



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Renata Leite Alves de Oliveira

**RESULTADO DO CUIDADO PRÉ-NATAL CONSIDERANDO OS
DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Botucatu
2018**

Renata Leite Alves de Oliveira

**RESULTADO DO CUIDADO PRÉ-NATAL CONSIDERANDO OS
DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

**Botucatu
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LUCIANA PIZZANI-CRB 8/6772

Oliveira, Renata Leite Alves de.

Resultado do cuidado pré-natal considerando os diferentes modelos de
atenção primária / Renata Leite Alves de Oliveira. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita
Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40406008

1. Atenção primária à saúde. 2. Projetos - Avaliação. 3. Cuidado
pré-natal. 4. Programa Saúde da Família (Brasil). 5. Prematuros.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação de programas e projetos
de saúde; Cuidado pré-natal; Estratégia saúde da família; Recém-nascido
prematuro.

Renata Leite Alves de Oliveira

Resultado do cuidado pré-natal considerando os diferentes modelos de atenção primária

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadora: Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Comissão Examinadora

Profª Dra. Marli Terezinha Cassamassimo Duarte
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Profª Dra. Ivana Regina Gonçalves
Faculdades Integradas de Jaú

Profª Dra. Juliane Andrade
Universidade de Brasília

Profª Dra. Fernanda Cristina Manzini Sleutjes
Uni Faculdade Sudoeste Paulista de Avaré

Botucatu, 30 de agosto de 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Dodi e Hélio, por terem me ensinado tudo o que puderam e como puderam. Tenho certeza que se orgulhariam desta conquista se ainda estivessem aqui...Amo vocês!

Aos meus irmãos, Janaína, Flavinha (*in memorian*) e André, nossos laços vão muito além de sangue, são de alma! Amo vocês!

Ao meu esposo, José Roberto. Você é muito especial, sempre me apoia, ajuda e encoraja! Realmente é bem melhor serem dois do que um... Te amo!!!!

Aos meus filhos Pedro Lucas e Ana Flávia.

Pê, com você, meu primogênito, aprendi o que é o amor incondicional.

Apesar de ainda pequeno, tem palavras tão incentivadoras e encorajadoras para a mamãe, você é meu príncipe, tudo o que eu sempre sonhei...

Aninha, de repente você apareceu, no meio deste projeto e mudou completamente minha vida e para muito melhor. Senti novamente meu coração bater fora do peito, minha joia preciosa!

Vocês dois são a melhor parte mim... Amo mais que minha própria vida!!!

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A Deus, por ser o ar que eu respiro, meu sustento e proteção. Por me erguer toda vez que desanimei e pelo privilégio de poder chamá-lo de Pai.

“Não tenho palavras para agradecer Tua bondade,
Dia após dia me cercas com fidelidade,
Nunca me deixes esquecer, que tudo o que tenho,
Tudo o que sou e o que vier a ser vem de Ti Senhor...”

(Vem de ti Senhor/Ana Paula Valadão)

A minha orientadora, Professora Cristina Parada. Agradeço por estar sempre disponível, por compartilhar seu conhecimento e por toda ajuda para eu chegar até aqui.

Sem você nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A minha tia Nilze, que enquanto viveu esteve sempre disponível em ajudar toda vez que precisei.

A amiga Silvana, por todo cuidado com minha filha durante todo esse processo.

A diretoria da Fundação UNI por me dispensar para a realização das disciplinas do doutorado.

Ao secretário Municipal de Saúde e diretoria do Centro de Saúde Escola por autorizarem a coleta de dados dos prontuários nas Unidades Básicas de Saúde do município.

A equipe de coleta de dados, em especial a Anna Paula, Sônia, Rafaela e Gabriela.

Aos professores Hélio Rubens de Carvalho Nunes e Lídia Raquel de Carvalho, pelo auxílio nas análises estatísticas.

A professora Cátia Regina Branco da Fonseca e Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes pelas valiosas contribuições no Exame Geral de Qualificação.

As bibliotecárias Rosemary Cristina da Silva e Luciana Pizzani pela revisão das referências bibliográficas e pela elaboração da ficha catalográfica.

Ao amigo Fernando Alcarde pelo importante auxílio na reta final deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos colegas de turma pela troca de experiências e crescimento profissional.

