



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

**ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE MENORES DE CINCO ANOS
RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RIO GRANDE DO SUL**

SABRINA SILVEIRA LEITE

2018



PROGRAMA DE PÓS –GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



**ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE MENORES DE CINCO ANOS
RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RIO GRANDE DO SUL**

SABRINA SILVEIRA LEITE

Mestranda

SILVIO OMAR MACEDO PRIETSCH

Orientador

RIO GRANDE, RS, MAIO DE 2018

SABRINA SILVEIRA LEITE

**ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE MENORES DE CINCO ANOS
RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RIO GRANDE DO SUL**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch

RIO GRANDE, RS, MAIO DE 2018

SABRINA SILVEIRA LEITE

**ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE MENORES DE CINCO ANOS
RESIDENTES NA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RIO GRANDE DO SUL**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch
Orientador (Presidente)

Profa. Dra. Elaine Pinto Albernaz
Examinador externo – Universidade Católica de Pelotas

Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves
Examinador interno

Prof. Dr. Raúl A. Mendoza-Sassi
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, MAIO DE 2018

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Adequação da assistência pré-natal entre menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul

Resumo

Objetivos: Medir a prevalência de adequação da assistência pré-natal entre menores de cinco anos residentes em área rural utilizando os critérios propostos por Takeda, Coimbra e Silveira. Descrever a prevalência de adequação do pré-natal segundo os diferentes critérios de acordo com a idade e escolaridade materna e renda familiar e, estudar a evolução da adequação do pré-natal conforme a idade das crianças.

População alvo: Crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande, cujas mães tenham recebido assistência pré-natal.

Delineamento: Transversal.

Desfecho: Adequação do pré-natal de acordo com os critérios de Takeda, Coimbra e Silveira.

Processo amostral: Trata-se de um censo.

Análise: Foi realizada análise descritiva com cálculo de prevalências.

Resultados: Fizeram parte do estudo 331 crianças cujas mães afirmaram ter recebido assistência pré-natal. As prevalências de adequação encontradas foram 90,6%, 87,3% e, 35,9% de acordo com os critérios de Takeda, Coimbra e Silveira respectivamente. A adequação do pré-natal foi menor quanto mais exigente o critério utilizado na sua avaliação. Foi verificada uma tendência linear de maior adequação do pré-natal em relação a maior idade materna e menor idade das crianças.

Conclusões: A maioria das mulheres da área rural comparecem ao número de consultas adequado e iniciam o acompanhamento pré-natal até o quarto mês de gestação, entretanto, a realização dos exames conforme recomendado é baixa. Sugere-se ações que intensifiquem a efetivação dos exames preconizados na assistência pré-natal. Atenção especial deve ser dispensada às gestantes adolescentes que apresentaram os piores resultados de adequação.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Qualidade da Assistência à Saúde; População Rural

Adequacy of prenatal care among children under five residing in the rural area of Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul

Abstract

Aim: To measure the prevalence of adequacy of prenatal care among children under five residing in rural areas using the criteria proposed by Takeda, Coimbra and Silveira. To describe the prevalence of prenatal adequacy according to the different criteria according to maternal age and schooling and family income and, study the evolution of the adequacy of prenatal care according to the age of children.

Target population: Children under five living in the rural area of the municipality of Rio Grande, whose mothers reported receiving prenatal care.

Design: cross-sectional.

Outcome: Adequacy of prenatal care according to Takeda, Coimbra and Silveira criteria.

Sampling: Census.

Analysis: A descriptive analysis with prevalence calculation was performed.

Results: The study included 331 children whose mothers reported having received prenatal care. The adequacy prevalence found was 90.6%, 87.3%, and 35.9% according to the Takeda, Coimbra and Silveira criteria, respectively. The prenatal adequacy was lower, the more demanding the criteria used in its evaluation. A linear trend of greater prenatal adequacy was verified in relation to the higher maternal age and younger age of the children.

Conclusion: The majority of rural women attend the appropriate number of visits and begin prenatal care until the fourth month of gestation, however, the performance of the tests as recommended is low. It is suggested actions that intensify the effectiveness of the exams recommended in prenatal care. Special attention should be paid to adolescent pregnant women who presented the worst adequacy results.

Keywords: Prenatal Care; Quality of Health Care; Rural Population

CONTEÚDO DO VOLUME

1. Projeto	11
2. Relatório do trabalho de campo	35
3. Adaptações em relação ao projeto inicial	47
4. Normas da revista Cadernos de Saúde Pública	49
5. Artigo	54
6. Nota à imprensa	72
7. Apêndices	74

SUMÁRIO

1	Introdução	11
1.1	Revisão bibliográfica	12
1.2	Processo de busca de artigos	13
1.3	Adequação/qualidade da assistência pré-natal	14
1.4	Prevalência da adequação/qualidade da assistência pré-natal	14
1.5	Iniquidade na adequação/qualidade da assistência pré-natal	16
1.5.1	Idade materna	16
1.5.2	Escolaridade materna	17
1.5.3	Renda e índice de riqueza familiar	17
1.5.4	Local de residência	17
2	Justificativa	19
3	Objetivos	20
3.1	Objetivo geral	20
3.2	Objetivos específicos	20
4	Hipóteses	21
5	Metodologia	22
5.1	Local do estudo	22
5.2	População alvo, critérios de inclusão e exclusão	22
5.3	Delineamento	22
5.4	Definição do desfecho	23
5.5	Cálculo do tamanho amostral	23
5.6	Amostragem	24
5.7	Informações a ser coletadas	24
5.8	Instrumento	25
5.9	Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto	26
5.10	Logística	26
5.11	Processamento e análise dos dados	27
5.12	Controle de qualidade	27
5.13	Aspectos éticos	27
6	Divulgação dos resultados	28
7	Orçamento	29
8	Cronograma	30
9	Referências	31
10	Relatório do trabalho de campo	35
11	Adaptações em relação ao projeto inicial	47
12	Normas da revista Cadernos de Saúde Pública	49
12.1	Artigo	54

12.2	Nota à imprensa	72
13	Apêndices	74
13.1	Apêndice 1: Quadro resumo revisão bibliográfica	75
13.2	Apêndice 2: Questionários utilizados na pesquisa	96

1 Introdução

A assistência pré-natal é um dos principais determinantes dos indicadores de saúde relacionados a saúde materno-infantil. As taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil apresentaram redução importante nos últimos anos. A Razão de Mortalidade Materna sofreu uma redução de 51% no período de 1990 a 2010, passando de 141 para 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A Taxa de Mortalidade Infantil passou de 47,1 para 14,5 óbitos por mil nascidos vivos entre 1990 e 2013; a mortalidade no período neonatal precoce passou de 17,7 em 1990 para 7,6 em 2013, assim como as mortes no período neonatal tardio apresentaram decréscimo de 5,4 para 2,4 por mil nascidos vivos. A grande parte dos óbitos maternos e neonatais ocorre por causas evitáveis e a atenção pré-natal tem um papel fundamental no processo de prevenção. Quando realizada de maneira adequada, permite a identificação e o tratamento precoce de complicações relacionadas ao período gestacional, assim como dos agravos de condições patológicas preexistentes (Brasil, 2012a; Brasil, 2012b; Brasil 2015).

Percebe-se um aumento significativo na cobertura da assistência pré-natal no país; porém, também é notória a existência de falha na sua qualidade, identificada através da alta incidência de sífilis congênita e da morbimortalidade relacionada a hipertensão arterial. No período entre 2000 e 2010, a proporção de mulheres que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal aumentou de 46% para 61%. Em 2013, 75% das gestantes realizaram no mínimo seis consultas conforme preconiza o Ministério da Saúde e, 2,7% não receberam assistência pré-natal. Através do reconhecimento do desafio de reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha no ano de 2011, uma estratégia que visa qualificar as Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil por meio da estruturação e organização dos serviços, a atenção pré-natal está entre seus componentes (Brasil, 2012a; Brasil, 2012b; Brasil 2015).

Com a finalidade de verificar a adequação/qualidade da assistência pré-natal, vários critérios têm sido utilizados nas pesquisas. Entre eles estão o proposto por Kessner, que foi modificado posteriormente por Kotelchuck e o proposto por Takeda, que consideram apenas o número total de consultas e o momento do início da assistência pré-natal (Takeda S, 1993; Kotelchuck M, 1994). No ano de 2000 foi instituído no Brasil, através do Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento onde foram elencados procedimentos mínimos que todas as gestantes devem receber

durante a assistência pré-natal para que essa possa ser considerada adequada; entre os procedimentos estão exames clínicos e laboratoriais, imunização antitetânica e atividades educativas (Brasil, 2005). Silveira, acrescentou ao número de consultas e idade gestacional na primeira consulta a realização de hemograma, exame de urina e sorológico para sífilis, na adequação do pré-natal (Silveira DS et al, 2001). Coimbra criou um critério baseado nas recomendações do Ministério da Saúde onde o número de consultas realizadas é ajustado para a idade gestacional no momento do parto (Coimbra LC et al, 2003).

Apesar do direito à saúde no Brasil estar garantido constitucionalmente a todos de maneira universal e igualitária, Lago e Lima (2009) demonstram que a assistência pré-natal ocorre de forma iníqua no país. Entre as diferenças no acesso e/ou na qualidade estão as regionais, de acordo com local de residência (rural/urbano), condição socioeconômica, paridade, escolaridade materna, tipo de serviço onde a assistência é recebida, cor da pele e idade da mãe.

Cardoso et al (2013), em estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher do ano de 2006, relatam a iniquidade na atenção pré-natal no Brasil e destacam a residência rural nesse contexto com os piores resultados. Na área rural, 51,9% das gestantes realizaram teste para sífilis, enquanto que na área urbana, essa proporção foi de 74,4%; 24,7% das gestantes residentes na zona urbana realizaram seis consultas ou mais de pré-natal e, na zona rural essa proporção foi de 19,4%.

1.1 Revisão bibliográfica

Com a finalidade de encontrar estudos sobre a adequação/qualidade da assistência pré-natal que contemplasse a população rural, foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, no mês de maio de 2016, com os seguintes descritores: pré-natal; qualidade da assistência à saúde e população rural, e seus equivalentes em inglês: prenatal; “quality of health care” e “rural population”. Através da estratégia de busca descrita na tabela 1, foram encontradas 1702 publicações, 70 foram excluídas devido duplicidade, restando 1632 referências.

Tabela 1 - Estratégia de busca de artigos nas bases de dados.

Estratégia de Busca	LILACS	PubMed	SciELO	Total
pré-natal AND qualidade da assistência à saúde	92	----	5	97

pré-natal AND população rural	12	----	6	18
prenatal AND “quality of health care”	----	668	----	668
prenatal AND “rural population”	----	919	----	919
Total	104	1587	11	1702
Duplicatas				70
Total				1632

1.2 Processo de busca de artigos

Os critérios de seleção dos estudos foram: artigos científicos com o objetivo de descrever/avaliar a qualidade/adequação da assistência pré-natal, coleta de dados a partir de entrevista com as mulheres após o parto, publicações em português, inglês ou espanhol. A partir da leitura dos títulos, foram excluídas 1192 publicações devido estar fora do contexto idealizado (estudos em que o foco era procedimentos específicos da rotina pré-natal ou mortalidade materno-infantil), outros idiomas e tipo de referência (teses, dissertações), restando 440 resumos. Destes, 348 estudos foram excluídos por apresentarem outro foco que não a qualidade/adequação da assistência pré-natal; 52 devido a coleta de dados ter sido realizada através de prontuários ou outros documentos, ou com gestantes; 02 estudos que analisavam os mesmos dados de outras pesquisas que já haviam sido incluídas na revisão; 10 onde os autores não definiam adequação/qualidade do pré-natal, apresentando resultados de procedimentos isolados, e 09 por contemplarem populações específicas. No total, 19 estudos foram lidos na íntegra para a elaboração da presente revisão (Tabela 2). Os artigos selecionados estão resumidos no Apêndice 1.

Tabela 2 - Exclusão de referências e estudos selecionados para a revisão bibliográfica.

Motivo da exclusão (títulos)	Número de estudos excluídos	Total de estudos selecionados
		1632
Fora do contexto	1059	
Outro idioma	101	
Tipo de referência	32	
		440 resumos
Motivo da exclusão (resumos)		
Outro foco	348	
Coleta de dados	52	
Mesmos dados	02	
Sem definição de adequação	10	
População específica	09	

Total de Estudos Excluídos	1613	19 estudos
Estudos selecionados para revisão		19 artigos

1.3 Adequação/qualidade da assistência pré-natal

Os estudos sobre adequação/qualidade do pré-natal foram desenvolvidos em diversos países dos continentes africano e asiático. No continente americano, somente o Brasil representando a América do Sul e os Estados Unidos representando a América do Norte foram alvo dessas investigações.

Os critérios utilizados para definir adequação/qualidade do pré-natal foram diversos. A principal diferença entre tais critérios consiste na inclusão de procedimentos que fazem parte do conteúdo da assistência pré-natal, além do número de consultas e do momento da primeira consulta. Quando incluídos os procedimentos, estes eram selecionados de acordo com recomendações da OMS e/ou com normativas nacionais. Os critérios utilizados em cada estudo estão descritos no Apêndice 1.

1.4 Prevalência da adequação/qualidade da assistência pré-natal

Entre os países asiáticos, a menor prevalência de adequação do pré-natal utilizando critério que inclui somente o número de consultas e o momento da primeira consulta foi encontrada na China (9%), no estudo de Ren (2010) que investigou o pré-natal da gravidez mais recente entre 554 mães de crianças menores de cinco anos. Quando utilizados critérios mais complexos, a Índia revela o menor percentual de qualidade, 6 a 13% em estudo realizado com 449 mulheres entre 13 e 49 anos com um nascido vivo nos 12 meses anteriores à pesquisa (Marchant T et al, 2015). O Vietnã e o Nepal apresentaram prevalência de pré-natal de qualidade de aproximadamente 24% nos estudos de Trinh et al (2007); e Joshi et al (2014) respectivamente. No Vietnã foram estudadas 857 mulheres com idade entre 15 e 49 anos que estiveram grávidas nos quatro anos anteriores e, no Nepal o número de mulheres na mesma faixa etária, com uma gravidez nos cinco anos anteriores à pesquisa de 3520. A Indonésia é o país asiático onde foi encontrada a maior prevalência de qualidade do pré-natal, correspondendo a 68% das 2255 mulheres estudadas por Barber e Gertler (2008).

Na África, a Etiópia é o país com menor prevalência de qualidade da assistência pré-natal (4 a 9%), identificada no estudo de Marchant et al (2015), que investigou o pré-

natal de nascidos vivos nos 12 meses anteriores à pesquisa entre 299 mulheres 13-49 anos. No Malawi, a prevalência de pré-natal de alta qualidade foi de 21%, seguido pelo Quênia com 26,7% e a Nigéria com 49% no estudo de Babalola (2014), que pesquisou a natalidade mais recente entre 13142, 3648 e 8943 mulheres em idade reprodutiva com um parto nos cinco anos anteriores à pesquisa respectivamente. Ainda na Nigéria, Marchant et al (2015), encontraram uma prevalência de pré-natal de alta qualidade de 11 a 17% entre 206 mulheres com um nascido vivo nos 12 meses anteriores ao estudo; Fagbamigbe e Idemudia (2015), com seu critério que inclui um número maior de componentes, encontraram uma prevalência de 4,6% e 11,3% de qualidade desejável e mínima aceitável do pré-natal, respectivamente entre 13410 mulheres de 15 a 49 anos com um nascimento nos cinco anos anteriores à pesquisa. Em Gana, no estudo de Afulani (2015), a prevalência de mulheres 15-49 anos com um parto nos cinco anos anteriores à pesquisa que receberam todos os procedimentos incluídos no seu score de qualidade do pré-natal foi de 25%, foram pesquisadas 4868 mulheres. Na Zâmbia, 29% das 4148 mulheres estudadas receberam boa qualidade da assistência pré-natal e 53% receberam qualidade moderada segundo o critério utilizado no estudo de Kyei et al (2012).

Nos Estados Unidos, Kogan et al (1994), estudaram a qualidade da assistência pré-natal entre 9924 mulheres com um nascido vivo no ano de 1988; 56% das mulheres receberam todos os procedimentos recomendados durante a primeira ou segunda consulta de pré-natal, enquanto que, 32% receberam na totalidade as orientações recomendadas durante a assistência pré-natal.

No Brasil, estudo realizado no estado do Piauí entre 1580 crianças menores de cinco anos, apresentou uma prevalência de 80,8% de adequação do pré-natal (Dias da Costa JS et al, 2013). No estado de Pernambuco, Noronha et al (2012) realizaram um estudo a partir dos dados da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição e encontraram uma prevalência de adequação do pré-natal de 36,7% na área rural e 65,5% na área urbana no ano de 1997 entre 1906 crianças menores de cinco anos e, 64,7% na área rural e 75,8% na área urbana em 2006 entre 1555 crianças da mesma faixa etária. Os dois estudos realizados no nordeste brasileiro utilizaram critérios de adequação do pré-natal que incluíam número de consultas e momento da primeira consulta. Na região sudeste, Puccini et al (2003), realizaram um estudo no estado de São Paulo incluindo alguns

procedimentos do conteúdo da assistência pré-natal no critério utilizado para verificar a adequação, 35,5% das 475 mães de crianças menores de um ano havia recebido assistência adequada. No município de Ribeirão Preto, no ano de 1978-1979, 39,4% de todos os nascidos vivos apresentaram pré-natal adequado, enquanto que no ano de 1994 esse percentual aumentou para 64%, o critério utilizado nessa pesquisa incluía apenas número de consultas e o momento da primeira consulta de pré-natal; o número de crianças do estudo foi de 6750 em 1978-1979 e 2846 em 1994 (Goldani MZ et al, 2004). No Rio de Janeiro, Leal et al (2004), encontraram uma prevalência de adequação do pré-natal de 48,4% e 38,6% de acordo com critérios utilizados entre 9920 puérperas.

Na região sul do Brasil, Rasia e Albernaz (2008), em estudo realizado no município de Pelotas, demonstraram uma adequação do pré-natal de 77% entre 2741 mães que tiveram um nascido vivo entre setembro de 2002 e maio de 2003. Nesse mesmo município, Victora et al (2010) criaram um score que variava de 0 a 11 de acordo com procedimentos recebidos pelas gestantes durante a assistência pré-natal para verificar a adequação, a pontuação média de adequação do pré-natal recebida pelas mães dos 4244 nascidos vivos no ano de 2004 foi de 8,3. No município de Rio Grande, a prevalência de adequação do pré-natal foi de 64,8% e da rotina recomendada pelo Ministério da Saúde de 26,8% de acordo com estudo realizado com 2449 nascidos no ano de 2007 por Gonçalves et al (2009). Entre 2395 nascidos em 2010, nesse mesmo município, a adequação do pré-natal foi verificada através de diferentes critérios e variou de 41,8% a 73,2% (Saavedra JS e Cesar JA, 2015).

