as mulheres que participaram da pesquisa.

No final do trabalho de campo, foram entrevistadas 410 mulheres. Houve 17 recusas por conta do uso do *tablet*. Quando questionadas, as mulheres relataram que tinham receio de serem gravadas; mesmo sendo orientadas sobre a impossibilidade de isso acontecer, ainda se recusaram participar do estudo. Em virtude disso, o instrumento impresso também foi utilizado no caso das mulheres que não se sentiam confortáveis com o *tablete*. Eliminando as recusas, ficaram para a análise estatística 393 mulheres elegíveis. Ressalta-se que houve excelente recepção por parte das mulheres entrevistadas, das enfermeiras e das parteiras tradicionais colaboradoras do trabalho de campo. Também se enfatiza o auxílio dos líderes comunitários, os quais ajudaram no agendamento dos dias de entrevista para aquelas que ocorreram em domicílios.

No final da coleta de dados, foi produzido um relatório apresentado ao Comitê Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL), à DPS de

Nampula, ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCN e ao Projeto CAHP.

3.6 INSTRUMENTO

O instrumento para coleta de dados constou de um formulário elaborado pela pesquisadora sobre a avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Ele foi construído mediante o embasamento de leituras feitas dos artigos da revisão (APÊNDICE B). O instrumento é estruturado e está dividido nas seguintes seções: dados sociodemográficos e socioeconômicos, história sexual e reprodutiva, planejamento reprodutivo, situação do último pré-natal (procedimentos clínico-obstétricos, medidas preventivas, orientações gerais e satisfação da mulher com o pré-natal recebido).

Foi realizado um pré-teste com 19 mulheres (12 mulheres cujo parto ocorreu na maternidade e sete mulheres cujo parto ocorreu em domicílio) na mesma maternidade e nos mesmos bairros onde foi, posteriormente, realizada a coleta de dados propriamente dita. O objetivo do pré-teste foi ajustar da melhor forma o instrumento, bem como avaliar o tempo necessário à realização da entrevista. Não houve a necessidade de modificar o instrumento, pois, durante o pré-teste, as mulheres relataram que as perguntas do instrumento eram claras e de fácil compreensão, fato que permitiu que elas respondessem de maneira rápida e sem dúvidas.

3.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.7.1 Variável dependente

A variável dependente diz respeito à qualidade do pré-natal. Neste estudo, foram consideradas como base da avaliação da qualidade da assistência pré-natal as recomendações do MISAU de Moçambique, de duas formas: pré-natal que contemplou um conjunto de componentes que garantem um patamar mínimo de qualidade, da mesma forma como analisado por Benova et al. (2018), que aqui foi chamado de “pré-natal básico”; e pré-natal que contemplou um conjunto estendido

de componentes, aqui chamado de “pré-natal ampliado” (Quadro 4).

Quadro 4. Categorias da variável dependente “qualidade do pré-natal”. São Paulo (SP), Brasil, 2020.

Pré-natal básico	Pré-natal ampliado
1) Primeira consulta até a 16ª semana de gestação (4 meses) 2) Número de consultas: quatro ou mais	1). Primeira consulta até a 16ª semana de gestação (4 meses) 2) Número de consultas: quatro ou mais 3) Realização de exames: hemograma, teste de HIV, teste de sífilis, tipagem sanguínea e fator Rh, teste de glicemia, exame de urina
3) Realização de exames: teste de HIV e exame de urina	4) Procedimentos clínico-obstétricos: quatro aferições de pressão arterial, quatro aferições de peso, quatro medições da altura uterina, quatro auscultações dos batimentos cardíacos, quatro ofertas de suplementos de ferro (recebimento de 30 comprimidos em cada consulta)
4) Procedimentos clínico-obstétricos: quatro aferições de pressão arterial, quatro aferições de peso, quatro ofertas de suplementos de ferro (recebimento de 30 comprimidos em cada consulta)	5) Profilaxia com fansidar: três doses do tratamento intermitente profilático da malária com fansidar; e duas doses imunizantes ou dose completa da vacina antitetânica dadas durante a gravidez
5) Profilaxia com fansidar: três doses do tratamento intermitente profilático da malária com fansidar; e duas doses imunizantes ou dose completa da vacina antitetânica dadas durante a gravidez	6) Receberam orientações: Orientações gerais (realizar parto na maternidade; alimentação saudável; amamentação exclusiva; consulta pós-parto; consulta de planejamento familiar): sim ou não Orientações de sinais de risco (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perda de líquidos, diminuição de movimentos, dificuldade respiratória e cansaço): sim ou não Orientação de sinal de parto (dor pélvica, frequência das contrações uterinas, rotura das membranas e corrimento mucoso rosado): sim ou não

Segundo Benova et al. (2018), foram consideradas tendo acesso a pré-natal básico as mulheres que: 1) tiveram a primeira consulta de pré-natal realizada até a 16ª semana de gestação; 2) realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal; 3) realizaram exames laboratoriais (ao menos um teste de HIV e um exame de urina); 4) realizaram quatro aferições de pressão arterial, quatro aferições de peso e receberam quatro ofertas de suplementos de ferro (recebimento de 30 comprimidos em cada consulta); 5) tomaram as três doses do tratamento intermitente profilático da malária com fansidar e tiveram duas doses imunizantes da vacina antitetânica feitas durante a gravidez ou dose de reforço quando já imunizadas.

De acordo com os critérios do Ministério da Saúde (2016), foram considerados casos de pré-natal ampliado os das mulheres que: 1) tiveram a

primeira consulta de pré-natal realizada até a 16ª semana de gestação; 2) realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal; 3) realizaram exames laboratoriais (ao menos um exame de hemograma, um teste de HIV, um teste de sífilis, tipagem sanguínea e fator Rh, teste de glicemia e exame de urina); 4) realizaram quatro aferições de pressão arterial, quatro aferições de peso, quatro medições da altura uterina, quatro auscultações dos batimentos cardíacos, quatro ofertas de suplementos de ferro (recebimento de 30 comprimidos em cada consulta); 5) tomaram três doses do tratamento intermitente profilático da malária com fansidar e tiveram duas doses imunizantes da vacina antitetânica feitas durante a gravidez ou dose de reforço quando já imunizadas; 6) receberam orientações gerais, orientações de sinal de risco e orientações de sinal de parto durante as consultas de pré-natal.

Pelo fato que poucas mulheres foram classificadas como tendo tido acesso ao pré-natal ampliado (ver seção Resultados), optou-se por agrupar as mulheres com pré-natal básico e pré-natal ampliado numa outra categoria, aqui denominada pré-natal adequado. Portanto, a variável dependente foi a qualidade do pré-natal, categorizado em inadequado e adequado.

3.7.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram as seguintes:

a) Dados sociodemográficos

- Local do estudo: maternidade ou domicílio;
- Idade: faixa etária em anos (18-24; 25-29; ≥ 30);
- Escolaridade em anos: ensino primário (≤ 7); ensino secundário (8-12); e ensino superior (> 12);
- Religião: islâmica, católica e outras;
- Residência: região periférica (bairros de Marrere, Murrapaniua, Mutauanha, Mutava rex, Memória, Muatala, Natikiri, Namicopo, Namutequeliua/Nampaco, Carrupeia) e região urbana (bairros de Napipine, Muhala/Muhala expansão, Muahivire, Bairro Central);
- Uso de sistema de saúde privado: não ou sim;
- Trabalho remunerado: não ou sim;

- Situação conjugal: mora com parceiro: não ou sim.

b) História sexual e reprodutiva

- Idade da menarca: faixa etária em anos (11-14 e ≥ 15);
- Idade da primeira relação sexual: faixa etária em anos (12-14 e ≥ 15);
- Idade da primeira gravidez: faixa etária em anos (13-17 e ≥ 18);
- Número de gravidezes anteriores, incluindo a atual (1-3 ou ≥ 4);
- Tipo de parto (normal, cesariana ou ambos);
- Número de filhos vivos, incluindo o atual (1-3 ou ≥ 4);
- Aborto: não ou sim;
- Natimorto: não ou sim;
- Frequência da realização do pré-natal em gravidezes anteriores: apenas em algumas gestações; em todas as gestações, primigestas.

c) Planejamento da gravidez

Foi avaliado com base no instrumento da escala *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP). Trata-se de uma medida exequível a qualquer modalidade de gravidez, independentemente de seu desenlace – ou seja, nascimento ou aborto. Calcula-se o escore pela soma dos pontos, que variam de 0 a 2 para cada item (a pontuação de cada item não deve ser visualizada pelas respondentes), com um total máximo de 12 pontos. É um instrumento estruturado elaborado por (Barrett; Smith; Wellings, 2004), no Reino Unido. O critério indicado pelas autoras é o de que, quanto maior a pontuação, maior a indicação de que se trata de uma gravidez planejada. Elas também sugerem a segmentação dos pontos obtidos em, no mínimo, três grupos: 10 a 12 pontos (gravidez planejada); 4 a 9 pontos (ambivalente quanto ao planejamento da gravidez); e 0 a 3 pontos (gravidez não planejada). A versão traduzida, adaptada e validada em português do Brasil foi realizada por Borges et al. (2016) e encontra-se no ANEXO B.

d) Situação do último pré-natal

- Fez pré-natal na última gravidez: não ou sim;
- Razões para não ter feito o pré-natal (resposta estimulada): não vi necessidade, o centro de saúde fica longe de casa, não sei sobre a

importância da consulta pré-natal, não sabia que estava grávida, os profissionais de saúde tratam mal as mulheres, são feitas cobranças ilícitas às mulheres para o atendimento, entre outras;

- Razões para o início tardio do pré-natal (resposta estimulada): não sabia que estava grávida, não acha importante iniciar pré-natal cedo, não tinha quem me acompanhasse (parceiro ou família), o atendimento era demorado, o centro de saúde era distante ou de difícil acesso, dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas), não tinha com quem deixar meus filhos, estava doente e não conseguia ir ao hospital, achei a barriga pequena, não queria essa gravidez, entre outras;
- Razões para a realização de menos de quatro consultas (resposta estimulada): não queria essa gravidez, não tinha quem me acompanhasse (parceiro ou família), não tinha com quem deixar meus filhos, o atendimento era demorado, não achei importante fazer muitas consultas de pré-natal, o centro de saúde era distante ou de difícil acesso, não gostava dos profissionais de serviço, dificuldade no transporte, entre outras;
- Razões para a realização de quatro ou mais consultas (resposta estimulada): o centro de saúde fica perto de minha casa, os profissionais de saúde me tratavam bem, achei muito importante, tive apoio de minha família ou de meu parceiro, queria cuidar melhor de minha gravidez, tive acesso a transporte, entre outras.
- Fez exame de ecografia obstétrica: não ou sim;
- Frequência da participação do parceiro nas consultas de pré-natal: nunca, uma vez, duas vezes, três vezes, quatro ou mais vezes.
- Teve alta no pré-natal: não ou sim;
- Recebeu caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal: não ou sim.

e) Satisfação da mulher com o pré-natal

Foi avaliada com base no instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care*, adaptado e validado para o contexto brasileiro por Prudêncio (2012). Esse instrumento apresenta 12 questões sobre a expectativa e 29 questões

sobre a satisfação da mulher com o pré-natal recebido, porém, para este estudo, foram usados apenas 11 itens, do domínio da satisfação. O instrumento estabelece que “quanto menor é o escore, maior é a satisfação e, quanto maior a pontuação, menor é a satisfação”. Foram usadas as respectivas opções de resposta: *concordo*, *não concordo nem discordo* e *discordo* (em que) a partir das seguintes questões do domínio da satisfação:

- Satisfação com as informações dadas pelo(a) profissional de saúde sobre como a gravidez estava evoluindo;
- Satisfação com o respeito dado pelo(a) profissional que acompanhou a gravidez;
- Satisfação com o tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde;
- Satisfação com as explicações dadas pelo(a) profissional de saúde sobre o que aconteceria nas consultas pré-natais;
- Satisfação com os tipos de assuntos que o(a) profissional de saúde abordava durante as consultas de pré-natal;
- Satisfação com explicações que o(a) profissional de saúde deu sobre o que esperar quanto a ser mãe e pai de um recém-nascido;
- Satisfação com a forma como o(a) profissional de saúde acompanhou e tratou a mulher;
- Satisfação com a forma de tratamento dada pelos(as) funcionários(as);
- Satisfação com o tempo que o(a) profissional de saúde dedicou à mulher, mesmo não apresentando problemas na gravidez;
- Satisfação com as condições da sala de espera do serviço de saúde;
- Satisfação com a sala de exame do serviço de saúde.

A escolha dessas perguntas ocorreu por conta de diversos estudos sobre a satisfação com o pré-natal recebido, realizados em diferentes partes do mundo. Eles mostraram que a oferta de informações sobre o estado de saúde da mulher durante a gravidez, a gentileza e o respeito oferecidos por profissionais de saúde às mulheres e a redução do tempo de espera para ser atendida em consultas pré-natais são fatores que determinam boa parcela da satisfação da mulher com o pré-

natal recebido (Galle et al., 2015; Pozo-Cano et al., 2015; Schoenfelder et al., 2011; Sholeye; Adosede; Jeminusi, 2013).

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as análises foram conduzidas no *software* Stata 15.0. Para a descrição do perfil sociodemográfico, da história sexual e reprodutiva e do pré-natal, foram utilizados números absolutos e relativos, média, mediana e desvio-padrão. O teste de diferença entre duas proporções (Qui-Quadrado ou Exato de Fisher) foi aplicado para verificar diferenças entre a qualidade do pré-natal e o perfil sociodemográfico, a história sexual e reprodutiva das mulheres. A análise dos determinantes de qualidade do pré-natal adequado foi realizada por meio de regressão logística univariada e múltipla. A qualidade do pré-natal foi categorizada em inadequada = 0 e adequada = 1; assim, foram considerados fatores que predispõem ao risco as categorias com *odds ratio* (OR) maior que 1,0. Além disso, foram considerados fatores de proteção às categorias com OR menores 1,0. Na análise da regressão logística múltipla, as variáveis foram inseridas simultaneamente no modelo. O nível de significância de 5% foi considerado estatisticamente significativo.

3.9 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo adotou procedimentos que garantiram a não discriminação ou a estigmatização das participantes da pesquisa. As mulheres foram convidadas a participar do estudo após uma clara explicação dos objetivos. Foi enfatizado que as perguntas de cunho íntimo elas poderiam se recusar a responder, ou recusar a continuidade da entrevista a qualquer momento.

Foi também assegurado que a identidade de cada uma seria mantida em sigilo. Foram garantidas a privacidade, a confidencialidade, o anonimato, além de respeitados os valores socioculturais. Antes do início de cada entrevista, foi solicitada a anuência formal e a assinatura (ou impressão digital) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Esta pesquisa teve a aprovação do CIBSUL em Nampula, Moçambique, sob o n. 26/agosto/CIBSUL/19, pela DPS de Nampula e pelo HCN (ANEXOS C, D e E), respectivamente.

4 RESULTADOS

Com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência pré-natal no município de Nampula, em Moçambique, foram entrevistadas 393 mulheres de 18 a 49 anos de idade, com partos realizados em maternidade (n=274 ou 69,7%) ou em domicílio (n=119 ou 30,3%), no período de agosto a dezembro de 2019.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, HISTÓRIA SEXUAL E HISTÓRIA REPRODUTIVA

O perfil sociodemográfico das mulheres mostra que elas tinham, em média, 26 anos de idade (dp=5,8), frequentaram apenas o ensino primário (52,4%), eram de religião islâmica (43,4%) e residiam na região periférica do município (75,3%). Grande parte das mulheres declarou não ter atividade remunerada (89,1%) nem utilizar o sistema privado de saúde (91,1%). A maioria morava com o parceiro (88,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Número e proporção de mulheres segundo as características sociodemográficas. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
Média (dp)	26,0 (5,8)	
18-24	170	43,3
25-29	103	26,2
≥30	120	30,5
Escolaridade (anos)		
Primário (≤7)	206	52,4
Secundário (8-12)	152	38,7
Ensino superior (>12)	35	8,9
Religião*		
Islâmica	169	43,4
Católica	137	35,2
Outras	83	21,4
Local de residência		
Região periférica	296	75,3
Região urbana	97	24,7
Trabalho remunerado		
Não	350	89,1
Sim	43	10,9
Utiliza sistema privado de saúde		
Não	358	91,1
Sim	35	8,9
Mora com parceiro		
Não	44	11,2
Sim	349	88,8
Total	393	100,0

*Foram excluídas 4 mulheres que relataram não professar qualquer religião.

Quanto à história sexual e reprodutiva, observa-se na Tabela 2 que a maioria das mulheres relatou menarca entre 11 e 14 anos de idade (71,2%), primeira relação sexual aos 15 anos de idade ou mais (88,3%) e metade disse que a primeira gravidez ocorreu aos 18 anos de idade ou mais (50,9%). Mais da metade tinha entre um e três filhos (55,5%); 20,1% relataram aborto anterior, sem especificar se induzido ou espontâneo. A maior parte das mulheres que já havia engravidado mencionou a realização de pré-natal em todas as gestações anteriores (66,1%). A gravidez mais recente, ou seja, a gravidez cujo pré-natal está sendo avaliado neste estudo, foi classificada como planejada para 41,0% das mulheres.

Tabela 2. Número e proporção de mulheres segundo história sexual e reprodutiva. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	n	%
Idade na menarca (anos)		
Média (dp)		13,8 (1,3)
11-14	280	71,2
≥15	113	28,8
Idade na primeira relação sexual (anos)		
Média (dp)		16,4 (1,7)
12-14	46	11,7
≥15	347	88,3
Idade na primeira gravidez (anos)		
Média (dp)		18,1 (2,5)
13-17	193	49,1
≥18	200	50,9
Número de gravidezes anteriores, incluindo a atual		
Média (dp)		3,3 (1,7)
1-3	218	55,5
≥4	175	44,5
Tipo de parto anterior		
Normal	354	90,0
Cesariana	1	0,3
Ambos	38	9,7
Número de filhos vivos, incluindo o atual[†]		
Média (dp)		2,9 (1,6)
1-3	261	67,1
≥4	128	32,9
Aborto anterior		
Não	314	79,9
Sim	79	20,1
Natimorto anterior		
Não	346	88,0
Sim	47	12,0
Realização de pré-natal em gestações anteriores**		
Primigesta	88	22,6
Em algumas gestações	44	11,3
Em todas as gestações	257	66,1
Planejamento da gravidez mais recente		
Não planejada	122	31,0
Ambivalente	110	28,0
Planejada	161	41,0

Variável	n	%
Total	393	100,0

Informação disponível para 389 mulheres; **4 mulheres não realizaram pré-natal em gestações anteriores

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ÚLTIMA GRAVIDEZ

Quando questionadas sobre as consultas de pré-natal realizadas na última gravidez, todas as mulheres relataram que fizeram pré-natal: 39,9% iniciaram o pré-natal nos quatro primeiros meses de gravidez e praticamente metade (49,1%) realizou entre quatro e mais consultas de pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3. Número e proporção de mulheres segundo a realização de pré-natal na última gravidez. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	n	%
Fez pré-natal na última gravidez		
Não	-	-
Sim	393	100,0
IG de início do pré-natal (meses)		
Média (dp)		4,9 (1,6)
1-4	157	39,9
5-6	170	43,3
7-8	66	16,8
Número total de consultas de pré-natal realizadas		
Média (dp)		3,8 (1,7)
1-3	200	50,9
≥4	193	49,1
Total	393	100,0

Entre as mulheres que iniciaram tardiamente o pré-natal, ou seja, após o quarto mês de gravidez (16 semanas) (n=236), a principal razão para justificarem o início tardio foi por acharem que a barriga estava pequena (42,6%), seguida pelo fato de não terem quem as acompanhasse às consultas (24,1%) e não saberem que estavam grávidas (19,8%) (dados não mostrados em tabela).

Entre as mulheres que realizaram menos de quatro consultas de pré-natal na última gravidez (n=200), as principais razões para isso foram que elas não achavam importante a realização de muitas consultas de pré-natal (36,0%), pelo fato de não terem quem as acompanhasse às consultas (25,5%) e pelo fato de o centro de saúde ficar distante ou ser de difícil acesso para elas (24,5%) (dados não mostrados em tabela).

As mulheres que fizeram mais de quatro consultas de pré-natal na última gravidez (n=193) também foram questionadas sobre os aspectos que contribuíram para que alcançassem o mínimo recomendado de consultas. Elas justificaram que queriam cuidar melhor da gravidez (69,9%), tiveram acesso ao transporte pago por elas próprias ou pela família (31,1%) e tiveram apoio da família e/ou do parceiro (29,5%) (dados não mostrados em tabela).