Aos meus parceiros de trabalho que de alguma forma me ajudaram, cobriram minha ausência, tiveram paciência e me incentivaram, em

especial ao Lucas, Márcia Almeida, Theresse, Rodrigo, Márcia Bertotti e Diana.

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui:

“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós

É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito, é saber sonhar
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar

Não é sobre chegar
No topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações

E assim ter amigos contigo em todas as situações
A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre
Correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir”

(Trem bala – Ana Vilela)

ΕΠΪΓΡΑΦΕ

Para ser grande sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive
(Odes de Ricardo Reis – heterônimo Fernando Pessoa)

LISTA DE TABELAS

Artigo 1- Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte.....	49
Tabela 1- Características sociodemográficas maternas, do pré-natal e parto, segundo modelo de atenção à saúde. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2016.....	58
Tabela 2- Processo de atenção pré-natal, a partir do escore de qualidade e variáveis que o compõe, segundo modelo de atenção à saúde. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017.....	59
Tabela 3- Regressão múltipla de Cox referente aos indicadores de resultados precoces, segundo modelo de atenção (UBS-T/USF-SF). Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017.....	60
Tabela 4- Regressão múltipla de Cox referente aos indicadores de resultados tardios, segundo modelo de atenção (UBS-T/USF-SF). Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017.....	60
Artigo 2- Risco de prematuridade relacionado à qualidade da assistência pré-natal: estudo de coorte.....	67
Tabela 1- Características sociodemográficas, relacionadas à gravidez e ao parto das participantes do estudo em relação à prematuridade. Botucatu, 2015-2017.....	74
Tabela 2- Resultado da regressão logística que avaliou a relação entre o escore de qualidade do pré-natal e prematuridade. Botucatu, 2015-2017.....	75
Tabela 3- Condição da criança aos dois, quatro e 12 meses de vida, considerando-se os desfechos aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno. Botucatu, 2015-2017.....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da formação da amostra do estudo. Botucatu, 2015- 43
2017.

Figura 1 (Artigo 1) - Fluxograma da formação da coorte e da composição da 54
amostra intencional deste estudo. Botucatu, SP, Brasil,
2015-2017

LISTA DE ABREVIATURAS

- AM – Aleitamento Materno
- AME – Aleitamento Materno Exclusivo
- CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde
- CLaB – Coorte de Lactentes de Botucatu
- DRS VI – Departamento Regional de Saúde VI
- HC – Hospital das Clínicas
- IUSC – Interação Universidade Saúde e Comunidade
- M1 – Momento 1
- M2 – Momento 2
- M3 – Momento 3
- M4 – Momento 4
- M5 – Momento 5
- M6 – Momento 6
- M7 – Momento 7
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
- ODM –Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PET – Programa de Educação para o Trabalho
- PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
- SAMUCA – Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
- USF – Unidade de Saúde da Família
- UBS-SF – Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família
- UBS-T – Unidade Básica de Saúde Modelo Tradicional
- UNESP – Universidade Estadual Paulista
- UPESC – Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	25
1.1 Atenção pré-natal: evidências históricas de sua importância.....	25
1.2.Cuidado pré-natal e os modelos de atenção primária à saúde.....	30
1.3. Atenção pré-natal e redução de desfechos desfavoráveis.....	31
1.4 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde em Botucatu.....	34
2. OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivo Geral.....	38
2.2 Objetivos Específicos.....	38
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	40
3.1 Delineamento.....	40
3.2 Local de Realização do Estudo.....	40
3.3 População e Amostra.....	41
3.4 Coleta de Dados e Variáveis Estudadas.....	43
3.5 Análise de Dados.....	46
3.6 Procedimentos Éticos.....	47
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 Artigo 1 - Processo e resultado do cuidado pré-natal considerando os modelos de atenção primária: estudo de coorte.....	49
4.2 Artigo 2 - Risco de prematuridade relacionado à qualidade da assistência pré-natal: estudo de coorte.....	67
5.CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXO I– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	94
APÊNDICE 1 - Instrumento para coleta de dados “Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida: Estudo de Coorte Prospectiva no Interior Paulista”.....	96
APÊNDICE 2 - “Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida: Estudo de Coorte Prospectiva no Interior Paulista” Formulário III - Coleta em Visita Domiciliária (3ºmês).....	112
APÊNDICE 3- “Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida: Estudo de Coorte Prospectiva no Interior Paulista” Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (6º mês).....	117
APÊNDICE 4-“Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida: Estudo de Coorte Prospectiva no Interior Paulista” Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (9º mês).....	123
APÊNDICE 5- “Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida: Estudo de Coorte Prospectiva no Interior Paulista”- Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (12º mês).....	126