1.5 Iniquidade na adequação/qualidade da assistência pré-natal

Entre os fatores associados à adequação/qualidade do pré-natal estão a idade e escolaridade materna, a renda familiar ou índice de riqueza e o local de residência, evidenciando a iniquidade na assistência às gestantes.

1.5.1 Idade materna

No estudo realizado por Kogan et al (1994) nos Estados Unidos, as mulheres com idade entre 15 e 19 anos foram as que mais relataram ter recebido todos os procedimentos e orientações recomendadas durante a assistência pré-natal. No Nepal, as mulheres mais velhas receberam melhor qualidade do pré-natal em relação as mais jovens; assim como na Nigéria, onde as gestantes com idade superior a 19 anos

receberam assistência pré-natal de melhor qualidade (Joshi C et al, 2014; Fagbamigbe AF e Idemudia ES, 2015).

No Brasil, estudos realizados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, apresentaram melhores resultados de adequação/qualidade do pré-natal para mulheres com 20 anos ou mais de idade (Puccini RF et al, 2003; Goldani MZ et al, 2004; Leal MC et al, 2004). Na região nordeste, Dias-da-Costa et al (2013), apresentam a idade materna inferior a 30 anos com maior prevalência de adequação do pré-natal. Na região Sul do país, no município de Pelotas, Rasia e Albernaz (2008), referem menor adequação do pré-natal entre adolescentes, assim como no estudo de Saavedra e Cesar (2015) no município de Rio Grande, onde as mulheres maiores de 19 anos apresentaram maior probabilidade de receber assistência pré-natal adequada.

1.5.2 Escolaridade materna

As mulheres com mais anos de estudo recebem melhor assistência pré-natal em termos de adequação/qualidade; tal associação foi encontrada em estudos realizados em países asiáticos, africanos e americanos (Joshi C et al, 2014; Barber SL e Gertler PJ, 2008; Fagbamigbe AF e Idemudia ES, 2015; Afulani PA, 2015; Babalola S, 2014; Kogan MD et al, 1994; Saavedra JS e Cesar JA, 2015; Dias da Costa JS et al, 2013; Noronha GA et al, 2012; Rasia ICRB e Albernaz E, 2008; Leal MC et al, 2004; Goldani MZ et al, 2004).

1.5.3 Renda e índice de riqueza familiar

Os estudos realizados na Ásia e na África utilizaram o índice de riqueza como um dos componentes de análise do nível socioeconômico das famílias. Em todos os estudos, as mulheres pertencentes aos maiores quartis/quintis de riqueza receberam melhor adequação/qualidade da assistência pré-natal (Joshi C et al, 2014; Barber SL e Gertler PJ, 2008; Afulani PA, 2015; Fagbamigbe AF e Idemudia ES, 2015).

Nos Estados Unidos, mulheres pertencentes a famílias com renda média apresentaram vantagem no recebimento de melhor qualidade do pré-natal em relação aquelas pertencentes a famílias de renda alta (Kogan MD et al, 1994). No Brasil, uma prevalência maior de assistência pré-natal adequada foi identificada entre as gestantes pertencentes a famílias de maior renda (Puccini RF et al, 2003; Rasia ICRB e Albernaz E, 2008; Gonçalves CV et al, 2009; Victora CG et al, 2010; Saavedra JS e Cesar JA, 2015).

1.5.4 Local de residência

Quando analisada a adequação/qualidade da assistência pré-natal de acordo com residência urbana ou rural, evidencia-se uma desvantagem das mulheres residentes na área rural. Nos estudos realizados no Nepal, na Nigéria e em Gana, as gestantes residentes na área urbana apresentaram maiores chances de receber pré-natal de qualidade em relação às residentes na área rural; na Nigéria essa diferença foi de 56% (Joshi C et al, 2014; Fagbamigbe AF e Idemudia ES, 2015; Afulani PA,2015). As pesquisas realizadas no Brasil que contemplam essa variável são escassas. Dias-da-Costa et al (2013), no estudo realizado nos municípios de Caracol e Anísio de Abreu no estado do Piauí, não encontraram associação significativa entre o local de residência e a adequação do pré-natal. Noronha et al (2012), analisaram a evolução da assistência materno-infantil no estado de Pernambuco e revelam prevalências maiores de adequação da assistência pré-natal na área urbana. No município do Rio de Janeiro a adequação do pré-natal foi analisada de acordo com residência em bairros ou residência em favelas ou na rua, e as gestantes que residiam em bairros receberam melhores resultados de adequação (Leal MC et al, 2004).

2 Justificativa

A necessidade da redução das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil é reconhecida, assim como a importância da assistência pré-natal nesse desafio. Apesar da ampliação da cobertura do pré-natal nos últimos anos, tem sido apontada a fragilidade da qualidade da assistência prestada (Brasil,2012). Os subsídios para o planejamento e implementação de ações pelos gestores dos serviços de saúde podem ser obtidos através de pesquisas de qualidade em atenção à saúde, que contribuem significativamente no conhecimento da realidade dos serviços ofertados e suas necessidades (Zanchi M et al, 2013).

A mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul é considerada preocupante, mesmo apresentando razões menores que a do país, ainda são maiores do que preconiza a OMS. Suas principais causas, a hemorragia e a hipertensão arterial, poderiam ser geralmente evitadas através da assistência adequada no pré-natal e nascimento. As mortes infantis no Brasil, quando investigadas por causas evitáveis, apresentaram um decréscimo, porém, as reduzíveis pela adequada atenção a mulher durante a gestação aumentaram. Assim, é necessário investir na qualidade da assistência prestada, não bastando a ampliação do acesso ao serviço de pré-natal (Carreno I et al, 2014; Malta DC et al, 2010).

Embora a adequação/qualidade da assistência pré-natal venha sendo estudada no país, a assistência recebida por mulheres residentes em áreas rurais não tem sido alvo destas investigações, especialmente na região Sul. As pesquisas que incluem esta população, geralmente não analisam o desfecho de acordo com o local de residência, contribuindo para a escassez de informações relativas a saúde das pessoas que vivem nestas áreas.

O presente estudo irá contribuir com o conhecimento da adequação da assistência pré-natal recebida pelas gestantes da área rural e das suas possíveis iniquidades nos últimos cinco anos. A partir dos resultados pretende-se contribuir ainda no planejamento de ações com o objetivo de garantir uma assistência pré-natal de qualidade e equânime.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Medir a prevalência de adequação da assistência pré-natal entre menores de cinco anos residentes em área rural utilizando os critérios propostos por Takeda, Coimbra e Silveira.

3.2 Objetivos específicos

Descrever a prevalência de adequação do pré-natal segundo os diferentes critérios de acordo com a idade e escolaridade materna e renda familiar;

Estudar a evolução da adequação do pré-natal conforme a idade da criança.

4 Hipóteses

A prevalência de adequação do pré-natal será de aproximadamente 70% considerando os critérios de Takeda e Coimbra, e de aproximadamente 40% segundo o critério de Silveira.

A prevalência de adequação será diretamente proporcional a idade e escolaridade materna e renda familiar.

Quanto menor a idade da criança maior será a prevalência de adequação do pré-natal.

5 Metodologia

5.1 Local do estudo

O presente estudo será realizado na área rural do município de Rio Grande, localizado na Metade Sul do Rio Grande do Sul, a 350 km de Porto Alegre, capital do estado. A população estimada de Rio Grande para 2016 é de aproximadamente 210 mil habitantes, deste total, aproximadamente 8.500 pessoas residem em área rural, destas, pouco mais de 5% são crianças menores de cinco anos.

O município de Rio Grande conta com 36 Equipes de Saúde da Família, 08 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, 05 ambulatórios; 02 hospitais gerais, entre outros serviços. Entre as Unidades de Saúde da Família, 08 delas localizam-se na área rural do município, com a cobertura de 100% desta população.

O presente estudo será realizado através de um consórcio de pesquisa onde 15 mestrandos do programa de pós-graduação em Saúde Pública e 02 doutorandos do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, ambos pertencentes a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, terão suas questões de pesquisa respondidas através dos múltiplos objetivos desse estudo maior que terá como população do estudo, além das crianças menores de cinco anos, mulheres em idade fértil e idosos.

5.2 População alvo, critérios de inclusão e exclusão

A população alvo deste estudo serão as crianças menores de cinco anos com mães vivas e residentes na área rural do município de Rio Grande no período do estudo.

Serão excluídas do estudo as crianças cujas mães não tiverem realizado nenhuma consulta de pré-natal, estiverem institucionalizadas no período do estudo e/ou apresentarem déficit cognitivo que implique na impossibilidade de responder o questionário.

5.3 Delineamento

O delineamento do estudo será do tipo transversal (seccional ou de prevalência). Entre as vantagens desse delineamento estão a possibilidade de estudar diversos desfechos e exposições simultaneamente em única abordagem, assim como a rápida execução, o baixo custo e a relativa facilidade de análise. A principal desvantagem é a possibilidade de ocorrência de viés de causalidade reversa, devido a abordagem única,

onde exposição e desfecho são coletados no mesmo momento. Esse tipo de viés pode ser reduzido identificando o momento do início das exposições e dos desfechos.

5.4 Definição do desfecho

Os desfechos deste estudo serão constituídos pela adequação do pré-natal segundo os critérios utilizados por Takeda; Coimbra e Silveira.

Na definição dos desfechos, a idade gestacional na primeira consulta de pré-natal e no nascimento serão operacionalizadas através do mês gestacional ao invés da semana, devido a logística do estudo que contará com o recordatório materno durante a entrevista. Assim, nos critérios propostos por Takeda e Silveira, o início do acompanhamento pré-natal antes de completar cinco meses de gestação, corresponderá ao início antes de completar 20 semanas. No critério de Coimbra, a idade gestacional no nascimento será convertida da seguinte maneira: o período entre 33 e 36 semanas corresponderá a oito meses, entre 29 e 32 semanas a sete meses e, antes de completar 24 semanas corresponderá a menos de seis meses de gestação.

No critério utilizado por Takeda, o pré-natal será considerado adequado quando a gestante tiver realizado cinco ou mais consultas e iniciado o acompanhamento antes de completar cinco meses de gestação.

No critério de Coimbra, a adequação será considerada quando a gestante tiver realizado seis ou mais consultas de pré-natal para uma gestação a termo ou menor número de consultas de acordo a idade gestacional, e iniciado o pré-natal até o quarto mês de gestação. Em relação ao menor número de consultas de acordo com a idade gestacional no nascimento, a realização de no mínimo cinco consultas se o parto ocorreu durante o oitavo mês de gestação, quatro consultas ou mais se o parto ocorreu durante o sétimo mês e, no mínimo duas consultas se o parto ocorreu antes de completar seis meses, será considerado adequado.

De acordo com o critério proposto por Silveira, o pré-natal será considerado adequado quando o número de consultas realizadas pelas gestantes for no mínimo seis, o início da assistência ocorrer antes de completar cinco meses de gestação e, a gestante tiver realizado no mínimo dois exames de urina, hemoglobina e sorológico para sífilis.

5.5 Cálculo do tamanho amostral

O cálculo do tamanho da amostra, realizado no programa OpenEpi, foi baseado na frequência dos desfechos esperados (70 e 40%), utilizando nível de confiança de 95%,

erro aceitável de 3 pontos percentuais, efeito de delineamento de 1.0 e uma população de 440 crianças menores de cinco anos. O cálculo escolhido para representar o tamanho da amostra necessário foi o de adequação do pré-natal de acordo com o critério de Silveira, com uma prevalência esperada de 40%, resultando em uma amostra de 309 crianças menores de cinco anos. Acrescentando 10% para eventuais perdas, o tamanho da amostra necessário será de 340 crianças menores de cinco anos.

Quadro 2 – Cálculo do tamanho da amostra de acordo com os desfechos do estudo.

Desfecho	Prevalência	Erro aceitável 3pp	Acréscimo de 10%
Adequação do pré-natal de acordo com Takeda e Coimbra	70%	296	326
Adequação do pré-natal de acordo com Silveira	40%	309	340

5.6 Amostragem

A amostragem será realizada por varredura onde serão visitados 4 domicílios e “pulado” o próximo, e assim sucessivamente em todos os setores censitários considerados rurais pelo IBGE no município de Rio Grande, totalizando no final, 80% de todos os domicílios.

5.7 Informações a ser coletadas

Variáveis dependentes:

Variável	Definição	Forma de coleta
- Número de consultas	- Número de consultas de pré-natal realizadas	- Discreta
- Início do pré-natal	- Mês gestacional na primeira consulta de pré-natal	- Discreta
- IG no nascimento	- Mês da gravidez que a criança nasceu	- Discreta

- Exames de sangue	- Número de exames de sangue realizados durante a gravidez	- Discreta
- Testes para sífilis	- Número de testes para sífilis realizados durante a gravidez	- Discreta
- Exames de urina	- Número de exames de urina realizados durante a gravidez	- Discreta

Variáveis independentes:

Variável	Definição	Forma de coleta
- Idade da mãe	- Idade da mãe em anos completos	- Discreta
- Escolaridade da mãe	- Número de anos de estudo com aprovação	- Discreta
- Escolaridade na gravidez	- Número de anos de estudo com aprovação na gravidez	- Discreta
- Renda familiar	- Valor recebido em Reais por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior a entrevista	- Contínua
- Idade da criança	- Idade da criança em anos completos	- Discreta
- Endereço na gravidez	- Rural ou urbano	- Dicotômica

5.8 Instrumento

O instrumento para a coleta dos dados será um questionário, as questões referentes ao desfecho do presente estudo estão incluídas neste questionário maior do consórcio

de pesquisa. O instrumento que será aplicado na população de crianças menores de cinco anos está no apêndice 2 e ainda está em fase de construção.

5.9 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto

Para a realização das entrevistas serão recrutados 18 candidatos com no mínimo ensino médio completo. Após treinamento serão contratados 06 deles, os demais permanecerão como suplentes para eventuais substituições.

O treinamento terá como objetivo promover o conhecimento do questionário e do manual de instruções do mesmo, além do manejo do tablet. Será realizado também treinamento de antropometria, utilizando balança para a medida de peso, estadiômetro para altura/comprimento e fita métrica para obtenção de medidas de circunferências. Este treinamento terá duração de 30 horas, será realizado em cinco dias consecutivos, das 13 às 19 horas.

Após o treinamento será realizado estudo piloto com população não participante da pesquisa a fim de testar o enunciado das questões, familiarizar os entrevistadores com o questionário e os tablets, assim como tentar reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo com o objetivo de melhor definir sua logística.

5.10 Logística

As equipes compostas por supervisor (mestrando/doutorando ou um dos professores coordenadores do estudo), três entrevistadores e um motorista se deslocarão, em veículo a ser cedido pela Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Federal do Rio Grande, até a localidade onde serão realizadas as entrevistas no início da tarde. Cada entrevistador se dirigirá para um domicílio enquanto o supervisor permanecerá disponível para auxiliar os entrevistadores.

As mães que tiverem mais de um filho menor de cinco anos responderão um questionário para cada criança. Se no domicílio residir mais de uma família com crianças menores de cinco anos, será aplicado um questionário para cada criança residente, tendo a mãe como respondente.

Os questionários eletrônicos serão aplicados através de tablets por meio do aplicativo RedCap®. Diariamente, ao final da coleta de dados, os supervisores serão encarregados de levar os tablets para o QG do consórcio. Neste local, um dos mestrandos será responsável pelo envio dos dados através de conexão com internet, para o servidor disponível na página www.redcap.furg.br. Ao terminar o envio dos dados

e, após conferência de que todos os questionários tenham sido corretamente enviados e armazenados no servidor, os questionários serão apagados dos tablets, que deverão ser desligados e terão suas baterias recarregadas para a coleta do dia seguinte.

Diariamente, serão feitas cópias de segurança do banco de dados em planilhas do software Microsoft Excel®. Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados, enviarão semanalmente um relatório com erros, inconsistências e variáveis não respondidas a todos os mestrandos. Cada um destes, será responsável por revisar e detectar problemas em suas variáveis, bem como solicitar correção dos dados inconsistentes/incorrectos através de nova entrevista se necessário.

5.11 Processamento e análise de dados

O processamento dos dados consistirá na verificação de frequências, exame de valores inesperados, colocação de rótulos nas variáveis, análise de consistência, categorização das variáveis e disponibilização do banco de dados a cada mestrando ou doutorando.

A análise dos dados deste trabalho será realizada a partir da estatística descritiva para calcular a prevalência de adequação do pré-natal para os critérios de Takeda, Coimbra e Silveira; de acordo com a idade e escolaridade materna, renda familiar e idade da criança.

5.12 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado através da repetição de 5% de parte das entrevistas pelos supervisores do estudo. Estas entrevistas serão escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores será avaliado utilizando-se do teste Kappa.

5.13 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa, considerado de risco mínimo, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Além disso, garantir-se-á a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes (ou seus responsáveis) assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação do questionário.

6 Divulgação dos Resultados

Os resultados deste estudo serão divulgados através de apresentação pública da dissertação, nota de divulgação à imprensa local e publicação dos achados em periódicos científicos.

7 Orçamento

O projeto do consórcio de pesquisa foi orçado em R\$ 49.119,00 (quarenta e nove mil cento e dezenove reais). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Este equipamento permite a entrada imediata de dados e elimina a contratação de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

	Custo em R\$	
	Unitário	Total
Material Permanente: - 8 tablets RAM 1.5 GB, Memória 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6'	800,00	6.400,00
Material de Consumo: - 12 manuais de instrução - 50 pacotes de papel sulfite 75g 210x297 - 04 cartuchos de toner laserjet - 15 pranchetas de poliestireno com prendedor - 3.000 litros de combustível	15,00 12,60 221,00 15,00 4,00	180,00 630,00 884,00 225,00 12.000,00
Serviços de Terceiros: - 06 entrevistadores (4 meses)	6 x 4 x 1.200,00	28.800,00
Subtotal: Material Permanente Material de Consumo Serviços de Terceiros		6.400,00 13.919,00 28.800,00
Total Geral		49.119,00

Fontes de Financiamento: Este projeto será financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da FURG.

8 Cronograma

ATIVIDADES	MESES ANO 2016					MESES ANO 2017					
	M/A	M/J	J/A	S/O	N/D	J/F	M/A	M/J	J/A	S/O	N/D
Encontro com orientador											
Elaboração do projeto											
Revisão bibliográfica											
Elaboração do instrumento e manual											
Entrega e qualificação do projeto											
Seleção e treinamento de entrevistadores											
Estudo piloto											
Coleta dos dados											
Controle de qualidade											
Análise dos dados											
Elaboração da dissertação											
Defesa da dissertação											

9 Referências

Afulani PA. Rural/urban and socioeconomic differentials in quality of antenatal care in Ghana. *PLoS One* 2015; 10(2):e0117996.