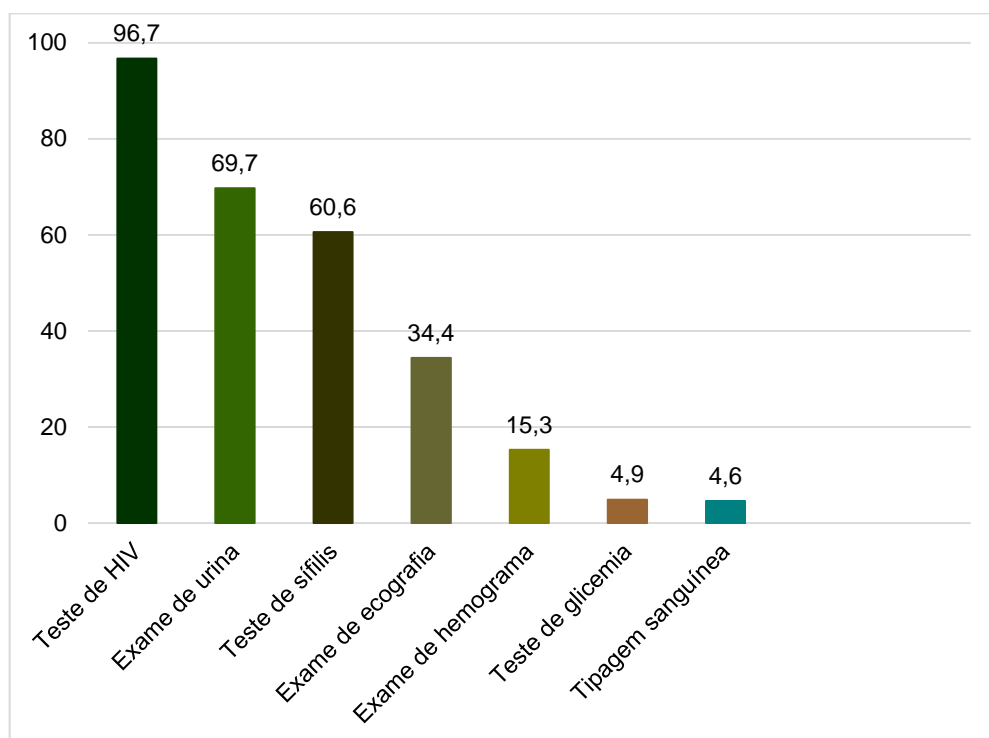
Embora nenhum desses achados tenha sido indicado em tabela, eles são apresentados no APÊNDICE D, de maneira completa, ou seja, com todas as razões pelas quais o pré-natal foi iniciado tardiamente, pelas quais houve a realização de menos de quatro consultas de pré-natal e a realização de quatro ou mais consultas de pré-natal na última gravidez.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ÚLTIMA GRAVIDEZ

Para avaliar a qualidade do pré-natal realizado na última gravidez, as mulheres também responderam a questionamentos a respeito da realização de exames, de procedimentos clínico-obstétricos, de medidas preventivas, de orientações e se ficaram satisfeitas com o pré-natal recebido.

Quanto aos exames preconizados no pré-natal, a maioria relatou ter realizado teste de HIV (96,7%). Uma proporção mais baixa comentou ter feito exame de urina (69,7%) e teste de sífilis (60,6%), conforme mostra a figura 5. Poucas mulheres chegaram a realizar teste de glicemia (4,9%) e tipagem sanguínea (4,6%).

Figura 5. Proporção de mulheres no puerpério segundo os exames realizados durante o pré-natal. Nampula, Moçambique, 2019.



Informação disponível para 391 mulheres nos testes de HIV, sífilis, malária, exame de hemograma e tipagem sanguínea.

Outro exame investigado foi a ecografia. Embora não faça parte dos procedimentos mínimos recomendados no pré-natal, observou-se que 34,4% das mulheres relataram a realização do referido exame. Neste estudo, a realização do exame de ecografia na consulta de pré-natal não constitui critério para avaliar a qualidade do pré-natal.

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos cumpridos durante o pré-natal, 51,2% das mulheres relataram de uma a três avaliações de pressão arterial; 52,7%, de uma a três avaliações do peso; 54,2%, de uma a três prescrições de sulfato ferroso; 51,9%, de uma a três verificações da altura uterina; 52,2%, de uma a três verificações da ausculta dos batimentos cardíofetais, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4. Número e proporção de mulheres no puerpério segundo a realização de procedimentos clínico-obstétricos durante o pré-natal. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	n	%
Número de avaliações da pressão arterial		
Média (dp)		2,1 (1,5)
Nenhuma	88	21,9
<4	201	51,2
≥4	106	26,9
Número de avaliações do peso		
Média (dp)		3,1 (1,0)
Nenhuma	3	0,8
<4	207	52,7
≥4	183	46,5
Número de ofertas de sulfato ferroso		
Média (dp)		3,0 (1,1)
Nenhuma	7	1,8
<4	213	54,2
≥4	173	44,0
Número de medições da altura uterina		
Média (dp)		3,2 (0,9)
Nenhuma	-	-
<4	204	51,9
≥4	189	48,1
Número de auscultas dos batimentos cardíofetais		
Média (dp)		3,2 (0,9)
Nenhuma	1	0,3
<4	205	52,2
≥4	187	47,5
Total	393	100,0

Em relação às medidas preventivas, observou-se que 22,9% das mulheres relataram ter recebido dose completa de vacina antitetânica durante o pré-natal. Ainda, mais da metade indicou dose completa da profilaxia com fansidar (58,5%) (Tabela 5).

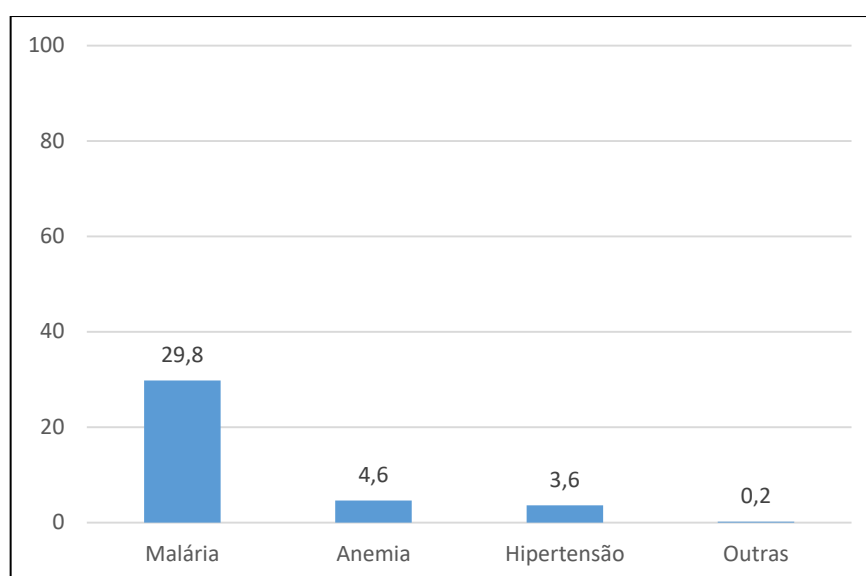
Tabela 5. Proporção de mulheres no puerpério segundo medidas preventivas realizadas durante o pré-natal. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	n	%
Vacina contra o tétano (em doses)		
Nenhuma	21	5,3
1	77	19,6
2	205	52,2
Vacinação completa	90	22,9
Profilaxia com fansidar (em doses)		
Nenhuma	45	11,5
1	44	11,2
2	74	18,8
Dose completa (três ou mais)	230	58,5
Total	393	100,0

Pouco mais de um terço (34,1%) relatou alguma intercorrência de saúde durante a última gravidez, sendo a malária a mais frequente (Figura 6). Quando questionadas se receberam o tratamento para essa intercorrência, todas afirmaram que sim (dado não apresentado em tabela).

Por fim, todas as participantes disseram ter recebido a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal logo na primeira consulta de pré-natal (dado não apresentado em tabela).

Figura 6. Proporção de mulheres no puerpério segundo intercorrências na gravidez. Nampula, Moçambique, 2019.

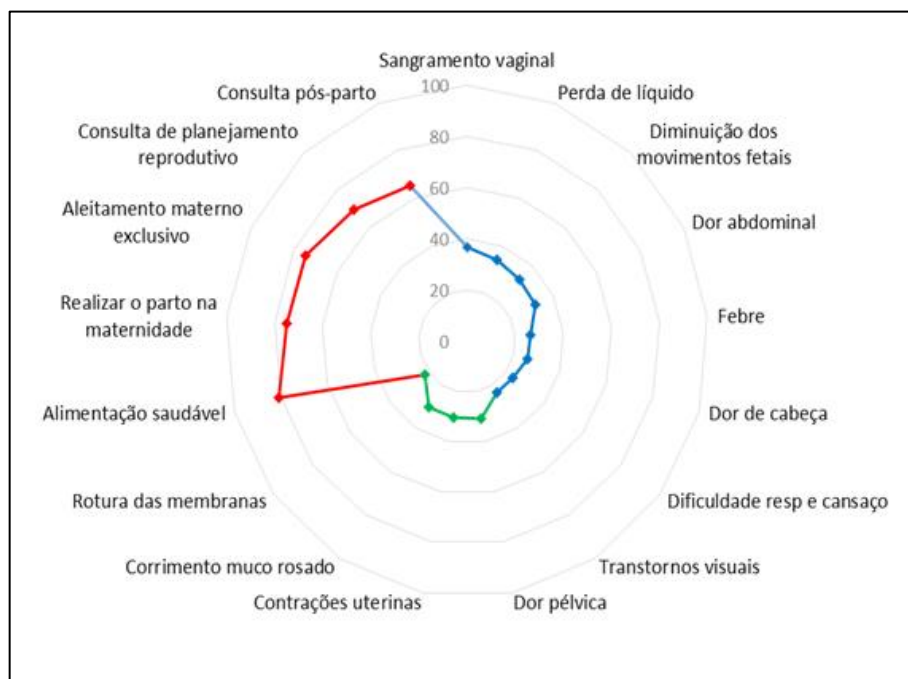


A figura 7 mostra a proporção de mulheres que relataram ter recebido orientações gerais (alimentação saudável, realizar o parto na maternidade, aleitamento materno exclusivo, consulta de planejamento reprodutivo e consulta pós-parto), orientações sobre sinais de risco na gravidez (sangramento vaginal, perda de líquido, diminuição dos movimentos fetais, dor abdominal, febre, dor de cabeça, dificuldade respiratória, cansaço e transtornos visuais) e orientações sobre sinais de parto (dor pélvica, contrações uterinas, corrimento de muco rosado e rotura das membranas) durante as consultas de pré-natal.

Os resultados mostram que foi alta a proporção de mulheres que relatou ter recebido orientações gerais, sendo a alimentação saudável a orientação geral mais frequentemente citada. As proporções de mulheres que relataram receber orientações sobre sinal de risco na gravidez e sobre sinal de parto foram baixas.

Ressalta-se que os transtornos visuais e a rotura das membranas foram as orientações de sinal de risco e de parto menos citadas pelas mulheres.

Figura 7. Proporção de mulheres segundo o recebimento de orientações gerais, sobre sinais de risco e de parto ofertadas durante o pré-natal. Nampula, Moçambique, 2019.

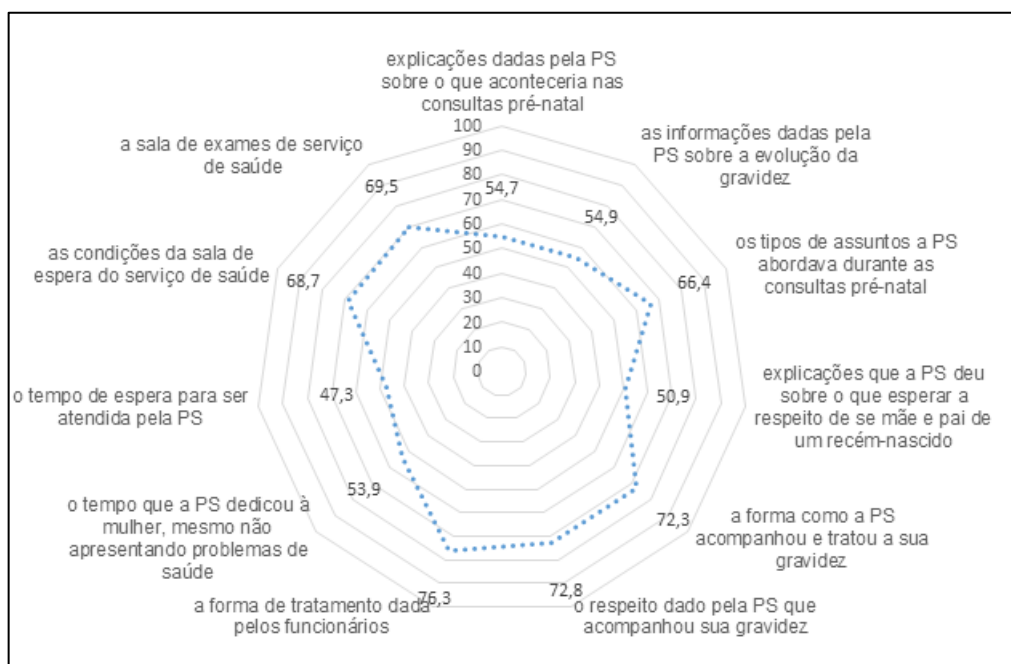


■ Orientações gerais ■ Orientações sobre sinais de parto ■ Orientações sobre sinais de risco

A maioria das mulheres relatou estar satisfeita com o pré-natal realizado na última gravidez¹⁰. Em especial, as mulheres mostraram-se mais satisfeitas com o tratamento da equipe de saúde (76,3%), com o respeito do(a) profissional que acompanhou a gravidez (72,8%), com a forma como o(a) profissional de saúde acompanhou e tratou a gravidez, ou seja, a cordialidade e a gentileza que o(a) profissional de saúde manifestou durante as consultas de pré-natal (72,3%), e, por fim, com a sala de exame do serviço de saúde (69,5%). No entanto, a satisfação com o tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde foi mais baixa, não abrangendo nem metade das mulheres entrevistadas (47,3%) (Figura 8).

¹⁰A satisfação foi mensurada com base em 11 itens do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (Prudêncio, 2012).

Figura 8. Proporção de mulheres no puerpério segundo a satisfação com o pré-natal. Nampula, Moçambique, 2019.



PS: Profissional de Saúde; CPN: Consulta Pré-Natal.

Quando questionadas se os parceiros participavam das consultas de pré-natal, 53,0% das mulheres responderam que estiveram acompanhadas pelo parceiro apenas uma única vez (dado não apresentado em tabela). Neste estudo, a participação do parceiro na consulta de pré-natal não constitui critério para avaliar a qualidade do pré-natal.

4.4 QUALIDADE DO PRÉ-NATAL REALIZADO NA ÚLTIMA GRAVIDEZ

Neste estudo, foram consideradas duas estratégias para avaliar a qualidade da assistência pré-natal. Na primeira, as mulheres cujo pré-natal contemplou o conjunto de componentes que garantiram um patamar mínimo de qualidade descritos por Benova et al. (2018) foram classificadas como tendo o “pré-natal básico”; na segunda, as mulheres cujo pré-natal contemplou o conjunto estendido de componentes recomendados pelo MISAU de Moçambique (Ministério da Saúde, 2016) foram classificadas como tendo o “pré-natal ampliado”. Ao todo, 45 mulheres (11,5%) alcançaram os critérios para ter seu pré-natal classificado como básico. Por

sua vez, apenas cinco mulheres, ou 1,3% da amostra, alcançaram os critérios para ter seu pré-natal classificado como ampliado (Tabela 6).

Como o número de mulheres com pré-natal ampliado foi muito baixo, impossibilitando análises estatísticas robustas, optou-se por proceder com a análise da qualidade do pré-natal em Nampula, Moçambique, considerando conjuntamente as mulheres que tiveram o pré-natal classificado como ampliado e as mulheres que tiveram o pré-natal classificado como básico, o que passa a ser aqui denominado “pré-natal adequado”, que totalizou 12,8%. Dessa forma, a proporção de mulheres com pré-natal classificado como “inadequado” totalizou 87,2%.

Tabela 6. Critérios utilizados para a classificação da qualidade da assistência pré-natal. Nampula, Moçambique, 2019.

Indicadores	Pré-natal		Indicadores	Pré-natal	
	n	%		n	%
Básico - 45 mulheres (11,5%)			Ampliado - 5 mulheres (1,3%)		
IG de início de pré-natal: menor ou igual a quatro meses (≤ 16 semanas)	157	39,9			
Número de consultas: quatro ou mais consultas de pré-natal	193	49,1			
Realizado teste de HIV: pelo menos um teste	378	96,7			
Realizado exame de urina: pelo menos um exame	274	69,7			
Quatro ou mais aferições da pressão arterial	106	26,9		IDEM	
Quatro ou mais medições do peso corporal	183	46,5			
Quatro ou mais ofertas de sulfato ferroso	173	44,0			
Vacina contra tétano: duas doses ou vacinação completa	295	75,1			
Profilaxia da malária: três ou mais doses	230	58,5			
			Exame de hemograma: pelo menos um exame	60	15,3
			Exame de sífilis: pelo menos um exame	237	60,6
			Tipagem sanguínea: pelo menos um exame	18	4,6
			Teste de glicemia: pelo menos um teste	19	4,9
			Medição da altura uterina: quatro ou mais medições	189	48,1
			Ausculta de batimentos cardíacos: quatro ou mais	187	47,5
			Orientações gerais*	218	55,5
			Orientações de sinais de risco*	76	19,3
			Orientações de sinal de parto*	83	21,1

*Consideradas as mulheres que responderam sim a todos os cuidados que compõem as orientações.

Comparando-se as mulheres que tiveram pré-natal adequado com aquelas que tiveram pré-natal inadequado, observa-se na tabela 7 que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à escolaridade ($p < 0,001$), ao trabalho remunerado ($p < 0,001$), a ter realizado pré-natal em gestações anteriores ($p = 0,038$) e ao planejamento da última gravidez ($p = 0,030$). Isso significa que mulheres com pré-natal adequado eram mais escolarizadas, tinham trabalho remunerado, realizaram pré-natal em gestações anteriores e tinham gravidez planejada em maior proporção que as mulheres com pré-natal classificado como inadequado.

Tabela 7. Comparação entre as mulheres com pré-natal adequado e com pré-natal inadequado segundo variáveis sociodemográficas, reprodutivas e planejamento da gravidez. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	Qualidade do pré-natal				p
	Adequado		Inadequado		
	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)					0,289
18-24	18	36,0	152	44,3	
25-29	12	24,0	91	26,5	
≥30	20	40,0	100	29,2	
Escolaridade (anos)					<0,001
Primário (≤7)	15	30,0	191	55,7	
Secundário (8-12)	24	48,0	128	37,3	
Ensino superior (>12)	11	22,0	24	7,0	
Religião**					0,552
Islâmica	19	38,0	150	44,3	
Católica	21	42,0	116	34,2	
Outras	10	20,0	73	21,5	
Local de residência					0,102
Região periférica	33	66,0	263	76,7	
Região urbana	17	34,0	80	23,3	
Utiliza sistema privado de saúde					0,059
Não	42	84,0	316	92,1	
Sim	8	16,0	27	7,9	
Trabalho remunerado					<0,001
Não	36	72,0	314	91,6	
Sim	14	28,0	29	8,4	
Mora com parceiro*					0,095
Não	2	4,0	42	12,2	
Sim	48	96,0	301	87,8	
Idade na menarca (anos)					0,645
11-14	37	74,0	243	70,9	
≥15	13	26,0	100	29,1	
Idade na primeira relação sexual (anos)*					0,817
12-14	5	10,0	41	12,0	
≥15	45	90,0	302	88,0	
Idade na primeira gravidez (anos)					0,282

Variável	Qualidade do pré-natal				p
	Adequado		Inadequado		
	n	%	n	%	
13-17	21	42,0	172	50,1	0,597
≥18	29	58,0	171	49,9	
Número de gravidezes anteriores, incluindo a atual					0,597
1-3	26	52,0	192	56,0	
≥ 4	24	48,0	151	44,0	
Número de filhos vivos, incluindo o atual*					0,884
1-3	34	68,0	227	67,0	
≥ 4	16	32,0	112	33,0	
Aborto anterior					0,720
Não	39	78,0	275	80,2	
Sim	11	22,0	68	19,8	
Natimorto anterior*					0,817
Não	45	90,0	301	87,8	
Sim	5	10,0	42	12,2	
Realização de pré-natal em gestações anteriores***					0,038
Primigesta	10	20,0	78	23,0	
Em algumas gestações	11	22,0	33	9,7	
Em todas as gestações	29	58,0	228	67,3	
Planejamento da última gravidez					0,030
Não planejada	10	20,0	112	32,7	
Ambivalente	11	22,0	99	28,9	
Planejada	29	58,0	132	38,4	
Total	393		100,0		

*O valor de p foi calculado por meio de Exato de Fisher; **4 mulheres relataram não seguir qualquer religião; ***4 mulheres não realizaram pré-natal em gestações anteriores.