RESUMO

Oliveira RLA. Resultado do cuidado pré-natal considerando os diferentes modelos de atenção primária. Botucatu.123pTese [Doutorado em Enfermagem] – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista; 2018.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo comparar o processo e resultado do cuidado pré-natal considerando-se as Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família, identificar a influência da qualidade da assistência pré-natal desenvolvida sobre a prematuridade e a situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida do lactente prematuro. A tese a ser defendida é que há diferenças no resultado pré-natal quando se consideram os diferentes modelos de atenção, com melhor situação na Estratégia Saúde da Família e que a baixa qualidade pré-natal é fator de risco para prematuridade. Estudo de coorte prospectiva tomou por base a Coorte de Lactentes de Botucatu – CLaB. Utilizou-se amostra intencional de 273 duplas mães/bebês. Os dados foram colhidos em setemomentos. Durante o recrutamento foi realizada entrevista para caracterização das duplas e sobre o processo de atenção pré-natal e nascimento. Nos outros momentos investigou-se a situação do aleitamento materno. A inclusão na coorte ocorreu entre junho de 2015 e janeiro de 2016 e o seguimento foi concluído em janeiro de 2017. Para avaliação da qualidade do pré-natal criou-se escore que variou de zero (pior situação) a sete pontos (melhor situação), a partir de indicadores de processo (início precoce, número de consultas, exames de primeiro e terceiro trimestres, ultrassom precoce, educação em saúde e revisão de parto) propostos pelo Ministério da Saúde. Considerou-se escore baixo quando igual ou inferior à mediana (três pontos). Os indicadores de resultado foram baseados nas condições de nascimento (nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, intercorrências com o recém-nascido no parto, amamentação na primeira hora de vida, internação em Unidade de Terapia Intensiva/Cuidados Intermediários) e do primeiro ano de vida (aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno). A avaliação de processo do pré-natal foi realizada por estimativa do risco relativo e a de resultado, por Modelo de Regressão Múltipla de Cox ajustado pelos potenciais confundidores ($p < 0,20$). Para identificar a influência da qualidade da assistência pré-natal desenvolvida sobre a prematuridade, realizaram-se associações bivariadas entre a prematuridade e potenciais confundidores e realizou-se ajuste por regressão logística múltipla. A situação do aleitamento materno foi avaliada pelos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Em todas as análises, adotou-se $p < 0,05$. As gestantes acompanhadas em Unidade de Saúde da Família tinham pior condição socioeconômica e melhor situação de processo, mas não se encontrou diferença nos indicadores de resultado quando comparada às Unidades de modelo tradicional. O risco de prematuridade reduziu em 37% a cada ponto a mais no escore. A situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida não diferiu entre prematuros e não prematuros. Conclusão: apesar do processo de atenção pré-natal nas Unidades de Saúde da Família ser mais qualificado, não houve melhor resultado, possivelmente porque nestas as mulheres apresentavam piores condições socioeconômicas. Ficou evidenciada a importância da qualidade da assistência pré-natal na redução da prematuridade. A situação do aleitamento materno está distante das recomendações, assim, ações de promoção a essa prática devem ser realizadas indistintamente para todas as mães e bebês.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde; Recém-nascido prematuro.