Babalola S. Women's education level, antenatal visits and the quality of skilled antenatal care: a study of three African countries. *J Health Care Poor Underserved* 2014; 5(1):161-79.

Barber SL, Gertler PJ. Strategies that promote high quality care in Indonesia. *Health Policy* 2008; 88(2-3):339-47.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Cardoso LSM, Mendes LL, Velásquez-Meléndez G. Diferenças na Atenção Pré-Natal nas Áreas Urbanas e Rurais do Brasil: Estudo Transversal de Base Populacional. *Rev Min Enferm* 2013; 17(1):85-92.

Carreno I, Bonilha ALL, Dias-da-Costa JS. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(4):662-670.

Coimbra LC, Silva AA, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragão VM, Bettioli H. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4):456-462.

Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2013; 13(2):101-109.

Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. *Reproductive Health* 2015; 12:88.

Goldani MZ, Barbieri MA, Silva AA, Bettiol H. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *Am J Public Health* 2004; 94(8):1366-71.

Gonçalves CV, Cesar JA, Mendonza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência a gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(11):2507-16.

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; 14:94.

Kogan MD, Alexander GR, Kotelchuck M, Nagey DA, Jack BW. Comparing mothers' reports on the content of prenatal care received with recommended national guidelines for care. *Public Health Rep.* 1994; 109(5):637-46.

Kotelchuck, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994; 84(9):1414-20.

Kyei NN, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:151.

Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Leal MC, Gama SG, Ratto KM, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso

do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(1):S63-S72.

Malta DC, Duarte EC, Escalante JJC, Almeida MF, Sardinha LMV, Macário EM, Monteiro RA, Morais Neto OL. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997-2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(13):481-491.

Marchant T, Tilley-Gyado RD, Tessema T, Singh K, Gautham M, Umar N, Berhanu D, Cousens S, Armstrong Schellenberg JR. Adding Content to Contacts: Measurement of High Quality Contacts for Maternal and Newborn Health in Ethiopia, North East Nigeria, and Uttar Pradesh, India. *PLoS ONE* 2015; 10(5):e0126840.

Noronha GA, Lima MC, Lira PIC, Veras AACA, Gonçalves FCLSP, Batista Filho L. Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(10):2749-2756.

Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1):25-45.

Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008; 8(4):401-410.

Ren Z. Utilisation of antenatal care in four counties in Ningxia, China. *Midwifery* 2011; 27(6):e260-6.

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; 31(5):1003-1014.

Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(1):131-139.

Takeda, S. Avaliação da qualidade do pré-natal: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

Trinh LTT, Dibley MJ, Byles J. Antenatal care procedures and information reported by women in three rural areas of Vietnam. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health* 2007; 38(5):927-35.

Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health policy and planning* 2010; 25(4):253-61.

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; 29(5):1019-1028.

10 Relatório do Trabalho de Campo

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando (a), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.				
	Aluno (a)	Graduação	População	Tema de pesquisa
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado Schroeder	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos
8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar
11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns

13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré-natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedeadas
15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiya	Enfermagem	-	-

10.1 Organização do consórcio

O "Estudo Saúde da população rural Rio-Grandina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

- a) **Elaboração dos questionários:** responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;
- b) **Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*[®] a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;
- d) **Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;

- e) **Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;
- f) **Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) **Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio.

10.2 Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do Bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

10.3 Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados.

Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 2. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017.

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Programação	10/abril	11/abril	12/abril	13/04
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				
Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

10.3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel *RedCap*[®]. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

10.4 Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

10.5 Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General (QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em

papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

10.5.1 Abordagem de domicílios

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do (s) entrevistado (s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

10.5.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio

(número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; "P" para pendente; "V" para vazio; "INE" inelegível; "?" se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; "RE" recusa; e "X" para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

10.5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa *RedCap*®.

10.5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa RedCap®. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*.

Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor.

Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*® para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*®.

10.5.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

10.6 Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Total de domicílios encontrados	Total de domicílios com moradores permanentes	Total de domicílios amostrados	Total de domicílios amostrados com população elegível
4189	2669	2218	1785

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

Quadro 4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

População	Identificados	Amostrados	Perdas	Recusas	% Total de Perdas e Recusas
Crianças	360	360 (100%)	14 (3,9%)	3 (0,8%)	4,7%

Mulheres em idade fértil	1.391	1.199 (86,2%)	103 (8,6%)	17 (1,4%)	10,0%
Idosos	1.351	1.131 (83,7%)	78 (7,0%)	22 (1,9%)	8,9%

10.7 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

10.7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*, o qual é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

10.8 Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

10.9 Apoio

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação

da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

11 Adaptações em Relação ao Projeto Inicial

Na metodologia foram realizadas as seguintes alterações:

A variável “idade gestacional no nascimento” foi coletada em meses e/ou em semanas e, devido maior número de respostas ter sido em semanas, assim foi utilizada na análise da adequação do pré-natal de acordo com o critério de Coimbra.

Foi realizado um censo das crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande ao invés da amostragem de 80% dessa população como previsto anteriormente.

A variável independente “endereço na gravidez” que tinha por objetivo identificar se o mesmo era rural ou urbano não foi coletada devido divergência na definição de área rural entre município (moradores) e IBGE. O município é constituído de cinco distritos: Rio Grande, Ilha dos Marinheiros, Povo Novo, Quinta e Taim. Apresenta área rural e urbana em todos eles com delimitações territoriais específicas, entretanto, os moradores de alguns distritos como a Ilha dos Marinheiros, por exemplo, geralmente referem que residem em área rural, desconhecendo a existência da área urbana em tal distrito.

Algumas alterações foram realizadas no cronograma. Os encontros com o orientador foram estendidos até o mês de abril de 2018, assim como a revisão bibliográfica e a elaboração da dissertação. A análise dos dados foi realizada nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2018. O mês da defesa da dissertação foi alterado para maio de 2018. As demais alterações referentes aos prazos estabelecidos no projeto já foram descritas no relatório de campo.

12 Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública

Para a seção Artigo são aceitos trabalhos realizados a partir de resultados de pesquisas de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Cadernos de Saúde Pública publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos. São aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não são aceitos. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas.

Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de Cadernos de Saúde Pública, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. O reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas condições devem ser integralmente atendidas. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas

a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não são aceitas referências em nota de rodapé ou fim de página. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas, os autores deverão converter as referências para texto.

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, da Associação Médica Mundial. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de Cadernos de Saúde Pública. Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços. O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde.

Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, Cadernos de Saúde Pública publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, é oferecida de forma gratuita a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais no resumo. O resumo alcança maior

visibilidade e distribuição do que o artigo em si, por isto deve conter as informações essenciais do artigo. No Cadernos de Saúde Pública a extensão do resumo é restrita a 1.700 caracteres (incluindo espaços), o que torna sua elaboração um desafio. Cadernos de Saúde Pública não adota resumo estruturado, pois é grande a variedade de tipos de artigos recebidos. Em geral, o resumo deve conter o objetivo, o método, os principais resultados e conclusão. No final do resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.

Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

Na terceira etapa são incluídos os nomes dos autores do artigo, respectivas instituições por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências. O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB. O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12. O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nomes dos autores, afiliação ou qualquer outra informação que identifique os autores; agradecimentos e colaborações; ilustrações fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas.

Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir". O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite. Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de

tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas. Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos. Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb. Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras. Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.1 Artigo

Adequação do pré-natal e sua evolução: estudo realizado entre menores de cinco anos residentes em área rural do extremo Sul do Brasil

Sabrina Silveira Leite¹

Juraci Almeida Cesar¹

Rodrigo Dalke Meucci¹

Silvio Omar Macedo Prietsch¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

Colaboradores

Sabrina Silveira Leite foi responsável por todos os aspectos do trabalho desde a concepção, projeto, revisão bibliográfica, coleta e análise dos dados, até a redação da versão final do artigo, garantindo a exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Juraci Almeida Cesar participou da concepção do projeto de pesquisa e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Rodrigo Dalke Meucci participou da concepção e realização do projeto de pesquisa.

Silvio Omar Macedo Prietsch acompanhou todas as etapas do trabalho com revisão crítica constante e aprovação da versão final a ser publicada.

Financiamento

Este estudo faz parte de um consórcio de pesquisa realizado por alunos e coordenado por professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) que recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios alunos. A execução do consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

Resumo

Este trabalho mede a prevalência de adequação da assistência pré-natal entre menores de cinco anos residentes em área rural utilizando os critérios propostos por Takeda, Coimbra e Silveira. Além disso, descreve a prevalência de adequação do pré-natal de acordo com a idade e escolaridade materna e renda familiar. Apresenta também, a evolução da adequação do pré-natal conforme a idade da criança. Foi realizado um estudo descritivo através de um censo, onde questionários foram aplicados às mães das crianças nos seus domicílios. Fizeram parte do estudo 331 crianças cujas mães afirmaram ter recebido assistência pré-natal. As prevalências encontradas foram 90,6%, 87,3% e, 35,9% de acordo com os critérios de Takeda, Coimbra e Silveira respectivamente. A adequação da assistência pré-natal encontrada foi menor quanto mais exigente o critério utilizado na sua avaliação. Foi verificada uma tendência linear de maior adequação da assistência pré-natal em relação a maior idade materna e menor idade da criança. A utilização de critérios com níveis de exigência diferente permitiu observar que a maioria das mulheres da área rural comparecem ao número de consultas adequado e iniciam o acompanhamento pré-natal até o quarto mês de gestação, entretanto, a realização dos exames conforme indicado é baixa. O menor poder estatístico foi de 99,9% para o critério de Silveira. A principal recomendação que pode ser feita a partir deste estudo, diz respeito a ações que intensifiquem a efetivação dos exames preconizados na assistência pré-natal. Atenção especial deve ser dispensada às gestantes adolescentes que apresentaram os piores resultados de adequação.

Palavras chave:

Cuidado Pré-Natal; Qualidade da Assistência à Saúde; População Rural

Introdução

A assistência pré-natal é um dos principais determinantes dos indicadores de saúde materno-infantil¹⁻³. A maior parte dos óbitos maternos e neonatais ocorre por causas evitáveis e a atenção pré-natal tem papel fundamental no processo de prevenção^{2,3}. Quando realizada de maneira adequada permite a identificação e o tratamento precoce de complicações relacionadas ao período gestacional, assim como dos agravos de condições patológicas preexistentes¹. Apesar do aumento da cobertura do pré-natal nos últimos anos, a presença de falha na qualidade da assistência pode ser percebida através da alta incidência de sífilis congênita e da morbimortalidade relacionada a hipertensão arterial; eventos sensíveis a uma adequada atenção no período gravídico¹.

O estudo da adequação ou qualidade da assistência pré-natal é realizado geralmente a partir da utilização de critérios que diferem nos itens incluídos na sua composição⁴. Entre eles estão o proposto por Kessner em 1973, modificado posteriormente por Kotelchuck e, ainda por Takeda que consideram na avaliação o número de consultas realizadas e a idade gestacional na primeira consulta^{5,6}. No ano de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) onde foram elencados procedimentos que todas as gestantes devem receber durante a assistência pré-natal, incluindo exames clínicos e laboratoriais, imunização antitetânica e atividades educativas, além do número de consultas e da idade gestacional. Em 2001, Silveira acrescentou ao número de consultas e idade gestacional na primeira consulta, a realização de hemograma, exame de urina e sorológico para sífilis⁷. Coimbra, a partir das recomendações do Ministério da Saúde, propôs uma avaliação onde é realizado um ajuste do número de consultas de acordo com a idade gestacional no momento do parto⁸.

A assistência pré-natal ocorre de forma iníqua no país apesar do direito à saúde estar garantido constitucionalmente a todos de maneira universal e igualitária⁹. Entre as diferenças no acesso e/ou na qualidade estão as regionais, que variam com o local de residência (rural/urbano), condição socioeconômica, paridade, escolaridade materna, tipo de serviço onde a assistência é recebida, cor da pele e idade da mãe⁹⁻¹⁹. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde vêm sendo implementadas, visando a garantia do acesso resolutivo e com qualidade às populações em situação de vulnerabilidade, entre elas as da zona rural²⁰. Apesar do tema qualidade ou adequação do pré-natal ser alvo de muitos estudos, quando se trata da população rural, a literatura existente é escassa; quando

esta é incluída nas pesquisas, geralmente o desfecho não é estudado de acordo com o local de residência contribuindo para a carência de informações relativas a saúde das pessoas que vivem nestas áreas.

O presente estudo mede a prevalência de adequação da assistência pré-natal entre menores de cinco anos residentes em área rural utilizando os critérios propostos por Takeda, Coimbra e Silveira. Além disso, descreve a prevalência de adequação do pré-natal de acordo com a idade e escolaridade materna e renda familiar. Apresenta também, a evolução da adequação do pré-natal conforme a idade da criança.

Métodos

Este trabalho faz parte de um estudo maior intitulado “Saúde da população rural Riograndina”; realizado no município de Rio Grande, extremo sul do Brasil, no ano de 2017. O objetivo geral foi conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade, de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais).

O município de Rio Grande possui cerca de 200 mil habitantes, conta com 36 Equipes de Saúde da Família, oito Unidades Básicas de Saúde tradicionais, cinco ambulatorios, dois hospitais gerais, entre outros serviços. A área rural do município é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 pessoas residentes, com uma cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família através de oito Unidades de Saúde.

O delineamento utilizado neste trabalho foi transversal (ou de prevalência) e a população alvo foram crianças menores de cinco anos. Foi realizado um censo, onde todos os domicílios da área rural foram abordados e no caso de identificação de pelo menos uma criança menor de cinco anos ali residente, a mãe era entrevistada através da aplicação de três questionários: o primeiro com questões relacionadas a saúde da criança, o segundo com questões sobre a saúde da mulher e, ainda um questionário domiciliar com questões sobre características socioeconômicas e demográficas da família. Todas as crianças cujas mães confirmaram ter recebido assistência pré-natal foram incluídas. Foram critérios de exclusão déficit cognitivo materno que impedisse a resposta ao instrumento de pesquisa, assim como institucionalização materna ou o fato de a mãe não residir com a criança.

O desfecho deste estudo foi a adequação do pré-natal segundo os critérios utilizados por Takeda, Coimbra e Silveira. Para o critério de Takeda considerou-se a realização do pré-natal adequada quando a gestante tivesse realizado cinco ou mais

consultas e iniciado o acompanhamento até o quarto mês de gestação. No critério de Coimbra, o pré-natal foi considerado adequado quando o acompanhamento teve início até o quarto mês gestacional e a realização de no mínimo seis consultas para uma gestação a termo, ou menor número de consultas de acordo com a idade gestacional no momento do parto. Para parto com idade gestacional entre 33 e 36 semanas, a realização de no mínimo cinco consultas foi considerada adequada, assim como a realização de quatro ou mais consultas para parto entre 29 e 32 semanas e, no mínimo duas consultas se o parto ocorreu antes de completar 24 semanas de gestação. No critério proposto por Silveira, a adequação do pré-natal foi considerada quando o início do acompanhamento ocorreu até o quarto mês de gestação, a realização de seis ou mais consultas pela gestante e a realização de, no mínimo, dois exames de urina, sangue e sorológico para sífilis.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2017, foi realizada por seis entrevistadoras selecionadas e devidamente treinadas pelos supervisores do estudo. O estudo piloto foi realizado no dia 13 de abril em um setor censitário da área rural de Rio Grande e teve por objetivo testar os instrumentos de pesquisa, tentando reproduzir as condições de realização do trabalho de campo, auxiliando assim, na definição da sua logística. O deslocamento das equipes composta por entrevistadoras e supervisores foi realizado predominantemente através de veículos oficiais cedidos pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), além de veículos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), veículos alugados e carros próprios de alguns pesquisadores envolvidos no estudo. Nos casos de áreas remotas e de difícil acesso foi utilizado veículo com tração nas quatro rodas cedidos pela FURG e SMS.

Inicialmente foram utilizados questionários de papel para a coleta dos dados, que posteriormente eram revisados, codificados e digitados no programa RedCap®²¹. A partir da quarta semana do trabalho de campo as entrevistas foram realizadas através de questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel RedCap®. Os dados armazenados nos tablets eram diariamente enviados para o servidor da FURG através de conexão com a internet.

O controle de qualidade foi feito com reentrevistas por meio de ligações telefônicas realizadas pelos supervisores do estudo através da aplicação de uma versão reduzida de cada instrumento. Esses indivíduos, contatados por telefone, foram sorteados a partir de uma lista semanal das entrevistas realizadas. O controle de qualidade correspondeu a aplicação de 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças menores de cinco anos (10,2%) e, 113 questionários de mães de crianças menores

de cinco anos e/ou mulheres em idade fértil (10,5%). Foi calculada a estatística Kappa que através dos valores encontrados demonstrou uma concordância que variou entre boa e excelente para as questões utilizadas em todos os instrumentos (bloco domiciliar: 0,52 a 0,94; bloco para crianças: 0,68 a 0,84; bloco para mulheres: 0,51 a 0,97).

Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico Stata14®; foi realizada análise descritiva do desfecho calculando sua prevalência geral e de acordo com as seguintes variáveis independentes: idade e escolaridade materna, renda familiar e idade da criança. Na análise do desfecho de acordo com as variáveis independentes foi calculado o valor-p de tendência. As informações foram coletadas da seguinte forma: idade materna por ocasião do parto em anos completos, escolaridade materna em anos completos de estudo, renda familiar em Reais recebido por todos os moradores do domicílio no mês anterior à entrevista, idade da criança em meses.

Para o cálculo do poder estatístico foi utilizado o programa OpenEpi considerando o número de participantes do estudo e os três critérios aplicados para medir a prevalência de adequação do pré-natal.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº 51/2017 (processo 23116.009484/2016-26). As mães das crianças menores de cinco anos com idade igual ou maior que 18 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, as adolescentes assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para então, realizar a entrevista.

Resultados

Foram identificadas 360 crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande. As mães de 14 destas crianças não foram encontradas e três se recusaram a participar da pesquisa, assim perdas e recusas foram de 4,7%. Fizeram parte deste estudo 331 crianças cujas mães afirmaram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal.

A tabela 1 apresenta as principais características dos participantes do estudo. A distribuição das crianças por idade é equivalente; aproximadamente 91% destas nasceram com 37 semanas ou mais de gestação; mais da metade das mães tinham entre 20 e 29 anos de idade no momento do parto; cerca de 46% destas tem entre 5 e 8 anos de estudo e, renda familiar mensal de um salário mínimo. Em relação as características da assistência

pré-natal, 93% das mães compareceram a primeira consulta até o 4º mês de gestação; aproximadamente 87% realizaram 6 ou mais consultas; todas realizaram pelo menos um exame de sangue; o exame de urina foi realizado por 98% delas e, 94% realizaram ao menos um exame para sífilis durante o pré-natal.

A prevalência de adequação do pré-natal foi de 90,6% segundo o critério proposto por Takeda; 87,3% segundo Coimbra e, 35,9% de acordo com o critério de Silveira (Figura 1).