A tabela 8 apresenta os aspectos associados à realização de pré-natal adequado por meio da análise de regressão logística univariada e múltipla. Os resultados da regressão logística univariada mostraram que mulheres com mais de 12 anos de escolaridade tiveram 5,84 vezes a chance de ter pré-natal adequado em comparação às mulheres com ensino primário (IC95%=2,41-14,16); mulheres com trabalho remunerado tiveram 4,21 vezes a chance de ter pré-natal adequado em comparação às mulheres sem trabalho (IC95%=2,04-8,70); mulheres que realizaram pré-natal em gestações anteriores tiveram 2,62 vezes a chance de ter pré-natal adequado em comparação às primigestas (IC95%=1,20-5,74); e mulheres que planejaram a gravidez tiveram 2,46 vezes a chance de ter pré-natal adequado em comparação às mulheres com gravidez não planejada (IC95%=1,15-5,27).

No modelo da regressão logística múltipla, observou-se que permaneceram associados ao pré-natal adequado apenas as variáveis ter realizado pré-natal em gestações anteriores e ter tido uma gravidez planejada. Assim, mulheres que fizeram pré-natal em gestações anteriores tiveram 4,28 vezes a chance de ter pré-natal adequado em comparação às primigestas (IC95%=1,45-12,69); e, por fim,

mulheres que planejaram a gravidez tiveram 2,51 vezes a chance de ter pré-natal adequado em comparação às mulheres com gravidez não planejada (IC95%=1,11-5,68).

Não foi usada a variável “mora com parceiro” no modelo da regressão logística múltipla, pois ela apresenta categoria com valores abaixo de 10 mulheres, o que interferiria na obtenção de resultados adequados do ponto de vista estatístico.

Tabela 8. Modelos da regressão logística univariada e múltipla para explicar a realização do pré-natal adequado. Nampula, Moçambique. 2019.

Variável	Univariada		Múltipla	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Faixa etária (anos)				
18-24	1,00	-	1,00	-
25-29	1,11	0,51-2,42	0,94	0,38-2,37
≥30	1,69	0,85-3,35	1,56	0,52-4,71
Escolaridade (anos)				
Primário (≤7)	1,00	-	1,00	-
Secundário (8-12)	2,39	1,21-4,72	1,97	0,91-4,24
Ensino superior (>12)	5,84	2,41-14,16	3,00	0,91-9,86
Religião*				
Islâmica	1,00	-	1,00	-
Católica	1,43	0,73-2,78	1,26	0,61-2,60
Outras	1,08	0,48-2,44	0,89	0,36-2,17
Local de residência				
Região periférica	1,00	-	1,00	-
Região urbana	1,69	0,90-3,20	1,37	0,67-2,80
Utiliza sistema privado de saúde				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	2,23	0,95-5,23	1,01	0,36-2,83
Trabalho remunerado				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	4,21	2,04-8,70	2,27	0,95-5,44
Mora com parceiro***				
Não	1,00	-		
Sim	3,35	0,78-14,29		
Número de gestações anteriores, incluindo a atual				
1-3	1,00	-	1,00	-
≥4	1,17	0,65-2,13	0,90	0,35-2,33
Aborto anterior				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	1,14	0,56-2,34	0,35	0,12-1,03
Realização de pré-natal em gestações anteriores**				
Primigesta	1,00	-	1,00	-
Em algumas gestações	1,01	0,47-2,16	1,09	0,43-2,77
Em todas as gestações	2,62	1,20-5,74	4,28	1,45-12,69
Planejamento da última gravidez				
Não planejada	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	1,24	0,51-3,05	1,37	0,54-3,53
Planejada	2,46	1,15-5,27	2,51	1,11-5,68

Teste de Hosmer e Lemeshow: $p=0,6409$. *Excluídas 4 mulheres que relataram não ter religião.
Excluídas 4 mulheres que relataram não ter realizado pré-natal em gestações anteriores. *Não foi feito o modelo de regressão logística múltipla por apresentar caselas com n menor que 10.

5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a qualidade do pré-natal realizado por mulheres residentes no município de Nampula, Moçambique, com base nos critérios do Ministério da Saúde (2016) e nos critérios utilizados por Benova et al. (2018). Para alcançar os objetivos propostos, foram entrevistadas mulheres no puerpério com parto ocorrido na maternidade ou em domicílio no período de agosto a dezembro de 2019. As mulheres responderam a questionamentos sobre o início do pré-natal, o número de consultas realizadas, a condução de exames laboratoriais, de procedimentos clínico-obstétricos, de medidas preventivas e de orientações feitas durante o último pré-natal. Trata-se do primeiro estudo dedicado a avaliar a qualidade da assistência pré-natal ofertada às mulheres usuárias de unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde em Nampula.

De acordo com os critérios adotados, os achados apontam um cenário preocupante, uma vez que a assistência pré-natal foi classificada como adequada apenas para cerca de 13% das mulheres entrevistadas. Embora a comparação com outros estudos seja delicada por conta de diferentes metodologias empregadas para classificar a qualidade da assistência ao pré-natal, estudos conduzidos na Nigéria e no Paquistão obtiveram achados que variaram de 11% a 13% de adequação (Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Venkateswaran et al., 2019), ao passo que estudos realizados na Zâmbia, em Serra Leoa, na Etiópia, no Brasil e no México verificaram percentuais de 29% a 72% (Heredia-Pi et al., 2016; Kassaw, Debie, Geberu, 2020; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012; Tsunehiro et al., 2018).

Possivelmente, essas diferenças sejam resultantes da variedade de critérios de avaliação, da organização do sistema de saúde, bem como dos contextos sociodemográficos e econômicos de cada país ou região, que podem determinar a oferta e acesso aos serviços de saúde de qualidade. No caso dos países africanos, constituem critérios de avaliação da qualidade do pré-natal, em geral, a IG do início do pré-natal (entre 12 a 16 semanas), a realização de quatro ou mais consultas, exames de HIV, sífilis, hemograma, tipagem sanguínea, glicemia, exame de urina, tratamento preventivo da malária, oferta do sulfato ferroso, administração da vacina antitetânica, peso da mulher, medição da altura uterina, auscultação do batimento fetal, informações de estrutura física e disponibilidade de material (Afulani et al.,

2019; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Kassaw, Debie, Geberu, 2020; Koroma et al., 2017; Kyei et al., 2012) critérios esses semelhantes aos usados neste estudo, com exceção das informações de estrutura física e disponibilidade de material.

Países que possuem maiores recursos econômicos e/ou com serviços de saúde mais bem organizados e cuja população é mais escolarizada em relação à do continente africano apresentam diferentes critérios de avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Nesses países, como o Brasil e o México, em geral, recomenda-se o início do pré-natal com até 12 semanas de gestação e número maior de contatos com profissionais de saúde, ao menos seis consultas, para além de procedimentos clínicos, exames laboratoriais, medidas preventivas e orientações (Heredia-Pi et al., 2016; Ministério da Saúde, 2018; Zanconato et al., 2006).

Apesar da existência de diferentes critérios adotados na avaliação da qualidade pré-natal entre os países, sejam eles de alta, média ou baixa renda, não são os critérios em si que determinam a qualidade do pré-natal, mas sim a organização do próprio serviço de saúde, o investimento em atenção primária e o contexto socioeconômico em que as mulheres estão inseridas (Goudard et al., 2015; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009).

Nossos achados traduzem, aparentemente, maior dificuldade no acesso ao pré-natal de qualidade em Nampula. Buss (2007) já alertava que países em que a maior parte da população possui nível baixo de escolaridade e renda são mais propensos a ofertarem cuidados de saúde com mais baixa qualidade, pois são os mais empobrecidos que vivem em piores condições sociais, ambientais e sanitárias.

Ademais, à existência de serviços de saúde inadequados muitas vezes está atrelada a falta de equipamentos básicos para a assistência à saúde da população, a falta de profissionais de saúde qualificados para a assistência à saúde da mulher e a existência de problemas no acesso aos cuidados de saúde, dificuldades essas que a população de países como Moçambique enfrenta dia após dia, principalmente a parcela que reside nas regiões rurais (Ministério da Saúde, 2013). Um estudo sobre os desafios e as oportunidades para implementar cuidados pré-natais baseados em evidências conduzido em Moçambique mostrou que infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e escassez crônica de material constituem barreiras para a busca da assistência pré-natal ao nível das unidades sanitárias (Biza et al., 2015). No entanto, a distância entre as residências das mulheres e as unidades sanitárias, a falta de dinheiro para fazer o tratamento e a ausência de acompanhamento para

os cuidados de saúde foram os problemas de acesso aos serviços de saúde materna citados pelas mulheres (Ministério da Saúde, 2013). Salienta-se que essas barreiras contribuem para a ocorrência de altas taxas de morbimortalidade materna no país, visto que, em estudo sobre a avaliação das necessidades de saúde materna e neonatal, os fatores que contribuíram para a morte materna foram a chegada tardia às unidades de saúde, em cerca de 54,4% dos casos, seguida do atraso para receber os cuidados, em cerca de 28,2% dos casos (Ministério da Saúde, 2015).

A realização deste estudo foi essencial para estimar a proporção de mulheres com pré-natal adequado em Nampula. Isso é importante para desenhar e desenvolver políticas e programas de saúde materna mais eficazes, tendo em conta a importância da assistência pré-natal na redução da alta taxa de mortalidade materna e neonatal em Moçambique, para definir intervenções apropriadas e para reduzir as desigualdades no acesso ao cuidado pré-natal no município. Compreender que as mulheres com pré-natal adequado em Nampula possuíam maior escolaridade, tinham trabalho remunerado, realizaram pré-natal em gestações anteriores e, por último, tiveram sua última gravidez classificada como planejada pode auxiliar no alcance de melhores resultados na saúde materna de várias formas.

Uma delas é reconhecer que esse mesmo perfil – alto nível de escolaridade, trabalho remunerado, realização de pré-natal em gestações anteriores e gravidez planejada – também esteve associado à adequação do pré-natal em estudos conduzidos em outros contextos, tanto fora do continente africano, no caso, no Brasil, no México e no Nepal (Heredia-Pi et al., 2016; Joshi et al., 2014; Mário et al., 2019; Santos et al., 2019), quanto em países africanos, como Etiópia, Quênia e Nigéria (Afulani et al., 2019; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Kassaw, Debie, Geberu, 2020; Mekonnen et al., 2019).

Ressalta-se, dentre as características que compõem esse perfil, a importância da educação. Dados do mais recente inquérito realizado em Moçambique (Ministério da Saúde, 2018) confirmam nossos achados ao mostrar que a proporção de mulheres que tiveram quatro ou mais consultas pré-natais aumentou com o nível de escolaridade, passando de 43% entre as mulheres sem qualquer nível de escolaridade para 72% entre as mulheres com o ensino secundário ou superior (Ministério da Saúde, 2018).

Paes-Sousa, Chavane, Coelho (2019), em estudos sobre diversidades e convergências nos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique, destacaram a educação materna como elemento que tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde e para a redução das desigualdades em saúde, uma vez que o mais alto nível de escolaridade da mulher foi determinante na escolha do local do parto e na redução do índice de mortalidade infantil.

Diversos estudos têm mostrado que a escolaridade da mulher tem efeitos importantes sobre a saúde reprodutiva, pois mulheres com escolaridade mais alta tiveram mais chance de realizar alguma medida de preparo pré-concepcional, de usar anticoncepção de emergência, além de terem tido menos chance de vivenciar uma gravidez não planejada (Borges et al., 2020; Nascimento, Borges, Fujimori, 2019; Santos; Santa Rosa; Borges, 2015; Wellings et al., 2013). Da mesma forma, o aumento da escolaridade diminui a chance de ocorrência de casamento infantil e na adolescência e de gravidez precoce (Wodon et al., 2018; Wodon, 2014).

Para além de ser um determinante do acesso à assistência à saúde de qualidade como um todo e, em particular, da assistência pré-natal, a educação faz parte dos 19 ODS a serem alcançados até o ano de 2030. A garantia da educação de qualidade, além de diminuir as taxas de abandono escolar, contribuirá direta e indiretamente para o melhoramento da saúde em geral e da mulher em particular, pois mulheres mais escolarizadas tendem a ser mais determinadas, autônomas, possuem maior nível de conhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo, do ciclo menstrual e de uso de métodos anticonceptivos (World Health Organization, 2015b).

O relatório das Nações Unidas sobre a estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030) ressalta que o investimento na educação da mulher produz benefícios para a saúde reprodutiva como um todo, ou seja, o aumento da escolaridade entre as mulheres permite gestações mais tardias e taxas de fecundidade reduzidas; melhor nutrição para gestantes e lactantes e seus bebês; menores taxas de mortalidade infantil; e maior participação no processo político (Every Woman Every Child, 2016).

Em Moçambique, o direito à educação é assegurado pela constituição moçambicana em seu artigo 88º, que estabelece a educação como direito de cada cidadão (Ministério do Género, Criança e Acção Social, 2016). Até o ano de 2018, a gratuidade da educação era garantida até a conclusão do ensino primário, ou seja,

sete anos de escolaridade, e o Estado era responsável por garantir a matrícula de todas as crianças com idade escolar e a distribuição gratuita de livros escolares (Ministério do Género, Criança e Acção Social, 2016). No ano de 2019, por meio do Decreto n. 79/2019, foi aprovado o regulamento da lei do Sistema Nacional de Educação que garante a gratuidade até a 9ª classe, o que poderá melhorar a escolaridade das mulheres moçambicanas no futuro (República de Moçambique, 2019). Embora o percentual de mulheres sem nível de escolaridade tenha diminuído com o passar dos anos – de 41% em 2003 para 26% em 2015 –, seu nível de escolaridade continua baixo se comparado ao dos homens, pois duas em cada dez mulheres e um em cada dez homens não possuem nenhum nível de escolaridade; 23% das mulheres e 36% dos homens frequentaram, pelo menos, o ensino secundário (Ministério da Saúde, 2018).

O alto percentual da baixa escolaridade entre as mulheres moçambicanas é resultado das desistências escolares por conta de aspectos socioeconômicos e culturais. Em relação aos aspectos socioeconômicos, destaca-se a falta ou poucos recursos econômicos que os pais e/ou encarregados da educação da menina têm para arcar com a taxa de matrícula, o material e o uniforme escolares, além de que existe a crença de que é melhor investir no menino do que na menina, pois, ao casar, esta passará a contribuir para outra família. Quanto aos aspectos culturais, destaca-se a prática/realização de ritos de iniciação¹¹, casamentos prematuros e gravidez na adolescência (Ministério do Género, Criança e Acção Social, 2016).

Diante do cenário de elevadas taxas de analfabetismo feminino e de maior número de desistência por conta dos aspetos socioeconômicos e culturais, é de extrema importância a criação de políticas públicas que possam reter a mulher por mais tempo nas escolas e diminuir as taxas de abandono escolar. Recomendamos,

¹¹Ritos de iniciação: são um componente cultural importante no processo de definição da identidade em algumas comunidades em Moçambique, no Norte e no Centro do país. É durante esse processo que são transmitidos os valores que definem como os meninos e as meninas irão comportar-se no futuro, não só em nível social, mas também quanto a sua sexualidade. Os ritos de iniciação são um exemplo de prática sociocultural que põe as meninas e mulheres em situação de subordinação em relação aos rapazes e homens. Os ritos regulam os comportamentos, tentando conservar as hierarquias e reforçar as desigualdades de gênero (função de chefe para o homem e de mãe para a mulher). Essas práticas têm reproduzido o modelo da inferioridade das mulheres/meninas, o que legitima a cultura de dominação patriarcal. A realização desses ritos pode levar entre uma semana até um mês para meninas e de um a dois meses para rapazes, período no qual os iniciados não devem frequentar as escolas. Os ritos de iniciação, legitimando a passagem das crianças à idade adulta e à sexualidade, incentivam o casamento prematuro e o conseqüente abandono escolar 8 (Ministério do Género, Criança e Acção Social, 2016).

pois, por exemplo, a gratuidade seja garantida a todas as mulheres do ensino primário ao secundário e que sejam ofertadas a todas as crianças do país merenda e uniforme escolar durante o período das aulas.

Mulheres que relataram ter trabalho remunerado também tiveram mais chance de ter pré-natal adequado em comparação às mulheres sem trabalho. Esse achado está de acordo com os estudos realizados no Nepal, na Nigéria e na Etiópia (Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Joshi et al., 2014; Kassaw, Debie, Geberu, 2020). Isso pode ser justificado pelo fato de que o trabalho remunerado, provavelmente, ajuda as mulheres no pagamento das despesas de viagens aos serviços de saúde, o que permite o acesso facilitado aos serviços de assistência pré-natal que ofertam atendimento de maior qualidade. Além disso, as mulheres com trabalho remunerado provavelmente são aquelas que possuem maior autonomia em relação às próprias vida e saúde.

Mulheres com gravidez não planejada tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente, e isso impacta de modo direto a qualidade do pré-natal. Mulheres que iniciam mais tarde tendem a fazer menos consultas durante todo o pré-natal (Costa et al., 2010). Ainda, a vivência de uma gravidez não planejada desfavorece a adesão às medidas preventivas do pré-natal (Cheng et al., 2009; Gipson; Koenig; Hindin, 2008; Mezzomo et al., 2007; Morin et al., 2002). Os achados deste estudo mostram que mulheres com gravidez planejada foram as com mais chance de ter um pré-natal adequado e esse resultado está de acordo com outros estudos internacionais (Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Santos et al., 2019). Não é coincidência que as mulheres entrevistadas que tiveram sua gravidez classificada como planejada também tinham mais alto nível de escolaridade (dados não mostrados em Resultados), o que parece mostrar que tais eventos estão interligados e atuam, dessa forma, limitando ou potencializando a possibilidade das mulheres grávidas terem acesso ao pré-natal de boa qualidade.

Em Moçambique, dados sobre a intenção de engravidar são unicamente disponíveis no IMASIDA 2015, que constatou que 78% das gravidezes foram desejadas, 17% ocorreram em momento inoportuno e 5% foram indesejadas (Ministério da Saúde, 2018). Esses dados apresentam algumas fragilidades, pois a intencionalidade da gravidez foi avaliada por uma única pergunta: “O nascimento mais recente do seu(sua) filho(a) foi desejado na altura em que ocorreu (nascimento planejado), em uma altura posterior (nascimento não planejado) ou não desejado

(nascimento indesejado)?” (Ministério da Saúde, 2018). Já é sabido que a mensuração da intenção de engravidar precisa considerar outros elementos, como a participação do parceiro, a interrupção no uso de métodos contraceptivos, a realização de uma ou mais medidas a fim de preparar-se para uma gravidez, entre outros (Barrett; Wellings, 2002).

Dessa forma, nossos achados podem não ser diretamente comparáveis aos dados de IMASIDA 2015, (Ministério da Saúde, 2018), uma vez que mensuramos o planejamento de engravidar e não o desejo. Mesmo assim, a proporção de mulheres com planejamento da gravidez foi menor do que verificado no IMASIDA e em estudo conduzido no Reino Unido (54,8%) (Wellings et al., 2013), embora maior se comparada aos achados de estudo brasileiro, que foi 33,3% (Borges et al., 2011). Tais diferenças podem ser explicadas pelo fato que poucas mulheres moçambicanas utilizam métodos contraceptivos (27%) e muitas desejam ter mais filhos (58%), além do que a taxa de fecundidade é 5,3 filhos por mulher (Ministério da Saúde, 2018). Ou seja, há um padrão de preferência por famílias maiores, o que leva as mulheres a considerarem que suas gestações oportunas e desejadas. Diante da relação entre a intenção de engravidar e qualidade do pré-natal, é preciso, também, fortalecer as ações de planejamento reprodutivo a fim de que as mulheres e os casais alcancem sua intenção reprodutiva (Leal et al., 2018), dado que isso poderá repercutir positivamente no acesso ao pré-natal de boa qualidade.