Oliveira RLA. Result of the prenatal care considering the different types of primary health care models. Botucatu. 123p. Tesis (Doctorate in Nursing) – Botucatu Faculty of Medicine of São Paulo State University (UNESP); 2018

ABSTRACT

This study aimed to compare the process and the result of the prenatal care considering the traditional Basic Health Units model and Family Health Strategy, identify the influence of the quality of the prenatal assistance carried on the prematurity and the situation of the breastfeeding during the premature first year of life. The hypothesis to be defended is that there are differences in the prenatal results when we take into account the different models of prenatal health care, with a better situation in the Family Health Care and that in a low quality prenatal is a risk factor for prematurity. A prospective cohort study was based on the Infant Cohort of Botucatu – ICB. An intentional sample of 273 mother/baby pairs was used. The data were collected in five moments. An interview for the characterization of the pairs and the prenatal and birth process was carried out during the recruitment. On the other moments the situation of the breastfeeding was investigated. The inclusion of the cohort occurred between June, 2015 and January, 2016 and the follow-up period was concluded in January 2017. For the prenatal quality evaluation a score which varied from zero (worst situation) to seven points (best situation) was created, taking into account some indicators of process (early start, number of visits, first and third quarters exams, early ultrasound exam, health education and review of labour) proposed by the Ministry of Health. It was considered low score when it was equal or below the median (three points). The indicators of the results were based on the birth conditions (premature birth, low birth weight, intercurrents with the newborn at birth, breastfeeding during the first hour of life, hospitalization at the Intensive Care Unit/Intermediary Care) and on the first year of life (exclusive breastfeeding and breastfeeding). The prenatal process evaluation was performed by estimating relative risk and that as the outcome, by Cox Multiple Regression Model adjusted by the potential confounders ($p < 0,20$). To identify the influence of prenatal care quality on prematurity, bivariate associations between prematurity and potential confounders were performed and a multiple logistic regression adjustment was performed. The status of breastfeeding was assessed by Chi-square and Fisher's Exact tests. In all analysis it was adopted $p \text{ value} < 0,05$. The expectant mothers assisted by the Family Health Unit had worse socioeconomical condition and better situation in the process, but there weren't find differences in the indicators of results when compared to the traditional model units. The risk of prematurity was reduced in 37% at each point added to the score. The situation of breastfeeding during the first year of life wasn't different between premature and non-premature infants. Conclusion: although the prenatal assistance process at the Family Health Unit is better qualified there weren't better results, probably because the women assisted in these units had worse socioeconomical conditions. The importance of the quality during the prenatal assistance process was emphasized for the reduction of prematurity. The situation of breastfeeding doesn't fully meet the recommendations therefore actions of promotion to this practice must be developed indistinctly for all mothers and babies.

Key-words: Prenatal Care; Health Services Research; Primary Health Care; Family Health Strategy; Quality of Health Care; Infant, Premature.

Oliveira RLA. Resultado del cuidado prenatal considerando los diferentes modelos de atención primaria. Botucatu. 123p. Tesis [Doctorado em Enfermería] – Facultad de Medicina de Botucatu de Universidad Estadual Paulista; 2018.

