



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADESÃO AOPRÉ-NATAL EM CAJAZEIRAS, PARAÍBA(2006 A 2010):
FATORES DE RISCO

DAYANNE CHRYSTINA FERREIRA PINTO

CAJAZEIRAS – PB 2014

DAYANNE CHRYSTINA FERREIRA PINTO

**ADESÃO AO PRÉ-NATAL EM CAJAZEIRAS, PARAÍBA (2006 A 2010):
FATORES DE RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa.Dra.Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

CAJAZEIRAS – PB 2014



P659a Pinto, Dayanne Chrystina Ferreira.
Adesão ao pré-natal em Cajazeiras, Paraíba (2006-2010):
fatores de risco / Dayanne Chrystina Ferreira Pinto. -
Cajazeiras, 2014.
39f.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade
Federal de Campina Grande, Centro de Formação de
Professores, 2014.
Contem bibliografia.

1. Pré-natal. 2. Fatores de risco na gravidez. 3.
Gravidez-assistência médica. I. Farias, Maria do Carmo
Andrade. II. Universidade Federal de Campina Grande. III.
Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 618.2-082

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, que me conduziu durante todo trajeto da minha vida, que me ajudou em todos os momentos, que esteve comigo nas dificuldades, e, sobretudo que é o regente da minha vida.

A meus pais, Batista e Terezinha, que estiveram comigo sempre, que me levantaram nos momentos em que pensei que fosse cair e que me ensinaram a ter caráter e força de vontade em todas as coisas da vida.

A minha Vó Francisca (in memória), que foi meu anjo da guarda em vida e após sua partida, e que está sempre presente na minha memória e no meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu Deus, por ser transformador da minha vida e possibilitar que eu chegasse até aqui.

A meus pais, que dedicaram sua vida para me educar e me criar segundo os preceitos do amor de Deus e do bom sendo, e que são a razão do meu viver.

A meus irmãos e sobrinhos, que são o motivo para o meu sorriso e minha alegria, e que me deram ânimo durante toda minha trajetória.

A meu namorado Junior, que me auxiliou nas dificuldades e que esteve do meu lado naqueles momentos em que me senti fragilizada e triste, obrigado pela paciência!

A Professora Maria do Carmo, por contribuir para a realização deste sonho, e por ter me dado a mão nos momentos de maior aflição.

As minhas amigas Maíla e Thaynara, por serem como irmãs para mim e por me ajudarem durante toda minha vida, nos momentos mais complexos.

Aos amigos, Fernanda Formida, Emanuely, Cátia, Larissa, Elana, Heloísa, Helton, Jefferson por me darem força, por estarem comigo sempre e contribuírem com coragem e força para que eu concluísse mais essa etapa na minha vida.

A Enfermeira Kênnya Formiga, que me instruiu nos estágios, e me mostrou o amor pela profissão e pelo ser humano em todas as etapas da vida.

A minha cunhada e sogra que estiveram comigo sempre me dando apoio e força, sempre orando por mim.

Aos amigos e colegas de classe que aqui não daria pra citar, mas que foram importantes na minha jornada até aqui.

Aos profissionais que me acolheram, repassando seus conhecimentos e me auxiliando a aprender mais, cada Técnico em Enfermagem, cada Enfermeiro, cada coordenador, meu muito obrigado!

“É graça divina começar bem. Graça maior é persistir na caminhada.
Mas a graça das graças é não desistir nunca...”

(autor desconhecido)

DAYANNE CHRYSTINA FERREIRA PINTO

ADESÃO AO PRÉ-NATAL EM CAJAZEIRAS, PARAÍBA (2006 A 2010):
FATORES DE RISCO

Aprovado em ____/____/ 2014

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
(Orientadora - UFCG)

Profa. Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos
(Membro –ETSC)

Profa. Ms. KenniaSibelly Marques de Abrantes
(Membro - UFCG)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 MORTALIDADE MATERNO NEONATAL	13
3.2 ATENÇÃO PRÉ-NATAL	15
3.3 SISTEMA DE INFOMAÇÃO DE NASCIDO VIVO	17
3.4 DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO	18
4 MATERIAL E MÉTODO	19
4.1 TIPO DE PESQUISA	19
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.3 LOCAL DA PESQUISA, FONTE DE DADOS	20
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	20
4.5 COLETAS DE DADOS/PROCEDIMENTOS	21
4.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS	21
4.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS DN CONFORME A IDADE MATERNA	24
5.2 COBERTURA PRÉ-NATAL EM CAJAZEIRAS, 2006 A 2010	25
5.3 INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIODEMOGRAFICO PARA ADESÃO PRÉ-NATAL EM CAJAZEIRAS	28
6 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO 1	37
ANEXO 2	38
APÊNDICES	39

RESUMO

PINTO, Dayanne Chrystina Ferreira. **Adesão ao pré-natal em Cajazeiras, Paraíba(2006 a 2010):** fatores de risco. Trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2014.

A partir do ano 2000 foi estabelecido, pelo Ministério da saúde, o Programa de humanização ao pré-natal e nascimento, que objetiva principalmente assegurar a melhoria do acesso, a cobertura e da qualidade no acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Este estudo objetiva, compreender a adesão ao pré-natal, no município de Cajazeiras, PB, (2006-2010). É uma pesquisa de coorte retrospectiva, de abordagem quantitativa, analisando-se variáveis como idade materna, escolaridade, profissão e estado civil e número de consultas pré-natal. Como fonte de dados foi utilizado a Declaração de Nascimento, arquivada na Vigilância Sanitária do município, utilizando-se um instrumento para transcrição dos dados contidos nas DN. Os instrumentos foram enumerados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences. As variáveis foram analisadas estatisticamente. No estudo da correlação entre as variáveis utilizou-se o teste do Risco Relativo e a Regressão Linear simples, adotando nível de confiança de 5% e intervalo de confiança 95%. Os resultados apontam que a cobertura pré-natal em Cajazeiras nos anos investigados não foi satisfatória, pois o percentual de realização de 7 e + consultas pré-natal foi de 43,7% (n=1710). Pelos achados, percebeu-se que o percentual de até 6 consultas pré-natal foi maior entre as mães com idade 12 a 24 anos (60,4%), sem companheiro (58,6%), com escolaridade até 6 anos (61,5%) e ocupação agricultora/do lar (59,2%). Pelo cálculo do Risco Relativo (RR) os achados revelaram que fatores sociais desfavoráveis são de risco para a baixa adesão ao pré-natal, uma vez que o RR (em todas as correlações) foi > 1 , mas não ultrapassou 1,5. Por isso, considera-se que a associação foi fraca e que há maior probabilidade em ser não causal. Sabe-se que a cobertura pré-natal é fortemente influenciada por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas. Assim sendo, os resultados demonstram a necessidade em investigar outros fatores de risco para a baixa adesão ao pré-natal, associados aos dados sociodemográficos, destacando a busca ativa às gestantes em acompanhamento, o preparo dos profissionais, o acolhimento, dentre outros aspectos.

Palavras-chave: Pré-natal, Sistema de Informação, Fatores de risco.

ABSTRACT

PINTO, Dayanne Chrystina Ferreira. adherence to prenatal care in Cajazeiras, Paraíba (2006-2010): risk factors. Work completion of Bachelor of Nursing course. Academic Unit of Nursing, Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2014.

From the year 2000 was established by the Ministry of Health, the humanization program of prenatal and birth, which aims mainly to ensure improved access, coverage and quality in prenatal care , childbirth care and postpartum. This study aims mainly to understand adherence to prenatal care in the municipality of Cajazeiras, PB, (2006-2010). It is a retrospective cohort study of a quantitative approach, analyzing variables such as maternal age, education, occupation and marital status and number of prenatal visits. As a source of data to Birth Certificates, filed at the county health surveillance, using a tool for transcribing the data contained in the DN was used. The instruments were listed for using the Statistical Package for the Social Sciences StatisticalPackage. The variables were analyzed statistically. In the study of the correlation between variables, we used the test Relative Risk Simple Linear Regression and by adopting a confidence level of 5 % and 95 % confidence interval. Results indicate that prenatal coverage Cajazeiras was not investigated in the years satisfactory, because the percentage of completion of 7 + and prenatal visits was 43.7 % (n = 1710). those findings, it was noticed that the percentage of up to 6 prenatal visits was higher among mothers aged 12-24 years (60.4 %), single (58.6 %), with schooling up to 6 years (61.5 %) and occupation farmer / household (59.2 %). For the calculation of relative risk (RR) findings revealed that social factors are unfavorable risk for low adherence to prenatal care, since the RR (in all correlations) was >1 , but did not exceed 1.5. Therefore, it is considered that the association was weak and that there are not more likely to be causal. We know that prenatal care is strongly influenced by socioeconomic factors, the infrastructure service and care and preventative public policies. Thus, the results demonstrate the need to investigate other risk factors for low adherence to prenatal care, associated with sociodemographic data, highlighting the active search for pregnant women in monitoring, staff training, hospitality, among other aspects.