Não foram encontrados estudos nas literaturas nacional e internacional que comparem a qualidade da assistência pré-natal nas unidades de saúde levando em consideração o impacto da variável de realização do pré-natal em gestações anteriores, o que impede uma análise comparativa de resultados. De acordo com os achados deste estudo, pode-se deduzir que a realização de pré-natal nas gestações anteriores propiciou experiências positivas às mulheres, experiências essas que permitiram a elas a realização de um pré-natal adequado posteriormente, que constitui a base de uma maternidade saudável.

Segundo a World Health Organization (2016), uma experiência positiva durante a gestação significa uma gestação saudável para a mãe e seu concepto, normalidade física e sociocultural, uma transição eficaz para o trabalho de parto e uma maternidade positiva.

Embora os resultados deste estudo mostrem que todas as mulheres realizaram o pré-natal, a qualidade desse cuidado, segundo os critérios propostos

pelo MISAU, continua sendo um desafio. Por conta disso, é fundamental aprimorar as ações e as intervenções destinadas à melhoria da qualidade da assistência pré-natal em Nampula, com o objetivo de prevenir e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal no município. Estudiosos do tema ressaltam que a morbidade e mortalidade maternas e neonatais é reflexo da falta de serviços de saúde e de uma inadequada assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal (Carvalho et al., 2015; Ministério da Saúde, 2018; World Health Organization, 2016, 2017a). Assim, para a redução e a prevenção das morbimortalidades materna e neonatal, é imprescindível a oferta de uma assistência pré-natal adequada.

As mulheres que conseguiram acessar um pré-natal adequado foram aquelas que possuíam alto nível de escolaridade, trabalho remunerado, realização de pré-natal em gestações anteriores e gravidez planejada; com isso, é necessário promover a escolaridade e a autonomia da mulher. A análise de regressão múltipla mostrou que, na verdade, ter realizado pré-natal anteriormente e ter vivenciado uma gravidez planejada é que permaneceram associadas a ter um pré-natal adequado. Embora os serviços de saúde pouco possam atuar sobre a escolaridade e o trabalho feminino, é seu papel contribuir para que as mulheres e casais sejam subsidiados a planejar suas gestações e garantir que todas as gestantes façam pré-natal em todas suas gestações, elementos determinantes no acesso ao pré-natal de qualidade.

A reorganização dos serviços de saúde para garantir o acesso ao pré-natal de qualidade a todas as mulheres inclui também a divulgação da importância do cuidado pré-natal e do momento do início desse cuidado; a presença de um acompanhante durante as consultas, seja ele o parceiro ou um familiar; ajuda financeira às mulheres para o transporte; e a existência de unidades de saúde mais próximas às residências das mulheres.

É necessária e crucial a divulgação de informações sobre o que é a assistência pré-natal nos órgãos de comunicação social existentes nos municípios e reuniões com a comunidade, informando a respeito dos benefícios da realização desse cuidado de maneira oportuna e adequada para a mulher, o bebê e sua família; dos riscos que, eventualmente, podem surgir quando a mulher não realiza o pré-natal ou vai a poucas consultas; e de que as mensagens devem ser transmitidas em idioma português e em emacwua (idioma falado pelo povo residente em Nampula) para facilitar a percepção e a compreensão da informação. Além disso,

deve-se envolver as parteiras tradicionais e os líderes comunitários na divulgação dessas mensagens para a melhoria e a adesão ao pré-natal.

No Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF são importantes no monitoramento das mulheres gestantes, pois eles se tornam responsáveis por uma área adstrita, sendo a ponte de ligação entre a mulher e os profissionais de saúde. Por meio de visita domiciliar, os ACS fazem a captação precoce da gestante; o envolvimento desses profissionais contribui positivamente para a melhoria de acesso e a adesão precoce de mulheres grávidas aos cuidados pré-natais (Pitombeira et al., 2010).

Em relação à presença de um acompanhante durante as consultas, seja ele parceiro ou familiar, a literatura refere que é fundamental, uma vez que constitui um estímulo para a realização de um pré-natal de qualidade, ao oferecer segurança à mulher e facilitar a adesão ao tratamento e às medidas preventivas (Carvalho et al., 2016). Além disso, a presença do parceiro nas consultas pré-natais tem por objetivo a realização de exames e tratamento de HIV e sífilis, além da preparação a uma paternidade consciente e ativa, compartilhando com a mulher os cuidados da criança (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2015; World Health Organization, 2016, 2017a). O parceiro ajuda a mulher na adesão ao tratamento, em medidas preventivas, no uso de contraceptivo no pós-parto e nas orientações ofertadas durante as consultas e, ainda, facilita na identificação de sinais de risco e de parto (Cavallaro et al., 2019; World Health Organization, 2016).

Neste estudo, a presença do parceiro durante as consultas de pré-natal foi pouco relatada, uma vez que um pouco mais da metade dos parceiros estiveram presentes em apenas uma única consulta de pré-natal, embora grande parte das mulheres relataram morar com parceiro. Com isso, há necessidade de se reforçar a participação massiva dos parceiros/familiares nas consultas de pré-natal, no sentido de melhorar esse cuidado. No entanto, a participação do acompanhante deve ocorrer de maneira voluntária, uma vez que a disponibilidade do parceiro representa um desafio logístico relevante.

Observou-se que as barreiras do acesso a uma unidade sanitária constituíram um dos fatores mais importantes para o acesso ao pré-natal inadequado. Mulheres relataram que as unidades sanitárias onde são ofertados os cuidados pré-natais estão localizadas longe dos seus domicílios. O fácil acesso a uma unidade sanitária e/ou a existência de unidade sanitária próxima do domicílio pode contribuir, de certo

modo, para melhoria dos cuidados de saúde da mulher grávida (Esposti et al., 2015; Guerra, Valete, Alves, 2019), como também da população em geral de qualquer parte do mundo (Viegas, Carmo, Luz, 2015). Para minimizar tal barreira, é necessário investir em ações de ajuda financeira para o transporte, como a oferta de cartões com passes livres no transporte público geridos pelo município a todas as mulheres grávidas. Esses cartões de transporte poderiam ser repassados à mulher grávida após a primeira consulta de forma a cobrir as despesas em passagens de ida e volta durante a gravidez, o trabalho de parto e a consulta do puerpério. O Brasil tem uma experiência exitosa nesse aspecto: a garantia do transporte público gratuito da gestante faz parte dos 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica de saúde (Ministério da Saúde, 2012). Em relação à criação de mais unidades de saúde, é necessário que estejam próximas às residências das mulheres, o que de certo modo irá facilitar à mulher no acesso à assistência pré-natal.

Entre os critérios utilizados para a classificação da qualidade do pré-natal, destaca-se a IG no início do pré-natal. O início precoce do pré-natal é fundamental, pois permite o adequado monitoramento materno e do crescimento fetal e a realização de um número maior de consultas; além disso, possibilita diagnóstico, controle ou tratamento precoce de doenças e a prevenção de possíveis situações adversas à gestação (World Health Organization, 2016). Os achados deste estudo mostram que a maior parte das mulheres entrevistadas teve início de pré-natal após o recomendado (tardio). Da mesma forma, outros estudos sobre cuidados pré-natais conduzidos em Moçambique mostraram que 55% das mulheres iniciaram tardiamente seu pré-natal (Biza et al., 2015; Zanconato et al., 2006), de mesma forma que em outros países da região subsaariana da África, nomeadamente Zâmbia, República Democrática do Congo, Quênia, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda (Kanyangarara, Munos, Walker, 2017). Provavelmente, esses resultados sejam reflexo das dificuldades dos serviços na captação precoce das mulheres grávidas.

Neste estudo, mais da metade das mulheres iniciou o pré-natal tardiamente, e dentre as razões apresentadas para que isso tenha ocorrido, destaca-se o relato de falta de planejamento da gravidez e o fato de não saber que estava grávida, o que reforça a necessidade da ampliação das ações de planejamento reprodutivo e a disponibilidade de testes rápidos de gravidez (Viellas et al., 2014).

Outro importante critério de avaliação da qualidade do pré-natal é o número de consultas realizadas. Observou-se que quase metade das mulheres realizou o número preconizado pelo MISAU de Moçambique, ou seja, quatro ou mais consultas de pré-natal. Esse achado foi um pouco mais baixo do que o observado no último inquérito realizado em Moçambique, no qual 55% das mulheres tiveram quatro ou mais consultas de pré-natal (Ministério da Saúde, 2018), como também em estudos que mediram a cobertura e as intervenções de pré-natal na Palestina e na Zâmbia, ambas com 60% (Kyei et al., 2012; Venkateswaran et al., 2018). Porém, foi semelhante aos de estudos multicêntricos realizados em outros países do continente africano, americano e asiático (Benova et al., 2018; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Mansur et al., 2014).

Esse quadro leva a crer que o acesso à assistência pré-natal no município de Nampula encontra-se deficitário, pois grande parte das mulheres iniciou o pré-natal tardiamente e teve baixo número de consultas pré-natais. Por isso, elas não se beneficiaram de ações mínimas necessárias e que garantem o bem-estar da mulher e da criança, como a realização de exames laboratoriais, o recebimento de procedimentos clínico-obstétricos, de medidas preventivas e de orientações gerais, de risco e de parto. Ou seja, o início tardio e o número de consultas inadequado, provavelmente, comprometeram uma das principais ações desenvolvidas durante o pré-natal, que é a promoção da saúde.

Como o início tardio do pré-natal afeta de maneira negativa o monitoramento e o acompanhamento da gestação, tendo em vista que reduz o número de contatos entre a mulher e o(a) profissional de saúde (World Health Organization, 2016), este estudo também identificou as barreiras para o início tardio do pré-natal e a realização de menor número de consultas em relação ao que é preconizado pelo MISAU de Moçambique. Entre elas, destacam-se problemas como o pouco conhecimento da importância do pré-natal e a falta de apoio à mulher por parte de parceiro/familiares, indicando dificuldades no diagnóstico da gravidez e na captação precoce pelos serviços de pré-natal – o que significa oportunidades perdidas de detecção precoce de condições fetais e maternas perigosas. Fato semelhante foi encontrado em estudos conduzidos no Brasil e em países africanos, incluindo Moçambique (Biza et al., 2015; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Kyei et al., 2012; Viellas et al., 2014; Zanconato et al., 2006).

O início tardio e a realização de menos consultas são o prenúncio da existência de uma inadequada qualidade da assistência pré-natal. Portanto, reforça-se a necessidade de identificação das mulheres com início tardio e número inadequado de consultas nos serviços de saúde do município de Nampula, no sentido de inverter o cenário, uma vez que o início precoce da assistência pré-natal tem influência positiva na prevenção da mortalidade materna e infantil. Do mesmo modo, Costa et al. (2010) destacaram que o número de consultas de pré-natal muitas vezes revela o início do pré-natal, ou seja, quanto mais cedo for o primeiro contato entre a gestante e o(a) profissional de saúde, melhor será a adesão e a qualidade da assistência pré-natal, pois a mulher terá maior oportunidade de realizar muitos procedimentos, com vista à manutenção da boa saúde própria e do bebê.

Embora o início precoce do pré-natal e a realização do número preconizado de consultas sejam critérios importantes para um pré-natal de qualidade, existem outros critérios que são fundamentais no monitoramento desse procedimento, como é o caso da realização de exames laboratoriais, de procedimentos clínico-obstétricos, de medidas preventivas e orientações, também averiguados neste estudo.

O diagnóstico de IST, como o HIV e a sífilis, durante a consulta pré-natal é de extrema relevância, pois objetiva a redução de transmissão vertical, de mãe para filho. Diversos estudos realizados no Brasil e em Serra Leoa estimaram que mais de 20% das mulheres não realizaram o exame de HIV e 50% delas não realizaram o exame da sífilis durante a assistência pré-natal (Carvalho et al., 2016; Koroma et al., 2017; Polgliane et al., 2014; Tsunechiro et al., 2018).

Neste estudo, somente 3% das mulheres entrevistadas não realizaram o exame de HIV. No entanto, a proporção daquelas que relataram não realizar o exame de sífilis foi bem maior, chegando a quase 40%.

Moçambique é um dos países com maior número de casos de HIV/AIDS no mundo, embora a taxa de morte e de transmissão vertical (de mãe para filho) tenha diminuído de 56 em 2018 para 53 mortes em 2019, e de 18% em 2018 para 15% em 2019, respetivamente (Ministério da Saúde, 2019; 2020). No entanto, a prevalência de HIV/AIDS entre as mulheres grávidas aumentou de 13,7% em 2013 para 15,9% em 2015; ainda, a prevalência é mais alta em mulheres de 15-49 anos (15,4%) em relação aos homens da mesma faixa etária (10,1%) (Ministério da Saúde, 2018). Certamente, para melhoria desses indicadores, é necessário o envolvimento e

comprometimento tanto do profissional de saúde, do governo, como também da própria população na adoção de medidas necessárias e eficazes.

Se, por um lado, existe certo comprometimento das unidades sanitárias do município de Nampula em relação à prevenção da transmissão vertical pelo HIV, por outro lado, a baixa proporção de realização do exame de sífilis encontrado neste estudo implica o questionamento de uma subvalorização desse exame importante na redução da morbimortalidade perinatal. Salienta-se que a não detecção da sífilis durante a assistência pré-natal leva à ocorrência da sífilis congênita por meio da transmissão vertical e a ocorrência de morbidade e mortalidade perinatais evitáveis, indicando problemas na qualidade dos cuidados pré-natais prestados às mulheres (Leal et al., 2018; Oliveira et al., 2013).

A proporção daquelas que relataram a realização do exame de urina foi maior se comparada a estudo realizado em Serra Leoa e Moçambique, onde menos de 40% das mulheres realizaram o exame (Koroma et al., 2017; Zanconato et al., 2006) e menor em relação a resultados de estudos conduzidos no território brasileiro e na Nigéria (Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi, 2009; Goudard et al., 2015; Polgliane et al., 2014; Tomasi et al., 2017; Uchoa et al., 2010). Enquanto isso, o número de mulheres que relataram realizar exames de hemograma, glicemia e tipagem sanguínea foi menor se comparado ao encontrado nos achados de Anversa et al. (2012), Carvalho et al. (2016), Cesar et al. (2012), Goudard et al. (2015), Polgliane et al. (2014), Tomasi et al. (2017), Tsunechiro et al. (2018), Uchoa et al. (2010); e semelhante ao estudo nacional sobre a assistência pré-natal (Zanconato et al., 2006). A baixa proporção de mulheres que realizaram esses exames impossibilita o controle e prevenção dos agravos, o que pode gerar a ocorrência de complicações perinatais graves.

A realização de exame de urina permite o diagnóstico de infecções do trato urinário e de ASB, possibilitando a realização de tratamento precoce e a prevenção de possíveis agravos maternos e perinatais. Ademais, os exames de hemograma, de glicemia, da tipagem sanguínea e do fator RH são fundamentais para o diagnóstico de anemia, o conhecimento do estado glicêmico anterior à gravidez da mulher e o diagnóstico da diabetes gestacional, auxiliando, por fim, na prevenção da eritroblastose fetal (Polgliane et al., 2013; World Health Organization, 2017a).

Embora as mulheres tenham relatado a realização de exames laboratoriais, nesta pesquisa não lhes foi questionada a recepção dos respectivos resultados,

muito menos o recebimento de adequado tratamento em caso positivo. Importa mencionar que o objetivo principal da realização dos exames laboratoriais é o de identificar as intercorrências na gravidez com intervenções oportunas e efetivas, no sentido de garantir uma gravidez e um parto saudáveis.

Outro componente importante da assistência pré-natal é a realização de procedimentos clínico-obstétricos, pois permitem o acompanhamento da saúde da mulher e o monitoramento do crescimento e da vitalidade do feto por meio de ações como avaliação da pressão arterial, medição de altura uterina e auscultação dos batimentos cardíofetais, entre outras ações. Esses procedimentos são recomendados para todas as consultas de pré-natal.

A avaliação da pressão arterial e do peso são parâmetros importantes, pois a ocorrência de hipertensão na gravidez está associada a maior risco de partos por cesariana; já o baixo peso materno está vinculado a maior risco de parto pré-termo, enquanto a obesidade está ligada à distocia (Balsells et al., 2018; Ministério da Saúde; 2012). Em diversos estudos que objetivaram avaliar a qualidade do pré-natal realizado em territórios brasileiro e nigeriano, verificou-se que em mais de 90% das mulheres foram avaliadas a pressão arterial e o peso (Carvalho et al., 2016; Cesar et al., 2012; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Goudard et al., 2016; Oliveira et al., 2013; Tomasi et al., 2017).

Neste estudo, houve baixa proporção de mulheres que tiveram pressão arterial e peso avaliados. Fato semelhante foi encontrado em estudo randomizado de fornecimento de kits de medicamentos para melhorar a qualidade do atendimento pré-natal em Moçambique (Betrán et al., 2018). Provavelmente, deficiências na estrutura das unidades de saúde, como falta de aparelhos para avaliação da pressão arterial e de balança, contribuem para as baixas proporções da avaliação da pressão arterial e do peso maternos.

Quanto à medição da altura uterina e auscultação do batimento cardíofetal, o fato de termos observado que menos da metade das mulheres relatou a realização de cada um desses procedimentos nos remete ao estudo de Balsells et al. (2018) conduzido no Brasil, cujo achado foi similar. Entretanto, ambos achados foram inferiores aos estudos conduzidos por Carvalho et al. (2016), Ejigu et al. (2013), Goudard et al. (2015), Oliveira et al. (2013), Tomasi et al. (2017), Tsunechiro et al. (2018), Zanchi et al. (2013). Esperava-se que todas as consultas deveriam ter a medição da altura uterina e auscultação de batimento cardíofetal. A não medição da

altura uterina e a não auscultação de batimento cardiofetal restringem o diagnóstico de situações como o retardo do crescimento intrauterino, macrossomia fetal, poli-hidrâmios, oligoâmio, sofrimento fetal revelado por bradicardia ou taquicardia, feto morto e mola hidatiforme, o que pode acarretar consequências graves tanto para a mulher como para o filho.

Segundo a OMS, é recomendado um suplemento oral diário de sulfato ferroso, com 30 mg a 60 mg de ferro elementar, para as mulheres grávidas, a fim de evitar anemia das mães, infecção puerperal, baixo peso à nascença e parto prematuro (World Health Organization, 2016). A oferta de sulfato ferroso detectada neste estudo foi inferior se comparada aos achados de Carvalho et al. (2016), Oliveira et al. (2013), Tomasi et al. (2017), Tsunehiro et al. (2018). A pouca oferta desse suplemento coloca as mulheres e as crianças em situação de risco quanto a possíveis complicações. Considerando que a realização dos procedimentos clínico-obstétricos depende da conduta dos profissionais de saúde e da disponibilidade dos materiais e insumos na unidade de saúde, deve-se compreender as razões que levam tais cuidados a não serem ofertados adequadamente às mulheres durante o pré-natal.

A vacinação com toxóide tetânico também é recomendada a todas as mulheres grávidas para evitar a mortalidade neonatal por tétano (World Health Organization, 2016). A proporção de mulheres com duas doses ou vacinação completa foi menor, se comparada aos resultados de Goudard et al. (2016) e Tomasi et al. (2017) em estudos conduzidos no Brasil, nos quais mais de 90% das mulheres tiveram oportunidade de realizar vacinação antitetânica em duas doses ou completa. Isso significa que existem falhas na cobertura vacinal entre as mulheres durante a gestação no município de Nampula. Portanto, é necessária a elaboração de estratégias que permitam a melhoria e o cumprimento da cobertura vacinal para esse grupo-alvo, uma vez que a oferta da vacina tanto em mulheres grávidas como em crianças menores de cinco anos, em Moçambique, é gratuita e universal, sendo garantida pelo MISAU por meio do Programa Alargado de Vacinação, que faz a distribuição das doses/vacinas em todas as unidades de saúde do país. Ressalta-se que a cobertura de vacinação das crianças menores de cinco anos tem vindo a aumentar de 47% em 1997 para 66% em 2015, o que nos leva a crer que o país tem se organizado para ampliar a oferta de vacinas à população (Ministério da Saúde, 2018).