A tabela 2 apresenta a prevalência de adequação do pré-natal segundo os diferentes critérios de acordo com a idade e escolaridade materna e a renda familiar das crianças menores de 5 anos residentes na área rural do município de Rio Grande. A menor prevalência de adequação do pré-natal segundo o critério de Takeda foi de 86,1% entre as crianças cujas mães tinham até 4 anos de estudo e a maior prevalência foi de 94,5% entre aquelas com renda familiar mensal igual ou maior que 2 salários mínimos. A prevalência de adequação do pré-natal segundo os critérios de Coimbra e Silveira apresentou tendência linear de acordo com a idade materna por ocasião do parto com um valor-p de 0,021 e 0,032. Assim, as menores prevalências de adequação observadas a partir destes critérios foram de 80,4 e 23,5% respectivamente entre as crianças cujas mães tinham entre 15 e 19 anos no momento do parto e; as maiores prevalências de adequação foram observadas entre aquelas cujas mães tinham 30 anos ou mais, 93% de acordo com o critério de Coimbra e 42% segundo o critério de Silveira.

A prevalência de adequação do pré-natal segundo os diferentes critérios de acordo com a idade da criança está demonstrada na figura 2. Em relação aos critérios de Takeda e Coimbra foram identificadas prevalências de adequação muito semelhantes, variando de 87,7 a 95,8% para Takeda e 83,1 a 89,7% para Coimbra. Foi verificada tendência linear quando utilizado o critério proposto por Silveira com um valor-p de 0,046. A menor prevalência de adequação segundo este critério foi de 27,1% entre as crianças com 48 a 59 meses e a maior de 43,7% entre aquelas com até 11 meses de idade.

Os valores do poder estatístico encontrados foram de 100% para os critérios de Takeda e Coimbra e de 99,9% para o critério de Silveira, demonstrando que o estudo está de acordo com os padrões usuais de determinação do tamanho amostral.

Discussão e Conclusão

Este é o primeiro estudo de base populacional realizado em uma área rural do País que mede a adequação da assistência pré-natal, um dos principais determinantes de saúde materno-infantil, a partir de diferentes critérios.

A adequação da assistência pré-natal encontrada foi menor quando o critério utilizado na sua avaliação exige mais do que quantificação do número de consultas e idade gestacional no início do acompanhamento. Foi verificada uma tendência linear de maior adequação da assistência pré-natal em relação a maior idade materna e menor idade da criança.

A comparação da qualidade ou adequação do pré-natal é difícil de ser realizada pois não existe uma padronização do critério utilizado para a avaliação nos estudos sobre o tema. Além da variedade de itens de conteúdo da assistência incluídos nos índices, também não existe consenso sobre o número adequado de consultas^{10, 12, 14, 22, 23}. O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas¹; a OMS, até 2016 sugeria que a realização de quatro consultas seria adequada, a partir de 2016 esse número aumentou para oito²⁴.

A adequação da assistência pré-natal verificada neste estudo a partir do critério de Silveira foi duas vezes menor do que a observada quando utilizados os critérios de Takeda e de Coimbra. Outros estudos sobre o tema também evidenciaram baixas prevalências de adequação ou qualidade quando foram incluídos itens do conteúdo da assistência pré-natal na avaliação^{10-12, 15, 19, 22, 25-32}.

A utilização de critérios com níveis de exigência diferente neste estudo permitiu observar que a maioria das mulheres da área rural realizam o número de consultas adequado e iniciam o acompanhamento pré-natal até o quarto mês de gestação, entretanto, a realização dos exames conforme recomendado é baixa. Para os exames que foram investigados neste estudo, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizados no início do acompanhamento pré-natal e no terceiro trimestre gestacional¹. Destaca-se o número expressivo de mulheres que não realizaram nenhum exame para detecção de sífilis durante o pré-natal, colaborando com a deficiência no diagnóstico durante a gestação com consequente impossibilidade de tratamento e prevenção da sífilis congênita. Este fato é importante, especialmente quando consideramos que a mortalidade infantil por sífilis congênita no país aumentou quase três vezes no período de 2006 a 2016, passando de 2,3 casos por 100 mil nascidos vivos em 2006 para 6,7/100 mil nascidos vivos em 2016³³.

Os critérios utilizados para medir a adequação do pré-natal neste trabalho foram utilizados anteriormente em um estudo com todos nascidos vivos residentes neste município no ano de 2010, incluindo área urbana e área rural¹². As prevalências de adequação encontradas foram de 71,6%, 73,2% e 41,8% segundo os critérios de Takeda, Coimbra e Silveira respectivamente¹². Entre as crianças menores de cinco anos residentes na área rural a prevalência de adequação do pré-natal segundo Takeda e Coimbra foi maior. Entretanto, quando foi utilizado o critério proposto por Silveira, que inclui a realização de exames laboratoriais, a adequação foi menor.

A cobertura de 100% da população rural por equipes de Estratégia de Saúde da Família no município pode estar relacionada com as maiores prevalências de adequação do pré-natal considerando os critérios de Takeda e Coimbra. A vinculação da população a uma equipe de saúde que, além da oferta da assistência realiza a busca ativa das gestantes faltosas ao acompanhamento, tem papel importante na área rural onde, geralmente, a distância é maior e o acesso mais difícil aos serviços de saúde quando comparados com a área urbana.

Ainda que a área rural do município conte com Unidades Básicas de Saúde, a realização de exames geralmente exige o deslocamento das gestantes até os laboratórios, localizados na área urbana da cidade, o que exige além de disponibilidade de tempo, gasto com transporte. Tal situação pode estar influenciando na baixa prevalência de adequação encontrada quando utilizado o critério de Silveira.

Foi identificada tendência linear de maior prevalência de adequação da assistência pré-natal conforme maior idade materna quando utilizados os critérios de Coimbra e Silveira. Provavelmente as mães mais velhas tenham maior consciência da importância dessa assistência. Piores resultados de adequação ou qualidade do pré-natal também foram evidenciados entre as mães mais jovens em outros estudos realizados no Brasil e países da África e Ásia^{10,12, 16-19, 27, 30}.

A realização do estudo com toda população das crianças menores de cinco anos permitiu uma análise longitudinal da adequação do pré-natal. É possível perceber através da aplicação dos critérios de Takeda e Coimbra que o número de consultas e o início precoce do acompanhamento têm se mantido com elevadas prevalências de adequação ao longo dos anos. Pode-se verificar também uma tendência linear de aumento da prevalência de adequação relacionado com a menor idade das crianças quando utilizado o critério de Silveira; o que sugere que a realização dos exames recomendados esteja sendo realizada com maior frequência ao longo dos anos pelas gestantes residentes na

área rural. Outros estudos sobre o tema utilizaram crianças menores de cinco anos como população, porém não foi realizada análise longitudinal semelhante a esta ^{13,14,26,27,29,30,34}.

Seria conveniente que a avaliação da qualidade ou adequação do pré-natal fosse realizada de forma padronizada, possibilitando a comparação entre os estudos. Apenas a verificação do número de consultas realizadas e da idade gestacional no início do acompanhamento não é suficiente para o conhecimento da assistência prestada. É imprescindível que a avaliação inclua itens do conteúdo da assistência, como a realização de exames laboratoriais, exame clínico e orientações educativas recebidas.

Assim, é possível sugerir a aplicação de índices com diferentes itens na avaliação em uma mesma população, sendo possível identificar onde está a deficiência do serviço, contribuindo para o planejamento de ações específicas na busca por uma melhor assistência. A principal recomendação que pode ser feita, a partir deste estudo, aos gestores de saúde do município diz respeito a ações que intensifiquem a realização dos exames preconizados na assistência pré-natal. A facilitação da coleta dos exames, se possível na própria área rural, evitando a necessidade de deslocamento das gestantes até a área urbana, pode contribuir com o aumento de realização desses. Assim como melhorar a qualidade da informação às gestantes sobre a importância da realização dos exames solicitados. Atenção especial deve ser dispensada às gestantes adolescentes que apresentaram os piores resultados de adequação do pré-natal. Sugere-se ainda que outros estudos sejam realizados na área rural, incluindo a análise de outras variáveis como o planejamento familiar.

O possível viés de recordatório materno é a maior limitação deste estudo. As informações foram obtidas através do relato materno, sujeito ao viés de recordatório, mas é o que, geralmente, se consegue realizar nas pesquisas sobre o tema.

Ainda que o tema qualidade ou adequação do pré-natal seja bastante estudado, é necessário a realização de outros estudos contemplando as pessoas residentes em áreas rurais devido suas particularidades e reconhecida desvantagem em relação ao acesso às ações e serviços de saúde. Tais estudos forneceriam subsídios para colaborar com a gestão no planejamento de estratégias que possam suprir as deficiências encontradas, buscando a desejada qualidade e equidade na assistência pré-natal e, principalmente, colaborando na redução da mortalidade materna e infantil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Caderno de Saúde Coletiva. 2016; 24 (2): 252-261.
5. Takeda, S. Avaliação da qualidade do pré-natal: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
6. Kotelchuck, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. Am J Public Health 1994; 84(9):1414-20.
7. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública 2001; 17(1):131-139.
8. Coimbra LC, Silva AA, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragão VM, Bettiol H. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. Rev Saúde Pública 2003; 37(4):456-462.
9. Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
10. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública 2017; 33(3): e001

11. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, Martins MG, Barbieri MA, Nathasje IF. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(4): 1227-1238.
12. 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; 31(5):1003-1014.
13. Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2013; 13(2):101-109.
14. Noronha GA, Lima MC, Lira PIC, Veras AACA, Gonçalves FCLSP, Batista Filho L. Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(10):2749-2756.95815.
15. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendonza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência a gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(11):2507-16.
16. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008; 8(4):401-410.
17. Leal MC, Gama SG, Ratto KM, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(1):S63-S72.
18. Goldani MZ, Barbieri MA, Silva AA, Bettioli H. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *Am J Public Health* 2004; 94(8):1366-71.
19. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1):25-45.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
21. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics* 2009; 42:377-381.

22. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2016. Brasília, 25(2):271-280.
23. Kyei NN, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:151.
24. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016.
25. Agha S, Williams E. Quality of antenatal care and household wealth as determinants of institutional delivery in Pakistan: Results of a cross-sectional household survey. *Reproductive Health* 2016; 13:84.
26. Afulani PA. Rural/urban and socioeconomic differentials in quality of antenatal care in Ghana. *PLoS One* 2015; 10(2):e0117996.
27. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. *Reproductive Health* 2015; 12:88.
28. Marchant T, Tilley-Gyado RD, Tessema T, Singh K, Gautham M, Umar N, Berhanu D, Cousens S, Armstrong Schellenberg JR. Adding Content to Contacts: Measurement of High Quality Contacts for Maternal and Newborn Health in Ethiopia, North East Nigeria, and Uttar Pradesh, India. *PLoS ONE* 2015; 10(5):e0126840.
29. Babalola S. Women's education level, antenatal visits and the quality of skilled antenatal care: a study of three African countries. *J Health Care Poor Underserved* 2014; 5(1):161-79.
30. 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; 14:94.
31. Kyei NN, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:151.
32. Trinh LTT, Dibley MJ, Byles J. Antenatal care procedures and information reported by women in three rural areas of Vietnam. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health* 2007; 38(5):927-35.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017; 48(36).
34. Ren Z. Utilisation of antenatal care in four counties in Ningxia, China. *Midwifery* 2011; 27(6):e260-6.

Tabela 1

Características demográficas e da assistência pré-natal das crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Característica	N	%
Idade em meses		
0 – 11	71	21,5
12 - 23	65	19,6
24 - 35	68	20,5
36 - 47	68	20,5
48 – 59	59	17,8
IG no nascimento		
37 semanas ou mais	300	90,6
36 semanas ou menos	31	9,4
Idade materna por ocasião do parto em anos		
15 – 19	51	15,4
20 – 29	180	54,4
30 ou mais	100	30,2
Escolaridade materna em anos de estudo		
0 – 4	36	10,9
5 – 8	151	45,6
9 ou mais	144	43,5
Renda familiar em salários mínimos (n=306)		
Menos de 1	56	18,3
1	141	46,1
2 ou mais	109	35,6
Primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação	308	93,1
Número de consultas pré-natal realizadas		
6 ou mais	287	86,7
5	26	7,9
Até 4	18	5,4
Realização de pelo menos um exame de sangue	331	100
Realização de pelo menos um exame de urina	326	98,5
Realização de pelo menos um exame para sífilis	312	94,3
Total	331	100

Figura 1

Prevalência de adequação do pré-natal segundo diferentes critérios entre as crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul (n=331).

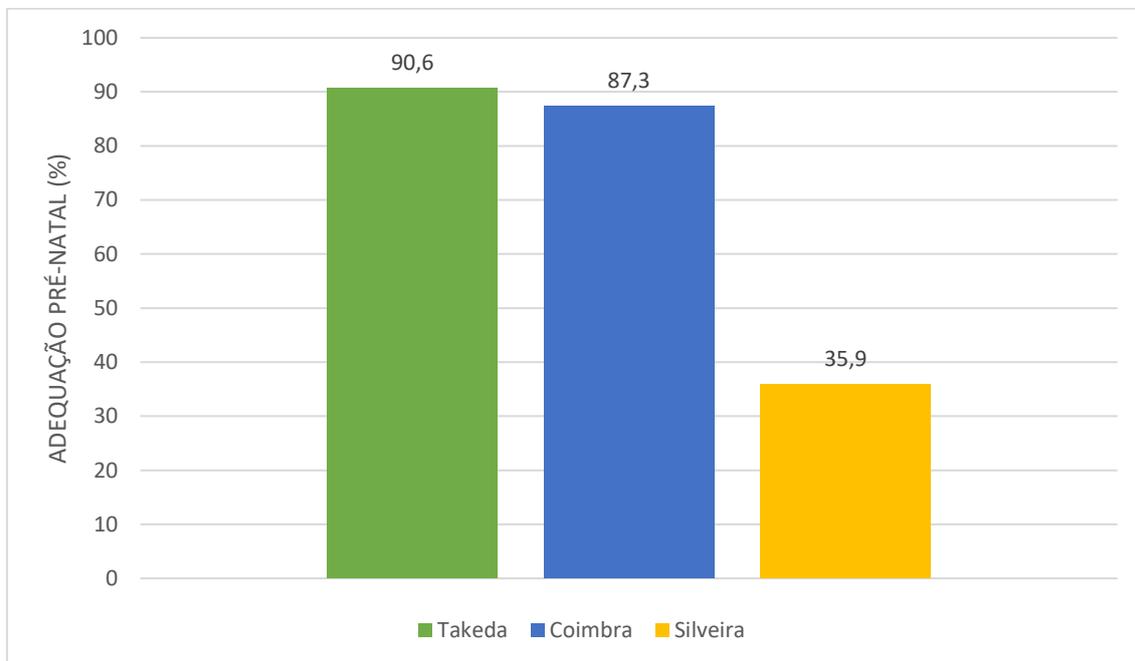


Tabela 2

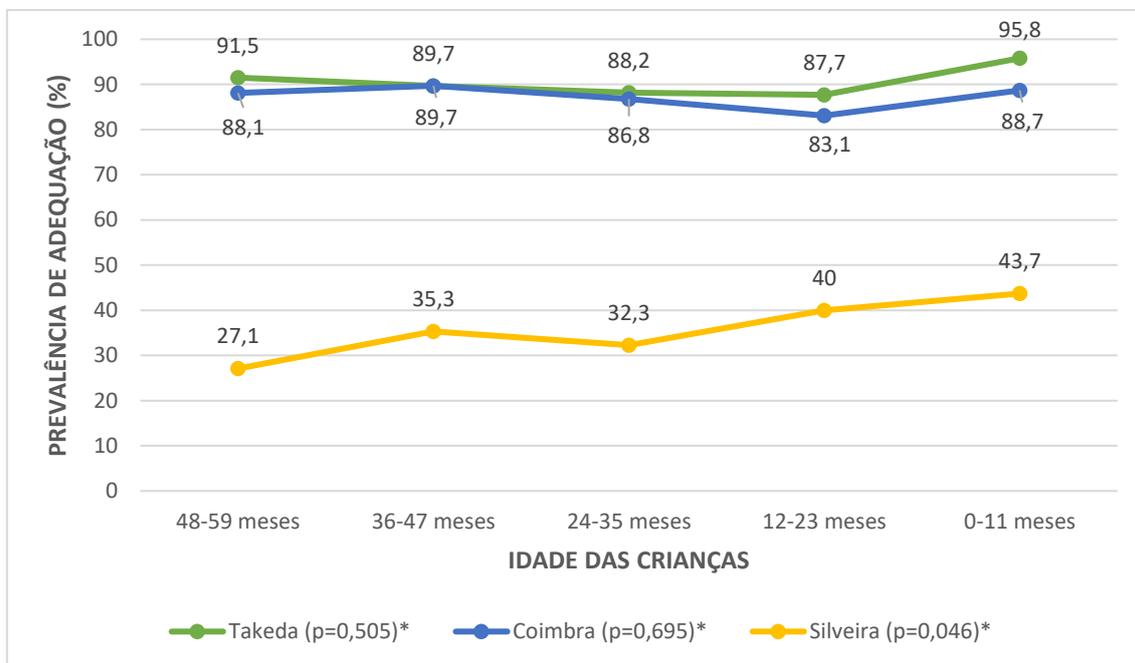
Prevalência de adequação do pré-natal segundo diferentes critérios e características das crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul (n=331).

Característica	Prevalência de adequação do pré-natal (%)		
	Takeda	Coimbra	Silveira
Idade materna em anos completos	(p=0,190)*	(p=0,021)*	(p=0,032)*
15-19	86,3	80,4	23,5
20-29	90,6	86,1	36,1
30 ou mais	93,0	93,0	42,0
Escolaridade materna em anos completos de estudo	(p=0,082)*	(p=0,356)*	(p=0,839)*
0 – 4	86,1	86,1	33,3
5 – 8	88,7	85,4	36,4
9 ou mais	93,8	89,6	36,1
Renda familiar em salários mínimos (n=306)	(p=0,300)*	(p=0,176)*	(p=0,581)*
Menos de 1	91,1	82,1	32,1
1	88,7	87,9	35,5
2 ou mais	94,5	89,9	36,7

*p de tendência

Figura 2

Evolução da prevalência de adequação do pré-natal segundo diferentes critérios, de acordo com a idade das crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul (n=331).



*p de tendência.

12.2 Nota à imprensa

Assistência pré-natal na área rural do município de Rio Grande/RS

Durante o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, a Enfermeira Sabrina Silveira Leite, sob a orientação do Professor Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch, realizou um estudo sobre a adequação da assistência pré-natal na área rural. Este foi realizado a partir de um censo das crianças menores de cinco anos residentes na área rural do município, participaram 331 crianças e suas mães.