Keywords: Prenatal, Information System, Maternal Mortality, Pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período em que ocorrem muitas mudanças fisiológicas, físicas e psicológicas, no organismo materno, exigindo adaptações emocionais, sociais e profissionais no cotidiano da mulher. Por isso, faz-se necessário que a gestante seja acompanhada nesse período, principalmente por profissional médico e de enfermagem, visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos à mãe e ao concepto.

Nesse sentido, a assistência pré-natal deve ser facilitada e contínua, priorizando uma gestação saudável e um parto sem prejuízos ao recém-nascido e à mãe. Basicamente, forma-se em uma tríade: prevenir, identificar e corrigir anormalidades maternas e fetais que afetam negativamente a gravidez. Para tanto, devem ser garantidos: captação precoce da gestante na comunidade, atendimento periódico contínuo e extensivo à população alvo, recursos humanos qualificados, área física adequada, equipamentos e instrumentais necessários, realização de exames laboratoriais obrigatórios, medicamentos básicos acessíveis, sistema eficiente de referência e contrarreferência, serviços de registro e estatística, sistema de avaliação da efetividade das ações de assistência. (BARROS, 2009; FEBRASGO, 2011)

O pré-natal no Brasil, ainda é considerado de baixa eficácia, devido à qualidade prejudicada deste serviço e a dificuldade na adesão das mulheres na busca desta estratégia. Com frequência ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações, na maioria das vezes, evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal. A proporção de gestantes com mais de seis consultas pré-natal, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde, vem aumentando a cada ano. Mas, apesar disso, a análise dos dados disponíveis demonstram comprometimento da adesão das mulheres ao atendimento pré-natal. Este fato é evidenciado pela parcela reduzida de gestante inscrita no programa de Humanização no pré-natal e nascimento – PHPN. (MARQUES e PRADO, 2004; COIMBRA et al., 2003; VASQUES, 2006)

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família houve um aumento percentual da cobertura pré-natal para 7 ou + consultas, ao longo dos anos. No entanto a adesão ainda não é satisfatória, pois dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2011, no Brasil, Nordeste, Paraíba e Cajazeiras, respectivamente, esse percentual foi 61.8, 47.5, 59.3 e 63.5. (BRASIL, 2014)

Muitos são os recursos que o Ministério da Saúde utiliza para melhorar a assistência pré-natal e proporcionar a verificação de indicadores de saúde. Nesses termos, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC se propõe a coletar e produzir informações

sobre os nascidos vivos, dados da mãe, gestação, entre outras informações em saúde, relacionados à gestação, parto e puerpério. Esse sistema utiliza como instrumento de coleta e fonte de alimentação a Declaração de Nascimento. Essa declaração foi criada em 1990, e é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatória sua aplicabilidade em todos os estados do país. (BRASIL, 2011a)

Para auxílio e disseminação das informações sobre Nascidos Vivos, o SINASC utiliza-se do programa Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). É a partir das informações encontradas via web, de todos os dados da Declaração de Nascimento (DN) que é possível fazer uma análise sobre o aspecto epidemiológico da situação em saúde de gestantes e recém-nascidos, uma vez que se tem acesso a indicadores de saúde, indicadores de cobertura, a exemplo da cobertura pré-natal. (BRASIL, 2011a; FERRAZ, 2009)

O interesse em realizar esta pesquisa teve início a partir do desenvolvimento de um estudo anterior, como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/UFCG, vigência 2010/2011, no desenvolvimento da pesquisa “Comparativo de dados entre mães adolescentes e adultas no município de Cajazeiras, Paraíba, em 2009, a partir da DN”. Para um maior aprofundamento acerca da assistência pré-natal, optamos por desenvolver a presente pesquisa, a fim de conhecer os fatores que influenciam diretamente na realização de consultas durante a gravidez.

Supondo que idade materna e escolaridade reduzida estão relacionadas à diminuição do número de consultas pré-natal, esta pesquisa foi realizada a fim de responder ao seguinte questionamento: conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, como está a cobertura pré-natal em Cajazeiras? Que fatores contribuem para a adesão ao pré-natal?

A relevância dessa pesquisa se justifica pelo fato de o pré-natal ser estratégia fundamental para a diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal e agravos à saúde da mãe e filho. Ressaltando que, no município investigado inexistia pesquisa dessa natureza, tendo como fonte a DN, documento fidedigno, capaz de subsidiar o conhecimento desejado nessa investigação, dentre outros. Posteriormente, os resultados poderão cooperar na formulação de políticas que direcionem de maneira positiva e crescente a qualidade de vida de mulheres e crianças da região em foco.

2 OBJETIVOS

Geral

Compreender a adesão ao pré-natal, no município de Cajazeiras, PB, na série histórica 2006 a 2010.

Específico

Averiguar a cobertura da assistência pré-natal no município de Cajazeiras, PB, na série histórica 2006 a 2010;

Identificar a influência de fatores sociodemográficos para a adesão ao pré-natal em Cajazeiras, Paraíba.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Mortalidade materna e neonatal

A mortalidade materna é um problema preocupante não apenas no Brasil, mas em todo mundo, por se tratar de uma tragédia silenciosa, em muitos casos negligenciada, principalmente em regiões periféricas, onde a maioria dos casos é considerada evitável, sendo um indicador dos mais sensíveis para avaliar não só a qualidade da assistência à saúde, mas também a qualidade de vida das mulheres no período gravídico e puerperal.

Desde a década de 70 no Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, vem gerando pelo Ministério da Saúde, dados sobre a cobertura de óbitos/ano, por meio de métodos demográficos. Mas apesar de contar com esse Sistema, ainda é falha a coleta desses dados, pois alguns óbitos são muitas vezes inseridos em causas diferentes, o que descaracteriza o óbito ligado às causas obstétricas e perinatais. Dentre as mortes maternas existem duas classificações, aquelas relacionadas à morte materna diretas e as indiretas. A direta é a ocorrida por complicações durante a gravidez, parto ou puerpério; e a indireta, a resultante de doenças existentes antes da gestação ou que se desenvolveram nesse período, não provocada por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação. (BRASIL, 2011b)

Muitos são os fatores que influenciam na qualidade de vida do ser humano, principalmente quando se fala a respeito da assistência voltada a mulher no período gestacional. Fatores sociais são um dos mais citados ao influenciar na vulnerabilidade de uma determinada população, em razão dos riscos de complicações à saúde. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada são os fatores que mais contribuem para os óbitos maternos e neonatais, principalmente nas populações mais carentes, evidenciando a influência dos fatores socioeconômicos para essa realidade. Quanto à mortalidade materna, as mulheres nos extremos de idade são as que apresentam maior risco de óbitos materno, por diversos fatores, principalmente no que se refere à adesão ao pré-natal. Além disso, mulheres com nível de escolaridade mais elevadas tem mais facilidade de aderir aos serviços de saúde para garantir uma melhor assistência à saúde, comparado as mulheres de nível escolar inferior. Há ainda a afirmativa que a maioria dos óbitos de mulheres no período perinatal ocorre entre as mães solteiras, pois essas acabam se sentindo desamparadas e não dispensam atenção suficiente para sua própria saúde e do seu filho. (VIANA, NOVAES e CALDERON, 2011)

No Brasil a principal causa de morte materna são as diretas, como infecções e eclampsia, sendo a maioria por causas evitáveis. O planejamento familiar, assim como o pré-natal são alternativas que podem auxiliar na redução da mortalidade materno e neonatal. Essas atividades se feitas de maneira comprometidas, possibilitam a diminuição do número de gestações indesejadas, assim como prestam uma melhor orientação para aquelas mulheres que desejam engravidar, visando melhor assistência neste período até o puerpério. Por isso, têm-se como meta que o planejamento familiar, assim como a assistência pré-natal atinja 100% da população em idade reprodutiva, principalmente a população vulnerável, a exemplo das adolescentes na fase inicial. (VIANA, NOVAES e CALDERON, 2011; UNICEF, 2008)