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo comparar el proceso y el resultado del cuidado prenatal considerando las Unidades de Salud de modelo tradicional y Estrategia Salud de la Familia, identificar la influencia de la calidad de la asistencia prenatal desarrollada sobre la prematuridad y la situación de la lactancia materna en el primer año de vida del lactante prematuro. La tesis a ser defendida es que hay diferencias en el resultado prenatal cuando se consideran los diferentes modelos de atención, con mejor situación en la Estrategia Salud de la Familia y que la baja calidad prenatal es factor de riesgo para prematuridad. El estudio de cohorte prospectiva se basó en la Cohorte de Lactantes de Botucatu – CLaB. Se utilizó una muestra intencional de 273 dobles madres/bebés. Los datos fueron recogidos en cinco momentos. Durante el reclutamiento se realizó una entrevista para caracterizar las dobles y sobre el proceso de atención prenatal e nacimiento. En los otros momentos se investigó la situación de la lactancia materna. La inclusión en la cohorte ocurrió entre junio de 2015 y enero de 2016 y el seguimiento se concluyó en enero de 2017. Para la evaluación de la calidad del prenatal se creó una puntuación que varía de cero (peor situación) a siete puntos (mejor situación), a partir de indicadores de proceso (inicio precoz, número de consultas, exámenes de primer y tercer trimestres, ultrasonido precoz, educación en salud y revisión de parto) propuestos por el Ministerio de Salud. Se consideró score bajo cuando igual o inferior a la mediana (tres puntos). Los indicadores de resultado se basaron en las condiciones de nacimiento (nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, interurrencias con el recién nacido en el parto, amamantamiento en la primera hora de vida, internación en Unidad de Terapia Intensiva/Cuidados intermedios) y del primer año (lactancia exclusiva y lactancia materna). La evaluación del proceso del prenatal fue realizada por estimación del riesgo relativo y la de resultado, por Modelo de Regresión Múltiple de Cox ajustado por los potenciales confundidores ($p < 0,20$). Para identificar la influencia de la calidad de la asistencia prenatal desarrollada sobre la prematuridad, se realizaron asociaciones bivariadas entre la prematuridad y potenciales confundidores y se realizó ajuste por regresión logística múltiple. La situación de la lactancia materna fue evaluada por las pruebas Qui-cuadrado y Exacto de Fisher. En todos los análisis se adoptó p valor $< 0,05$. Las gestantes acompañadas en Unidad de Salud de la Familia tenían peor condición socioeconómica y mejor situación de proceso, pero no se encontró diferencia en los indicadores de resultado en comparación con las Unidades de modelo tradicional. El riesgo de prematuridad disminuyó en un 37% a cada punto más en la puntuación. La situación de la lactancia materna en el primer año de vida no difirió entre prematuros y no prematuros. Conclusión: a pesar del proceso de atención prenatal en las Unidades de Salud de la Familia ser más calificado, no hubo mejor resultado, posiblemente porque en estas mujeres presentaban peores condiciones socioeconómicas. Se evidenció la importancia de la calidad de la asistencia prenatal en la reducción de la prematuridad. La situación de la lactancia materna está lejos de las recomendaciones, por lo que las acciones de promoción, protección e apoyo a esta práctica deben realizarse para todos los bebés.

Palabras clave: Atención Prenatal; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Calidad de la atención de salud; Recién nacido prematuro.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desde que concluí o Curso de Graduação em Enfermagem trabalho nos serviços de atenção primária à saúde, na supervisão da equipe de enfermagem, gerenciamento de Unidade de Saúde da Família e execução das atividades preconizadas ao enfermeiro. Atuo, também, desde 2009, em projetos de pesquisa ligados ao programa PET Saúde com alunos de Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem e desde 2015 como tutora da disciplina Interação Universidade, Saúde e Comunidade (IUSC) com graduandos das áreas de medicina, enfermagem e nutrição. Essa relação com a academia acabou por me aproximar da pós-graduação despertando meu interesse por esse setor.

Durante o Curso de Mestrado Profissional, concluído em 2012, foi possível avaliar a qualidade da estrutura e do processo do cuidado pré-natal de baixo risco desenvolvido pelos serviços de atenção básica do município de Botucatu/SP, nos anos de 2009/2010, segundo o modelo de atenção Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (USF). Assim, foi realizada a descrição e a comparação da estrutura disponível para a atenção pré-natal e analisado o processo de assistência desenvolvido nestas Unidades de Saúde, comparando UBS e USF. O objetivo não era avaliar o resultado da assistência pré-natal. Propõe-se, então, tal objetivo no presente projeto de doutorado, considerando gestantes que realizaram o seguimento pré-natal no serviço público de saúde de Botucatu/SP, nos anos de 2015 e 2016 e tiveram seus bebês acompanhados durante o primeiro ano de vida. Compõe estudo mais amplo, denominado “Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva em município paulista” e, assim, a Coorte de Lactentes de Botucatu - CLaB.

Espera-se, com a avaliação de resultados proposta, obter uma ampla visão do cuidado pré-natal desenvolvido, de forma a subsidiar políticas públicas voltadas ao grupo materno-infantil.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo volta-se à avaliação do resultado da atenção pré-natal. Para tanto, investiga o cuidado pré-natal prestado a uma coorte de mães e recém-nascidos e os mantém sob foco, acompanhando-os até o término do primeiro ano de vida. O objetivo principal é comparar os diferentes modelos de atenção primária, tradicional e Estratégia Saúde da Família e a influência da qualidade da assistência pré-natal em função da prematuridade. A tese a ser defendida é que há diferenças no resultado pré-natal quando se consideram os diferentes modelos de atenção, com melhor situação na Estratégia Saúde da Família e que a baixa qualidade pré-natal é fator de risco para prematuridade. Assim, para seu desenvolvimento, é importante compreender o que se propõe para o cuidado pré-natal na atualidade, nos contextos global e nacional.