Quando a avaliação do pré-natal foi realizada analisando somente o número de consultas e a idade gestacional na primeira consulta, o pré-natal foi considerado adequado para cerca de 90% das mães. Entretanto, quando além do número de consultas e momento do início do acompanhamento, foram incluídos exames laboratoriais recomendados pelo Ministério da Saúde na avaliação, somente 36% das gestantes receberam assistência adequada. Cerca de 6% das gestantes não realizaram nenhum exame para detecção de sífilis durante o pré-natal. Esta informação é preocupante pois a taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita tem aumentado nos últimos anos. A detecção da sífilis durante a gestação permite o adequado tratamento e prevenção de sífilis congênita. Foi verificada uma tendência de maior adequação da assistência pré-natal em relação a maior idade materna e menor idade das crianças. Foi observado que a maioria das gestantes da área rural realizam o número de consultas adequado e iniciam o acompanhamento pré-natal até o quarto mês de gestação, entretanto, a realização dos exames conforme indicado é baixa. Recomenda-se ações que intensifiquem a realização dos exames preconizados na assistência pré-natal e, atenção especial às gestantes adolescentes que apresentaram os piores resultados de adequação.

13 Apêndices

13.1 Apêndice 1

Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica:

Autor/Ano/ País	Delineamento/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Tomasi et al/ 2017/ Brasil	Transversal/ Mulheres adscritas às equipes e presentes nas UBS com filhos menores de dois anos e realização do pré-natal na UBS onde estavam sendo entrevistadas/ Censo de todas as UBS registradas no CNES/ n= 6125.	Pré-natal com qualidade adequada: realização de 6 consultas ou mais, de 5 exames complementares (exame comum de urina, glicemia, anti-HIV, detecção de sífilis -VDRL- e ultrassonografia), imunização antitetânica (se necessário), recebimento de prescrição de sulfato ferroso, 5 procedimentos de exame físico (aferição de altura uterina e da pressão arterial, exame ginecológico, de mamas e da cavidade oral) e, quatro orientações (alimentação e ganho de peso, amamentação exclusiva até os seis meses, cuidados com o bebê e importância do exame preventivo do câncer do dolo do útero).	Pré-natal com qualidade adequada = 15%. A análise do comportamento do indicador sintético de qualidade do pré-natal mostrou que 15% das gestantes receberam atenção com qualidade adequada, e a pior atenção pré-natal foi dedicada às mulheres mais jovens, de menor renda familiar, das regiões Norte e Centro-oeste, de municípios com menor porte e com menor IDH. As mulheres não negras apresentam maior chance de receber assistência pré-natal adequada. Cobertura de ESF não apresentou associação com o desfecho.	Urbano e rural (não foi analisado). Estudo de avaliação do PMAQ-AB em todo território nacional. Somente nas UBS.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delineamento/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Agha S. e Williams E./ 2016/ Paquistão	Transversal/ Mulheres casadas entre 15-49 anos com um nascido vivo nos dois anos anteriores a pesquisa/ Amostragem por conglomerados em múltiplos estágios/ n= 4000.	Qualidade do cuidado pré-natal = soma do recebimento dos sete itens recomendados: amostra de urina; amostra de sangue; pressão arterial; comprimidos de ferro; imunização antitetânica (2); aferição do peso e, orientações sobre sinais de perigo na gravidez.	14% das mulheres não receberam nenhum dos sete itens recomendados na assistência pré-natal. 11% receberam apenas um item; dois e três itens foram recebidos por 8% das mulheres; 10% receberam quatro; 17% receberam cinco; 23% receberam seis e, apenas 9% receberam os 7 itens recomendados para uma assistência pré-natal de qualidade. O estudo analisou a qualidade do cuidado pré-natal com a realização de parto institucional. Cada item adicional recebido aumentou em média 10 pontos percentuais da taxa de parto institucional. Após ajuste para nível de escolaridade e riqueza, a qualidade do pré-natal continuou fortemente associada a realização de parto institucional.	A amostra é constituída por 51% de residentes em área rural. Na análise bruta residir em área rural esteve associado a ter parto institucional; após ajuste para educação e riqueza essa associação foi perdida.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Carvalho et al/ 2016/ Brasil	Transversal/ Mulheres residentes em Aracaju (SE) com um filho nascido vivo entre os meses de Novembro e Dezembro de 2011/ Amostragem estratificada aleatória/ n= 322.	Cuidado pré-natal adequado: início no primeiro trimestre, realização de no mínimo seis consultas e os seguintes procedimentos técnicos e exames realizados: - medidas de peso; - pressão arterial; - altura uterina; - palpação de mamas; - exame ginecológico; - suplementação com sulfato ferroso; - esquema vacinal antitetânico completo; e - pelo menos dois exames de sangue (hemoglobina; hematócrito; tipagem sanguínea; glicemia em jejum), urina tipo 1, sorologia para HIV (pelo menos uma), hepatite B e sífilis.	Adequado= 10,9%. De acordo com tipo de assistência pré-natal: Público= 8,5%. Privado= 14,9% Ambos= 10%. Sem associação estatisticamente significativa. De acordo com renda familiar: 1 sm ou menos= 8,1% >1-2sm= 12,7% >2-3= 11,1% >3= 16,4%. Sem associação estatisticamente significativa.	Os critérios de inclusão no estudo foram: gestação única, acima de 36 semanas, pré-natal realizado em Aracaju e endereço cadastrado no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do município. Critério do MS.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Goudard et al/ 2016/ Brasil	Transversal aninhado a uma coorte/ Nascidos em São Luis (MA) entre os meses de Janeiro e Dezembro de 2010 em instituições públicas e privadas que realizavam mais de 100 partos por ano/ Amostragem estratificada e sistemática/ n=3949.	Adequado: início do pré-natal até o quarto mês de gestação; realização de no mínimo seis consultas para uma gestação a termo (≥ 37 semanas) ou um menor número de acordo com a idade gestacional ao parto (três consultas até 29 semanas; quatro consultas de 30 a 33 semanas e cinco consultas de 34 a 36 semanas); Confirmação de solicitação dos exames básicos de rotina (exame de sangue para hematócrito/hemoglobina e glicemia, exame do tipo sanguíneo, exame de sífilis, exame de urina, anti-HIV); realização de vacinação antitetânica anterior ou vacinação na gestação atual; confirmação de ter sido aferida sua pressão arterial, seu peso e a medida da altura do fundo uterino; cálculo da idade gestacional por meio da data da última menstruação e exame das mamas.	Assistência pré-natal adequada= 39,8%. Associações com inadequação: classe econômica C e D (RP: 1,39 e 1,60); ocupação da mãe não qualificada/desempregada (RP:1,24); baixa escolaridade materna (0-4, 5-8 anos de estudo – RP:1,13 e 1,12-); não ter religião (RP:1,10); idade materna (35 anos ou mais RP:0,86); paridade (primíparas RP:0,82); uso de álcool na gestação (RP:1,13) e, local de atendimento PN (público RP:1,75).	Critérios do PHPN e do manual do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Saavedra J. S. e Cesar J. A./ 2015/ Brasil	Transversal/ Puérperas residentes no município com parto no ano de 2010, e recém- nascido com peso de 500g ou mais e idade gestacional maior que 20 semanas/ Todas as puérperas/ n= 2395.	Adequação do pré-natal: Takeda→ mais de 5 consultas e início antes do quinto mês de gestação. Coimbra et al.→ início do pré-natal antes do quinto mês de gestação e realização de mais de 5 consultas para gestação a termo; mais de 4 consultas se o parto ocorreu entre 33 e 36 semanas de gestação, mais de 3 consultas para parto entre 29 e 32 semanas e mais de 1 consulta se a gestação durou menos de 24 semanas. Silveira et al.→ início do pré-natal antes do quinto mês de gestação, realização de mais de 5 consultas e realização de no mínimo 2 dos seguintes exames laboratoriais: hemograma, exame qualitativo de urina e exame sorológico para sífilis.	Prevalência de adequação: Takeda→ 71,6%. Coimbra et al.→ 73,2% Silveira et al.→ 41,8%. Os fatores associados significativamente a adequação do pré-natal considerando os três critérios são: viver com companheiro; escolaridade materna; renda familiar; número de moradores por domicílio; índice de bens; local de realização do pré-natal (público ou privado) e número de filhos. O critério de Silveira et al. É mais exigente por incluir alguns exames laboratoriais, e mais robusto pois sofre influência de um número menor de variáveis, tornando-o mais dificilmente modificável e mais propício à avaliação da assistência pré-natal.	População urbana e rural. Não analisa local de residência. Coleta de dados através de entrevista com as puérperas na maternidade.

Continuação Apêndice1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Marchant T. et al/ 2015/ Etiópia, Nigéria e Índia	Transversal/ Mulheres 13-49 anos com um nascimento vivo nos 12 meses anteriores à pesquisa com pelo menos uma consulta de pré-natal/ Amostragem aleatória por conglomerados/ Etiópia n= 299, Nigéria n= 206, Índia n= 449.	Cobertura do pré-natal de alta qualidade: medida de peso; medida de altura; aferição de pressão arterial; exame de urina; exame de sangue; aconselhamento sobre amamentação, sinais de perigo durante a gravidez e preparação para o nascimento.	Cobertura de pré-natal de alta qualidade: Etiópia= 4%; Nigéria= 11%; Índia= 6%. Retirando os serviços de aconselhamento da análise, as estimativas de cobertura de pré-natal de alta qualidade foram de 9% na Etiópia; 17% na Nigéria e 13% na Índia.	População rural predominante (Etiópia= 83%; Nigéria= 74%; Índia= 78%). Critérios para pré-natal de alta qualidade foram definidos de acordo com recomendações da OMS.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Fagbamigbe A. F. e Idemudia E. S./ 2015/ Nigéria	Dados secundários. Transversal/ Mulheres 15-49 anos com um nascimento nos cinco anos anteriores à pesquisa que visitaram um serviço de pré-natal (nascimento mais recente) / Amostragem por conglomerados/ n= 13410.	Qualidade desejável (10 componentes): suplementação de ferro; anti-helmíntico; duas doses ou mais de toxóide tetânico; tratamento preventivo da malária; orientações sobre sinais de perigo e complicações na gravidez; verificação de pressão arterial; exame de urina; exame de sangue; educação em saúde sobre transmissão vertical do HIV/AIDS; aconselhamento, testagem e recebimento do resultado para HIV/AIDS. Qualidade mínima aceitável (8 componentes mais críticos): menos críticos são anti-helmíntico e educação em saúde sobre transmissão vertical do HIV/AIDS).	Qualidade desejável= 4,6%. Qualidade mínima aceitável= 11,3%. Fatores associados significativamente a qualidade do pré-natal: residir na área urbana; maior escolaridade materna; pertencer a maiores quintis de riqueza; idade materna superior a 20 anos; realização de 4 ou mais consultas; prestador qualificado; receber assistência em hospitais ou clínicas. As mulheres residentes na área rural apresentaram chance de receber assistência pré-natal de qualidade desejável 56% menor do que as residentes na área urbana.	População rural e urbana. População rural= 51,8% Pesquisa original: inquérito de base populacional nacionalmente representativo. Qualidade da assistência pré-natal de acordo com os dez componentes da assistência pré-natal nacionalmente recomendados na Nigéria.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Afulani P. A./ 2015/ Gana	Dados secundários. Transversal/ Mulheres 15-49 anos com um parto nos 5 anos anteriores à pesquisa com pelo menos uma consulta de pré-natal na sua última gravidez/ Amostragem aleatória por conglomerados/ n=4868.	Qualidade da assistência pré-natal: Foi criado um índice aditivo (score) de respostas a nove perguntas sobre serviços de cuidados pré-natais recebidos: medida de peso; controle de pressão arterial; amostra de sangue colhida; amostra de urina; orientações sobre sinais de complicações na gravidez; orientações sobre onde ir no caso de uma complicação; suplementação de ferro; anti-helmíntico; vacina contra o tétano. O índice variou de 0 a 9.	O número médio de serviços recebidos pelas mulheres foi de 7,4. 10% receberam cinco serviços ou menos e aproximadamente 25% recebeu os nove serviços. Fatores associados significativamente com maior qualidade do pré-natal: maior escolaridade materna; maior índice de riqueza; iniciar o pré-natal no primeiro trimestre; realização de 4 consultas ou mais; receber a assistência de um hospital ou policlínica; prestador da assistência médico, enfermeira ou parteira; utilização prévia de método contraceptivo; saber onde obter método contraceptivo. Em média mulheres da área urbana recebem maior qualidade na assistência pré-natal (7,7) em relação às residentes na área rural (7,2). Residência urbana está associada com maior qualidade da assistência pré-natal, porém parte dessa associação é explicada pelo nível socioeconômico.	População rural e urbana. População rural= 61%. Pesquisa original: inquérito de base populacional nacionalmente representativo.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delineamento/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Joshi C. et al/ 2014/ Nepal	Dados secundários. Transversal/ Mulheres 15-49 anos com um nascimento vivo nos cinco anos anteriores à pesquisa (nascimento mais recente) com pelo menos uma consulta de pré-natal/ Amostragem aleatória por conglomerados/ n= 3520.	Assistência pré-natal de boa qualidade= recebimento de suplementação de ferro; exame de sangue; exame de urina; pelo menos duas doses de vacina contra o tétano; aferição de pressão arterial; anti-helmíntico; educação para saúde durante a gravidez (recomendação para utilizar parteira qualificada, orientações sobre sinais de complicações na gravidez ou onde procurar atendimento no caso de uma complicação).	24,3% das mulheres receberam assistência pré-natal de boa qualidade. Somente 16% das mulheres que realizaram menos de quatro consultas receberam assistência pré-natal de boa qualidade. Estiveram fortemente associados ao recebimento de assistência pré-natal de boa qualidade receber o cuidado de um médico e a menor paridade da mulher. Também apresentaram associação significativa a idade mais avançada das mulheres no nascimento; maior escolaridade; pertencer ao quintil mais rico; viver em área urbana.	População rural e urbana. Pesquisa original de base populacional nacionalmente representativa. Qualidade do pré-natal de acordo com recomendações nacionais.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delineamento/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Babalola S./ 2014/ Quênia, Malawi e Nigéria	Dados secundários. Transversal/ Mulheres em idade reprodutiva com um parto nos cinco anos anteriores à pesquisa (dados da mais recente natalidade) com assistência pré-natal/ Amostragem multi-estágio/ Quênia n= 3648; Malawi n=13142; Nigéria n= 8943	Qualidade da assistência pré-natal recebida de acordo com o recebimento dos seguintes componentes do cuidado: verificação da pressão arterial; exame de sangue; exame de urina; orientações sobre complicações na gravidez; suplementação de ferro. Alta qualidade= recebimento dos cinco componentes do cuidado.	Assistência pré-natal de alta qualidade: Quênia= 26,7%; Malawi= 21,0%; Nigéria= 49,0%. Nos três países tanto o número de consultas de pré-natal quanto nível de escolaridade materna estiveram associados significativamente ao recebimento de assistência pré-natal de qualidade.	População rural e urbana (rural: Quênia= 78%; Malawi= 84%; Nigéria= 45%. Pesquisas originais: de base populacional e nacionalmente representativas. A definição da assistência pré-natal de qualidade foi realizada de acordo com recomendações da OMS.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Dias-da-Costa J. S. et al/ 2013/ Brasil	Transversal/ Crianças menores de cinco anos/ Censo/ n= 1580 mães com pelo menos uma consulta de pré-natal.	Adequação do pré-natal= primeira consulta até 120 dias de gestação e no mínimo seis consultas.	80,8% das mulheres receberam assistência pré-natal adequada. Em Caracol, a inadequação da assistência pré-natal esteve associada a idade materna superior a 30 anos, ter 4 filhos ou mais, e ausência de abastecimento de água. Em Anísio de Abreu a maior prevalência de pré-natal inadequado esteve associada a menor escolaridade das mulheres. Área de residência não apresentou associação significativa.	População rural e urbana (rural: Caracol= 61,4%; Anísio de Abreu= 48,7%). Adequação do pré-natal de acordo com recomendações do Ministério da Saúde.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Noronha G. A. et al/ 2012/ Brasil	Dados secundários. Transversal/ Crianças menores de cinco anos/ Amostragem aleatória por conglomerados/ 1997: n= 1906 2006: n= 1555	Assistência pré-natal adequada = início antes do terceiro mês de gestação e com pelo menos cinco consultas.	<p>Realizaram pré-natal: 1997 rural= 68,7% Urbana= 88,9% 2006 rural = 95,0% Urbana= 96,6%.</p> <p>Assistência pré-natal adequada: 1997 rural= 36,7% Urbana = 65,5% 2006 rural= 64,7% Urbana= 75,8%.</p> <p>O acesso ao pré-natal adequado foi maior entre as mães com maior escolaridade.</p>	<p>População rural e urbana. Dados da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição – Pernambuco (1997 e 2006). Definição de adequação da assistência pré-natal realizada pelos autores.</p>

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Kyei N. N. A.; Chansa C.; Gabrysch S./ 2012/ Zâmbia	Dados secundários. Transversal/ Mulheres 15-49 anos com um parto nos cinco anos anteriores ao inquérito/ Amostragem sistemática estratificada/ n=4148 (dados do nascimento mais recente).	<p>“Boa qualidade da assistência pré-natal” = realização de no mínimo 4 consultas com profissional qualificado e recebimento de no mínimo 8 intervenções pré-natais.</p> <p>“Moderada qualidade da assistência pré-natal” = 4 consultas com profissional qualificado e recebimento de no mínimo 5 intervenções pré-natais.</p> <p>Intervenções: medida de peso; medida de altura; aferição da pressão arterial; amostra de urina para análise; amostra de sangue para análise; oferta de aconselhamento e testagem para HIV; suplementação de ferro; droga antimalárica; discussão sobre plano de preparação para o parto; anti-helmíntico; vacina contra o tétano.</p>	<p>29% das mulheres receberam boa qualidade da assistência pré-natal.</p> <p>53% das mulheres receberam qualidade moderada da assistência pré-natal.</p>	<p>População urbana e rural.</p> <p>Pesquisa original: inquérito domiciliar nacionalmente representativo.</p> <p>Não analisa qualidade da assistência de acordo com local de residência.</p>