A morte da mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade. Por isso, é necessário propor medidas de prevenção como planejamento familiar de grande abrangência, que diminua a ocorrência de gravidez de risco e indesejada, assistência pré-natal adequada e equipe qualificada para atender emergências obstétricas e vigilância puerperal. Além das mães, deve-se atentar que milhares de RN morrem antes de completar 28 dias de vida por complicações na gravidez e no parto. Daí a necessidade em melhorar a assistência na saúde materna e neonatal. Nesses termos, um dos objetivos do milênio é reduzir a mortalidade materna em 75% e em 2 terços a mortalidade em menores de 5 anos, entre 1990 e 2015. Embora tenha diminuído em número a morte neonatal, ainda continua alto o índice de mortalidade materna no país. Isso reflete a eficácia dos sistemas de saúde em geral. A redução do risco de morte e morbidade materna melhora diretamente a perspectiva e sobrevivência do RN. (UNICEF, 2008)

Cerca de 86% de mortes em RN no mundo são por infecções graves - sepsis/pneumonia, tétano e diarreia, asfixia e parto prematuro. Ocorrem geralmente nos primeiros 28 dias de vida, período neonatal. A condição socioeconômica tem forte influência nestes números, pois é grande a incidência de causas diretas de mortalidade neonatal, tais como infecção do RN pós-parto, subnutrição da mãe na gestação, e desestimulação das puérperas em buscar cuidados com a saúde e bem estar do RN. (FRANÇA, LANSKY, 2008; UNICEF, 2008)

Desse modo, é necessário que os serviços de saúde prestem esclarecimentos à população quanto aos riscos evitáveis de morte materna e neonatal, nos programas de planejamento familiar e pré-natal. A educação neste caso, em conjunto com ações de saúde se torna uma condição central para a promoção de práticas e comportamentos saudáveis. (FRANÇA, LANSKY, 2008; UNICEF, 2008)

3.2 Atenção pré-natal

Durante muitos anos, o governo brasileiro não apresentava posição explícita frente a questões da mulher. A partir dos anos 1980, pressionados por alguns movimentos organizados, principalmente os das mulheres, e por profissionais da saúde, foi iniciada uma mudança na atenção à saúde da mulher. No final dos anos 1990, o Ministério da Saúde definiu três linhas de ações como prioridade no tocante à saúde da mulher: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência. A atenção pré-natal a partir daí foi discutida e analisada até reforçar a importância da participação da gestante nesse processo, possibilitando novos conhecimentos, ampliando a percepção da gestante em relação a si e ao seu filho. (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2009)

A saúde no Brasil teve grandes transformações ao longo de todo século XX. A Unidade Básica de Saúde passou por inúmeras fases, mas só em 1960 foi implementado uma ação prioritária à assistência à mulher, com ênfase na atenção a gravidez e parto. Porém, a atenção era mais voltada para saúde da mulher apenas enquanto gestava, e atenção ao RN no parto e pós-parto imediato. Houve a necessidade de aperfeiçoar mais ainda essa atenção para melhorar a assistência à mãe e seu RN. Assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado, tendo em seus princípios norteadores algumas prioridades em suas ações, principalmente relacionadas a ações de integralidade, equidade e uma abordagem geral em todas as fases do ciclo vital da mulher. Culminando com a proposta de individualidade no atendimento e introdução da humanização nos serviços, além de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência à saúde da gestante e RN. Com as mudanças e desenvolvimento das políticas de saúde, incluiu-se a elas os direitos reprodutivos, maternidade segura e sexualidade, sem coerção. (CARDOSO, SANTOS e MENDES, 2007)

Merece destaque a importância da consulta pré-natal, que se realizada com eficácia, é capaz de reduzir significativamente as taxas de mortalidade, tanto materna quanto neonatal, pois além de permitir o diagnóstico e tratamento precoce de inúmeras complicações, também reduz ou elimina fatores e comportamentos de risco possíveis de serem corrigidos por meio de mudanças rotineiras e básicas, discutidas durante a assistência pré-natal. O serviço de saúde deve analisar no pré-natal a gestante como um todo, tanto físico, emocional e socioeconomicamente, pois qualquer um desses fatores pode influenciar na adesão da mulher ao serviço. (BRANDÃO, GODEIRO e MONTEIRO, 2012)

Atualmente a assistência pré-natal das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS é desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde – USB. Um dos empecilhos que dificultam a adesão das mulheres ao pré-natal é a falta de vínculos com a Unidade de saúde, demonstrando falhas na busca ativa dessas mulheres. Merece ressaltar que 70% dos óbitos em RN e 90% dos óbitos maternos ocorrem por causas evitáveis, por falta de assistência adequada principalmente no pré-natal. (BRANDÃO, GODEIRO e MONTEIRO, 2012; GNDH, 2012)

A consulta pré-natal não só promove a saúde da gestante e do concepto, do ponto de vista somático, como é uma ferramenta fundamental para o reconhecimento de anseios e desejos da mulher em relação à própria gestação. Marques e Prado (2004, p.34) destacam que “a gestação constitui-se em uma fase propícia ao desenvolvimento de ações educativas voltadas a manutenção da saúde”. Essas ações podem ser desenvolvidas na comunidade, como também no acompanhamento do pré-natal nas UBS. É preciso que todos os profissionais estejam envolvidos na assistência à gestante, para que os objetivos sejam atingidos com eficiência. Também espera-se que haja sintonia com as políticas públicas de saúde vigentes, para que em conjunto estimulem a participação do usuário. (FONSÊCA, PÁDUA e VALADARES NETO, 2011)

A assistência pré-natal necessita de uma equipe multidisciplinar bem treinada para detectar os menores desvios de anormalidade que possam aparecer no período gestacional. Segundo Vasques (2006), o serviço de atendimento adequado deve ser estruturado, com espaço físico ideal e agradável, material mínimo indispensável a um bom atendimento, e está capacitado a prestar assistência pré-natal eficiente às gestantes de baixo risco. A primeira consulta pré-natal serve como porta de entrada no sistema de saúde, devendo causar boa impressão à gestante no intuito de que ela se interesse a fazer todo acompanhamento.

A consulta pré-natal engloba uma gama de procedimentos que incluem desde anamnese e exame físico geral, ginecológico e obstétrico, cujos dados devem ser registrados em formulários que irão servir para posteriores análises estatísticas e acompanhamento da gestação, objetivando a avaliação do serviço prestado e buscando implementar melhorias. Os distúrbios da gestação podem ser tratados com várias medidas propostas de acordo com a avaliação do profissional, como medidas de higiene, dietéticas ou posturais e, em último caso, terapêutica medicamentosa. (REZENDE e ARANDA, 2005; FEBRASGO, 2011)

O atendimento pré-natal deve atender a uma rotina mínima, como preconizada pelo Ministério da Saúde, a partir da avaliação da gestante, e atrelado a esse deve haver uma avaliação laboratorial, na qual se requer exames essenciais de rotina do pré-natal, como

tipagem sanguínea, hemograma completo, sorologias, Urina tipo I e anti- HIV. Na consulta pré-natal as gestantes devem ser percebidas e acolhidas diferentemente, personalizando a assistência tornando sua consulta um momento especial, podendo esta mulher externar seus medos, ansiedades e dúvidas. As orientações fornecidas devem ser antecipatórias, principalmente sobre as alterações fisiológicas, esclarecendo sobre alguns cuidados essenciais da gestação. (FEBRASGO, 2011)

No mais, a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para proteger a unidade familiar e saúde da mãe do concepto, diminuindo significativamente os números de óbitos maternos neonatal. As gestantes devem ser claramente informadas de seu retorno a cada consulta, e a importância do seu comparecimento. O exame da gestante vai depender, evidentemente, da idade gestacional em que ela se encontra, mas em geral deve incluir exame das mamas, palpação do abdômen, mensuração do fundo uterino, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, inspeção e palpação de panturrilha e membros inferiores. Os materiais utilizados para o registro da paciente, atendimento e acompanhamento estatístico incluem a ficha de atendimento perinatal, o cartão da gestante e o mapa de registro diário. Gestação de baixo risco a consulta deve ser agendada uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. (MOTENEGRO, 2008; BARROS, 2009)

3.3 Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos – SINASC

A estratégia saúde da família vem crescendo no que se refere à assistência a saúde da população em geral. As equipes multiprofissionais, em muitos casos, conseguem atender de maneira integral as demandas da comunidade a que se presta atendimento universal e gratuito. Por sua vez, o SUS busca cada vez mais organizar o serviço e adequar às práticas de acordo com a realidade da população. Sabe-se que, com as melhorias nos programas de atenção a saúde da mulher muito vem se avançando no sentido de trabalhar de maneira preventiva em muitos aspectos de cada fase de vida.