1.1 Atenção pré-natal: evidências históricas de sua importância

A saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério têm sido alvo de preocupação de organizações nacionais e internacionais nas últimas décadas e, neste contexto, a atenção pré-natal tem recebido destaque.

Promovida pelas Nações Unidas, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada entre 5 e 13 de setembro de 1994 no Cairo, Egito, incluiu em seu temário a Saúde da Mulher e a Maternidade Segura, justificando a inclusão pelo fato de as complicações relacionadas à gravidez e ao parto estarem entre as principais causas de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em muitas partes do mundo e pela grande distância entre países desenvolvidos e em desenvolvimento quando se discutem aspectos relacionados a morbimortalidade materna⁽¹⁾.

Esta conferência apontou que as condições socioculturais e econômicas em que as mulheres vivem influenciam, entre outras questões, a idade em que começam ou param de engravidar, o intervalo interpartal, o número de gestações ao longo da vida, o acesso aos serviços de saúde e, como consequência, a morbimortalidade materna. Destacou a importância do aborto inseguro como causa de danos permanentes ou morte e o resultado deste evento adverso para as famílias, dado o papel crucial da mulher para a saúde e bem-estar de seus filhos. Também destacou a necessidade de intervenções para viabilizar a maternidade segura, a oferta de planejamento familiar e educação em saúde; a prevenção da

gravidez indesejada e da gravidez na adolescência; a redução das diferenças entre regiões geográficas, grupos étnicos e socioeconômicos; a adoção de estratégias voltadas ao compartilhamento da responsabilidade por questões sexuais e reprodutivas entre mulheres e homens e a expansão da provisão de cuidados maternos na atenção primária à saúde⁽¹⁾.

Especificamente com relação ao período pré-natal, foi destacada a relevância da oferta de cuidados de qualidade, inclusive com o desenvolvimento de programas de nutrição materna; a necessidade da adoção de medidas voltadas à identificação de risco e prevenção de emergências obstétricas e a pertinência de serviços de referência para casos complicados.⁽¹⁾

Em 1996, dois anos após a Conferência do Cairo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o manual “Maternidade Segura e Assistência ao parto normal: um guia prático” que apresenta a Classificação de Práticas no Parto Normal. Tomando por base as melhores evidências científicas então disponíveis, classifica as práticas em quatro categorias, a depender de sua utilidade, efetividade e ausência de periculosidade: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e por isso devem ser usadas com cautela e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Esse documento constitui o marco para promoção do parto normal baseado em evidências científicas e inclui um item relacionado ao pré-natal, classificado como demonstradamente útil, cuja prática deve ser estimulada a avaliação do risco gestacional durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto⁽²⁾.

O acompanhamento pré-natal é, portanto, importante por permitir que a mulher tenha maior contato com seu próprio corpo e com os serviços de saúde, situação que possibilita detectar problemas, se existentes, e aprender mais sobre si mesma e sobre sua criança⁽³⁾.

Desta forma, seguimento pré-natal pode ser definido como cuidado especializado prestado por profissionais de saúde à mulheres grávidas, a fim de garantir as melhores condições de saúde possíveis tanto para a mulher quanto para o bebê durante a gravidez. Deve incluir a identificação de risco, prevenção e manejo de doenças relacionadas ou não à gravidez e a promoção e educação em saúde.

Assim, tem potencial para reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal, diretamente, a partir da detecção e tratamento de complicações relacionadas à gravidez e, indiretamente, pela identificação de gestantes com maior risco de desenvolver complicações durante o trabalho de parto e parto, de forma que possam ser encaminhadas para um serviço de maior complexidade⁽⁴⁾.

Em 2016 a OMS, reconhecendo que suas orientações sobre cuidado pré-natal eram fragmentadas e publicadas em vários manuais práticos, divulgou diretriz consolidada e atualizada para os cuidados pré-natais, como parte de seu trabalho normativo apoiando políticas e práticas com base em evidências. Ressalta-se, porém, que apesar dos trabalhos de revisão, atualização e reunião das recomendações, com abordagem de “como” e “o que” deve ser oferecido, realizados pela OMS, ainda é necessário que os formuladores de políticas sejam capazes de adaptar as recomendações, de forma que possam ser implementadas localmente⁽⁴⁾.