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Ren Z./ 2011/ China	Dados secundários. Transversal/ Mães de crianças menores de cinco anos (dados da última gravidez) / Amostragem aleatória por conglomerados/ n=554.	Assistência pré-natal adequada= cinco ou mais consultas e primeira consulta durante o primeiro trimestre gestacional.	Assistência pré-natal adequada= 9%. Esteve associada significativamente à assistência pré-natal adequada a etnia materna.	População rural. Os dados são de uma pesquisa de base de um projeto maior. Autor define assistência pré-natal adequada de acordo com “critérios padrão”.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
VICTORA C. G. et al/ 2010/ Brasil	Transversal aninhado a uma coorte/ Nascidos vivos no município de Pelotas no ano de 2004/ Todos os nascidos vivos/ n=4244.	Adequação do pré-natal: verificada através do recebimento dos seguintes procedimentos: Exame físico e aconselhamento→ exame de mamas e ginecológico, teste de Papanicolau, aconselhamento sobre amamentação. Medições→ medição de altura uterina e pressão arterial, análise de sangue e urina. Prescrição→ toxóide tetânico, ferro e vitaminas. O score variou de 0-11. Realização de ultrassom foi verificada a parte.	A pontuação média de adequação do pré-natal foi de 8,3. Maior número de consultas e início do pré-natal no primeiro trimestre estão associados a melhor adequação da assistência. Mulheres brancas e mais ricas foram mais propensas a realização de maior número de consultas e a iniciar o pré-natal no primeiro trimestre. Mulheres com menor renda receberam pré- natal menos adequado; no setor público as diferenças na qualidade desaparecem após ajuste para o número de consultas. No setor privado, as mulheres pertencentes ao quintil médio de renda receberam menor índice de adequação do pré-natal. Gestantes que receberam assistência pré-natal no setor privado apresentaram melhor resultado no índice de adequação.	População urbana. Adequação do pré-natal foi verificada através de um score que variou de 0-11 (índice aditivo) de acordo com o recebimento de procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Gonçalves C. V.; Cesar J. A.; Mendonza-Sassi R. A./ 2009/ Brasil	Transversal/ Todos os nascidos nas duas maternidades do município de Rio Grande no ano de 2007 com peso igual ou superior a 500g ou 20 semanas ou mais de idade gestacional; mães residentes no município e com no mínimo uma consulta de pré-natal/ n=2449.	Pré-natal adequado= realização de seis ou mais consultas e início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional (índice de Kessner). Rotina pré-natal adequada= realização de seis ou mais consultas de pré-natal; início no primeiro trimestre; medida de peso; pressão arterial verificada; aferição da altura uterina; exame clínico das mamas; exame ginecológico; pelo menos dois exames de sangue, urina, HIV e sífilis; suplementação com sulfato ferroso; imunização completa contra o tétano neonatal.	64,8% das mulheres receberam assistência pré-natal adequada de acordo com o índice de Kessner. 26,8% das mulheres receberam rotina pré-natal adequada, de acordo com o índice de Kessner associado com exames clínicos, laboratoriais, suplementação de ferro, e imunização contra o tétano neonatal. Pertencer a maiores quartis de renda esteve associado significativamente a receber melhor qualidade de assistência pré-natal.	População urbana e rural. Não analisa local de residência. Dados coletados na maternidade.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Rasia I. C. R. B.; Albernaz E./ 2008/ Brasil	Transversal aninhado a uma coorte/ Mulheres com um nascido vivo entre setembro de 2002 e maio de 2003/ n=2741.	Pré-natal adequado = realização de no mínimo seis consultas de pré-natal. Nº de consultas de acordo com recomendações do Ministério da Saúde.	Pré-natal adequado= 77,1%. A renda e escolaridade estiveram associadas ao recebimento de assistência pré-natal adequada.	População urbana e rural. Coleta de dados através de entrevista com as puérperas na maternidade. Não analisa local de residência.
Barber S. L.; Gertler P. J./ 2008/ Indonésia	Dados secundários. Transversal/ Mulheres com um nascido vivo entre 1992 e 1998 com assistência pré-natal/ Amostragem aleatória/ n=2255.	Qualidade da assistência pré-natal: foi criado um score a partir das respostas sobre o recebimento de serviços de rotina recebidos durante as consultas de pré-natal (medida da pressão arterial, peso, altura e altura uterina; exame para anemia; exame para ouvir batimento cardíaco fetal; vacina contra o tétano; suplementação de ferro).	68% das mulheres receberam todos os serviços considerados no score para a qualidade da assistência. As mulheres que apresentaram maior escolaridade e pertenciam a maiores quartis de riqueza familiar receberam assistência pré-natal de melhor qualidade.	População urbana e rural. Pesquisa original: inquérito domiciliar nacionalmente representativo. Não apresenta análise por local de residência.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delineamento/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
Trinh L. T. T.; Dibley M. J. e Byles J./ 2007/ Vietnã	Transversal/ Mulheres 15-49 anos com pelo menos uma consulta de pré-natal durante gravidez nos quatro anos anteriores à pesquisa/ Amostragem por conglomerados/ n= 857.	Bom conteúdo da assistência pré-natal: recebimento de 10 ou mais procedimentos entre avaliação biomédica (verificação de pressão arterial; medida de peso; medida de altura uterina; monitoramento da frequência cardíaca fetal; exame vaginal; ultrassom); prestação de cuidados (vacina contra o tétano; suplemento de ferro e ácido fólico; prevenção da malária; parto seguro); promoção da saúde (repouso e nutrição).	Conteúdo da assistência pré-natal bom= 24%. 10% das mulheres receberam todos os itens. Estiveram associados ao menor número de itens recebidos a realização do pré-natal no setor privado, gravidez não planejada, realização de menos de três consultas e início do pré-natal após 4 meses de gestação.	População rural. O conteúdo da assistência pré-natal foi classificado de acordo com recomendações nacionais (exceto ultrassonografia).

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
LEAL M. C. et al/ 2004/ Brasil	Transversal/ Puérperas de parto único/ Amostragem estratificada/ n=9920.	<p>Adequação do pré-natal de acordo com Índice de Kotelchuck: Mais que adequado= início do pré-natal até o 4º mês e 110% ou mais de consultas esperadas para a idade gestacional; Adequado= início do pré-natal até o 4º mês e realização de 80 a 109% de consultas; Intermediário= início do pré-natal até o 4º mês e realização de 50 a 79% das consultas; Inadequado= início do pré-natal após o 4º mês e realização de menos de 50% de consultas esperadas para a idade gestacional.</p> <p>Índice de Kotelchuck modificado: Mulheres que não fizeram o pré-natal; inadequado= início do pré-natal após o 4º mês e realização de menos de 50,0% de consultas esperadas para a idade gestacional; início após o 4º mês e número de consultas maior que 50,0%; início do pré-natal até o 4º mês e número de consultas menor que 50,0% do esperado.</p>	<p>Índice de Kotelchuck original (n=7480): Mais que adequado= 10,4% Adequado= 38,0% Intermediário= 39,7% Inadequado= 11,9%.</p> <p>Índice de Kotelchuck modificado (n= 9382): Mais que adequado= 8,3% Adequado= 30,3% Intermediário= 31,7% Inadequado= 25,8% Não fez pré-natal= 3,9%.</p> <p>Análise de acordo com índice de Kotelchuck modificado: Entre as características maternas associadas a adequação do pré-natal encontram-se a maior escolaridade, primiparidade, idade superior a 19 anos, residir em bairro e não em favelas ou na rua, exercer trabalho remunerado.</p>	Estudo realizado no município do Rio de Janeiro/RJ.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
GOLDANI M. Z. et al/ 2004/ Brasil	Dados secundários. Coortes/ Todos nascidos vivos únicos entre junho de 1978 e maio de 1979 (n=6750) / Todos nascidos vivos únicos entre maio e agosto de 1994 (n=2846).	Pré-natal adequado= realização de 6 consultas ou mais para gestações a termo; 5 consultas ou mais para término da gestação entre 33 e 36 semanas; 4 consultas ou mais para término da gestação entre 29 e 32 semanas; 3 consultas ou mais para término da gestação entre 24 e 28 semanas e, 2 consultas ou mais para gestação com término antes de 24 semanas.	Adequação do pré-natal: 1978-1979= 39,4% 1994= 64,0%. A idade materna menor de 20 anos, multiparidade e menor escolaridade estiveram associados à inadequação do pré-natal nos dois estudos.	Dados de duas coortes de nascimentos do município de Ribeirão Preto/SP. Adequação do pré-natal de acordo com Ministério da Saúde.
PUCCINI R. F. et al/ 2003/ Brasil	Transversal/ Crianças menores de um ano e suas mães/ Amostragem por conglomerados/ n= 475.	Pré-natal adequado: início no primeiro trimestre; 6 ou mais consultas; aferição da pressão arterial; coleta de sangue para exames; mamas examinadas e realização de ultra-som. Na análise multivariada foi considerado adequado o pré-natal com início durante o primeiro trimestre e seis consultas ou mais.	Pré-natal adequado= 35,5%. A partir da análise multivariada pode-se verificar a associação da idade materna menor de 20 anos, da renda familiar menor que um salário mínimo per capita e da falta de acesso a plano privado de saúde à inadequação do pré-natal.	População urbana. Critérios de adequação proposto pelos autores de acordo com programa de pré-natal municipal.

Continuação Apêndice 1- Quadro resumo dos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Autor/Ano/ País	Delimitação/ População do estudo/ Amostragem/ Amostra	Variáveis do desfecho de interesse	Principais resultados	Observações
KOGAN M. D. et al/ 1994/ Estados Unidos	Dados secundários. Coorte/ Mulheres com um nascido vivo em 1988 e com assistência pré-natal/ n= 9924.	Recebimento de procedimentos recomendados durante a primeira ou segunda consulta de pré-natal: aferição de pressão arterial; exame de sangue; exame de urina; peso e altura maternos; histórico de saúde. Recebimento de aconselhamentos recomendados durante o pré-natal: sobre amamentação; redução/eliminação de álcool e tabaco; não uso de drogas ilícitas; alimentação adequada; suplementação vitamínica ou mineral; ganho de peso.	56% das mulheres receberam todos os procedimentos recomendados na primeira ou segunda consulta de pré-natal. 32% das mulheres receberam todos os aconselhamentos recomendados durante a assistência pré-natal. Idade e escolaridade materna, renda familiar, tipo de serviço (público ou privado) que forneceu o cuidado, paridade, adequação de utilização do pré-natal (Kessner) estiveram relacionados com recebimento de todos os procedimentos e orientações recomendadas.	Pesquisa original nacionalmente representativa para nascidos em 1988. Procedimentos e orientações nacionalmente recomendados por especialistas.

13.2 Apêndice 2: Questionários utilizados na pesquisa

BLOCO B: CRIANÇA DE 0 A 59 MESES PARA CADA CRIANÇA DEVE SER UTILIZADO UM QUESTIONÁRIO, QUE DEVERÁ SER RESPONDIDO PELA MÃE DA CRIANÇA.	
Número do setor: ___ Número do domicílio: ___ Número da criança no domicílio: ___ Número do questionário: 1 _____ Número do questionário da mãe: _____ 01) Data: ___/___/_____ 02) Entrevistadora: _____ 03) NOME DA MÃE: _____ 04) Qual é o nome da criança? _____ 05) SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO 06) Qual a data de nascimento de <CRIANÇA>: ___/___/_____ 07) Qual é cor da pele de <CRIANÇA>? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra 08) Há quanto tempo a Sra. mora aqui? ___ ano(s) ___ mes(es) (99) IGN	bset ___ bdom ___ bresp ___ bnuq _____ bnqm _____ bdat ___/___/_____ bent ___ bsexo ___ bridata ___/___/_____ bcorpel ___ sltemmoraan ___ sltemmorame ___
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre a gravidez de <CRIANÇA>	
09) A Sra. planejou a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (9) IGN 10) Quando engravidou de <CRIANÇA>, a Sra. estava tomando pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não (1) Sim (9) IGN 11) A Sra. já ouviu falar em ácido fólico? (0) Não → 13 (1) Sim (9) IGN 12) SE SIM: A Sra. tomou ácido fólico antes de engravidar de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bgravplan ___ bgravanti ___ bafolic ___ bgravtomou ___
13) Até que série a Sra. tinha completado na escola quando engravidou de <CRIANÇA>? ___ série do ___ grau (99) IGN	bserie ___ bgrau ___
14) A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não → 33 (1) Sim (9) IGN 15) SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra. fez a primeira consulta de pré-natal de <CRIANÇA>? Mês ___ (88) NSA (99) IGN 16) Quantas consultas a Sra. fez durante a gravidez de <CRIANÇA>? ___ consulta(s) (88) NSA (99) IGN	bconsulpn ___ slmesinipre ___ slnconsult ___
17) Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal de <CRIANÇA>? <i>(Marque apenas uma opção)</i> (1) Posto de Saúde (2) Ambulatório do HU (3) Ambulatório público (INAMPS, etc.) (4) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde	bpnlocal ___

(5) Consultório Médico Particular (8) NSA	(6) Outro (9) IGN	
SE NÃO FOI EM POSTO DE SAÚDE, PULE PARA QUESTÃO 20		
18) SE FOI EM POSTO DE SAÚDE: Em qual posto de saúde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal de <CRIANÇA>? _____ (8) NSA (9) IGN		bpnposto
19) A Sra. sabe se neste Posto de Saúde onde fez a maioria das consultas de pré-natal tem equipe da Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		bpnesf_
Durante alguma destas consultas de pré-natal de <CRIANÇA> a Sra. se lembra se o médico ou a enfermeira...		
20) Perguntou a data da última menstruação?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnmenst_
21) Verificou o seu peso?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnpeso_
22) Mediu a sua barriga (altura uterina)?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnbarriga_
23) Escutou o coração do bebê?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpncorac_
24) Mediu sua pressão?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnpressa_
25) Examinou seus seios?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnseio_
26) Receitou remédio para anemia (sulfato ferroso)?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnsulfa_
27) Receitou vitaminas?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnvit_
28) Orientou sobre amamentação?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnamament_
29) Perguntou se estava usando algum remédio?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnremed_
30) Orientou sobre uso de remédios?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnorientremd_
31) Perguntou se a senhora fumava?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnfumo_
32) Orientou sobre exercícios físicos/caminhadas?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bpnef_
33) A Sra. fez exame de sangue na gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)		slsangu_
34) A Sra. fez teste rápido para sífilis na gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)		slrasifi_
35) A Sra. fez algum outro exame para sífilis na gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)		slsifi_
36) A Sra. fez teste rápido para HIV na gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)		slnsifi_
37) A Sra. fez algum outro exame para HIV durante a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)		bpnhivoutr_
38) A Sra. fez exame para prevenir câncer no útero/colo do útero durante a gravidez de <CRIANÇA>?		bpnca_

(0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)	
39) A Sra. fez exame de urina durante a gravidez de <CRIANÇA>?	slurin __
(0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)	
40) A Sra. fez ultrassom durante a gravidez de <CRIANÇA>?	bpreus __
(0) Não () Sim, quantos? (77) Fez muitos, não sabe quantos (99) Não sabe se fez ___ exame(s)	
41) A Sra. já ouviu falar em sulfato ferroso ou medicamento contendo ferro? (0) Não → 43 (1) Sim (9) IGN	bsulfaferro_
42) A Sra. tomou sulfato ferroso durante a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bsulfatomo_
43) Durante a gravidez de <CRIANÇA> a Sra. tomou a vacina contra gripe? (0) Não → 45 (1) Sim (9) IGN	bvacgripe_
44) A Sra. teve que pagar pela vacina? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	bvacpag_
45) A Sra. fez alguma consulta com dentista durante a gravidez de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (9) IGN	acgravodont_
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre o nascimento de <CRIANÇA>	
46) <CRIANÇA> nasceu antes da hora? (0) Não (1) Sim (9) IGN	brnhora_
47) Com quantos meses de gravidez a Sra. estava quando <CRIANÇA> nasceu? ___ semanas ___ meses (99) IGN	bmesnascsem __ bmesnascmes __
48) <CRIANÇA> nasceu de parto normal ou por cesariana? (1) Normal (2) Cesárea (9) IGN	bparto_
49) Quanto <CRIANÇA> pesou ao nascer? (Pedir a caderneta da criança se for o caso) ___ g (9999) IGN	bpersonas _____
50) Quanto <CRIANÇA> mediu ao nascer? ___ cm (99) IGN	balturanas __
51) <CRIANÇA> fez o teste do pezinho? (0) Não (1) Sim (9) IGN	brnpezinho_
52) A Sra. fez alguma consulta para revisão do parto até 40 dias depois que <CRIANÇA> nasceu? (0) Não (1) Sim (9) IGN	brevisao_
53) Na maioria das vezes, qual a posição que <CRIANÇA> dormia? (1) De lado/ ladinho (2) De barriga para cima (3) De barriga para baixo (de bruços) (9) Não sabe	bpdorm_
INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre problemas respiratórios de <CRIANÇA>	
54) Alguma vez na vida, <CRIANÇA> teve chiado no peito? (0) Não → 60 (1) Sim (9) IGN	fbsibvida_
55) Desde <MÊS> do ano passado para cá <CRIANÇA> teve chiado no peito? (0) Não → 60 () Sim, (77) Muitas vezes, (88) NSA (99) Não sabe se teve quantas vezes? não sabe quantas ___	fbsibano __
56) Desde <MÊS> do ano passado para cá, com que frequência <CRIANÇA> teve o sono perturbado por chiado no peito?	fbsibsono_

(0) Nunca acordou com chiado (2) Uma ou mais noites por semana	(1) Menos de uma noite por semana (9) IGN (8) NSA	
57) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o chiado no peito de <CRIANÇA> foi tão forte a ponto de impedir que ele(a) conseguisse dizer mais de 2 palavras entre cada respiração?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fb Sibpalav_
58) Desde <MÊS> do ano passado para cá, <CRIANÇA> teve chiado no peito após realizar alguma atividade?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fbatidv_
59) Desde <MÊS> do ano passado para cá, <CRIANÇA> teve tosse seca à noite, sem estar gripado(a) ou com infecção respiratória?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fbtosse_
Alguma vez o médico disse que <CRIANÇA> tinha:		
60) Asma?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	basma_
61) Bronquite?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	bbronq_
62) Algum morador costuma fumar perto de <CRIANÇA>?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	bfumopassi_
63) Algum morador costuma fumar dentro de casa?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	bfumdent_
64) Alguém da família tem ou já teve asma, bronquite ou rinite?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	fbasmaf_
INSTRUÇÃO 04: Agora vamos conversar sobre as consultas ao médico de <CRIANÇA>		
65) Desde <MÊS> do ano passado para cá, <CRIANÇA> baixou alguma vez no hospital?	(0) Não () Sim, quantas vezes? (77) Muitas vezes, não sabe quantas (99) IGN	binterna __
66) Desde <MÊS> do ano passado para cá, <CRIANÇA> consultou com algum médico?	(0) Não () Sim, quantas vezes? (77) Muitas vezes, não sabe quantas (99) IGN	bconsult __
67) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, <CRIANÇA> consultou com algum médico?	(0) Não () Sim, quantas vezes? (77) Muitas vezes, não sabe quantas (99) IGN	bconsult3 __
68) Quando < CRIANÇA > precisa de algum serviço de saúde, onde a Sra. costuma levá-lo(a)?	(1) Posto de Saúde (2) Pronto-Socorro (3) Ambulatório do HU (4) Ambulatório Público (INAMPS, PAM, SMS) (5) Ambulatório do Sindicato ou empresa (6) Consultório médico por convênio ou plano de saúde (7) Consultório Médico Particular (8) Outro (9) IGN	bconsultlocal _
69) Alguma vez a Sra. tentou levar <CRIANÇA> para consultar, hospitalizar ou vacinar e não conseguiu?	(0) Não → 71 (1) Sim (9) IGN	bconsultnao_
70) SE SIM: Por quê? _____	(8) NSA (9) IGN	Bconmotv
71) Desde <DIA DE UM MÊS ATRÁS>, a Sra. gastou algum dinheiro... Com remédios para <CRIANÇA>?	(0) Não () Sim Quanto? R\$ _____,00 (99999) IGN	bdinremed _ _ _ _ _
72) Com consultas médicas para <CRIANÇA>?		bdinconsult _ _ _ _ _