A atenção ao pré-natal, parto e puerpério, é desde sempre, um dos programas mais trabalhados pela atenção básica e necessita, principalmente dos indicadores em saúde para avaliar a eficiência e a produtividade deste e outros programas. Ferramentas como a Declaração de Nascimento, folha de registro da Estratégia Saúde da Família - ESF e o DATASUS são importantes instrumentos para a construção de indicadores em saúde e que correspondem aos dados oriundo do SINASC. (BRASIL, 2011a)

O SINASC foi implementado em 1990, pelo Ministério da Saúde, visando fazer o registro nacional de Informações sobre Nascidos Vivos. Esse sistema se baseia na Declaração de Nascimento, que contém dados sobre a mãe, o pré-natal, o parto e o RN. Embora implementado em 1990, as informações só estiveram disponíveis no site do DATASUS, a partir de 1994. (REDE, 2008)

Uma das informações importantes inferidas a partir das estatísticas do SINASC se refere ao número de consultas pré-natal, esta permite aos estudos demográficos, a avaliação quanto à estimativa de controle desta variável. O Sistema de Informações de Nascidos Vivos coleta aproximadamente 30 variáveis das DN. Outro ponto importante que auxilia na obtenção da estatística dessa variável e é de fundamental importância para registro nas Unidades Básicas de saúde é o Sistema de Acompanhamento da Gestante - SISPRENATAL, que visa ao acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, do Sistema Único de Saúde. (IBGE, 2009; BRASIL, 2011a)

Atualmente, o SINASC está implantado em todos os estados Brasileiros e as informações são divulgadas pela página eletrônica do Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde pelo endereço <http://www.datasus.gov.br>. (FERRAZ, 2009)

3.4 Declaração de Nascimento (DN)

A DN é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, pré-numerado, cuja finalidade é captar os dados da mãe e do RN, para que sirvam de indicadores epidemiológicos de saúde. A DN deve ser preenchida em todo o território nacional, para todos os nascidos vivos, nascidos em hospitais ou não. Com base nos dados desse documento o SINASC consegue apontar para quais são os atendimentos prioritários relacionados ao bem-estar da mãe e do RN, além de fornecer indicadores de saúde sobre o pré-natal, assistência ao parto, vitalidade do RN, e mortalidade do RN ou materna. (BRASIL, 2011a)

A DN é o instrumento de entrada no sistema que contém três vias distintas nas cores: branca, que deve ser encaminhada à Secretaria de Saúde para o devido processamento; amarela, encaminhada ao cartório; e rosa, que se destina ao cartório ou à Unidade de Saúde (seu encaminhamento depende de onde foi feito o preenchimento da DN. É composta por sete blocos, contendo 41 variáveis: dados relacionados ao cartório (cinco variáveis), local da ocorrência (sete variáveis), mãe (12 variáveis), gestação e Parto (quatro variáveis), recém-

nascido (seis variáveis), identificação (duas variáveis) e responsável pelo preenchimento (cinco variáveis). Esse impresso pode ser preenchido por médico, por membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa previamente treinada para tal fim. A DN teve uma mudança no ano de 2011, além da sigla que mudou de DNV – Declaração de Nascido Vivo, para DN – Declaração de Nascimento, ela passou a ser em 8 blocos com 51 variáveis. A variável pré-natal mudou a maneira de preenchimento, agora ela exige especificação do número de pré-natal, no entanto na hora da contabilização nos dados via web, essa variável continua sendo agrupada, procedendo a dificuldade em especificar o número de consultas. (BRASIL, 2011a)

4 MATERIAL E MÉTODO

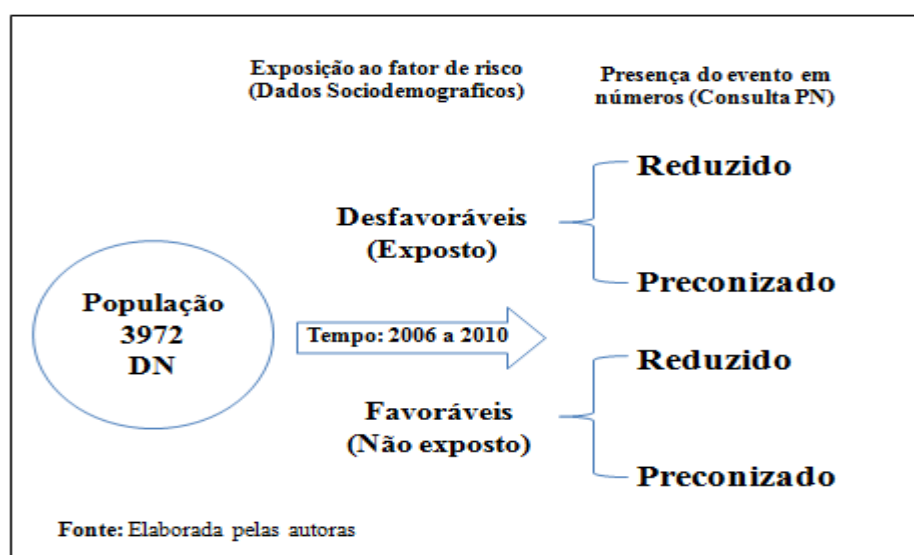
4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com dados secundários obtidos do SINASC, referentes a 3972 nascidos vivos, no período de 2006-2010 (01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010), de mães residentes em Cajazeiras, PB.

O termo coorte é utilizado para designar um grupo de indivíduos que têm em comum um conjunto de características (**números de consultas pré-natal**) e que são observados durante um período de tempo, com o intuito de analisar a sua evolução. (ARANGO, 2005) (Grifo nosso)

Num estudo de coorte é agrupado um conjunto de indivíduos (coorte) que não apresentam o resultado esperado (**número preconizado de consulta pré-natal**), geralmente uma doença (ou evento – **pré-natal**), mas que podem vir a apresentá-lo (população em risco). No início do estudo todos os indivíduos são classificados quanto aos possíveis fatores de risco (**dados sociodemográficos**) que possam estar relacionados com o resultado esperado (grifo nosso). Os indivíduos são analisados por um período de tempo, analisando-se, depois, quais apresentaram o resultado esperado. A figura 1 demonstra como se deu o agrupamento e classificação dos indivíduos nessa pesquisa.

Figura 1 - Desenho do estudo de coorte retrospectivo, analisando os fatores de risco para a adesão pré-natal



Os estudos de coorte prospectivo permitem fazer uma medição das variáveis ou fatores relacionados, válidos e precisos, pois determinam exposições no presente, sem recorrer à memória dos indivíduos, ou outras fontes indiretas; permitindo analisar a relação entre os fatores em estudo e vários resultados esperados, bem como apresentar resultados com longo tempo de seguimento. (ARANGO, 2005)

4.2 População e amostra

Esta pesquisa teve início com a coleta de dados da população a partir das Declarações de Nascimento (ANEXO 1 – Modelo da DN usada nos anos investigados) na cidade de Cajazeiras, Paraíba, através das fichas de primeira via (cor branca), arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município em foco. Foram incluídos como amostra desta pesquisa os dados das 3972 DN encontradas nos arquivos pesquisados, correspondentes aos nascimentos que ocorreram no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010.

4.3 Local da pesquisa, fonte de dados

A pesquisa foi realizada em Cajazeiras, PB, tendo como fonte de dados as DN, arquivadas no Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da SMS.