Nas atuais recomendações sobre os cuidados pré-natais a OMS aponta que estes constituem oportunidade para estabelecer comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais e de estabelecer apoio respeitoso e efetivo, contemplando aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos, aspectos essenciais, não só para salvar vidas, mas também para melhorar a vida, a utilização dos cuidados de saúde e a sua qualidade. Aponta, ainda, que as experiências positivas das mulheres durante o pré-natal e o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável⁽⁴⁾.

A possibilidade de manter a integridade física e sociocultural, o desenvolvimento de uma gravidez saudável para a mulher e o conceito (incluindo a prevenção e tratamento de doenças e, conseqüentemente, reduzindo a ocorrência de óbito) e a transição eficaz para o processo de trabalho de parto e parto trazem como resultado o alcance da maternidade positiva, a qual contempla elevada autoestima, competência e autonomia materna. Considerando que as necessidades emocionais, psicológicas e sociais das adolescentes e de grupos vulneráveis, como o das mulheres com deficiência, com problemas de saúde mental, mulheres vivendo com HIV, profissionais do sexo, mulheres deslocadas e afetadas pela guerra, minorias étnicas e raciais, entre outras, podem ser maiores que em outros grupos. As atuais recomendações sobre os cuidados pré-natais da OMS buscam fornecer estrutura clara e baseada em evidências para práticas que habilitem todas as

mulheres grávidas e adolescentes a acessar cuidados centrados na pessoa, na perspectiva dos direitos humanos. Assim, em síntese, no contexto global, a OMS propõe a adoção de estratégias voltadas para a oferta de cuidados pré-natais de qualidade, centrados nas mulheres e suas famílias, a partir da implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências⁽⁴⁾.

No Brasil, o cuidado pré-natal também tem sido prioritário nas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX⁽⁵⁾, mas, em princípio, tinha por objetivo apenas a proteção à maternidade, sendo as medidas orientadas para preservar o conceito. Com esse propósito, em 1920 é constituída a Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância, no então Departamento Nacional de Saúde Pública que, nos anos subseqüentes, passou por várias modificações, culminando com a criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, em 1937, cujos objetivos eram atenção pré-natal e ao parto e assistência à criança⁽⁶⁾.

Outros marcos nacionais relevantes relacionados ao cuidado pré-natal foram a criação do Departamento Nacional da Criança (em 1940), que fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência no país; a criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil, em 1970, que tinha, entre outros objetivos, assistir à gestante, nutriz e lactentes e a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil em 1974⁽⁶⁾ que apresenta visão reducionista da mulher, baseada apenas em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica e preconiza a proteção aos grupos de risco, no caso, gestantes e crianças⁽⁵⁾.

Considerado também um marco importante, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criado em 1984⁽⁷⁾ e promovido a Política em 2004, embora tenha avançado, indicando a implementação de ações que proporcionassem melhores condições gerais de saúde às mulheres e que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, assim como suas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, mantém a área do pré-natal como relevante⁽⁵⁾. Da mesma forma, a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, ao ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, deixa em destaque a necessidade de garantir o cuidado pré-natal, a prevenção de câncer de colo uterino e o planejamento familiar⁽⁵⁾.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, proposto no início

dos anos 2000, teve o intuito de melhorar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento e passou a considerar a humanização como indicador de qualidade da atenção. Apresenta os princípios gerais para o adequado acompanhamento pré-natal e os indicadores de processo para avaliação do cuidado prestado: o início precoce do pré-natal, a realização de pelo menos seis consultas, a realização de um conjunto de exames básicos no primeiro e terceiro trimestres e a realização da consulta de revisão de parto⁽⁸⁾.