(0) Não () Sim Quanto? R\$_____,00 (99999) IGN	
73) Com exames para <CRIANÇA>?	bdinexame_____
(0) Não () Sim Quanto? R\$_____,00 (99999) IGN	
INSTRUÇÃO 05: Agora vamos falar sobre consulta com dentista de <CRIANÇA>	
74) Alguma vez na vida <CRIANÇA> foi ao dentista?	acconscri_
(0) Não → 76 (1) Sim (9) IGN	
75) Qual a razão da última visita ao dentista de <CRIANÇA>?	arazaocri_
(1) Dor ou problemas nos dentes (2) Tratamento ou continuidade de um tratamento (3) Revisão de rotina (9) Não sei/ não lembro	
76) Eu vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. dissesse qual delas descreve melhor as consultas de <CRIANÇA> com o dentista:	acregcri_
(1) Ele(a) nunca vai ao dentista (2) Ele(a) vai ao dentista quando tem dor ou quando tem um problema nos dentes ou na gengiva (3) Ele(a) vai ao dentista as vezes, tendo um problema ou não (4) Ele(a) vai ao dentista de forma regular (9) IGN	
77) A Sra. acha que <CRIANÇA> tem medo de ir ao dentista?	accrimedo_
(0) Não tem medo (1) Tem um pouco de medo (2) Tem muito medo (9) IGN	
78) A Sra. acha que <CRIANÇA> atualmente necessita ir ao dentista?	acdntentcri_
(0) Não (1) Sim → 80 (2) Está em tratamento → 88 (9) IGN	
79) Por qual motivo <CRIANÇA> não precisa ir a uma consulta com o dentista?	acnprecisa_
(1) Porque está tudo bem com seus dentes (2) Embora ele(a) tenha algum problema, isso pode esperar (3) Outro: _____ (8) NSA (9) IGN	
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 79, PULE PARA A QUESTÃO 88.	
SE NECESSITA IR A UMA CONSULTA COM O DENTISTA: Por qual motivo?	
80) Consulta de rotina/prevenção? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acconsul_
81) Dor de dente? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acdordente_
82) Dente quebrado/trauma (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acdentequeb_
83) Cavidades nos dentes /cárie /restauração /obturação? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	accarie_
84) Ferida, caroço ou manchas na boca? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acmach_
85) Rosto inchado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acrinch_
86) Tirar um dente que estava mole? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acdmole_
87) Extrações/arrancar o dente (devido à cárie)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acarrancar_
88) <CRIANÇA> escova ou tem seus dentes escovados por alguém?	acescova_
(0) Não → 92 (1) Sim (9) IGN	
89) SE SIM: Os dentes de <CRIANÇA> são escovados todos os dias?	acescovadi_
(0) Não → 92 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
90) SE SIM: Quantas vezes por dia? ___ vezes (88) NSA (99) IGN	acescovadin_

91) Com que idade começou a escovação dos dentes de <CRIANÇA>? ___ ano(s) ___ mes(es) ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN	acidescovaano__ acidescovame__ acidescovadi__
92) Quem realiza a escovação dos dentes (limpa dentro da boca) de <CRIANÇA>? (1) Meu filho escova sozinho (2) A Sra. Escova (3) Meu filho escova com minha ajuda (8) Não escova os dentes	acqescova_
93) A Sra. já recebeu alguma orientação sobre como cuidar dos dentes/boca de <CRIANÇA>? (0) Não → 95 (1) Sim (9) IGN	accuida_
94) Quem deu esta orientação? (1) Médico/Pediatra (2) Dentista (3) Agente comunitário de saúde (4) Professora (5) Familiar/Parente (8) NSA (9) IGN	acqcuida_
95) Como a Sra. avalia a saúde bucal de <CRIANÇA>? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) IGN	acsbcri_
INSTRUÇÃO 06: Agora vamos falar sobre a alimentação de <CRIANÇA>	
96) <CRIANÇA> mama no peito? (0) Não (1) Sim → 98 (2) Nunca mamou → 98 (9) IGN	acpeito_
PARA AS PRÓXIMAS QUESTÕES UTILIZE: (88/88/88 – NSA) (99/99/99 – IGN)	
97) SE NÃO: Com que idade deixou de mamar? ___ anos ___ meses ___ dias	bdeixmamaan__ bdeixmamame__ bdeixmamadia__
98) <CRIANÇA> toma leite de vaca? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bleiteva_ bleitevacaan__ bleitevacame__ bleitevacadia__
99) <CRIANÇA> toma leite em pó? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bleitepo_ bleitepoan__ bleitepome__ bleitepodia__
100) <CRIANÇA> toma café? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bcafe_ bcafean__ bcafeme__ bcafedia__
101) <CRIANÇA> toma água/chá? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bagcha_ bagchaan__ bagchame__ bagchadia__
102) <CRIANÇA> toma suco? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bsuco_ bsucoan__ bsucome__ bsucodia__
103) <CRIANÇA> come pão/bolacha?	bpbol_

(0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bpbolan __ bpbolme __ bpboldia __
104) <CRIANÇA> toma iogurte? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	biogurt _ biogurtan __ biogurtme __ biogurtdia __
105) <CRIANÇA> come frutas? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bfrutas _ bfrutasan __ bfrutasme __ bfrutasdia __
106) <CRIANÇA> come ovo? (0) Não (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bovo _ bovoan __ bovome __ bovodia __
107) <CRIANÇA> chupa ou chupava bico? (0) Não → 109 (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bbico _ bbicoidan __ bbicoidme __ bbicoiddia __
108) A Sra. usa ou usava mel/açúcar no bico de <CRIANÇA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	acbicodoce_
109) <CRIANÇA> usa ou usou mamadeira? (0) Não → 111 (1) Sim, desde que idade? ___ anos ___ meses ___ dias	bmamad _ bmamadidan __ bmamadidme __ bmamadiddia __
110) <CRIANÇA> toma ou tomava mamadeira com açúcar, engrossante ou achocolatado? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN 111) <CRIANÇA> toma refrigerante? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN 112) <CRIANÇA> toma sucos? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN 113) <CRIANÇA> toma chá com açúcar? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN 114) <CRIANÇA> come alimentos como bolacha recheada, bala, pirulito, chiclete, chocolate e bolo? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN 115) <CRIANÇA> come alimentos como salgadinhos e bolacha salgada? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN 116) <CRIANÇA> come pão? (0) Não () Sim Quantas vezes ao dia? ___ vezes/dia (99) IGN	acmamaddoce __ acrefri __ acsuco __ accha __ acdoce __ acsalg __ acpao __
117) <CRIANÇA> frequenta escola, escolinha ou creche? (0) Não (1) Sim, com que idade começou? ___ anos ___ meses ___ dias	accreche _ bcrecheidan __ bcrecheidme __ bcrecheidia __

INSTRUÇÃO 07: Agora vamos falar sobre as vacinas que <CRIANÇA> tomou até hoje		
118) <CRIANÇA> tem cartão de vacinas? (0) Não → INSTRUÇÃO 08 (1) Sim (9) IGN		bcvacina_
CASO A CRIANÇA POSSUA CARTÃO DE VACINAS, SOLICITAR A MÃE QUE TRAGA PARA DAR CONTINUIDADE. ANOTAR O NÚMERO DE DOSES DE CADA TIPO DE VACINA DE ACORDO COM O CARTÃO.		
119) ANOTE O NÚMERO DE DOSES DE CADA VACINA DE ACORDO COM O CARTÃO:		
BCG	_____ doses	bbcg_
Hepatite B (HB, HepB)	_____ doses	bhepb_
Poliomielite (Pólio, Salk ou VIP, Sabin ou VOP)	_____ doses	bpolio_
Rotavírus (VORH, Rota)	_____ doses	crota_
Pentavalente (Penta, DTP+ HiB+ HB, Tetra+HB)	_____ doses	cpenta_
Tetravalente (Tetra, DTP + HiB)	_____ doses	ctetra_
Tríplice Bacteriana (Tríplice, DTP, DTP@)	_____ doses	bdtp_
Pneumocócica (Pneumo, Pneumo10/13/23)	_____ doses	bpneum_
Meningocócica (Meningo, meningo B/ C/ ACWY)	_____ doses	bmeni_
Influenza (Gripe)	_____ doses	bgripe_
Tríplice Viral (SRC, VTV, TV, MMR)	_____ doses	btripv_
Hepatite A (HA, HepA)	_____ doses	bhepa_
Tetraviral (Tríplice Viral +Varicela)	_____ doses	btetrav_
Febre Amarela (FA)	_____ doses	bfebre_
Outras _____	_____ doses	boutv_
INSTRUÇÃO 08: Agora vou pesar e medir <CRIANÇA>		
120) PESO: __ __, __ kg (888) NSA		bpeso __, __
121) COMPRIMENTO/ALTURA ATUAL: _____ cm		baltura _____
Lembre a mãe de que haverá a visita de uma dentista que irá examinar a boca da mãe e da(s) criança(s). Essa visita será agendada. AGORA PASSE PARA O BLOCO DAS MULHERES. AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO		

BLOCO C: MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MÃES DE CRIANÇAS ENTRE 0 E 59 MESES	
Número do setor: __ __	
Número do domicílio: _____	cnum _____
Número do entrevistado: _____	cnen _____
Número do questionário: 2 _____	cnu _____
01) Data da entrevista: __ __/ __ __/ __ __	cdat __ __/ __ __/ __ __
02) Entrevistadora: _____	cent __
03) Qual é o seu nome? _____	cnome_
04) Qual é a sua idade? __ __ anos completos (99) IGN	cidade __
05) Qual a cor da sua pele?	ccorpe_
(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra	
06) A Sra. é:	csico _
(1) Solteira (2) Casada/ companheiro (3) Separada/ divorciada	

(4) Viúva (9) IGN	
07) SE CASADA OU COM COMPANHEIRO: Seu marido/companheiro é seu parente? (0) Não → 09 (1) Sim (9) IGN	cmarpar_
08) SE SIM: Qual o grau de parentesco dele? _____ (8) NSA (9) IGN	cmarparg_
09) Até que série/ano a Sra. completou na escola? ___ série do ___ grau (9) IGN	cserie_ cgrau_
SE A ENTREVISTADA NÃO POSSUI ENSINO MÉDIO COMPLETO, PULE PARA A QUESTÃO 13	
10) SE TERMINOU O NÍVEL MÉDIO: A Sra. fez algum curso técnico/profissional na área agrícola? (0) Não () Sim Qual? _____ (8) NSA (9) IGN	ctec_ ctecqua_
SE A ENTREVISTADA NÃO CURSA ENSINO SUPERIOR, PULE PARA A QUESTÃO 13	
11) SE CURSA OU CURSOU NÍVEL SUPERIOR: Qual curso frequenta ou frequentou na faculdade? _____ (8) NSA (9) IGN	cnisup_
12) SE CURSA OU CURSOU NÍVEL SUPERIOR: Pretende trabalhar nessa área de formação? (0) Não (1) Sim (2) Já trabalha na área (8) NSA (9) IGN	cpretra_
13) Pretende trabalhar na área agrícola/pecuária? (0) Não (1) Sim (2) Já trabalha na área (9) IGN	cagric_
14) Pretende continuar morando na área rural? (0) Não (1) Sim → 16 (9) IGN	crural_
15) SE NÃO: A Sra. pretende mudar para a cidade? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ccidade_
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho	
16) A Sra. está trabalhando? (0) Não (1) Sim → 18 (9) IGN	ctrab_
17) SE NÃO: Por que não está trabalhando? (1) Desempregada (2) Aposentada (3) Encostada (4) Pensionista () Outro: _____ (8) NSA (9) IGN	cntr_
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 17, PULE PARA A QUESTÃO 24	
18) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho a Sra. faz? (Anotar onde e o que faz) _____ (8) NSA (9) IGN	cocup_
19) A Sra. trabalha com carteira assinada? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cvinc_
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho	
No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá a Senhora...	
20) Caminhou pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabca_
21) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabpe_
22) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	cafrabpesa_
23) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia?	cafrabfe_

(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro				
24) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?				cafdesca _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	
25) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?				cafdesbi _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	
INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre				
26) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. andou pelo menos meia hora por dia?				caflazca _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	
27) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia?				caflazesp _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	
INSTRUÇÃO 05: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês				
28) A Sra. fuma ou já fumou?				cfuma _
(0) Não, nunca fumou → INSTRUÇÃO 06	(1) Já fumou, mas parou	(2) Sim, fuma	(9) IGN	
29) No último mês a Sra. fumou pelo menos um cigarro por dia?				cfuultmes _
(0) Não → 32	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
30) SE FUMA: Há quanto tempo a Sra. fuma? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				cfumes__ cfuano__
31) SE FUMA: Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN				ccigdia ___
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 31, PULE PARA A INSTRUÇÃO 06				
32) SE FUMOU: Por quanto tempo a Sra. fumou? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				cfumavan __ cfumavam __
33) Há quanto tempo parou de fumar? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				cparouan __ cparoume __
INSTRUÇÃO 06: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas.				
34) Desde <DIA> da semana passada para cá, a Sra. tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida com álcool?				calco _
(0) Não → INSTRUÇÃO 08	(1) Sim		(9) IGN	
35) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, a Sra. tomou bebidas alcoólicas?				calcdsem _
_ Dias por semana	(8) NSA		(9) IGN	
INSTRUÇÃO 07: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA)				
36) Nos dias em que a Sra. bebeu, quantas doses, em média, a Sra. tomou?				calcqtd __
___ Doses por semana	(88) NSA		(99) IGN	
INSTRUÇÃO 08: Agora vamos falar sobre métodos para evitar filhos				
37) A Sra. toma ou já tomou pílula ou injeção para não engravidar?				cpil _
(0) Não, nunca → INSTRUÇÃO 09	(1) Sim, somente pílula			

(2) Sim, somente injeção	(3) Sim, pílula e injeção	(9) IGN	
38) Atualmente a Sra. toma pílula ou injeção para não engravidar?			cantc_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
INSTRUÇÃO 09: Agora vamos falar sobre gravidez			
SE A ENTREVISTADA RESPONDEU O QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA, NÃO FAZER <u>SOMENTE</u> A QUESTÃO 39.			
39) A Sra. já engravidou alguma vez na vida?			cgravi_
(0) Não → 49	(1) Sim	(9) IGN	
40) SE SIM: Quantas vezes engravidou? ___ vezes (88) NSA (99) IGN			cngravi_
41) Que idade a senhora tinha quando engravidou pela primeira vez? ___ anos (88) NSA (99) IGN			cidgra_
42) Quantos filhos nascidos vivos a Sra. já teve? ___ vivos (00) Nenhum → 45 (88) NSA (99) IGN			cfivi_
43) SE TEVE FILHO(S) NASCIDO(S) VIVO(S): Quantos filhos moram aqui com a Sra? ___ filhos (88) NSA (99) IGN			cnfivimo_
44) Quantos deles tem menos de cinco anos (até 59 meses de idade)? ___ filhos (8) NSA (9) IGN			cnfil_
45) A Sra. já teve algum filho que nasceu morto?			cfimo_
(0) Não	() Sim, quantos? ___	(8) NSA	(9)IGN
46) A Sra. já teve algum aborto?			ctabor_
(0) Não	() Sim, quantos? ___	(8) NSA	(9)IGN
47) A Sra. está amamentando/dando de mamar no peito?			camame_
(0) Não	() Sim, quantos? ___	(8) NSA	(9)IGN
48) A Sra. está grávida?			cgrav_
(0) Não	() Sim, de quantos meses? ___	(8) NSA	(9)IGN
49) A Sra. já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero?			ccaut_
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
50) Existe um exame preventivo para câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra. já ouviu falar deste exame?			ccitoco_
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
51) Alguma vez a Sra. já fez esse exame?			ccitop_
(0) Não → INSTRUÇÃO 10	(1) Sim	(9) IGN	
52) SE SIM: Faz quanto tempo que a Sra. fez este exame pela última vez? ___anos ___meses (88) NSA (99) IGN			ccitoulan_
			ccitoulme_
INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre consultas ao médico			
53) Desde <MÊS> do ano passado para cá, a Sra. baixou no hospital?			cinterna_
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
54) Desde <MÊS> do ano passado para cá, a Sra. consultou com algum médico?			cconsult_
(0) Não → 58	(1) Sim	(9) IGN	
55) SE SIM: Quantas vezes? ___ (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) Não sabe se consultou			cconsvez_
56) Desde de <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a Sra. consultou com algum médico?			ccontres_
(0) Não → 58	(1) Sim	(9) IGN	

57) SE SIM: Quantas vezes? ___ ___ (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) Não sabe se consultou	ccontresve __ _
58) Quando a Sra. precisa de algum serviço de saúde, onde costuma ir? (1) Posto de Saúde (2) Pronto-Socorro (3) Ambulatório do HU (4) Ambulatório Público (INAMPS, PAM, SMS) (5) Ambulatório do Sindicato ou empresa (6) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (7) Consultório Médico Particular (8) Outro (9) IGN	cconsultlocal _
59) O agente comunitário de saúde visitou a sua casa desde <DIA DE UM MÊS ATRÁS>? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cacs _
ATENÇÃO: SE A MULHER ESTÁ GRÁVIDA OU AMAMENTANDO (RESPONDEU SIM NAS QUESTÕES DE NÚMERO 47 e 48), PULE PARA INSTRUÇÃO 12	
INSTRUÇÃO 11: Agora vamos falar sobre as suas refeições	
60) A Sra. tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fsassistindotv _
Habitualmente, quais refeições a Sra. faz ao longo de um dia...	
61) Café da manhã? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fscafe _
62) Lanche da manhã? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fslanche _
63) Almoço? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fsalmoco _
64) Lanche da tarde? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fstarde _
65) Jantar? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fsjantar _
66) Ceia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	fsceia _
67) Ontem, a Sra. comeu feijão? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fsfeijao _
68) Ontem, a Sra. comeu frutas frescas (não considerar suco de frutas)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fsfrutas _
69) Ontem, a Sra. comeu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fslegumes _
70) Ontem, a Sra. comeu hambúrguer e/ou embutidos (como presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fsembutidos _
71) Ontem, a Sra. bebeu bebidas adoçadas (como refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fsbadoci _
72) Ontem, a Sra. comeu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fssalgado _
73) Ontem, a Sra. comeu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não sabe	fsdoces _
INSTRUÇÃO 12: Agora vamos falar sobre religião	