Este município conta com uma maternidade pública que atende além da sua população residente, mulheres das cidades circunvizinhas, por ser uma cidade pólo do sertão paraibano, onde está localizada a IX Gerência Regional de saúde do Estado da Paraíba. Nesta maternidade é realizada uma média de 04 partos/dia. A cidade possui uma área territorial de 566 km², e estimativa populacional de 58.443 habitantes. (IBGE, 2014)

Ainda foi usado como fonte de dados o Sistema de Informática do SUS (SINASC/DATASUS), acessando, particularmente, dados relativos à cobertura pré-natal em Cajazeiras, Paraíba, Nordeste e Brasil.

4.4 Aspectos éticos

Essa pesquisa faz parte de uma pesquisa maior, investigando os Dados da Declaração de Nascido Vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba em 2005-2009. A proposta inicial seria a série histórica 2005-2009. Todavia, na SMS não foram encontradas as DN de 2005, motivo pelo qual foram analisadas as de 2006-2010.

Respeitando aos aspectos éticos em pesquisa, o projeto desta investigação foi apresentado à Direção da IX Gerência Regional de Saúde, solicitando acesso ao arquivo de Declaração de Nascimento também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Saúde e Tecnologia Rural, UFCG, Patos, PB, protocolo de nº 114/2009, em 01/06/2009 (ANEXO 2).

4.5 Coleta de dados/procedimentos

A coleta de dados se estendeu de junho de 2010 a fevereiro de 2012, em intervalos intercalados, e ocorreu diretamente nos arquivos da VE/SMS. Para tanto, foi construído um instrumento (APÊNDICE 1), contendo espaços para a transcrição literal de todos os registros contidos nas DN.

À medida que se concluiu a coleta por ano investigado, o banco de dados era digitado e conferido, ao mesmo tempo, por pares diferentes (alunos bolsistas de iniciação científica e orientadora), em separado. Ao término da digitação, os bancos foram comparados e filtrados, a fim de afastar qualquer falha e evitar erros estatísticos.

Na elaboração do relatório dessa pesquisa também foi necessário acessar as informações publicadas pelo SINASC/DATASUS, a fim de compará-las às obtidas nos documentos primários (DN – via branca, SMS).

4.6 Variáveis estudadas

Conforme o agrupamento do número de consultas pré-natal nas DN, foram estabelecidos dois grupos: as mães com até 6 e as com 7 ou + consultas pré-natal.

As variáveis de exposição foram os dados sociodemográficos, sendo considerados desfavoráveis, a idade e escolaridade reduzidas, situação conjugal – sem companheiro e profissão – agricultora/Do lar, as quais foram dicotomizadas, para possibilitar o cálculo da Razão de Risco (*RR*). Com a divisão dos grupos, as variáveis se apresentaram:

- Idade materna, dicotomizada com base na mediana: 12 a 24 anos e 25 a 47 anos;
- Situação conjugal: Com companheiro e sem companheiro;
- Escolaridade: Até 6 anos e 7 e + anos de estudos;
- Profissão: Agricultora/Do lar e Estudante/outras.

Na análise das variáveis foram excluídas as DN com dado não informado e ou “ignorado”.

4.7 Tratamento estatístico e análise dos dados

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, analisando as variáveis estatisticamente. Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados para o uso do pacote estatístico StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS), Versão 17.

Para o estudo da correlação entre as variáveis utilizou-se o Risco Relativo(RR), um teste de hipótese, que, conforme Arango (2005), trata-se de uma medida de associação, também conhecida por razão de riscos, que corresponde à razão entre os riscos ou incidências cumulativas dos indivíduos expostos e a dos não expostos a apresentarem determinado resultado. Por exemplo, nessa pesquisa o RR responde à questão "quantas vezes é mais provável a mulher com menor escolaridade realizar menor número de consulta pré-natal, em relação às com maior escolaridade? E assim, com as de menor idade, sem companheiro e agricultora/Do lar? A figura 2 demonstra como se fez o cálculo do RR nessa pesquisa.

Figura 2. Cálculo de Risco Relativo de variável sociodemográfica desfavorável para número reduzido de consulta pré-natal.

		Número de consulta pré-natal*	
		0 a 6	7 e +
Fator sociodemográfico desfavorável	Exposto	A	B
	Não exposto	C	D

* Conforme agrupamento da DN.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

$$RR = \frac{A/(A+B)}{C/(C+D)}$$

O RR é Interpretado da seguinte maneira: (ARANGO, 2005)

- = 1 (não há diferença entre os grupos)
- >1 (a exposição é fator de risco)
- < 1 (a exposição é fator de proteção)

Para compreender a associação entre a exposição e o resultado, adota-se os seguintes parâmetros, com base no RR: (ARANGO, 2005)

- ≥ 3 – forte associação

- Em torno de 2 – moderada associação
- 1 a 1,5 – fraca associação - maior probabilidade de ser não causal.

Para validar a associação do número de consulta pré-natal com idade materna e escolaridade (variáveis numéricas) foi aplicado o Modelo de Regressão Linear simples, adotando-se Intervalo de Confiança (95%) e nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização das DN conforme a idade materna

Foram investigadas 3972 DN cuja idade materna variou de 12 a 47 anos, sendo a mediana 24 anos e a média 24,8 ($\pm 6,103$). Nos extremos de idade obstétrica encontraram-se entre as mães 15,7% (n=624) de adolescentes, com até 18 anos e 5,7% (n=227), acima de 35 anos. Em 1% (n=5) a idade materna não foi informada (Dados não apresentados nas tabelas dessa pesquisa).

Nas informações do IBGE, umas das discussões mais importantes circundam sobre o comportamento reprodutivo das mulheres, o que permite avaliar epidemiologicamente em que faixa etária se encontra a taxa de fecundidade. Conforme este órgão governamental, nos extremos de idade a taxa maior de gestação por nascidos vivos encontra-se em jovens menores de 20 anos e adultas de 30 a 34 anos. No período de 2000 a 2006, o SINASC registrou declínio das faixas etária nos grupos 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, mantendo-se estáveis a faixa etária de 10 a 14 anos, e que metade dos percentuais foram de mães com até 24 anos de idade. Assim, conforme o IBGE houve declínio do número de gravidez em mulheres adolescentes e jovens, não havendo mudanças no nível da taxa para mulheres em idade avançada. (BRASIL, 2009)

Na presente pesquisa percebeu-se que houve decréscimo no percentual de ocorrência de nascimentos em adolescentes nos anos 2007 a 2009, comparando-se com o de 2006; e de um aumento, em 2010 (Dados não apresentados nas tabelas dessa pesquisa). No entanto, os percentuais foram menores que os apontados no Brasil e na Região Nordeste, pois conforme o IBGE, os números de gestações segundo faixa etária mostram grande variedade, conforme as regiões do país e extrato social. Para as de menor idade, as taxas mostram-se maiores nas regiões Norte e Nordeste (maior que 20%, às vezes superiores a 30%) e menores nas regiões Sul e Sudeste (em torno de 15%). (BRASIL, 2009)

A esse respeito, convém destacar que a idade é um referencial sociocultural importante e reflete comportamentos comuns e significativos para a compreensão da sociedade, apesar de alguns relatos na literatura de maior risco relacionado à idade materna continuarem controversos. Na atualidade, é destacado que as condições de vida e saúde das gestantes, sobretudo, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto são mais importantes que a idade. (MONTEIRO et al., 2010)

5.2 Cobertura pré-natal no município de Cajazeiras, PB, na série histórica 2006 a 2010

A cobertura pré-natal é um indicador de cobertura, que significa a distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (BRASIL, 2011a)

Uma das limitações para se prever com maior fidedignidade o número de consultas pré-natal, tendo como fonte de dados a DN, é o agrupamento do número de consultas nesse impresso, pois, até 2010, essa variável era agrupada da seguinte forma: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais consultas e ignorado. (BRASIL, 2011a)

Considerando que o Ministério da Saúde preconiza como ideal, no acompanhamento da gestante, que ela realize um mínimo de 6 consultas, torna-se difícil identificar quais realizaram 4, 5 ou 6 consultas de pré-natal.

Tabela 1. Número de Consultas pré-natal Cajazeiras, PB (2006 a 2010).