Tanto o novo protocolo da assistência pré-natal da OMS quanto os protocolos do MISAU recomendam o TPIg-SP de mulheres grávidas, ou seja, a profilaxia contra a malária com fansidar (Ministério da Saúde, 2016; Organização Mundial de Saúde, 2017b; World Health Organization, 2016). Esse tratamento deve começar no segundo trimestre da gestação e as doses precisam ser administradas com, pelo menos, um mês de intervalo, com o objetivo de garantir a administração de, ao menos, três doses durante a gravidez (World Health Organization, 2016). A proporção de mulheres que recebeu três doses de fansidar foi maior se comparada com a média nacional, que foi de 22%, e os achados de estudos conduzidos na África nomeadamente na Nigéria, na República Democrática do Congo, no Quênia, no Senegal, na Serra Leoa, na Tanzânia, na Uganda, Ruanda e na Zâmbia (Benova et al., 2018; Fagbamigbe; Idemudia, 2015; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Ministério da Saúde, 2018) e menor quando comparada aos achados de Koroma et al. (2017) na Serra Leoa. Tendo em conta que Moçambique é um país endêmico da malária (Ministério da Saúde, 2018), esse achado permite-nos deduzir que muitas mulheres não têm se beneficiado da profilaxia contra essa doença, fato esse que pode contribuir para a ocorrência de complicações graves relacionadas com a malária tanto para a mulher como para seu concepto, como a ocorrência de aborto, o baixo peso ao nascer, a prematuridade e até mesmo a mortalidade materna e infantil (Chagas et al., 2009, Organização Mundial de Saúde, 2017b).

Outro dos componentes relevantes no cuidado pré-natal é a oferta de orientações. Quanto a esse aspecto, neste estudo, as orientações sobre sinais de risco e de parto apresentaram proporções baixas, sendo priorizadas as orientações gerais. Resultado semelhante foi verificado nos estudos de Anversa et al. (2012); Mansur et al. (2014) e Oliveira et al. (2013). A baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal demonstra a ineficiência que o pré-natal tem na preparação das mulheres para o trabalho de parto e o nascimento. Essas orientações não acarretam custos para a unidade de saúde, pois dependem unicamente dos profissionais. Pode-se deduzir, portanto, que essa prática não está incorporada à rotina dos(as) profissionais de saúde que trabalham com o cuidado pré-natal em Nampula. A disseminação dessas orientações por parte do(a) profissional de saúde ajuda as mulheres a tomar as melhores decisões em relação ao aleitamento materno, na escolha de uso de método contraceptivo, na escolha do

local do parto e na identificação de sinais de risco (Cavallaro et al., 2019; Majrooh et al., 2014; Uchoa et al., 2010).

Em relação à satisfação da mulher quanto ao pré-natal, embora a maior parte tenha relatado estar satisfeita com o pré-natal recebido em vários dos critérios analisados, houve insatisfação no componente “tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde”. Mulheres relataram ficar muito tempo na unidade de saúde, à espera de serem atendidas pelo(a) profissional de saúde, o que coincide com o que foi observado por Biza et al. (2015) e Mansur et al. (2014) no Bangladesh. Uma redução no tempo de espera pode melhorar ainda mais a satisfação da mulher e a utilização dos serviços de saúde, melhorando, conseqüentemente, a qualidade da assistência.

Uma questão a ser destacada como aspecto positivo deste estudo é em relação à investigação sobre os procedimentos e medidas preventivas realizados. Nesse sentido, foi avaliado o número mínimo de procedimentos que a mulher recebeu durante o pré-natal; por exemplo: o número de vezes em que a mulher teve avaliada a pressão arterial, o número de vezes em que a mulher foi pesada, dentre outros. Essa forma de avaliação permitiu saber se a mulher continuou contando com a oferta desses procedimentos e medidas preventivas e se conseguiu atingir o mínimo de procedimentos recomendados. Diferentemente de outros estudos, que procuraram apenas averiguar se a mulher recebeu determinado procedimento ou não, ou seja, se a mulher teve avaliada a pressão arterial em uma das consultas (Benova et al., 2018; Carvalho et al., 2016; Ejigu et al., 2013; Goudard et al., 2015; Kanyangarara, Munos, Walker, 2017; Koroma et al., 2017; Tomasi et al., 2017; Tsunechiro et al., 2018; Zanchi et al., 2013), este estudo permitiu observar que a oferta dos cuidados durante as consultas de pré-natal em Nampula encontra-se deficitária, pois parte das mulheres não obteve o mínimo de procedimentos clínico-obstétricos e medidas preventivas recomendadas ao longo da gravidez.

Embora a maior parte das mulheres teve um pré-natal classificado como inadequado, nossos achados mostram também alguns pontos fortes, como é o caso da cobertura universal, a realização de exames de HIV, sífilis e urina, e a oferta de orientação gerais. Mesmo assim, é possível – e necessário – ampliar a realização de outros exames como o hemograma, glicemia e tipagem sanguínea, bem como a oferta de outros cuidados, como orientações sobre sinais de risco e de parto, procedimentos clínico-obstétricos. Por isso, é necessário unir esforços no sentido de

ofertar assistência pré-natal de melhor qualidade, especialmente para as mulheres de menor nível de escolaridade, sem trabalho, com gravidez não planejada e que não tenham realizado pré-natal em gestações anteriores.

Atualmente, o mundo está vivenciando um cenário epidemiológico sem precedentes, que é a epidemia de Coronavírus (SARS-CoV-2), que causa Coronavírus Disease (COVID-19). Essa doença surgiu na China no final de 2019 e rapidamente se espalhou, o que levou a OMS a declará-la uma pandemia global em 11 de março de 2020 (Fundo de População das Nações Unidas; United Nations Population Fund, 2020). Posteriormente, a OMS classificou as gestantes como grupo de risco, porque o sistema imunológico pulmonar e o cardiovascular já se encontram saturados, fato que tende a agravar-se em quadros infecciosos devido à baixa tolerância à hipóxia observada nesta população (Esegbona-Adeigbe, 2020; Qiao, 2020). Há evidências, embora ainda com controvérsias, que a COVID-19 na gestação tende para desfechos negativos, como aborto espontâneo, ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal e trabalho de parto e parto prematuros (Mascarenhas et al., 2020; Sharma et al., 2020) e aumenta as chances de complicações advindas da infecção pela COVID (Mascarenhas et al., 2020; Zaigham; Andersson, 2020).

Diante desse cenário, os sistemas de saúde foram pressionados pelo número de casos e óbitos, o que levou a diversos governos, incluindo o de Moçambique, a impor restrições na circulação da população, estimulando o distanciamento físico e social, com o objetivo de conter a propagação do vírus (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Estrela et al., 2020; Parmet; Sinha, 2020). Se em condições normais, há dificuldades em iniciar o pré-natal dentro das 16 primeiras semanas de gravidez e em realizar quatro ou mais consultas preconizadas, com COVID-19, esse quadro pode ter se agravado, tendo em vista as restrições de circulação que o governo impõe à população para conter a propagação do vírus no país. Aliado a isso, o medo de contrair a doença ao longo do trajeto de ida e vinda a uma unidade sanitária ou até mesmo dentro da própria unidade pode fazer com que as mulheres retardem mais ainda o início das consultas de pré-natal.

Para minimizar o atual cenário da pandemia (e pós-pandemia), é fundamental que as autoridades governamentais, sejam elas do governo central, provincial e municipal, reconheçam a importância dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para a população, definam os serviços saúde sexual e reprodutiva como serviços

essenciais e garantam a provisão dos mesmos à população, o que inclui o pré-natal. Além disso, é importante promover o acesso aos cuidados do planejamento reprodutivo da mulher e a população em geral, principalmente agora com a pandemia e após este período, pois, a falta do acesso desses cuidados poderá impactar em aumento de número de gestações não planejadas.

5.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O reconhecimento da existência de alta proporção de mulheres com pré-natal inadequado tem severas implicações para formadores de políticas públicas e de programas de saúde materna e infantil em Moçambique. Esses resultados apontam para uma necessidade urgente de oferta de cuidados pré-natais mais qualificados e acessíveis, e para isso é imperioso aumentar o investimento financeiro para melhorar o acesso aos serviços de pré-natal como, por exemplo, existência de meios de diagnósticos rápidos da gravidez e realização de exames laboratoriais.

A precocidade do início da assistência pré-natal e a realização de um número maior de consultas é fundamental para a diminuição de morbidades e mortalidades materna, perinatal e infantil, pois a prevenção, a redução e o tratamento de possíveis agravos de saúde da mulher só são possíveis e eficazes quando se inicia antes da 12^a semana de gestação e quando se realiza mais de oito contatos com o(a) profissional de saúde. Para tal, é necessário que os/as profissionais de saúde discutam com as mulheres sobre o planejamento reprodutivo, façam maior divulgação sobre a importância e os benefícios do início precoce da assistência pré-natal, desmistifiquem algumas crenças, como por exemplo, achar que a barriga estava pequena e não considerar importante a realização de muitas consultas de pré-natal.

O planejamento da gravidez é um componente que certamente contribui para ampliar a qualidade do pré-natal. Contudo, os profissionais de saúde precisam incorporar na prática da assistência pré-natal o questionamento da intenção reprodutiva, uma vez que o planejamento da gravidez pode influenciar a adesão às medidas preventivas e às orientações, principalmente no caso de mulheres cuja gravidez é classificada como ambivalente ou não planejada, com o objetivo de dar mais suporte na assistência a elas.

A presença do parceiro nas consultas de pré-natal, para além de oferecer benefício para a mãe e o bebê, é também um exercício dos direitos reprodutivos do homem, uma vez que permite a este uma preparação para o exercício da paternidade ativa e consciente e a realização de exames como de HIV e Sífilis. Portanto, a presença do pai no acompanhamento das consultas de pré-natal deve ser amplamente divulgada e estimulada, principalmente, pelo(a)s profissionais de saúde envolvido(a)s diretamente na assistência pré-natal, facilitando e viabilizando a participação do homem nesta assistência.

5.2 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES DE SAÚDE DE NAMPULA/ MOÇAMBIQUE

A melhoria da qualidade de assistência no pré-natal no município de Nampula dependerá de ações não só do(a) profissional de saúde, da mulher e de parceiros/familiares, mas, de igual modo, da comunidade de parteiras tradicionais e de líderes comunitários. O envolvimento dessa liderança é vital para a captação precoce da mulher grávida e a sensibilização quanto à importância e benefícios do pré-natal, já que as lideranças comunitárias, como a MT, são respeitadas e aceitas pela população moçambicana (Ministério da Saúde, 2010a).

A redução da morbimortalidade materna e a prevenção de agravos só serão alcançadas com a superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez, ao início do pré-natal adequado, com a realização de maior número de contatos com o(a) profissional de saúde e de condutas efetivas, como o diagnóstico, o tratamento de afecções e a promoção da saúde. Para isso, é necessária a divulgação de informações sobre a importância da realização do pré-natal de maneira precoce em todas as redes de comunicação social em língua portuguesa e em emacwua, no sentido de melhorar a compreensão das mulheres, em particular, e da comunidade, em geral.

Além disso, recomenda-se a oferta de um cartão com passe livre nos transportes do conselho municipal de Nampula às mulheres, logo após a realização da primeira consulta de pré-natal, que ajudará na locomoção delas para todas as consultas de pré-natal, para a ida à maternidade e para a consulta de pós-parto, com o objetivo de minimizar o acesso aos cuidados a saúde materna.

A localização geográfica das unidades sanitárias, suas dimensões, as condições da infraestrutura física e a existência de bens e produtos são fatores que atribuem um papel crucial à qualidade e eficiência do sistema de saúde, o que, como consequência, leva a uma maior procura e a uma maior utilização dos serviços e cuidados de saúde pela população que deles mais precisam. Com isso, é importante que os gestores de saúde do município de Nampula aumentem a rede sanitária no sentido de facilitar a chegada das mulheres às mesmas unidades de saúde mais precocemente e com mais regularidade.

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas é que as mulheres participantes do estudo se restringiram a usuárias do sistema nacional de saúde. Portanto, os achados não podem ser ampliados às mulheres que utilizam o sistema de saúde privado, muito menos às mulheres moçambicanas em geral. Em segundo lugar, por ser um estudo cujos dados foram obtidos por meio de entrevistas (relatos de mulheres), ele depende da memória e da boa vontade da participante, havendo a possibilidade de erro de memória, visto que algumas mulheres podem ter omitido ou ter se esquecido de algum dado durante a entrevista. Isso poderia ter sido minimizado pela observação da caderneta de saúde da mulher/da ficha pré-natal ou do livro de registo da consulta pré-natal. Como medidas para minimizar o erro de memória, destaca-se a escolha por conduzir as entrevistas com mulheres no puerpério imediato (no período entre 24 horas – mulheres com parto ocorrido na maternidade) ou até 14 dias pós-parto (mulheres com parto ocorrido em domicílio). Em terceiro lugar, não foi possível considerar algumas variáveis nas análises múltiplas, como é o caso da variável “mora com parceiro”, pelo fato de haver poucas mulheres sem parceria.

5.4 POTENCIALIDADES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Este é o primeiro estudo a avaliar a qualidade da assistência pré-natal em Nampula. Com isso, espera-se que possa se constituir em base para a elaboração e

implementação de programas de melhoria da qualidade do pré-natal nessa cidade. Este estudo contribui com a literatura ao mostrar que existem baixas proporções de mulheres cujo pré-natal possa ser considerado adequado, principalmente no caso de mulheres usuárias do Sistema Nacional de Moçambique (sistema público de saúde). Além disso, é o primeiro estudo que mensura o planejamento da gravidez no país usando um instrumento confiável e validado em diversos contextos, que é o LMUP. O estudo analisou o número de vezes em que um determinado procedimento foi ofertado à mulher durante o pré-natal, o que significa que não só se avaliou a recepção do cuidado, mas também se a mulher recebeu o número mínimo recomendado dos procedimentos e medidas preventivas.

Futuras pesquisas poderão avaliar a estrutura e o processo da assistência pré-natal, como também a qualidade do pré-natal por meio dos registros presentes na caderneta de saúde da mulher ou na ficha pré-natal. Outras pesquisas podem ser conduzidas no sentido de saber se as mulheres recebem os resultados dos exames laboratoriais e as respectivas condutas de acordo com o resultado obtido. Por último, a maior parte das mulheres relatou que morava com o parceiro; no entanto, a falta de acompanhamento dele foi uma das razões mais citadas pelas mulheres para o início tardio e a realização de menos de quatro consultas. Esse fato influenciou negativamente a adequação do pré-natal e, assim, estudos futuros que investiguem mais a fundo a falta de acompanhamento por parte do parceiro nas consultas pré-natais são necessários e podem contribuir para a melhoria do cuidado e, conseqüentemente, da saúde materna.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, avaliou-se a qualidade do pré-natal realizado por mulheres residentes do município de Nampula, em Moçambique, mediante os critérios do MISAU de Moçambique (Ministério da Saúde, 2016) e os critérios utilizados por (Benova et al., 2018).

Observou-se que a assistência pré-natal não atendeu ao que é preconizado pelos critérios adotados em vários aspectos, como a precocidade em relação à IG de início do pré-natal, número mínimo de consultas a serem feitas, realização de alguns exames (hemograma, glicemia, tipagem sanguínea e fator Rh) e oferta de orientações sobre sinais de risco e de parto. Isso mostra que, de modo geral, os critérios preconizados pelo MISAU não estão incorporados na prática clínica da assistência pré-natal no município de Nampula.

Esses achados conferem importância ao tema e apontam claramente para a necessidade de incorporar responsabilidade às políticas de saúde, para que deem conta das especialidades voltadas à mulher, contribuindo de maneira expressiva à assistência pré-natal no município de Nampula. Uma vez que os níveis de qualidade da assistência pré-natal foram baixos em Nampula, comprometendo, assim, os esforços para alcançar os ODS, é necessário intensificar o compromisso dos governos nacionais, das províncias e das lideranças municipais em Moçambique, bem como de outras partes interessadas, a fim de garantir que as ações previstas para uma adequada assistência pré-natal sejam desfrutadas pelas mulheres.

É de extrema relevância o investimento em um pré-natal de qualidade, pois a oferta de uma assistência de qualidade à mulher grávida reduz a morbidade, melhora o estado de saúde dela e da criança, além de evitar, em grande parte, a morte da mulher e da criança. Nessa perspectiva, espera-se que os resultados desta pesquisa auxiliem os(as) profissionais de saúde, principalmente enfermeiros(as), na avaliação e na prestação da assistência pré-natal, na identificação dos critérios preconizados pelo MISAU que mais necessitam de incrementos para sua realização, na identificação do perfil de mulheres que necessitam de mais atenção e na elaboração de orientações e estratégias educativas com vista à promoção da saúde da mulher e de seu(sua) filho(a) de maneira adequada.

É crucial que o MISAU de Moçambique esteja atento às novas recomendações sobre a assistência pré-natal divulgadas pela OMS, no sentido de incorporá-las em seus protocolos e na prática diária dos(as) profissionais de saúde, mediante uma adaptação à realidade do país, com o objetivo de melhorar cada vez mais a assistência à saúde das mulheres e das crianças.

REFERÊNCIAS

Afulani P, Buback L, Essandoh F, Kinyua J, Kirumbi L, Cohen CR. Quality of antenatal care and associated factors in a rural county in Kenya: an assessment of service provision and experience dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2019 Oct; 19:684. Doi: 10.1186/s12913-019-4476-4

Agibo JM. Formação de Professores para o Ensino Básico em Moçambique: análise o modelo de formação 10 + 1 ano. Caso dos Institutos de Formação de Professores da Província de Nampula (2007-2016). [dissertation] [Internet]. Marília: UNESP; 2017 [cited 2020 Aug 01]. Available from: <https://docplayer.com.br/72853100-Campus-de-marilia-julio-miguel-agibo.html>

Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública*. 2011 Aug; 45(5):854-63. Doi: 10.1590/S0034-89102011005000064

Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Apr; 28(4):789-800. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000400018

Arilha M, Lago T. *Cairo + 20 e Políticas Públicas no Brasil: consolidando e ampliando direitos*. São Paulo: Oficina Editorial; 2014.

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):S465-9. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000800027

Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino OS, Damasceno AKC, Castro RCMB, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. *Acta Paul Enferm*. 2018 May/Jun; 31(3):247-54. Doi: 10.1590/1982-0194201800036

Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health*. 2004 May; 58(5):426-33. Doi: 10.1136 / jech.2003.014787

Barrett G, Wellings K. What is a “planned” pregnancy? Empirical data from a British study. *Soc Sci Med*. 2002 Aug; 55(4):545-57. Doi: 10.1016 / s0277-9536(01)00187-3.

Benova L, Tunçalp Ö, Moran AC, Campbell OMR. Not just a number: examining coverage and content of antenatal care in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2018 Mar; 3(2):e000779. Doi:10.1136/bmjgh-2018-000779

Betrán AP, Bergel E, Griffin S, Melo A, Nguyen MH, Carbonell A, et al. Provision of medical supply kits to improve quality of antenatal care in Mozambique: a stepped-wedge cluster randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2018 Jan; 6(1):e57-65. Doi: 10.1016/S2214-109X(17)30421-7

Biza A, Jille-Traas I, Colomar M, Belizan M, Harris JR, Crahay B, et al. Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Sep; 15:200. Doi: 10.1186/s12884-015-0625-x

Borges ALV, Barrett G, Santos OA, Nascimento NC, Cavahieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Aug; 16(1):244. Doi: 10.1186/s12884-016-1037-2

Borges ALV, Cavahieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Nov; 45(Spe 2):1679-84. Doi: 10.1590/S0080-62342011000800007

Borges ALV, Gonçalves RRS, Chofakian CBN, Nascimento NC, Figueiredo RMM, Fujimori E, et al. Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais Brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Jul 07]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-da-anticoncepcao-de-emergencia-entre-mulheres-usuarias-de-unidades-basicas-de-saude-em-tres-capitais-brasileiras/17487?id=17487&id=17487&id=17487>

Buss PM, Tober S. *Diplomacia em saúde e saúde global: perspectiva latino-americana*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2017.