74) A Sra. tem alguma religião? (0) Não → INSTRUÇÃO 13 (1) Sim (9) IGN	crelig _
75) SE SIM: Qual?	cqrelig __
(01) Católica (02) Evangélica (03) Espírita (04) Candomblé	
(05) Umbanda (06) Adventista (07) Luterana (08) Testemunha de Jeová	
(09) Mórmon (10) Outra (88) NSA (99) IGN	
INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre lazer	
Desde <DIA DE UM MÊS ATRÁS>, a Sra....	
76) Foi a missa ou culto na igreja? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cculto _
77) Foi a uma festa na comunidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cfesco _
78) Foi a uma festa da família? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cfesfa _
79) Foi a algum baile? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cbaile _
80) Viajou para outra cidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cviagem _
ATENÇÃO: SE A ENTREVISTADA TEM MENOS DE 18 ANOS, PULE PARA INSTRUÇÃO 15	
INSTRUÇÃO 14: Agora vamos falar sobre como a Sra. tem se sentido nos últimos 14 dias, desde <DIA> da semana retrasada até agora.	
81) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem podido concentrar-se bem no que faz?	pmconce _
(1) Mais que de costume (2) Menos que de costume	
(3) Igual do de costume (4) Muito menos que o de costume	
(8) NSA	
82) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, as preocupações da Sra. têm lhe feito perder muito sono?	pmsono _
(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume	
(3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume	
(8) NSA	
83) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem sentido que tem um papel útil na vida?	pmutilvida _
(1) Mais útil que de costume (2) Menos útil que de costume	
(3) Igual ao de costume (4) Muito menos útil que de costume	
(8) NSA	
84) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem se sentido capaz de tomar decisões?	pmdecisoes _
(1) Mais que de costume (2) Menos que de costume	
(3) Igual ao de costume (4) Muito menos que de costume	
(8) NSA	
85) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem notado que está constantemente agoniada e tensa?	pmtensa _
(1) Não, de forma alguma (2) Um pouco mais que de costume	
(3) Não mais que de costume (4) Muito mais que de costume	
(8) NSA	
86) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?	pmdificul _

(1) Não, de forma alguma (3) Não mais que de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume	
87) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia? (1) Não, de forma alguma (3) Não mais que de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume	pmatinormal _
88) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas? (1) Não, de forma alguma (3) Não mais que de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume	pmenfrentar _
89) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem se sentido pouco feliz e deprimida? (1) Não, de forma alguma (3) Não mais que de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume	pmpoucofeliz _
90) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem perdido confiança em si mesma? (1) Não, de forma alguma (3) Não mais que o de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que o de costume	pmconfiança _
91) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada? (1) Não, de forma alguma (3) Não mais que o de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que o de costume	pmnaoserve _
92) Desde <DIA> da semana retrasada até agora, a Sra. tem se sentido feliz? (1) Não, de forma alguma (3) Não mais que o de costume (8) NSA	(2) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que o de costume	pmfeliz _
93) Em algum momento da sua vida algum médico ou psicólogo já disse que a senhora tem depressão? (0) Não → INSTRUÇÃO 15 (1) Sim (8) NSA (9) IGN		acdepre_
94) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo já lhe disse que a Sra. tem depressão? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		acdepemes_
INSTRUÇÃO 15: ATENÇÃO SE NÃO TEM FILHOS COM IDADE ENTRE 0-59 MESES, PULE PARA INSTRUÇÃO 18		
BLOCO E: MÃE - Bloco para mães de crianças entre 0-59 meses		
INSTRUÇÃO 16: Agora vou fazer algumas perguntas para a Sra. que é mãe de criança com idade até 5 anos		
95) A Sra. já ouviu falar na Pastoral da Criança?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	epast _
96) E no Líder da Pastoral, a Sra. já ouviu falar?	(0) Não → 99 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	elidpast _

97) SE SIM: Ele já visitou a sua casa?	(0) Não → 99	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	evisit _
98) SE SIM: No mês passado ele visitou a sua casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	epassvisi _
99) Qual a posição que a Sra. acha que o bebê deve dormir?					eposicao _
(1) De lado/ladinho	(2) De barriga para cima				
(3) De barriga para baixo (braços)	(8) NSA				
(9) Não sabe					
100) Se o médico ou a enfermeira dissesse para a Sra. que a melhor posição para o bebe dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?					emediposi _
(0) Não → 102	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
101) SE SIM: A Sra. colocaria seu filho para dormir de barriga para cima se o médico ou a enfermeira mandasse?					ecoloposi _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
102) A Sra. já ouviu falar na campanha “Dormir de barriga para cima?”					ecampposi _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre consulta com dentista da Sra.					
103) Eu vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista:					acfrase _
(1) Eu nunca vou ao dentista;					
(2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva;					
(3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não;					
(4) Eu vou ao dentista de forma regular.			(8) NSA	(9) IGN	
104) A Sra. já consultou alguma vez com dentista ?					acconden _
(0) Não → 107	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
105) Faz quanto tempo que a Sra. foi ao dentista pela última vez? ___ anos ___ meses ___ dias	(88) NSA	(99) IGN			acdenultano __ acdenultmes __ acdenultdia __
106) Que tipo de serviço a Sra. utilizou na última consulta?					actipo _
(1) Posto de saúde;	(2) Unidade móvel da prefeitura	(3) Consultório particular			
(4) Convênio	(8) NSA	(9) IGN			
107) A Sra. tem medo de ir ao dentista?				(8) NSA	acmedo _
(0) Não tem medo	(1) Tem um pouco de medo	(2) Tem muito medo		(9) IGN	
108) Se a Sra. tiver que ir ao dentista amanhã como você se sentiria?					acdass1 _
(1) Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável					
(2) Eu não me importaria					
(3) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável					
(4) Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor					
(5) Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria			(8) NSA	(9) IGN	
109) Quando a Sra. está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?					acdass2 _
(1) Relaxada	(2) Meio desconfortável				
(3) Tensa	(4) Ansiosa				

(5) Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal	(8) NSA	(9) IGN			
110) Quando a Sra. está na cadeira do dentista esperando ele preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?				acdas3_	
(1) Relaxada	(2) Meio desconfortável				
(3) Tensa	(4) Ansiosa				
(5) Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal	(8) NSA	(9) IGN			
111) Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?				acdas4_	
(1) Relaxada	(2) Meio desconfortável				
(3) Tensa	(4) Ansiosa				
(5) Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal	(8) NSA	(9) IGN			
112) Considerando outras pessoas da mesma idade que a Sra., como considera a sua saúde bucal?				acsabu_	
(1) Muito boa	(2) Boa	(3) Regular	(4) Ruim		
(5) Muito ruim	(8) NSA	(9) IGN			
113) A Sra. acha que está precisando ir ao dentista?				acpredent_	
(0) Não	(1) Sim → 115	(2) Está em tratamento → INSTRUÇÃO 18	(8) NSA	(9) IGN	
114) SE NÃO: Por qual motivo?				acndnega_	
(1) Por que está tudo bem com meus dentes					
(2) Embora eu tenha algum problema, isso pode esperar					
(3) Outro: _____			(8) NSA	(9) IGN	
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 114, PULE PARA A INSTRUÇÃO 18					
SE SIM: Por qual motivo...					
115) Consulta de rotina/prevenção?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eaconsul_
116) Dor?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacdordente_
117) Dente quebrado/trauma?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacdentequeb_
118) Cavidades nos dentes/ cárie/ restauração /obturação?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eaccarie_
119) Ferida, caroço ou manchas na boca?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacmach_
120) Rosto inchado?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacrinch_
121) Tirar um dente que estava mole?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacdmoles_
122) Extrações/arrancar o dente (devido à cárie)?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacarrancar_
123) Aparelho?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacaparel_
124) Prótese dentária/chapa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	eacprotese_
APLICÁVEL APENAS A TODAS ÀS MULHERES COM IDADE IGUAL OU MAIOR A 18 ANOS					
INSTRUÇÃO 18: Agora vamos falar sobre sua relação com seu parceiro íntimo. Entendemos como parceiro íntimo qualquer relação sexual com pessoas do sexo masculino que você tenha tido ao longo de sua vida.					
125) A Sra. já teve um parceiro íntimo?					alparcint_
(0) Não → INSTRUÇÃO 20	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
126) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo te insultou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?					alinsultou_

(0) Não → 128	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
127) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá?				alinsultou12 _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
128) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo te depreciou ou humilhou na frente de outras pessoas?				aldepreciou _	
(0) Não → 130	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
129) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá?				aldepreciou12 _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
130) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?				alassustou _	
(0) Não → 132	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
131) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá?				alassustou12 _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
132) Alguma vez na sua vida algum parceiro íntimo ameaçou te machucar ou machucar alguém que você gosta?				almachucou _	
(0) Não → INSTRUÇÃO 19	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
133) SE SIM: Isso aconteceu desde <MÊS> do ano passado para cá?				almachucou12 _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 19: CASO A RESPOSTA PARA QUESTÕES 126, 128, 130 e 132 FOR “NÃO” (EM TODAS ELAS), PULE PARA A INSTRUÇÃO 20.					
134) Qual a duração do relacionamento em que a Sra. mencionou ter vivenciado as situações já citadas? ___ anos ___ meses ___ dias (88) NSA (99) IGN				alduracan __ alduracme __ alduracdia __	
135) O que a Sra. fez quando vivenciou a(s) situação(ões) já citadas? <i>(Não leia as alternativas)</i>					
Realizou denúncia aos serviços competentes (serviços de apoio à mulher, delegacias, disk 100)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alatitude1 _
Buscou ajuda em serviços de saúde(ubs,ambulatórios)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alatitude2 _
Solicitou orientações na comunidade em que vive (igrejas, grupos de convivência da comunidade)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alatitude3 _
Procurou apoio da família ou com amigos	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alatitude4 _
Não contou a ninguém	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alatitude5 _
Outro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alatitude6 _
136) SE NÃO CONTOU PARA NINGUÉM: Por que a Sra. optou por não contar para ninguém?					
Medo de separação do parceiro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo1 _
Desconhecimento de onde procurar apoio	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo2 _
Vergonha de ter passado por essas situações	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo3 _
Sentiu-se ameaçada pelo parceiro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo4 _
Descrença de que algum serviço especializado pudesse auxiliá-la	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo5 _
Acreditar que não era necessário	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo6 _
Outro motivo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	alsigilo7 _
INSTRUÇÃO 20: Agora quero saber...					

137) Qual seu peso? __ __ __, __ kg	(9999) IGN	cpeso __ __ __, __
138) Qual a sua altura? __ __ __ cm	(999) IGN	caltura __ __ __
AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO		

BLOCO A: DOMICÍLIO – DEVE SER RESPONDIDO PELO CHEFE DO DOMICÍLIO	
Número do setor: __ __ __	aset __ __
Número do domicílio: __ __ __	anum __ __ __
Número do questionário: __ __ __ __ __	anuq __ __ __ __ __
Endereço (incluir ponto de referência): _____	aende __ __ __
01) Data da entrevista: __/__/__	adat __/__/__
02) Entrevistadora: _____	aent __
03) Qual o seu nome? _____	
04) Quantos anos o(a) Senhor(a) tem? __ __ __ anos completos (999) IGN	aidade __ __ __
05) SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO	asexo __
06) Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra	acorpel __
07) Quantas pessoas moram nesta casa? Nº __ __ (99) IGN	amodo __ __
08) Até que série/ano o(a) Sr. (a) completou na escola? __ __ série do __ __ grau (99) IGN	aserie __ agrau __
09) O(a) Senhor(a) é: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ companheiro(a) (3) Separado(a)/ divorciado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN	asico __
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre as condições de moradia das pessoas que vivem nesta casa	
(OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR) 10) TIPO DE CONSTRUÇÃO: (1) MADEIRA (2) TAIPA (3) TIJOLO/ALVENARIA (4) PALHA (5) MISTA (6) PAPELÃO/LATA (8) OUTRO (9) IGN	acasa __
11) A sua casa é própria, alugada ou emprestada? (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (não paga aluguel) (9) IGN	aprop __
12) Quantos cômodos / peças tem esta casa? __ __ cômodos/peças (99) IGN	apeca __ __
13) Quantos cômodos/peças usam para dormir? __ __ cômodos/peças (99) IGN	adorm __ __
14) Tem água encanada? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no terreno (9) IGN	aagua __
15) De onde vem a água usada para beber? (1) Rede Pública (2) Chafariz (3) Cisterna, poço (4) Rio, lagoa, açude (5) Caminhão-pipa (6) Outro (9) IGN	afonte __
16) Como é a privada da casa? (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Casinha/fossa (4) Não tem privada (9) IGN	apriva __
17) Esta casa está ligada à rede de esgotos? (0) Não (1) Sim (9) IGN	aesgo __
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos conversar sobre tua casa	
Na sua casa tem...	

18) Carro de passeio?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	aauto _
19) Moto?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	amoto _
20) Empregado mensalista?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	aempr _
21) Máquina de lavar roupa? (desconsiderar tanquinho)	(0) Não	() Sim, quantos? ___	aroupa _
22) Banheiro	(0) Não	() Sim, quantos? ___	abanho _
23) DVD?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	advd _
24) Geladeira?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	agela _
25) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	afrez _
26) Computador?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	acomp _
27) Lavadora de louças?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	alava _
28) Forno micro-ondas?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	amicr _
29) Secadora de roupas?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	aseca _
30) Tem fogão à lenha? (0) Não → 32 (1) Sim		(9) IGN	alenha _
31) Esse fogão à lenha, vocês:			
(0) Nunca usam	(1) Usam às vezes	(2) Usam sempre	(8) NSA (9) IGN
INSTRUÇÃO 03: Agora vou conversar com o(a) Sr(a) sobre trabalho			
32) O(A) Sr. (a) está trabalhando?	(0) Não	(1) Sim → 34	(9) IGN
33) SE NÃO: Por que não está trabalhando?			atrab _
(1) Desempregado	(2) Aposentado	(3) Encostado	antr _
(4) Pensionista	() Outro _____	(8) NSA	(9) IGN
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 33, PULE PARA A QUESTÃO 36			
34) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr.(a) faz? (Anotar onde e o que faz):			aocup _____
35) SE ESTÁ TRABALHANDO: O Sr(a). trabalha com carteira assinada?			avinc _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
36) A sua família planta ou cultiva algum alimento?			acult _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aaanima _
37) A família tem criação de animais na propriedade?			aaanima _
(0) Não	() Sim, qual (is)?		
	Gado/rês:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	agado _
	Porco:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	aporco _
	Peixe:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	apeixe _
	Galinha:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	agalinha _
	Ovelha:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	aovelha _
	Cavalo:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	acavalo _
	Abelha:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	aabelha _
	Cabra:	(0) Não (1) Sim (9) IGN	acabra _
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 36 E 37 PULE PARA A QUESTÃO 41.			
38) O que vocês produzem é suficiente para o sustento da família na maior parte do ano?			aconsu _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
39) Daquilo que vocês produzem, sobra para vender na maior parte do ano?			avenda _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
40) Em 2016, quanto vocês ganharam com a venda daquilo que produziram? R\$ _____			arep _____
41) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?			arf1: _____
Pessoa 1: R\$ _____ por mês			

Pessoa 2: R\$ _____ por mês	arf2: _____
Pessoa 3: R\$ _____ por mês	arf3: _____
Pessoa 4: R\$ _____ por mês	arf4: _____
Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não recebe renda (99999) IGN	arf5: _____
42) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, arrendamento de terra, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês (99999) IGN	arou _ aqrou _____
43) Algum morador é beneficiário do Programa Bolsa Família? (0) Não () Sim, quantos moradores? ____ (9) IGN	apbf _
INSTRUÇÃO 04: Agora vou ler para o(a) Sr(a) algumas perguntas sobre a sua alimentação em casa nos últimos três meses, ou seja, desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, para cá. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que o(a) Sr(a) responda cada uma delas.	
44) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, em algum momento você chegou a pensar que a comida na sua casa ia acabar antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ia01 _
45) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ia02 _
46) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para comprar a comida que sua família precisava? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ia03 _
47) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ia04 _
48) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, alguém da sua casa teve que comer menos do que o habitual porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ia05 _
INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre algumas doenças de família	
Algum familiar seu tem:	
49) Retardo mental? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askatraso _
50) Dificuldade para andar? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askandar _
51) Surdez? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askouvir _
52) Enxerga as coisas duplicadas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	askenxer _
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 49, 50, 51 E 52 PULE PARA A QUESTÃO 54.	
53) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 49 A 52: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?	
Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	apai _
Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	amae _
Avô/Avó (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	aavo _
Tio (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	atio _
Primo (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	aprimo _
Sobrinho (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	asobri _
Filho (a) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	afilho _
Outro (a): _____	aoufam _
Depois de adulto alguém da sua família que não era doente começou a:	

54) Ter problema para caminhar /desequilíbrios /tombos frequentes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askcaminha _	
55) Ter problema/dificuldade para falar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askfala _	
56) Parou de sentir frio ou calor nos pés?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askcalor _	
57) Ter formigamento nas pernas ou pés?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askformiga _	
58) Doença dos pezinhos?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askpezi _	
59) Doença de Machado-José?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askjose _	
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 54, 55, 56, 57, 58 E 59 PULE PARA A QUESTÃO 61.					
60) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 53 A 58: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aapai _
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aamae _
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaavo _
Tio(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aatio _
Primo(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaprimo _
Sobrinho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aasobri _
Filho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aafilho _
Outro(a): _____					aaoufam _
61) Seus pais são parentes ou primos?					
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askpais _	
INSTRUÇÃO 06: Agora vamos falar sobre plano de saúde					
62) Os moradores desta casa tem plano de saúde?					
(0) Não → 67	() Sim, qual plano ? _____	(9) IGN		aplano _	
O que este plano de saúde cobre...					
63) Consultas médicas?					
(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(8) NSA	(9) IGN	acomed _
64) Exames?					
(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(8) NSA	(9) IGN	aexame _
65) Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde? ___ pessoas (88) NSA (99) IGN					
66) Quanto custa este plano por mês? R\$ _____ (88888) NSA (99999) IGN					
67) Qual é a distância aqui da sua casa até o Posto de de Saúde mais perto? _____ metros ___ km					
68) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?					
(0) Não	(1) Sim → qual? _____	Nome? _____		fon _____	
69) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)?					
(0) Não	(1) Sim → qual? _____	Nome? _____		fo2 _____	
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS 48 A 58, O ORIENTE A LIGAR PARA DRA. SIMONE KARAM (53) 98116-8128 PARA INVESTIGAÇÃO E ACONSELHAMENTO GENÉTICO.					
AGRADEÇA E ENCERRE ESTE BLOCO					