Ano	Nº Consulta pré-natal			
	Até 6		7 e mais	
	n	%	n	%
	2204	56,3	1710	43,7
2006	483	56,2	376	43,8
2007	495	60,5	323	39,5
2008	447	56,2	349	43,8
2009	390	57,1	293	42,9
2010	389	51,3	369	48,7

Fonte: Declaração de Nascimento. VS/SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

* Excluídas as DN com dado ignorado 1,5% (n=58).

Na tabela 1, em análise do percentual de consultas pré-natal em Cajazeiras, pelas informações das DN coletadas neste município, percebe-se que, ao longo dos anos de 2006 a 2010, quase não houve diminuição do percentual de até 6 consultas, sendo esses valores significativamente maiores quando comparados aos de 7 e mais consultas, tendo como parâmetro o ano de 2006 relacionado aos demais anos da série histórica analisada; destacando que apenas em 2010, houve elevação no percentual de 7 e + consultas, porém, não chegou a 50%. Os dados expressam ainda que nos 5 anos investigados o percentual de 7 e + consultas

foi de 43,7% (n=1710), portanto, insatisfatório, conforme a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Na tabela 2, analisando o percentual de número de consulta pré-natal em Cajazeiras pelos dados extraídos do DATASUS, ao longo dos anos de 2006 a 2010, percebe-se cobertura pré-natal insuficiente, considerando-se os percentuais de 7 e + consultas pré-natal, pois não chegou a 50%, com exceção do ano 2010, 51,2%.

Ao se comparar os achados das tabelas 1 e 2, ambas correspondentes aos mesmos anos e mesmo município, nota-se diferença entre os percentuais, ano a ano. Por exemplo, nota-se que em 2010, o percentual de até 6 consultas pelo DATASUS é de 48,7%, enquanto que pelas DN analisadas é 56,3%, uma diferença significativa de dados. E assim. Nos demais anos em análise. Desta forma, na análise das duas tabelas percebe-se que, que pelos dados do DATASUS aumenta-se o percentual de número de consultas de 7 e mais consultas e diminui o de menos de até 6, contrariando os dados extraídos das DN analisadas nessa pesquisa.

Tabela 2 - Número de Consultas pré-natal Cajazeiras, PB, durante os anos de 2006 a 2010, pelo DATASUS.

Ano	Número Consulta pré-natal			
	Até6		7 e mais	
	n	%	n	%
2006	373	55,5	299	44,2
2007	520	57,8	379	42,1
2008	469	54,5	390	45,4
2009	430	54,6	357	43,3
2010	416	48,7	438	51,2

Fonte:BRASIL, 2014.

Tal fato pode ser atribuído à falha na digitação de dados ou mesmo da captação destes, o que traz essas diferenças na hora da informatização destes dados pelo site do Ministério. Assim, mesmo diante dessa diferença significativa, a DN via branca traz, com fidedignidade, aos dados que corroboram a visão de que a cobertura pré-natal no município de Cajazeiras foi insatisfatória, posto que não atendeu ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para ter-se uma visão comparativa dos percentuais de 7 e + consultas pré-natal em Cajazeiras, no Estado da Paraíba, Região Nordeste e Brasil, buscou-se através do DATASUS (2014) dados referentes aos anos 2001, 2006 e 2011 (tabela 3), cujos dados revelam, no geral,

insatisfatória cobertura pré-natal, relativa ao percentual de 7 e + consultas. Entretanto, comparando-se os três anos, percebe-se aumento gradativo e considerável ano a ano. Os reduzidos percentuais relativos a 2001, podem ser justificados pela recente criação/implantação do SINASC, à época, que ocorreu em 1990 (BRASIL, 2011a); assim como a elevação dos percentuais pode ser decorrente da implantação da Estratégia Saúde da Família em todo o Brasil, tendo como ação prioritária a atenção pré-natal. (IBGE, 2009)

Sabe-se que, no Brasil, a cobertura de assistência pré-natal ainda é baixa e as desigualdades no acesso a esta assistência persistem, principalmente, quando se observam as taxas por regiões geográficas e a residência na zona rural. As recomendações de órgãos oficiais de saúde para o controle ante natal são: início precoce, cobertura universal, realizado periodicamente, integrado com ações preventivas e curativas, os profissionais realizarem um mínimo de 6 consultas. O sucesso desse controle depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas. (BRASIL, 2010)

Tabela 3. Prevalência de 7 ou + consultas pré-natal, Brasil, Nordeste, Paraíba, Cajazeiras de 2001 a 2011, DATASUS.

7 e + Consultas*	2001		Anos 2006		2011	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	1419052	47,3	1606185	55,4	1785198	61,8
Nordeste	307309	34,0	342005	39,3	400069	47,5
Paraíba	27150	43,2	28652	48,1	34028	59,3
Cajazeiras	205	26,6	299	44,5	589	67,5

*Excluídos os ignorados

FONTE:BRASIL, 2014.

O Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas pré-natal, para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados; que seja iniciado até o quarto mês de gestação, o mais precoce possível; que o intervalo entre duas consultas não ultrapasse oito semanas.(BRASIL, 2007)

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pela assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos orgânicos da reprodução humana e a presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Estima-se que 98% das mortes maternas sejam evitáveis, com adoção de medidas relativamente simples, destacando a qualidade da assistência perinatal e acesso garantido aos serviços de saúde. (XIMENES NETO et al., 2008; BRASIL, 2006)

A atenção pré-natal deve ter como objetivos: o ingresso precoce, a captação das gestantes, a periodicidade e continuidade dos atendimentos. Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto, como um dos componentes que contribuem para redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna. (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2006; BRASIL, 2006)

5.3 Influência de fatores sociodemográficos para a adesão ao pré-natal em Cajazeiras, PB (2006 a 2010)

Na tabela 4 são apresentados os números de consultas pré-natal na série histórica investigada, correlacionados aos dados sociodemográficos extraídos das DN investigadas, no intuito de averiguar a relação desses fatores para a adesão ao pré-natal. Pelos achados, percebeu-se que o percentual de até 6 consultas pré-natal foi maior entre as mães com idade 12 a 24 anos (60,4%), nas sem companheiro (58,6%), com escolaridade até 6 anos (61,5%) e com ocupação agricultora/do lar (59,2%).

Tabela 4 - Número de consulta pré-natal relacionado aos dados sociodemográficos, Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Variáveis	Número Consulta pré-natal				RR
	Até 6		7 e mais		
	n	%	n	%	
Idade materna (anos)*					
12 a 24	1238	60,4	812	39,6	1,2
25 a 47	961	51,7	898	48,3	
Situação conjugal*					
Sem companheiro	1684	58,6	1190	41,4	1,1
Com companheiro	491	49,2	506	50,8	
Escolaridade*					
Até 6 anos	1508	61,5	946	38,5	1,3
7 e + anos	664	46,8	754	53,2	
Ocupação*					
Agricultora/Do lar	1708	59,2	1177	40,8	1,2
Estudante/outras	486	48,0	532	52,0	

Fonte: Declaração de Nascimento. VS/SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

* Excluídas as DN sem informação ou dado ignorado.

Pelo cálculo do Risco Relativo (*RR*) aplicado na correlação dos dados sociodemográficos com o número de consulta pré-natal, os achados expressos na tabela 4 revelam que fatores sociais desfavoráveis se apresentaram como fator de risco para a baixa adesão ao pré-natal, uma vez que o *RR* (em todas as correlações) foi > 1.

Desse modo, afirma-se que o risco da mulher realizar menos consulta pré-natal foi 1,2 vezes maior para às com idade entre 12 a 24 anos, 1,1 vezes maior para às sem companheiro, 1,3 vezes maior para às com até 6 anos de estudos e 1,2 vezes maior para às cujas profissões foram agricultoras/Do lar. Assim, a menor idade, ausência de companheiro, baixa escolaridade e ocupações que remetem a reduzidos vínculos e convívios sociais apresentaram-se como variáveis de risco para a baixa adesão ao pré-natal. Entretanto, como o *RR* foi entre 1 a 1,5, essa associação é considerada fraca, havendo probabilidade em ser não causal.

Frente à essa probabilidade e à possibilidade da interferência de variáveis de confusão nas análises da tabela 3, procedeu-se à regressão linear (Tabela 5), tendo como variável de desfecho o nº de consultas pré-natal. Os dados demonstraram que as variáveis idade materna ($\alpha=0,002$) e escolaridade ($\alpha<0,001$) mantiveram relação direta com o nº de consultas pré-natal.