Buss PM. Globalization, poverty and health. *Ciênc Saúde Colet*. 2007 Nov/Dec; 12(6):1575-89. Doi: 10.1590/S1413-81232007000600019

Carvalho ML, Lima FF, Mayara L, Amorim M De, Maria J, Souza L, et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. *R Interd* [Internet]. 2015 May/Jun [cited 2019 Apr 10]; 8(2):178-84. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733>

Carvalho RAS, Santos AS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 Apr/Jun; 25(2):271-80. Doi: 10.5123/s1679-49742016000200006

Cavallaro LF, Benova L, Owolabi OO, Ali M. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? *BMJ Sex Reprod Health*. 2019 Dec; 0:1-16. Doi: 10.1136/bmjsex-2019-200377

Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for businesses and employers to plan and respond to coronavirus disease 2019 (COVID-19). 2020 [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 2020 Jul 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/guidance-business-response.html>

Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Nov; 28(11):2106-14. Doi: 10.1590/S0102-311X2012001100010

Chagas ECS, Nascimento CT, Santana Filho FS, Bôtto-Menezes CH, Martinez-Espinosa FE. Malária durante a gravidez: efeito sobre o curso da gestação na região amazônica. *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Mar; 26(3):203-8. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n3/203-208/pt>

Chavane L, Dgedge M, Degomme O, Loquiha O, Aerts M, Temmerman M. The magnitude and factors related to facility-based maternal mortality in Mozambique. *J Obstet Gynaecol*. 2017 May;37(4):464-70. Doi: 10.1080/01443615.2016.1256968

Cheng D, Schwarz E, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009 Mar; 79(3):194-8. Doi: 10.1016/j.contraception.2008.09.009.

Coley SL, Zapata JY, Schwei RJ, Mihalovic GE, Matabele MN, Jacobs EA, et al. More than a “number”: perspectives of prenatal care quality from mothers of color and providers. *Womens Health Issues*. 2018 Mar/Apr; 28(2):158-64. Doi: 10.1016/j.whi.2017.10.014

Costa GRC, Cheinl MBC, Gamal MEA, Coelho LSC, Costa ASV, Cunha CLF, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010 Nov/Dec; 63(6):1005-9. Doi: 10.1590/S0034-71672010000600021

Depositphotos. Moçambique sobre um mapa da África [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://pt.depositphotos.com/55003161/stock-photo-mozambique-on-a-map-of.html>

Despertar Geográfico. Localização e caracterização da cidade de Nampula [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://fcisco12.blogspot.com/2017/08/>

Ejigu T, Woldie M, Kifle Y. Quality of antenatal care services at public health facilities of Bahir-Dar special zone, Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct; 13:443. Doi:10.1186/1472-6963-13-443.

Esegbona-Adeigbe S. Impact of COVID-19 on antenatal care provision. *Eur J Midwifery*. 2020 May; 4:16. Doi: 10.18332/ejm/121096

Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24(3):765-79. Doi: 10.1590/S0104-12902015127606

Estrela FM, Silva KKA, Cruz MA, Gomes NP. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis*. 2020 Apr; 30(2):e300215. Doi: 10.1590/S0103-73312020300215

Every Woman Every Child. Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): Sobreviver Prosperar Transformar. EWEC [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 15]. Available from https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf

Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. *Reprod Health*. 2015 Sep; 12:88. Doi: 10.1186/s12978-015-0081-0

Fonseca CRB, Strufaldi MWL, Carvalho LR, Puccini RF. Adequacy of antenatal care and its relationship with low birth weight in Botucatu, São Paulo, Brazil: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Aug; 14(1):255. Doi: 10.1186/1471-2393-14-255

Fundo de População das Nações Unidas. Brasil, 15 anos após a conferência [Internet]. Brasília: UNFPA; 2009 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/brasil_15_anos_cairo.pdf

Fundo de População das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher: Pequim, 1995 [Internet]. Brasília: UNFPA; 2013 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/declaracao_beijing.pdf

Fundo de População das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo [Internet]. Brasília: UNFPA; 1994 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>

Fundo de População das Nações Unidas. Rumos para Cairo + 20 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2010 [cited 2020 May 12]. Available from: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cairo_spm.pdf

Galle A, Parys AV, Roelens K, Keygnaert I. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Womens Health*. 2015 Dec; 15:112. Doi: 10.1186/s12905-015-0266-2

Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad Saúde Pública*. 2019 Aug; 35(Suppl 2):e00181318. Doi: 10.1590/0102-311x00181318

Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child and parental health: a review of the literature. *Studies Fam Plann*. 2008 Mar; 39(1):18-38. Doi: 10.1111 / j.1728-4465.2008.00148.x.

Gonçalves CV, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 Nov; 25(11):2507-16. Doi: 10.1590/S0102-311X2009001100020

Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no Nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 Apr; 21(4):1227-38. Doi: 10.1590/1413-81232015214.12512015

Guerra JVV, Valete COS, Alves VH. Socio-demographic and health profile of pregnant women in a high risk prenatal care. *Braz J Hea Rev*. 2019 Jan/Feb; 2(1):249-61. ISSN 2595-6825

Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018 May; 34(5):e00110417. Doi: 10.1590/0102-311X00110417

Heredia-Pi I, Servan-Mor E, Darney BG, Reyes-Morales H, Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. *Bull World Health Organ*. 2016 Feb; 94:452-61. Doi: 10.2471/BLT.15.168302

Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 [Internet]. Maputo: INE; 2013 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://evaw-global-database.unwomen.org/-/media/files/un%20women/vaw/vaw%20survey/mozambique%20vaw%20survey.pdf?vs=1625>

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas e Indicadores Sociais 2008-2010 [Internet]. Maputo: INE; 2012 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-demograficas-e-indicadores-sociais/estatisticas-e-indicadores-sociais/estatisticas-e-indicadores-sociais-2008-2010/at_download/file

Instituto Nacional de Estatística. IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: resultados definitivos: Moçambique [Internet]. Maputo: INE; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf>

Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. Atlas de Moçambique. Maputo: Editora Nacional de Moçambique; 2013.

Joshi C, Torvaldsen S, Hodgson R, Hayen A. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Mar; 14:94. Doi: 10.1186/1471-2393-14-94

Kanyangarara M, Munos MK, Walker N. Quality of antenatal care service provision in health facilities across sub-Saharan Africa: evidence from nationally representative health facility assessments. *J Glob Health*. 2017 Dec; 7(2):021101. Doi: 10.7189/jogh.07.021101

Kassaw A, Debie A, Geberu DM. Quality of Prenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. *J Pregnancy*. 2020 Jan; 2020:9592124. Doi: 10.1155/2020/9592124

Koroma MM, Kamara SS, Bangura EA, Kamara MA, Lokossou V, Keita N. The quality of free antenatal and delivery services in Northern Sierra Leone. *Health Res Policy Syst*. 2017 Jul; 15(Suppl 1):49. Doi: 10.1186/s12961-017-0218-4

Kotelchuck M, Schwartz JB, Anderka M, Finison KS. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts Statewide Evaluation Project. *Am J Public Health*. 1984 Oct; 74(10):1086-92. Doi: 10.2105/ajph.74.10.1086

Kyei NNA, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Dec; 12(1):151. Doi: 10.1186/1471-2393-12-151

Leal MC, Szwarzwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Mar; 23(6):1915-28. Doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018

Lourenço MAE, Tyrrell MAR. Programas de saúde materno infantil em Moçambique: marcos evolutivos e a inserção da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 Jul/Sep; 13(3):617-24. Doi: 10.1590/S1414-81452009000300023

Majrooh MA, Hasnain S, Akram J, Siddiqui A, Memon Z. Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the “Punjab” Province of “Pakistan”. *PLoS One*. 2014 Nov; 9(11):e113390. Doi: 10.1371/journal.pone.0113390

Mansur AMSA, Rezaul KM, Mahmudul HM, Chowdhury S. Quality of Antenatal care in primary health care centers of Bangladesh. *J Family Reprod Health [Internet]*. 2014 Dec; [cited 2019 Aug 10]; 8(4):175-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266789/>

Mário DN, Rigo L, Boclin KMS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2019 Mar; 24(3):1223-32. Doi: 10.1590/1413-81232018243.13122017

Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020 Apr/May; 28:e3348. Doi: 10.1590/1518-8345.4523.3348.

Mekonnen T, Dune T, Perz J, Ogbo FA. Trends and determinants of antenatal care service use in Ethiopia between 2000 and 2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar; 16(5):748. Doi: 10.3390/ijerph16050748

Mezzomo CLS, Garcias GL, Sclowitz GL, Sclowitz IT, Brum CB, Fontana T, et al. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 Nov; 23(11):2716-26. Doi: 10.1590/S0102-311X2007001100019.

Ministério da Economia (BR), Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento [Internet]. Brasília: IPEA; 2014 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20do,o%20alcance%20das%20metas%20estabelecidas>

Ministério da Saúde (BR), Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf

Ministério da Saúde (MOZ), Direcção de Planificação e Cooperação Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019). Maputo: MISAU; 2013.

Ministério da Saúde (MOZ), Direcção Nacional de Recursos Humanos. Departamento de Formação. Currículo de Formação do Curso de Enfermagem de Saúde Materno Infantil de Nível Médio. Maputo: MISAU; 2010b.

Ministério da Saúde (MOZ), Direcção Nacional de Saúde Pública. Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique (Parte I): consultas SMI [Internet]. Maputo: MISAU; 2015 [cited 2020 Mar 12]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283730317_Avaliacao_de_Necessidades_em_Saude_Materna_e_Neonatal_em_Mocambique_Parte_I

Ministério da Saúde (MOZ), Serviço Nacional de Saúde. Relatório Anual 2018: Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA [Internet]. Maputo: MISAU; 2019 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <http://www.misau.gov.mz/index.php/relatorios-anuais?download=204:relatorio-anual-hiv-2018-final>

Ministério da Saúde (MOZ), Serviço Nacional de Saúde. Relatório Anual 2019: Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA [Internet]. Maputo: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://www.misau.gov.mz/index.php/relatorios-anuais?download=367:relatorio-anual-hiv-2019-final-pdf>

Ministério da Saúde (MOZ). Avaliação Conjunta Anual ACA XVI – 2016 [Internet]. Maputo: MISAU; 2017 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/mozambique/relatorio_aca_xvi_aprovada_para_disseminacao_junho2017_ultima_rev_02_07_.pdf

Ministério da Saúde (MOZ). Contas Nacionais de Saúde 2004-2006. Maputo: MISAU; 2010a.

Ministério da Saúde (MOZ). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique - 2015 [Internet]. Maputo: MISAU; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/publication-ais12-ais-final-reports.cfm>

Ministério da Saúde (MOZ). Normas para atenção pré-natal e cuidados pós-natal para mulheres e recém-nascidos. Maputo: MISAU; 2016.

Ministério do Género, Criança e Acção Social (MOZ). Perfil de Género de Moçambique [Internet]. Maputo: MGCAS; 2016 [cited 2020 Mar 12]. Available from: http://www.mgcas.gov.mz/st/FileControl/Site/Doc/4021perfil_de_genero_de_mocambique.pdf

Morin P, Wals P, St-Cyr-Tribble D, Niyonsenga T, Payette H. Pregnancy planning: a determinant of folic acid supplements use for the primary prevention of neural tube defects. *Can J Public Health*. 2002 Jun/Aug, 93(4):259-63. Doi: 10.1007/BF03405012.

Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Rev Bras Enferm*. 2019 Dec; 72(Suppl 3):17-24. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0620.

Nehemia EJJM. Fatores associados a morbidade materna grave: a relação com o HIV e AIDS Maputo, Moçambique [tese] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16333>.

Oliveira RLA, Ferrari AP, Parada CMGL. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019 Jul; 27:e3058. Doi: 10.1590/1518-8345.2806.3058

Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev*

Latino-Am. Enfermagem. 2013 Mar/Apr; 21(2) [08 telas]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf

Organização Mundial da Saúde. Mulheres e Saúde: evidências de hoje agenda de amanhã [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde. Mulheres e Saúde: implementação de programas de malária na gravidez no contexto das recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva da gravidez da organização mundial de saúde. [Internet]. Genebra: OMS; 2017b. Available from: <https://www.isglobal.org/documents/10179/6022921/MiP+ANC+Brief%2C+Portugues e.pdf/a62bbb0d-6311-4009-8856-0ddefd2a02d3>

Organizacion Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el Unicef, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Genebra: OMS; 2015a [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>

Paes-Sousa R, Chavane L, Coelho VSP. Diversidades e convergências nos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique. *Novos Estud Cebrap*. 2019 May/Aug; 38(2):291-320. Doi: 10.25091/S01013300201900020005

Parmet WE, Sinha MS. COVID-19: the law and limits of quarantine. *New England J Med*. 2020 Apr. 382(15):e28. Doi: 10.1056/NEJMp2004211

Pereira C, Cumbi A, Malalane R, Vaz F, McCord C Bacci A, Bergströmd S. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG*. 2007 Dec; 114(12):1530-3. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01489.x.

Pitombeira HCS, Teles LMR, Paiva JSP, Rolim MO, Freitas LV, Damasceno AKC. Prenatal care in the family health strategy. *J Nurs UFPE on line*. 2010 Apr/Jun; 4(1):615-21. Doi: 10.5205/reuol.804-7089-1-LE.0402201021

Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 Jul; 19(7):1999-2010. Doi: 10.1590/1413-81232014197.08622013

Pozo-Cano MD, Castillo RF, Guilen JF, Florido J, García IG. Satisfaction level of new mothers with prenatal care and the healthcare: professionals who provide it. *West Indian Med J*. 2014 Dec; 63(7):732-8. Doi: 10.7727/wimj.2014.388

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o Cuidado Multidisciplinar [Internet]. Belo Horizonte: SMS; 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo-assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2015b: o trabalho como motor do desenvolvimento humano [Internet]. Brasília: PNUD; 2015b [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf

Prudêncio OS. Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)[dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012. Doi: 10.11606/D.22.2012.tde-07112012-153618

Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women?. The Lancet. 2020 Feb/Mar; 395(10226):760-2. Doi: 10.1016/s0140-6736(20)30365-2

República de Moçambique. Boletim da República Decreto n.º 79/2019 Regulamento da lei do Sistema Nacional de Educação que garante a gratuidade do ensino [Internet]. Maputo: República de Moçambique; 2019 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Governo/Legislacao/Boletins-da-Republica/Boletins-da-Republica-2019>

Rolim KMC, Cavalcante RC, Cavalcante JF, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Abreu FH. Educação em saúde às gestantes: estratégia de promoção aos cuidados do recém-nascido. Atas CIAIQ [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 30];2(2016):2193-201. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/873>

Rumbold AR, Bailie RS, Si D, Dowden MC, Kennedy CM, Cox RJ, et al. Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Mar;11:16. Doi:10.1186/1471-2393-11-16.

Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2015 May; 31(5):1003-14. Doi: 10.1590/0201-311X00085014

Santos JMJ, Matos TS, Mendes RB, Freitas CKAC, Leite AM, Rodrigues IDCV. Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. Rev Bras Saúde Mater. Infant. 2019 July/Sep; 19(3):537-43. Doi: 10.1590/1806-93042019000300003

Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012 Sep; 28(9):1650-62. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000900005

Santos O, Santa Rosa PLF, Borges ALV. Determinantes do planejamento da gravidez segundo a raça/cor em São Paulo, Brasil. Rev ABPN [Internet]. 2015 Jul [cited 2020 Sep 10]; 7(16):74-88. Available from <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/98>

Sarani M, Saravani S, Soltani A, Miri A, Shahraki Z. Assessment of prenatal care process based on Donabedian model in Zabol city. J Pharm Sci Res [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Aug 10]; 9(12):2558-63. Available from: <https://www.jpsr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/vol9Issue12/jpsr09121752.pdf>

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun; 2(6):323-33. Doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X

Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. Int J Qual Health Care. 2011 Oct; 23(5):503-9. Doi: 10.1093/intqhc/mzr038

Sharma V, Beni D, Sachs Robertson A, Maurizio F. Why the promotion of family planning makes more sense now than ever before?. J Health Manag. 2020 Aug; 22(2):206-14 Doi: 10.1177/0972063420935545

Sholeye OO, Abosede OA, Jeminuse OA. Three decades after Alma-Ata: are women satisfaction with antenatal care services at primary centres in Mushin, Lagos? J Med Med Sci Res. 2013; 2(3):24-9.

Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. Rev Panam Salud. Publica. [Internet]. 2013a Mar [cited 2019 Aug 10]; 33(5):356–62. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2013.v33n5/356-362/>

Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev. Bras Saúde Matern. Infant. 2013b Jan/Mar; 13(1):29-37. Doi: 10.1590/S1519-38292013000100004

Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher. Lancet. 2018 May; 391:2642–92. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9

Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública. 2017 Apr; 33(3):e00195815. Doi: 10.1590/0102-311x00195815

Tsunechiro MA, Lima MOP, Bonadio IC, Corrêa MD, Silva AVA, Donato SCT. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2018 Oct/Dec; 18(4):771-80. Doi: 10.1590/1806-93042018000400006

Tunçalp O, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. *BJOG*. 2017 Feb; 124(6):860-2. Doi: 10.1111 / 1471-0528.14599

Tunçalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Guimezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the who vision. *BJOG*. 2015 Jul; 122(8):1045-49. Doi: 10.1111/1471-0528.13451

Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes LB. Indicators of Quality of Prenatal Assistance: Pregnants at Family's Health Unit. *Rev Enferm UFPE on line*. 2010 Jan/Mar; 4(1):212-20. Doi: 10.5205/reuol.724-5678-1-LE.0401201028

United Nations Population Fund. COVID-19: a gender lens [Internet]. New York: UNFPA; 2020 [cited 2020 Jul 15]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>

United Nations. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. New York: United Nations; 2010 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>

United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2015a [cited 2019 Aug 10]. Available from: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015 MDG Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015%20MDG%20Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)

Venkateswaran M, Bogale B, Khader KA, Awwad T, Friberg IK, Ghanem B, et al. Effective coverage of essential antenatal care interventions: a cross-sectional study of public primary healthcare clinics in the West Bank. *PLoS One*. 2019 Feb; 14(2): e0212635. Doi: 10.1371/journal.pone.0212635

Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015 Jan/Mar; 24(1):100-12. Doi: 10.1590/S0104-12902015000100008

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014 Dec; 30(Suppl):S1-15. Doi: 10.1590/0102-311X00126013

Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*. 2013 Nov; 382(9907):1807-16. DOI.10.1016 / S0140-6736 (13) 62071-1

Wodon Q, Male C, Montenegro C, Nguyen H, Onagoruwa A. The cost of not educating girls, educating girls and ending child marriage: a priority for Africa [Internet]. Washington: The World Bank; 2018 [cited 2020 Sep 2020]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/268251542653259451/Educating-Girls-and-Ending-Child-marriage-A-Priority-for-Africa>

Wodon Q. For fixing the broken promise of education for all impact of child marriage on literacy and education attainment in Africa. Quebec: UNESCO; 2014.

World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: WHO; 2015b [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200009>

World Health Organization. Provision of effective antenatal care. From Standards for Maternal and Neonatal Care [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2020 Aug 02]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf

World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, Unicef, UNFPA and The World Bank [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44423/9789241500265_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

World Health Organization. Who recommendations on maternal health: guidelines approved by the Who guidelines review committee [Internet]. Geneva: WHO; 2017a. [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>

Zaigham M, Andersson O. Maternal and Perinatal Outcomes with Covid-19: a systematic review of 108 pregnancies. AOGS. 2020 Apr; 99(7):823-9. Doi: 10.1111/aogs.13867.

Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JA, Dumith SC. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. Cad Saúde Pública. 2013 May; 29(5):1019-28. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000500019

Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. Antenatal care in developing Countries: the need for a tailored model. Semin Fetal Neonatal Med. 2006 Feb; 11(1):15-20. Doi: 10.1016/j.siny.2005.10.002

APÊNDICES

APÊNDICE A - Folheto sobre a evolução do período puerperal normal e cuidados com o bebê

As Mamas

A lactação é a saída de leite pelas mamas da mulher, e pode ocorrer já na gravidez, mas geralmente dá-se após o parto;

Colostro é a primeira secreção mamária;

Entre o 3º e 4º dia dá-se a "subida do leite": mamas ficam tensas, ingurgitadas, e a mulher pode apresentar febre (38°C);

Estes sintomas duram geralmente 2 a 3 dias



Medicamentos

Somente podem ser utilizados medicamentos prescritos pela enfermeira ou médico, mulheres que amamentam devem ter cuidados redobrados, pois vários remédios passam para o leite e podem prejudicar o bebê.



Atividades físicas



Durante este período, a mulher apresenta o chamado "lôquios" que consiste de um sangramento liberado pelo útero após o parto.

Inicialmente de 1 a 3 dias os lôquios são sanguinolentos, com a cor vermelho vivo, e odor de menstruação, que aumenta ao amamentar e ao levantar

Entre 4 a 9 dias passam a ser lôquios sero-sanguinolento com a cor róseo ou amarelado e finalmente de

10 dias a 3 semanas passam a ser lôquios seroso com a cor esbranquiçado ou creme até que desapareça.