Tabela 5 - Modelo de regressão linear das variáveis idade materna e escolaridade correlacionadas com o nº de Consultas pré-natal. Cajazeiras-PB, 2006-2010.

Varáveis sociodemográficas	β_0	β	<i>P</i>	Intervalo de confiança (IC) 95%	
				Mínimo	Máximo
Idade materna	0,055	0,050	0,002	0,020	0,090
Escolaridade	0,107	0,104	<0,001	0,071	0,143

Variável dependente: Nº de consultas pré-natal

Fonte: Declaração de Nascimento. VS/SMS Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2010.

Assim, confirmou-se que o aumento da idade materna e dos anos de escolaridade associaram-se significativamente à adesão satisfatória ao pré-natal. Isso implica dizer que cada ano acrescido na idade materna aumenta em 0,105 o percentual de 7 e + consultas pré-natal. Para a variável escolaridade, a regressão linear revela que cada ano de estudo acrescentado na escolaridade materna aumentou em 0,211 o percentual de realização de maior nº de consultas pré-natal (Tabela 5).

Acerca dos dados sociodemográficos como fator de risco para a adesão ao pré-natal, com destaque para a idade materna, Faria Junior e Andrade (2005) corroboram que as adolescentes procuram mais tardiamente a assistência ao pré-natal, muitas vezes vindo a procurar o serviço apenas no final da gestação, guiadas apenas pelo medo do parto.

Geralmente, as adolescentes se expõem ao risco de ficar sem acompanhamento, pela imaturidade e por justamente ser essa fase, associada à gravidez, cercada de muitas dúvidas e transformações biológica, psíquica e social. As adolescentes, ao contrário das mulheres mais velhas, muitas vezes são mal informadas e acham desnecessária a assistência pré-natal.

Nesse sentido, a faixa etária da mãe não pode ser encarada como um fator meramente biológico, mas um fator que pode trazer problemas no cuidado à gestação. Sobretudo, se considerar-se que nos extremos de idade encontram-se determinantes fortes que influenciam o curso da gravidez. (XIMENES e OLIVEIRA, 2004)

Quanto à situação conjugal como determinante para a adesão ao pré-natal, Duarte (2007) observou que, quando o companheiro está inserido na parte ativa de toda fase gestacional é decisivo para resultados satisfatórios na adesão da grávida ao pré-natal. Por isso, o acompanhamento do parceiro durante a gestação é indicado e desejável, já que a mãe sente-se mais segura em ter seu companheiro dando todo apoio neste momento de grande ansiedade e medo. Ressaltando ainda que, mulheres que tem sua vida afetiva estabilizadas são mais preocupadas com sua saúde e a do bebê, uma vez que elas se sentem mais responsáveis por gerar aquele filho “do casal”, que muitas vezes é tão aguardado. Por sua vez, as mães mais jovens e sem companheiro geralmente não se vêem estimuladas a ter todo cuidado no acompanhamento da gestação, uma vez que, sozinhas, se sentem desamparadas.

Por sua vez, a escolaridade é um fator de relevância para a pesquisa epidemiológica, pois trata de uma variável que influencia no acesso e atenção à saúde. O nível educacional é um indicador da condição socioeconômica da família, que direta ou indiretamente pode ser fator de risco para mortalidade infantil e, se elevado, resulta em benefícios para a saúde pública e apresenta reflexos imediatos na adesão ao pré-natal, pois quando a gestante apresenta um bom nível educacional, proporciona melhor entendimento sobre a importância de programas como o pré-natal, identifica facilmente a necessidade a respeito dos cuidados gerais com a gestação, além de melhor entendimento sobre os métodos de contracepção. (OLIVEIRA, 2008)

Dados do IBGE (2009) demonstram que nas mães “sem instrução” foi encontrado um índice alto de gestação que não teve nenhuma consulta pré-natal. Em contrapartida, nas mães com maior escolaridade foi encontrado alto percentual de 7 e mais consultas pré-natal. Essa evidência então corrobora os achados nessa pesquisa, em que as mulheres que realizaram 7 e + consultas 53,2% (n=754) tinham maior escolaridade, comparadas às que realizaram até 6 consultas.

A baixa escolaridade associada a pouca idade exclui algumas mulheres do mercado de trabalho, obrigando-as a ter atividades informais, muitas vezes apenas se ocupando em casa com o trabalho do lar, cuidando do marido ou muitas vezes dos filhos. Isso permite justificar o porquê do alto índice de mulheres do lar e agricultoras. Acerca das agricultoras, muitas mulheres referem essa profissão para receber o salário maternidade, benefício concedido pelo pela previdência social.

A dificuldade em acesso ao mercado de trabalho, na realidade investigada, também se correlaciona a outros fatores que permeiam a relação de gênero e trabalho: a falta de vagas no mercado de trabalho, a alta concorrência para vagas de emprego e, principalmente, a falta de qualificação para o trabalho. A maioria das mulheres analisadas nesta pesquisa situava-se na classe econômica baixa, uma realidade social evidenciada na maioria das famílias, o que permite supor que a perspectiva de vida dessas mulheres pode ser prejudicada, e pode implicar em desajuste na estrutura social e econômica familiar; esse fato pode, também, refletir na adesão à assistência pré-natal, pois muitas vezes essas mulheres se sentem aflitas e sobrecarregadas por problemas socioeconômicos, que desestimula a qualquer cuidado em saúde, principalmente, se a gestação for de baixo risco. (BRASIL, 2007)

A esse respeito, os achados dessa pesquisa revelam que, no tocante à profissão, o percentual de mulheres que realizaram maior número de consultas pré-natal 52% (n=532) foi nas mulheres estudantes/outras profissões, ao passo que, nas mulheres agricultoras/do lar foi maior o percentual de menor número de consultas 59,2% (n=1708).

Muitas pesquisas corroboram para a mesma conclusão que esta, pois é previsível que aquelas mulheres de pouca idade, sem companheiros, com baixa escolaridade e como ocupação agricultora/doméstica associada ao risco social, tendem a fazer menos consultas pré-natal e pouco atentar-se para as questões de saúde na gestação. Muitas dessas mulheres só procuram o serviço de saúde quando percebem alguma anormalidade, ou quando aproxima-se a data do parto por medo deste, ou mesmo nas situações em que vão se beneficiar de programas do governo, como o auxílio maternidade, gerando assim uma situação de risco e vulnerabilidade para sua saúde e a do recém-nascido.

Por fim, pode-se afirmar que diversos fatores prejudicam a adesão ao pré-natal, e não apenas os sociodemográficos, isoladamente, pois, conforme Faria Junior e Andrade (2005), a desestruturação da família, o estresse vivenciado pela gravidez e ou pela imaturidade, as restrições quanto à condição de emprego são muitas vezes o que interfere negativamente na adesão a assistência pré-natal. Seria interessante que os profissionais estivessem preparados para fazer o resgate das gestantes na comunidade e que, através da educação em saúde,

puddesem desenvolver um trabalho de assistência mais dinâmico, que suprisse as necessidades da assistência ao público de gestantes.

6 CONCLUSÕES

Sendo a cobertura pré-natal um indicador de qualidade da atenção básica em saúde, esta pesquisa permitiu compreender a adesão ao pré-natal, no município de Cajazeiras, PB, na série histórica 2006 a 2010, tendo como fonte de dados a DN. Para o alcance desse objetivo, foi averiguado a cobertura da assistência pré-natal, no referido município e identificado a influência de fatores sociodemográficos para a adesão ao pré-natal em Cajazeiras, Paraíba.

Conclui-se que foi insatisfatória a cobertura pré-natal em Cajazeiras nos anos 2006 a 2010. A partir da análise dos dados sociodemográficos investigados encontrou-se que as mães com até 6 consultas pré-natal encontraram-se, em maior percentual, naquelas com menor idade, sem companheiro, com reduzida escolaridade, entre as de profissão agricultoras/do lar, variáveis consideradas fatores de risco, nesta pesquisa, para a adesão satisfatória ao pré-natal. Entretanto, uma vez que o *RR* encontrado em todas as correlações foi de 1 a 1,5, considera-se que a associação foi fraca e que há maior probabilidade em ser não causal.