Consulta de pós-parto



O cuidado da mulher e do recém-nascido no pós-parto é fundamental, pois é um período de mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais para a mulher e de adaptação de vida extrauterina para o recém-nascido.

Exercícios passivos de flexão e extensão dos pés, pernas e coxas, assim como massagens nessas regiões devem ser realizadas imediatamente após o parto, com a finalidade de ativar a circulação sanguínea

É importante manter uma postura correta, principalmente na hora de amamentar para evitar que ocorram dores nas costas.

Atividade sexual

O início da atividade sexual deve ser, preferencialmente, após a consulta de de pós parto entre (30 a 42 dias).

A primeira relação sexual pode ser um pouco dolorosa, por isso deve cesenrolar-se de forma suave.

Mesmo estando a amamentar pode engravidar, assim, antes do início da atividade sexual deve consultar a sua enfermeira e escolher o melhor método de planejamento reprodutivo para você.



LEMBRE-SE:

Sempre que tiver qualquer algum problema de saúde ou alguma dúvida, dirija-se ao centro de saúde mais próximo da sua casa

Com isso, o retorno da mulher e do recém-nascido ao centro de saúde para a realização de consulta pós-parto é crucial nesse período.

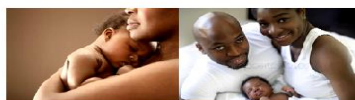
A consulta pós-parto deve ser feita o mais cedo possível entre 7 a 10 dias pós-parto com objetivo de:

-Avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido, orientar e apoiar a família para a amamentação.

-Orientar sobre os cuidados do o recém-nascido, avaliar a interação da mãe com o recém-nascido.

-Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.

-Orientar sobre o planejamento familiar e orientar sobre atividade sexual do casal.



Higiene

Os banhos diários são normais. Não são necessários cuidados especiais para as mamas das mulheres que amamentam. É importante o uso de penso diário genital pós-parto, e eles devem ser trocados com frequência.

Cuidados pós-parto



O período logo após o parto chama-se Puerpério, neste período, as modificações locais e sistemáticas, causadas pela gravidez no corpo da mulher, gradualmente retornam ao estado pré-gravídico.

Esse período se inicia no momento em que se dá o descolamento placentário, logo após o nascimento do bebê e permanecem por, aproximadamente seis semanas (42 dias)



Elaborado por: Belarmina Reis Mueiva
Apoio



Alimentação e Hábitos



Deve manter uma alimentação saudável, é necessário comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez, comer frutas, legumes, alimentos ricos em fibras para restabelecer o trânsito intestinal e beba no mínimo 1,5 l de água por dia pois a amamentação dá muita sede.

Evite o excesso de açúcar, alimentos gordurosos, frituras e condimentos. Evite o consumo de bebidas alcoólicas e bebidas gaseificadas.

Não fume ou utilize drogas ilícitas, principalmente se estiver amamentando



Limpeza dos ouvidos, nariz e unhas

Ouvidos

Não utilize cotonetes (mesmo as indicadas para bebês) para limpar os ouvidos.

Não introduza nenhum objeto no ouvido.

Limpe os ouvidos do bebê exclusivamente com a ponta da toalha depois do banho sem esfregar.



Unhas

Corte as unhas do bebê com uma tesoura apropriada de pontas arredondadas. A tesoura deve ser exclusiva do bebê.

Nunca corte as unhas ou as peles com os dentes!



Nariz

A obstrução do nariz é uma das causas para a recusa do bebê em alimentar-se. Naturalmente, o bebê dá prioridade à capacidade de respirar.

Se for o caso, verifique se o bebê tem o nariz limpo.

O Banho

A higiene diária do bebê é um momento divertido e gratificante para os pais e para o bebê. Este momento proporciona ao bebê uma série de estímulos, e momentos de ternura que fortalecem os laços emocionais com os pais.

É recomendado que a água esteja entre 36 e 37 graus. Para você se certificar que a temperatura está correta, existem duas opções: a primeira é comprar um termômetro específico para banheiras. A segunda é colocar o antebraço na água e verificar se ela está morna



reúna tudo o que vai precisar antes de iniciar o banho: toalhas ou capulanas, produtos de higiene, fralda, roupa (interior e exterior).



Verifique a estabilidade de todos os artigos assegurando-se de que não poderão tombar sobre o bebê durante a sua utilização.

Os recém-nascidos precisam que lhes troquem a fralda frequentemente. O número de vezes depende da criança, mas deve estar atenta para mudar a fralda ao seu filho sempre que este esteja molhado ou sujo.

Proteja as suas costas trocando o bebê numa superfície à altura adequada. Nunca deixe o bebê sozinho no trocador, até mesmo um recém-nascido pode cair.

LEMBRE-SE:

Nunca deixe o bebê sozinho ou sob cuidados de outras crianças

Mantenha sempre o cordão umbilical limpo e seco

BEBES CUIDADOS SÃO BEBES FELIZES



Elaborado por: Belcarmina Reis Mulca

Apoio



Durante o banho, Limpe o coto umbilical com água e sabão desde a base até à mola, de um lado e de outro e só depois por cima da mola e depois seque-o com uma toalha ou capulana limpa e seca.

O coto umbilical deve estar sempre muito bem seco para evitar infecções (é recomendável que o bebê passe algum tempo sem fralda para que a zona fique mais seca).

Não use faixas, ligaduras ou moedas o coto umbilical!

Vigiar potenciais sinais de infecção como :

- *Cheiro fétido
- *Pele em volta vermelha
- *Libertação de pus

Caso surja algum destes sinais, contacte o seu enfermeiro/médico .

Após a queda do cordão continuar a fazer a limpeza do umbigo até ficar totalmente cicatrizado.



Cuidados ao Recém-Nascido



Ao nascer, o bebê abandona o conforto do útero e entra num mundo completamente novo. O contacto pele-a-pele do bebê com a mãe, o cheiro e as carícias estimulam-no a desencadear todos os processos físicos e neurológicos vitais para o melhor começo de vida.



Aproveite o banho para fazer uma massagem relaxante no seu bebê. O suave contacto das suas mãos transmitem afeto, segurança e amor ao mesmo tempo que melhora a respiração, favorece o sono e a digestão e estimula o sistema imunitário.

ÓRGÃOS GENITAIS

□ menino

- Lavar o pénis de cima para baixo e a zona à volta dos testículos.
- Não deve puxar a pele (o prepúcio) para trás, pois pode magoá-lo.

□ menina

- Não limpar o interior da vagina (vulva) para não provocar infecções.
- Limpar sempre, da frente para trás, evitando assim arrastar as bactérias do ânus para a vagina
- Nos primeiros dias pode surgir um fluido branco ou sangue.



APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

Qualidade da Assistência Pré-Natal em Nampula, Moçambique

Dados Sociodemográficos		
1. Data da entrevista: ___/___/___		
2 Local do estudo: Maternidade Sim () Não ()		Domicílio Sim () Não ()
3. Qual é sua idade? ___ anos completos		
4. Qual é sua religião?		
4.1 () Católica	4.2 () Islâmica	
4.3 () Zione/Sião	4.4 () Anglicana	
4.5 () Evangélica/Pentecostal	4.6 () Protestante	
4.7 () Outros	4.8 () Sem religião	
5 Qual foi a sua última classe? _____ classe		
5.1 Você fez ensino superior	0 Não ()	1 Sim ()
5.2. Qual é a sua profissão _____		
6 Em qual bairro você vive? _____		
Dados socioeconômicos		
7. Você trabalha? 0 Não () 1 Sim ()		
7.1. Com esse trabalho você ganha dinheiro? 0 Não () 1 Sim ()		
7.2. Você tem contrato de trabalho 0 Não () 1 Sim ()		
8. Atualmente vive com seu parceiro? 0 Não () 1 Sim ()		
9. Seu parceiro estudou? 0 Não () 1 Sim ()		
9.1. Qual é a última classe que o seu parceiro frequentou? _____ classe		
9.2 O seu parceiro fez o ensino superior? 0 Não () 1 Sim ()		
10. Você frequenta hospital particular? 0 Não () 1 Sim ()		
Agora gostaria de falar sobre sua vida sexual e reprodutiva para entender melhor alguns aspectos da vida familiar		
História sexual e reprodutiva		
11. Com quantos anos você teve a sua primeira menstruação? _____ anos		
12. Com quantos anos você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos		
13. Com quantos anos você ficou grávida pela primeira vez? _____ anos		
14 Quantas vezes você ficou grávida na sua vida? _____ vezes		
15. Quantos partos você teve? _____ partos		
15.1. Desses, quantos foram vaginais (incluindo ventosa, pélvicos)? _____		
15.2. Desses, quantos foram cesarianas? _____		
16. Quantos filhos vivos você tem (incluindo o atual)? _____ filhos		
17. Já teve algum aborto? 0 Não () 1 Sim ()		
18. Já teve algum natimorto? 0 Não () 1 Sim ()		
19. Você fez consultas pré-natal nas gestações anteriores?		
19.1 () Em nenhuma		
19.2 () Apenas em algumas		
19.3 () Em todas		
19.4 () Não se aplica		
Vou lhe fazer perguntas sobre as circunstâncias e como você sentiu se quando ficou grávida		
20 No mês em que eu fiquei grávida (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):		
2__ eu/nós não estávamos usando método contraceptivo.		
1__ eu/nós estávamos usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.		
1__ eu/nós sempre usamos método contraceptivo, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.		
0__ eu/nós sempre usamos método contraceptivo.		
21 Em termos de me tornar mãe (pela primeira vez ou de novo), eu sinto que minha gravidez aconteceu no (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):		
2__ momento certo		
1__ não bem no momento certo		
0__ momento errado		
22 Logo antes de ficar grávida. (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):		
2__ eu tinha intenção de ficar grávida		
1__ minhas intenções variavam		

0__ eu não tinha intenção de ficar grávida
23 Logo antes de ficar grávida. (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você): 2__ eu queria ter um filho 1__ eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho 0__ eu não queria ter um filho
No próximo item, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes
24 Antes de eu ficar grávida: (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você): 2__ meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida 1__ meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida 0__ nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos
25 Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para esta gravidez? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam): 2 ou mais medidas = 2 " tomei ácido fólico 1 medida = 1 " Nenhuma medida = 0 __parei ou diminuí o fumo __parei ou diminuí bebida alcoólica __comi de forma mais saudável __procurei assistência médica ou outro serviço de saúde __tomei outra providência, favor escrever _____ ou __eu não fiz nada disso antes da minha gravidez
Agora vou fazer perguntas sobre a última gravidez, para compreender como foi conduzido seu pré-natal
Situação do último pré-natal
26. Você fez pré-natal nesta última gravidez? 0 Não () 1 Sim () Se não fez pré-natal, siga para a questão 27. Caso tenha respondido que fez o pré-natal, siga para a questão 28.
27. Das afirmações que se seguem, qual delas levou-lhe a não fazer o pré-natal? (Resposta múltipla) 27.1 () Não vi a necessidade de fazer pré-natal 27.2 () O centro de saúde fica longe da minha casa 27.3 () Não sei sobre a importância da consulta pré-natal 27.4 () Não sabia que estava grávida 27.5 () As profissionais de saúde tratam mal as mulheres 27.6 () São feitas cobranças ilícitas às mulheres para o atendimento 27.7 () Outros Muito obrigada por sua contribuição para esta pesquisa.
28. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal? ____ meses completos Caso tenha iniciado o pré-natal após o 4º mês, siga para a questão 29. Caso tenha iniciado o pré-natal até o 4º mês, siga para a questão 30.
29 Por que você começou mais tarde seu pré-natal? (Resposta múltipla) <i>Das afirmações que seguem, escolha as mais assertivas para você</i> 29.1 () Não sabia que estava grávida 29.2 () Não achava importante iniciar o pré-natal cedo 29.3 () Não tinha quem me acompanhasse (parceiro, familiares) 29.4 () O atendimento era demorado 29.5 () O centro de saúde fica distante ou é de difícil acesso 29.6 () Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 29.7 () Não tinha com quem deixar os filhos 29.8 () Estava doente e não conseguia ir ao hospital 29.9 () Achei barriga pequena 29.10 () Não queria essa gravidez 29.11 () Outros
30. Quantas consultas pré-natais você fez durante a gravidez? _____ Caso tenha feito menos de quatro consultas, siga para a questão 31. Caso tenha feito quatro ou mais consultas, siga para a questão 32.
31. Por que você fez esse número de consultas? (menos de quatro consultas) (Resposta múltipla) <i>Das afirmações que seguem, escolha as mais assertivas para você</i> 31.1 () Não queria essa gravidez 31.2 () Não tinha quem me acompanhasse (parceiro, família) 31.3 () Não tinha com quem deixar meus filhos

31.4 () O atendimento era demorado		
31.5 () Não achava importante fazer muitas consultas de pré-natal		
31.6 () O centro de saúde fica distante ou é de difícil acesso		
31.7 () Não gostava das profissionais de saúde		
31.8 () Dificuldade no transporte		
31.9 () Outras		
32. Por que você fez esse número de consultas? (quatro ou mais consultas). (Resposta múltipla) <i>Das afirmações que seguem, escolha as mais assertivas para você</i>		
32.1 () O centro de saúde fica perto da minha casa		
32.2 () As profissionais de saúde me tratavam bem		
32.3 () Achei muito importante		
32.4 () Tive apoio da minha família ou do parceiro		
32.5 () Queria cuidar melhor da minha gravidez		
32.6 () Tive acesso a transporte		
32.7 () Outras		
33. Quantas vezes seu parceiro esteve presente durante as consultas de pré-natal?		
33.1 () Nunca		
33.2 () Uma vez		
33.3 () Duas vezes		
33.4 () Três vezes		
33.5 () Quatro ou mais vezes		
Procedimentos clínicos-obstétricos		
34. Você fez exame de sangue?	0 Não ()	1 Sim ()
Lembra-se de quais?	<i>Assinale todos os exames feitos</i>	
34.1 () Hemograma	34.2 () Sorologia de HIV	
34.3 () Sorologia de sífilis	34.4 () Teste de glicemia	
34.5 () Tipagem sanguínea	34.6 () Não lembro	
34.7 () Outro		
35. Você fez exame de urina?	0 Não ()	1 Sim ()
36. Na sua última gravidez você fez exame de ecografia	0 Não ()	1 Sim ()
37. Durante as consultas de pré-natal, quantas vezes foi:		
37.1. Avaliada a sua pressão arterial?		
1 () Nunca		
2 () Uma vez		
3 () Duas vezes		
4 () Três vezes		
5 () Quatro ou mais vezes		
37.2. Avaliado seu peso?		
1 () Nunca		
2 () Uma vez		
3 () Duas vezes		
4 () Três vezes		
5 () Quatro ou mais vezes		
37.3. Ofertado o sulfato ferroso?		
1 () Nunca		
2 () Uma vez		
3 () Duas vezes		
4 () Três vezes		
5 () Quatro ou mais vezes		
37.4 Durante as consultas de pré-natal, quantas vezes a profissional de saúde mediu sua barriga?		
1 () Nunca		
2 () Uma vez		
3 () Duas vezes		
4 () Três vezes		
5 () Quatro ou mais vezes		
37.5 Durante as consultas de pré-natal, quantas vezes a profissional de saúde ouviu o coração de seu bebê?		
1 () Nunca		
2 () Uma vez		
3 () Duas vezes		

4 () Três vezes		
5 () Quatro ou mais vezes		
Medidas preventivas		
38. Quantas doses de vacina recebeu?		
1 () Uma dose		
2 () Duas doses		
3 () Vacinação completa		
4 () Nenhuma dose		
39. Quantas doses de comprimidos para prevenir a malária você recebeu?		
1 () Uma dose		
2 () Duas doses		
3 () Três doses ou mais		
4 () Nenhuma dose		
Orientações gerais		
40. Durante as consultas de pré-natal, você foi informada sobre:		
40.1 Seguintes sinais de risco na gravidez?		
Sangramento vaginal	0 Não ()	1 Sim ()
Dor de cabeça	0 Não ()	1 Sim ()
Transtornos visuais	0 Não ()	1 Sim ()
Dor abdominal	0 Não ()	1 Sim ()
Febre	0 Não ()	1 Sim ()
Perda de líquido	0 Não ()	1 Sim ()
Diminuição de movimentos	0 Não ()	1 Sim ()
Dificuldade respiratória e cansaço	0 Não ()	1 Sim ()
40.2 Os seguintes sinais de parto?		
Dor pélvica	0 Não ()	1 Sim ()
Frequência das contrações uterinas	0 Não ()	1 Sim ()
Rotura das membranas	0 Não ()	1 Sim ()
Corrimento mucoso rosado	0 Não ()	1 Sim ()
40.3 Realização de parto na maternidade?	0 Não ()	1 Sim ()
40.4 Alimentação saudável?	0 Não ()	1 Sim ()
40.5 Amamentação exclusiva?	0 Não ()	1 Sim ()
40.6 Consulta pós-parto?	0 Não ()	1 Sim ()
40.7 Planejamento familiar?	0 Não ()	1 Sim ()
41. Durante a sua última gravidez você teve alguns desses problemas?		
41.1 () Hipertensão		
42.2 () Malária		
42.3 () Anemia		
42.4 () Outro		
41.1 Caso tenha alguma intercorrência foi tratada?	0 Não ()	1 Sim ()
42. Você teve alta na consulta pré-natal?	0 Não ()	1 Sim ()
<i>Para mulheres que realizaram parto na maternidade, faça a questão 43</i>		
43. Por que você escolheu realizar seu parto em uma maternidade?		
<i>Das afirmações que seguem, escolha as mais assertivas para você</i>		
43.1 () Questões pessoais (achei importante fazer o parto na maternidade, é seguro, é bom)		
43.2 () Facilidade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)		
43.3 () Facilidade de acesso (o centro de saúde fica perto de minha casa, as profissionais de saúde tratam bem, a assistência é gratuita, o parto na maternidade é seguro)		
43.4 () Facilidades familiares (meu parceiro me acompanhou, tinha alguém para cuidar de meus outros filhos)		
<i>Para mulheres que realizaram parto em domicílio, faça a questão 44</i>		
44. Por que você escolheu sua casa para realizar seu parto?		
<i>Das afirmações que seguem, escolha as mais assertivas para você</i>		
44.1 () Questões familiares (nunca fez o parto na maternidade, a família nunca fez parto na maternidade)		
44.2 () Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)		
44.3 () Dificuldade de acesso (o centro de saúde fica longe da minha casa)		
44.4 () É feita cobrança ilícita às mulheres para o parto		
44.5 () Dificuldades familiares (não tinha alguém para cuidar de meus outros filhos, não tinha quem me acompanhasse)		

44.6 () As profissionais de saúde atendem mal)
44.7 () Outras razões
<i>Algumas mulheres estão muito felizes com as consultas pré-natais, enquanto outras mulheres, não. Aqui estão algumas situações que podem descrever a relação que você teve com o profissional de saúde e os serviços onde realizou as consultas de pré-natal.</i>
45. Você ficou satisfeita com as explicações dadas pela profissional de saúde sobre o que aconteceria nas consultas pré-natais? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
46. Você ficou satisfeita com as informações dadas pelo profissional de saúde sobre como sua gravidez estava evoluindo? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
47. Você ficou satisfeita com os tipos de assuntos que o profissional de saúde abordava durante as consultas de pré-natal? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
48. Você ficou satisfeita com explicações que o profissional de saúde deu sobre o que esperar a respeito de ser mãe e pai de um recém-nascido? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
49. Você ficou satisfeita com a forma como o profissional de saúde acompanhou e tratou a sua gravidez? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
50. Você ficou satisfeita com o respeito dado pelo profissional que acompanhou sua gravidez? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
51. Você ficou satisfeita com a forma como foi tratada pelos funcionários? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
52. Você ficou satisfeita com o tempo que o profissional de saúde dedicou a você, mesmo não apresentando problemas na gravidez? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
53. Você ficou satisfeita com o tempo de espera para ser atendida pelo profissional de saúde? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
54. Você ficou satisfeita com as condições da sala de espera do serviço de saúde? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
55. Você ficou satisfeita com a sala de exame de serviço? 1 () concordo 2 () não concordo nem discordo 3 () discordo
56. Nesta última gravidez, você recebeu a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal? 0 Não () 1 Sim ()
56.1 Neste momento você está com a sua caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal? 0 Não () 1 Sim ()

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE LÚRIO
Comité Institucional de Bioética para Saúde da universidade Lúrio (CIBSUL)
 Bairro Marrere, Rua 4250, Km 2,3
 Nampula-Moçambique

Consentimento Informado Livre e Esclarecido
1ª Parte: Folha de informação aos participantes

Título do estudo: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM NAMPULA, MOÇAMBIQUE

Versão e data do protocolo: 22/07/2019

Investigador principal: Belarmina Reis Muleva

Filiação institucional do investigador: Faculdade de Ciências de Saúde/Univerdade Lúrio

Nome do patrocinador ou financiadora: A presente pesquisa será suportada pelos custos próprio.