Sabe-se que a cobertura pré-natal é fortemente influenciada por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas. Assim sendo, os resultados demonstram a necessidade em investigar outros fatores de risco para a baixa adesão ao pré-natal, associados aos dados sociodemográficos, destacando a busca ativa às gestantes em acompanhamento, o preparo dos profissionais, o acolhimento, dentre outros aspectos.

Por fim, reafirma-se a importância do pré-natal de qualidade, e que os profissionais procurem busquem ativamente as gestantes, visando à eficácia da cobertura pré-natal, não simplesmente para elevar percentuais, mas a promoção da saúde das gestantes, afim de reduzir a mortalidade materna e neonatal e prevenir qualquer sequela ou problema evitável, a partir do acompanhamento pré-natal.

Referências

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BARROS, S. M. O. de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRANDÃO, I. A. C.; GODEIRO, A. L. S.; MONTEIRO, A. I. Assistência de Enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n.esp.1, p.596-603. Dez. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf> Acesso: 12mar, 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: DF, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf> Acesso em: 14mar, 2014.

_____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf> Acesso em: 25 set, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume11.pdf> Acesso em: 14mar, 2014.

_____, Sistema de Informação de Nascidos Vivos. **Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011a.

BRASIL, M. S. Secretária de Vigilância em Saúde. **Mortalidade materna no Brasil: Principais causas de morte e tendência temporais no período de 1990 a 2010**. Saúde Brasil:2011b.

_____, M. S. **Cobertura de consultas de pré-natal 2011**. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=F.6&lang=pt&version=ed6>> Acesso em: 16 mar, 2014.

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

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?. **Diálogos possíveis**. sv, sn, p.143-54, jan./jun. 2007.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.171-74, abr. 2007.

FARIA JUNIOR, G. F.; ANDRADE, M. A baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes do PSF Niágara configurando uma situação de risco para gestação. **Informe-se em promoção da saúde**. v.1, n.1, sp, 2005.

FERRAZ, L. V.da C. **O SUS, o DATASUS e a informação em saúde**: uma proposta de gestão participativa. Rio de Janeiro: S.n., 2009.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência pré-natal**: Manual de orientação. 2011.

FONSÊCA, L. A. C.; PÁDUA, L. B.; VALADARES NETO, J. D. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema único de Saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.2, p.40-5, abr-mai-jun. 2011.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade Infantil e neonatal no Brasil: situação, tendência e perspectivas. Rede Interagencial de Informações para saúde – **RIPSA**, Belo Horizonte, 2008.

GNDH. Grupo Nacional de Direitos Humanos. **Atenção perinatal**: roteiro para atuação ministerial, 2012

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. **Cajazeiras – PB**: dados básicos. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250370>>. Acesso em 07 mar, 2014.

MARQUES, R. G.; PRADO, S.R.L.A. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Rev. Enfer. UNISA**; n.5, p.33-6, 2004.

MONTEIRO, M. C. et al. Resultados obstétricos e perinatais de mães adolescentes a partir da Declaração de Nascido Vivo, Cajazeiras, PB, 2006. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7, 2010. Campina Grande. **Anais ...** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande - PB, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.173-9, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/18.pdf>>. Acesso em: 15abr, 2014.

OLIVEIRA, R.C. Adolescência, gravidez e maternidade: percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde Soc.**São Paulo,v. 17, n. 4,oct/dec. 2008.

REDE Interagencial de Informação para saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para saúde – **RIPSA**. 2. ed. Brasília: Organização pan-americana de saúde. p. 316, 2008.

REZENDE, J.; ARANDA, O.L. **Anamnese e exame físico**. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 10.ed.Rio de janeiro: Guanabara Koogan, p. 8-22, 2005.

SERRUYA S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de Humanização do pré-natal e nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v.4, n.3, p.269-79, jul./set. 2009.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2009**: Saúde materna e neonatal. Brasília, 2008.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal**: um enfoque multiprofissional.Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

VIANA R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, J. M. P. Mortalidade materna – uma abordagem atualizada. **Com. Ciência Saúde**. v.22, sup.1, p.s141-s52, 2011.

XIMENES, F. M. A; OLIVEIRA, M.C.R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **RBPS**. v.17, n.2, p.56-60, 2004.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.**Rev. bras. enferm**. [online]. Brasília, v. 61, n.5, p. 595-602, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>> Acesso em: 11abr, 2014.

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº 40598569

I Cartório	1	Cartório	Código	2	Registro	3	Data	
	4	Município		5	UF			
II Local da Ocorrência	6	Local da Ocorrência	7	Estabelecimento			Código	
	1	Hospital	2	Outros Estab. Saúde	3	Domicílio		
	4	Outros	5	Ignorado				
6	Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência da mãe (Rua, praça, avenida, etc)		Numero	Complemento	7	CEP		
10	Bairro/Distrito	Código	15	Município de ocorrência	Código	12	UF	
III Mãe	13	Nome da Mãe	14	Cartão SUS				
	16	Idade (anos)	17	Estado Civil	18	Escolaridade	19	Ocupação habitual e ramo de atividade
	1	Solteira	2	Casada	1	Nenhuma	2	De 1 a 3
	3	Viúva	4	Separada judicialmente/divorciada	3	De 4 a 7	4	De 8 a 11
	5	Ignorado			5	12 e mais	5	Ignorado
20	Residência da mãe		Numero	Complemento	21	CEP		
22	Bairro/Distrito	Código	23	Município	Código	24	UF	
IV Gestação e Parto	25	Duração da gestação (em semanas)	26	Tipo de gravidez	27	Tipo de parto	28	Número de consultas de pré-natal
	1	Menos de 22	2	De 22 a 27	1	Única	2	Dupla
	3	De 28 a 31	4	De 32 a 36	3	Triplo e mais	3	Ignorado
	5	De 37 a 41	6	42 e mais			1	Nenhuma
9	Ignorado					2	De 1 a 3	
						3	De 4 a 6	
V Recém-Nascido	29	Nascimento Data	Hora	30	Sexo	31	Índice de Apgar	
	1	Masculino	2	Feminino	1	7 e mais	2	Ignorado
	3	Ignorado						
32	Raça/cor	33	Peso ao nascer			1º minuto	5º minuto	
1	Branca	2	Preta	3	Amarela	4	Parda	
5	Indígena							
34	Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?						Código	
1	Sim	2	Não	3	Qual ?			
9	Ignorado							
VI Identificação	35	Polegar direito da mãe	36	Pé direito da criança				
VII Preench.	37	Responsável pelo preenchimento	38	Função	39	Identidade	40	Órgão Emissor
	41	Nome			42	Data		

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Centro de Saúde e Tecnologia Rural

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP

Bairro do Jatobá – Km 1, Avenida Universitária, Bairro Santa Cecília, S/N, Caixa Postal 64 - Patos – PB

CEP. 58709-110, TELEFONE: (83) 3423-9713 - FAX: (83) 3423-9537

E-mail: coep@estr.ufcg.edu.br

Protocolo nº 114/2009


INTERESSADO (a): MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS


C E R T I D ã O

ASSUNTO: Solicita aprovação do projeto de pesquisa “Análise dos Dados da Declaração de Nascido Vivo de Mães Atendidas no Município de Cajazeiras, Paraíba em 2005-2009”.

Cientificamos a Vossa Senhoria que o projeto citado teve parecer consubstanciado orientado pelo regulamento interno deste comitê e foi aprovado em reunião EXTRAORDINÁRIA nº 6ª, sob nº de Protocolo 114 /2009, estando à luz das normas e regulamentos vigentes no país atendidas as especificações para a pesquisa científica.

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da Universidade Federal de Campina Grande, em Patos, 01 de junho de 2009.


Profª. DSc Mª das Graças Veloso Marinho
Secretária da COEP


Prof. DSc. Onaldo Guedes Rodrigues
Vice-presidente da COEP


Professor DSc Ednaldo Queiroga de Lima
Presidente da COEP

APÊNDICE 1

Instrumento de Coleta de Dados

Nº da Declaração de Nascido Vivo _____ Nº do Roteiro _____

2. Dados sociodemográficos da mãe

Idade _____

Estado Civil _____ () Com companheiro () Sem companheiro

Ocupação _____ () Agricultora/Do lar () Estudante/Outras

Escolaridade _____ () Até 6 anos () 7 e + anos

2. Dados da gestação e parto:

Nº de consultas pré-natal _____ () ignorado

() Até 6 consultas () 7 e + Consultas