Introdução

Chamo-me Belarmina Reis Muleva, estudante da Universidade de São Paulo, Brasil e venho por este meio convidar o senhora para participar neste estudo intitulado: Qualidade da Assistência pré-natal em Nampula, Moçambique. O estudo tem como **objectivo:** Avaliar a qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique.

Justificativa

A finalidade desta pesquisa é de suscitar uma reflexão sobre a assistência à saúde materna na província de Nampula e no município de Nampula, rever a importância do pré-natal para a redução da mortalidade materna e neonatal e aprimorar a qualidade da assistência pré-natal, indicando e colaborando em mudanças de políticas saúde pública e programas de assistência à saúde da mulher no país.

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, onde será realizada uma entrevista com mulheres no puerpério durante o segundo semestre de 2019.

Seleção dos participantes

A população deste estudo será de mulheres puérperas de 18 a 49 anos, a seleção da amostra será por conveniência respeitando os critérios de inclusão até atingir o número amostral de 381 sendo 267 mulheres com parto realizado em uma maternidade e 114 mulheres com parto realizado em seus domicílios.

Participação voluntária (forma de participação)

Estou a convidar a senhora a participar dessa pesquisa. A participação é voluntária e se não quiser participar, pode recusar. Você está livre de expressar a sua opinião, porque todas as opiniões são válidas e estará falando acerca daquilo que sabe. Em caso de dúvidas acerca da pesquisa, pode pedir-me esclarecimento a qualquer momento e não precisa decidir logo que for convidada se quer ou não participar. Pode ir consultar alguém da sua confiança e depois dar a sua resposta. Se

pretender pode desistir do estudo em qualquer etapa sem sofrer represálias e obrigação de dar qualquer justificativa.

Procedimentos

A nossa entrevista levará 20 minutos. Gostaríamos de utilizar um tablete com perguntas para registar as respostas para que tudo o que nos disser seja bem entendido, mas se não quiser que usemos tablete, iremos escrever o que disser.

Riscos, desconfortos e inconvenientes (problemas e incómodos)

O risco desta entrevista é de âmbito emocional, pois a mulher pode se sentir constrangida e desconfortável ao responder as perguntas. Caso isso ocorra, a entrevista poderá ser interrompida e a pesquisadora se compromete a acolhê-la e providenciar, se necessário, encaminhamento para um serviço de saúde. Se alguma pergunta do questionário causar desconforto emocional ou constrangimento, a mulher poderá recusar-se a respondê-la.

Benefícios

Receberá panfletos com informações sobre os cuidados a ter com o puerpério e cuidados com o seu recém-nascido, por participar. A sua participação nesta pesquisa poderá trazer benefícios a longo prazo às mulheres usuárias do serviço de saúde, pois, uma vez identificado como ocorre a assistência pré-natal, poderá melhorar a assistência de outras mulheres que a nele se dirigirem.

Custos da participação/compensações

Para participar do estudo, não precisa pagar nada, basta manifestar a sua vontade em participar. Não receberá nenhum valor por ter participado do estudo.

Privacidade

As entrevistas decorrerão no hospital e domicílio e será garantido que as entrevistas decorram num ambiente em que as pessoas falem à vontade, mas sem ser escutadas pelas pessoas que não estão envolvidas na pesquisa.

Confidencialidade

Seu nome será mantido em anonimato, os dados recolhidos serão guardados num computador confidencial e servirão somente ao fim deste estudo, só terão acesso os investigadores envolvidos.

Partilha de resultados

Os resultados deste estudo serão partilhados com a população local da pesquisa por meio de banner durante as feiras de saúde, instituições e parceiros que trabalham na área de Saúde através de artigos científicos.

Contactos

Se tiver alguma questão adicional acerca deste estudo, pode contactar:

Investigador: Belarmina Reis Muleva

Número de celular: +258 868656002

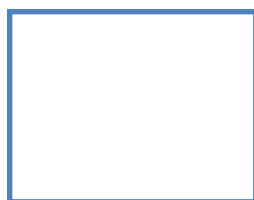
Guida Miranda, (secretária), contacto: +258 845770070. (secretaria do comité institucional de bioética para saúde da universidade Lúrio).

Declaração do consentimento informado

Nome do participante: _____, aceito participar da pesquisa intitulada “ **Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique**”. Declaro que a investigadora me explicou todas as questões sobre o estudo que eu vou participar, tempo de aplicação do questionário e as técnicas que utilizará, riscos e benefícios, confidencialidade de meus dados e informações que serão recolhidas.

Li ou Foi informada de todas as informações e fiquei clara sobre o tema e os objectivos desta pesquisa, assim tomo a decisão de participar e fornecer todas informações que for preciso.

Assinatura do participante: _____



Assinatura do investigador: _____

Nampula, aos /_____/_____/201__ .Horas: _____

APÊNDICE D - Número e proporção de mulheres no puerpério segundo as razões para início tardio do pré-natal e realizar menos e mais de quatro consultas. Nampula, Moçambique, 2019.

Variável	n	%
<i>Razões para início tardio do pré-natal</i>		
Achou ter barriga pequena		
Não	136	57,4
Sim	101	42,6
Não tinha quem a acompanhasse		
Não	180	75,9
Sim	57	24,1
Não sabiam que estavam grávida		
Não	190	80,2
Sim	47	19,8
Não achava importante iniciar cedo o pré-natal		
Não	199	84,0
Sim	38	16,0
Não queria essa gravidez		
Não	201	84,8
Sim	36	15,2
O centro de saúde é de difícil acesso ou fica longe de casa		
Não	213	89,9
Sim	24	10,1
Estava cansadas/doentes e não conseguiam ir ao hospital		
Não	219	92,4
Sim	18	7,6
Não tinha com quem deixar os outros filhos		
Não	225	94,9
Sim	12	5,1
Dificuldade relacionada ao trabalho/escola		
Não	231	97,5
Sim	6	2,5
Por desleixo		
Não	233	98,3
Sim	4	1,7
O atendimento era demorado		
Não	233	98,3
Sim	4	1,7
Insegurança e medo de não chegar ao fim e de ser vacinada		
Não	235	99,2
Sim	2	0,8
Falta de conhecimento do período de início da primeira consulta		
Não	236	99,6
Sim	1	0,4
Esposo falecido		
Não	236	99,6
Sim	1	0,4
Exigência por parte das enfermeiras da presença parceiro da mulher na consulta pré-natal		
Não	236	99,6
Sim	1	0,4
<i>Razões para a realização de menos de quatro consultas **</i>		
Não achavam importante fazer muitas consultas de pré-natal		
Não	128	64,0
Sim	72	36,0
Não tinha quem lhe acompanhasse nas consultas		
Não	149	74,5
Sim	57	25,5

O centro de saúde fica distante ou era de difícil acesso		
Não	151	75,5
Sim	49	24,5
Não queria essa gravidez		
Não	162	81,0
Sim	38	19,0
Achou ter barriga pequena		
Não	196	98,0
Sim	4	2,0
Desleixo por ter muitos filhos		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
Dificuldade de transporte		
Não	167	83,5
Sim	33	16,5
O atendimento na consulta era demorado		
Não	181	90,5
Sim	19	9,5
Não tinha com que deixar os outros filhos		
Não	184	92,0
Sim	16	8,0
Não gostava das profissionais de saúde		
Não	193	96,5
Sim	7	3,5
Estavam doentes/muito doentes e não conseguia ir ao hospital		
Não	197	98,5
Sim	3	1,5
Estava cansada de frequentar as consultas/estava cansada de andar		
Não	198	99,0
Sim	2	1,0
Tinha medo de ser vacinada no hospital		
Não	198	99,0
Sim	2	1,0
Ficou internada por muito tempo		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
Estava à espera de passar os primeiros 6 meses de gravidez		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
Não conseguia andar porque estava com pés inchados		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
Não sabia que estava grávida		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
O esposo faleceu		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
O parceiro proibiu de fazer consultas pré-natais		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
Preguiça de frequentar as consultas pré-natais		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
<i>Razões para a realização de quatro ou mais consultas</i> ****		
Queria cuidar melhor da gravidez		
Não	58	30,1
Sim	135	69,9
Teve acesso ao transporte		
Não	133	68,9

Sim	60	31,1
Teve apoio da família e ou parceiro		
Não	136	70,5
Sim	57	29,5
Acharam muito importante		
Não	143	74,1
Sim	50	25,9
O centro de saúde fica perto de casa ou fácil de acesso		
Não	150	77,7
Sim	43	22,3
As profissionais de saúde tratavam bem		
Não	180	93,3
Sim	13	6,7
Teve orientação na consulta pré-natal		
Não	198	97,9
Sim	4	2,1
Queria prevenir doenças		
Não	192	99,5
Sim	1	0,5
Total	393	100,0

ANEXOS

ANEXO A - Competências de enfermeiras de Saúde Materno Infantil em Moçambique

Enfermeira de Saúde Materna Infantil – do Nível Básico

Cabe a esse grupo de profissionais de enfermagem garantir a assistência à saúde da mulher conforme o preconizado pelo Programa de Saúde Materno-Infantil, atuando em:

- a) consulta pré-natal (fazer assistência do pré-natal de baixo risco);
- b) admissão de parturientes e acompanhamento da evolução do trabalho de parto;
- c) fazer assistência ao parto e puerpério;
- d) fazer consulta de pós-parto e de planeamento familiar;
- e) imunização da gestante e criança;
- f) consulta de puericultura (desenvolvimento e controle de estado nutricional da criança); e,
- g) triagem de consulta de pediatria. (Lourenço; Tyrrell, 2009)

Enfermeiras de Saúde Materno Infantil - Nível Médio

A Enfermeira de Saúde Materno Infantil de Nível Médio trabalha em todas Unidades Sanitárias do país, em todos os níveis, desde os Centros de Saúde Rurais tipo II aos Hospitais Centrais, com exceção dos Hospitais Psiquiátricos, prestando cuidados na área de saúde materno infantil. Ela é responsável pela sua prática aplicando conhecimento e habilidades nos cuidados para a mulher, para as crianças e para as famílias. Ela trabalha como membro de uma equipa que inclui médicos, enfermeiros, técnicos e outros trabalhadores da área de saúde.

Também desenvolverá funções ao nível das Direções Provinciais e Distritais, como responsáveis da gestão e supervisão do Programa de Saúde Materno Infantil, procurando as condições físicas, materiais e humanas de atendimento que assegurem um atendimento humanizado e de qualidade as usuárias nas maternidades e nas consultas preventivo promocionais.

A Enfermeira de Saúde Materno Infantil de Nível Médio desenvolve atividades de formação da sua área técnica de competência, participando na gestão pedagógica e docência nos Cursos ao nível das Instituições de Formação e no acompanhamento da formação prática nos campos de estágio. Também participar no processo de atualização técnica dos profissionais de saúde em exercício.

Quanto as competências da Enfermeira de Saúde Materno Infantil concentram-se em:

1. Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva
2. Educação em Saúde e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva
3. Atenção Pré Natal
4. Atenção ao Parto e ao Recém-Nascido
5. Atenção ao Pós-Parto
6. Atenção ao recém-nascido e a criança
7. Promoção da Saúde e Envolvimento Comunitário
8. Gestão dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e Infantil
9. Ensino (MISAU, 2010b)

Enfermeiras Superiores de Saúde Materno – Nível de Licenciatura

O Curso de Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna, como o próprio nome indica, pressupõe educação básica na área de enfermagem e especializada para a área de Obstetrícia e Ginecologia.

O núcleo central da atividade destes profissionais é cuidar das mulheres nas suas necessidades em saúde reprodutiva, dentro de variadas opções, envolvendo a prática clínica, educação, administração, pesquisa e participação em assuntos de política sanitária e legislativa.

A enfermeira superior de saúde materna tem o seguinte perfil

1. Perfil Ocupacional

Os profissionais formados nesta área poderão exercer as suas atividades nas seguintes instituições: Hospitais Distritais; Hospitais Rurais; Hospitais Gerais; Hospitais Provinciais; Maternidades Periféricas; Centros de saúde especializados de acordo com a nomenclatura e classificação do SNS e Outras instituições estatais ou privadas nos termos da lei.

2. Perfil Profissional

Função assistencial – intervir na prestação de cuidados de saúde à mulher e ao recém-nascido, atuando na componente de prevenção, diagnóstico e tratamento;

Função administrativa– participar na planificação, gestão, controlo e avaliação das atividades da sua área de intervenção.

Função de ensino – elaborar e executar planos de formação e desenvolvimento do pessoal da sua área e outros técnicos, do seu nível ou inferior.

Função de investigação– realizar investigação científica na sua área, à luz das referências bibliográficas existentes e da sua experiência pessoal, conduzindo pesquisas em temas chave.

<http://www.iscisa.ac.mz/iscisa.ac.mz/index.php/pt/saude-materna>

Atividades realizadas por enfermeiras de saúde materna dos três níveis de formação na Atenção Pré-Natal

A Enfermeira de Saúde Materno-Infantil em Moçambique presta cuidados integrados de alta qualidade no pré-natal, para maximizar a saúde da mulher durante a gestação, deteção precoce e tratamento das complicações que possam surgir e, referência caso seja necessária uma atenção especializada, com isso ela:

1. Realiza a anamnese e exame físico pré-natal e diagnostica a gravidez
2. Detecta precocemente, faz o manejo pré-referência e refere as condições/complicações fora do seu âmbito técnico (gravidez múltipla, diabetes, pré-eclâmpsia, etc.).
3. Administra a Vacina Antitetânica (VAT), Sal Ferroso e Ácido Fólico, Tratamento Intermitente Preventivo (TIP), e outras medidas preventivas.
4. Prestar cuidados e prevenção das infeções oportunistas à mulher grávida com HIV/SIDA, com ênfase na identificação e referência dos casos suspeitos de Tuberculose)
5. Realizar a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) do HIV.
6. Realiza o diagnóstico, tratamento e medidas pré-referência caso necessário para as ITS e Malária.
7. Apoia o desenvolvimento do plano de parto, e promover o conceito de preparação para o parto e cuidados em caso de emergência.
8. Orienta sobre os cuidados no pré-natal, incluindo a nutrição, higiene, amamentação e sinais de perigo na gravidez e parto, e planeamento familiar.
9. Detecta, maneja e refere se necessário as emergências obstétricas.

10. Testa e trata a Sífilis na gravidez

ANEXO B - London Measure Of Unplanned Pregnancy versão em Português do Brasil

London Measure of Unplanned Pregnancy – versão Brasil

Abaixo estão algumas questões que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que você ficou grávida.

1) No mês em que eu fiquei grávida

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 Eu/nós não estávamos usando método contraceptivo.
 1 Eu/nós estávamos usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.
 1 Eu/nós sempre usamos método contraceptivo, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.
 0 Eu/nós sempre usamos método contraceptivo.

2) Em termos de me tornar mãe (*pela primeira vez ou de novo*), eu sinto que minha gravidez aconteceu no

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 momento certo
 1 não bem no momento certo
 0 momento errado

3) Logo antes de ficar grávida.

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 eu tinha intenção de ficar grávida
 1 minhas intenções variavam
 0 eu não tinha intenção de ficar grávida

4) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 eu queria ter um filho
 1 eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho
 0 eu não queria ter um filho

Na próxima item, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com quem você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

5) Antes de eu ficar grávida:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida
 1 Meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida
 0 Nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos

6) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para esta gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

- 2 ou mais medidas = 2 tomei ácido fólico
 1 medida = 1 parei ou diminuí o fumo

ANEXO C - Comité de Bioética Unilúrio



UNIVERSIDADE LÚRIO
Comité Institucional de Bioética para Saúde da universidade Lúrio (CIBSUL)

A:

INVESTIGADORA PRINCIPAL

Belarmina Reis Muleva

Ref: 26/Agosto/CIBSUL/19

Data 29 de Agosto de 2019

Assunto: Parecer sobre o Protocolo intitulado: "*Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique*".

Reunidos no dia 29 de Agosto no encontro ordinário, o Comité institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL), analisou a 1ª versão do protocolo intitulado "*Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, moçambique*", sobre o mesmo foram deixadas algumas sugestões científicas:

- Fazer bom uso da lista de verbos da taxonomia de Bloom para diversificar os verbos dos objectivos específicos do protocolo.
- Indicar o nome do instrumento de colecta de dados entre guião da entrevista/questionário.
- Uniformizar a formulação das perguntas do instrumento de colecta de dados, existe formulação do tipo guião de entrevista e do tipo questionário como se fosse que a participante que fará preenchimento com palavras (eu/nos, assinale).
- Houve uso demasiado das referências na citação dentro do texto como se fosse um trabalho de revisão sistemática com metanálise.

O CIBSUL informa a investigadora que o protocolo foi eticamente aprovado, deve manter informado o CIBSUL e entregar no final da pesquisa todas folhas preenchidas do TCLE junto o relatório final.

A presente aprovação definitiva tem uma duração de um ano a partir da data da assinatura e o pedido da sua renovação faz-se três meses antes do término da validade. A aprovação ética não substitui aprovação administrativa.

Por uma investigação de qualidade, eficiência e responsabilidade

O Presidente do CIBSUL

Marega Abdoulaye MD, M.Sc

Endereço: Universidade Lúrio; Telefone: +258 26 21 8365; Cell: + 258 845770070. C.P:364
Fax: +258 26 21 82 83. Campus Marrere, 2,5Km. Cidade de Nampula, Moçambique



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

GOVERNO DA PROVÍNCIA DE NAMPULA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

Credencial n.º 09 /DPPC/2019

Esta devidamente credenciada a docente do curso de Enfermagem da Universidade Lurio, **Belarmina Reis Muleva**, para realizar a recolha de dados sobre qualidade de assistência pré-Natal na Província de Nampula. Neste contexto, a DPS solicita que lhe seja dada o apoio necessário para a realização do estudo. Para que não haja impedimento, passamos a presente credencial que é devidamente assinada e carimbada a tinta de óleo em uso nesta instituição.

Nampula, aos 04 de Setembro de 2019



A Directora Provincial

Munira Abubakar Bin Abudou
(Médica de Clínica Geral Principal)

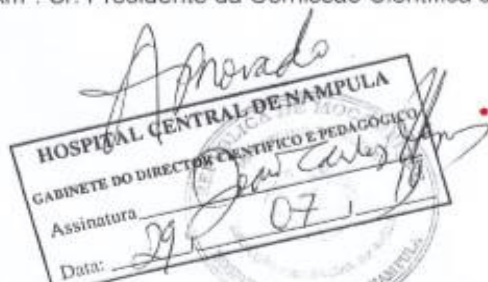
Direcção Provincial de Saúde de Nampula
 DPPC – Secção de Pesquisa
 Esquina Rua de Mueda e Av. Independência Nº 182 A 2º Piso

Tel.: 26217056
 Fax: 26213728
 Caixa Postal Nº 14

ANEXO D - Autorização DPS – Nampula

ANEXO E - Hospital Central de Nampula

Exm^o. Sr. Presidente da Comissão Científica do Hospital Central de Nampula



Direcção Provincial de Saúde
Nampula
Moçambique

Proceder
Proceder ao
Assinatura
25/07/19

Assunto: pedido de carta de cobertura institucional para o estudo **Qualidade da Assistência Pré-natal em Nampula, Moçambique**

Exm^o. Sr. Presidente,

A organização vem submeter à apreciação da Vossa Excelência o Protocolo de Investigação Qualidade da Assistência Pré-natal em Nampula, Moçambique, em que remetemos em anexo.

Assim vimos solicitar a V. Ex^a. a necessária autorização para cobertura local nos locais onde será executado, nomeadamente o Departamento de ginecologia e Obstetria.

A Direcção Provincial de Saúde deverá receber imediatamente cópia deste ofício e do protocolo de estudo.

Solicitamos deferimento e remetemos os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Nampula, 22 de julho de 2019

Belarmina Reis Muleva

Belarmina Reis Muleva

Docente da Faculdade de Ciências de Saúde/Universidade Lúrio