Em contrapartida a uma assistência focada no modelo biomédico, que por muito tempo permaneceu no Brasil, durante o período gravídico e puerperal, vários movimentos governamentais e não governamentais em favor de uma assistência humanizada tem emergido, onde a mulher se torna o principal sujeito de seu corpo e tem condições de reivindicar um melhor cuidado para si. Dessa forma, cabe aos gestores e profissionais de saúde pleitear a implantação de políticas públicas em prol das mulheres no ciclo gravídico puerperal, para que este período siga de forma mais segura e tenha resultados mais favoráveis, como a diminuição da mortalidade materna e perinatal⁽⁹⁾.

Devido à necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança se estabeleceu uma das principais políticas públicas vigentes no país, a Rede Cegonha, proposta em 2011. Esta iniciativa propõe a organização e qualificação da atenção e do processo de gestão dos serviços materno-infantis em âmbito nacional, com incentivos técnicos e financeira mudanças relativas ao modelo de atenção obstétrica e neonatal, agregando diretrizes de humanização, promovendo a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e procurando assegurar o aumento da abrangência do cuidado a crianças até dois anos de idade. De sua primeira diretriz, consta a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e de vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal⁽¹⁰⁾.

Apesar dos esforços brasileiros, persistem no país índices preocupantes de tradicionais indicadores de saúde, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, condição que tem levado ao fortalecimento de políticas que enfoquem o ciclo gravídico-puerperal. Contudo, essas políticas têm se fundamentado principalmente na disponibilidade e no acesso ao atendimento, que pode ser melhorado com a reorganização de ações que priorizem mulheres com

características de risco identificadas, integrando atividades de programas ligados à saúde materno-infantil que tenham como estratégias a busca constante de gestantes sem atendimento, de educação em saúde sobre planejamento familiar, inserção precoce no pré-natal e das crianças no acompanhamento de puericultura⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, a assistência pré-natal no Brasil tem alcançado cobertura praticamente universal, porém, ainda é preciso adotar estratégias voltadas às populações menos favorecidas socialmente, buscando aproximá-las dos serviços de saúde e procurando garantir a realização de cuidados mais efetivos em relação à saúde, inclusive facilitando o início do atendimento pré-natal precocemente⁽¹²⁾. Nesse sentido, o modelo de atenção primária adotado pode ter papel fundamental.

1.2. Cuidado pré-natal e os modelos de atenção primária à saúde

Em 2006 o Programa Saúde da Família, proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde, tornou-se estratégia prioritária e de abrangência nacional para reorganização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes para organização da Atenção Básica. Definida como principal porta de entrada no SUS, visa possibilitar o acesso universal e contínuo, garantir serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com adscrição de clientela e de acordo com o princípio da equidade. Desta forma, a Estratégia Saúde da Família busca atender o usuário efetivando a integralidade, articulando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, vigilância à saúde, trabalhando de forma interdisciplinar e em equipe, com ações de vínculo e responsabilização da equipe com esta população. Deve, também, estimular a valorização do profissional de saúde a partir de sua capacitação e formação e, por fim, a participação popular e o controle social. Propõe que as equipes multiprofissionais que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que foi criado a fim de ampliar as ações e resolutividade da Atenção Básica, passem a complementar também as equipes de Atenção Básica tradicionais, tendo seu nome mudado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)⁽¹³⁾.

A Estratégia Saúde da Família é considerada inovação tecnológica em saúde, pois a partir da introdução deste modelo de atenção, novo e aprimorado serviço e método de produzir saúde foi criado, inovando na forma de organização em saúde,

tanto em relação à forma de prestar assistência, com ampliação da atuação da equipe multiprofissional e oferta de ações interdisciplinares, quanto à produção do cuidado, voltado ao atendimento do ser humano em sua integralidade, em seu contexto familiar, cultural e social. Inovou sem romper totalmente com os modos de produzir saúde do modelo tradicional, visto que propôs o aperfeiçoamento de muitas ações, trazendo melhorias nos resultados do trabalho em saúde, evidenciado por melhor situação de morbimortalidade da população⁽¹⁴⁾.

Em relação à assistência de pré-natal prestada em unidades básicas de saúde dos dois modelos de atenção tradicional (UBS-T) e saúde da família (UBS-SF), maior qualidade tem sido atribuída às UBS-SF, especialmente no que se refere às orientações fornecidas às gestantes durante este período e pelo fato de serem mais examinadas fisicamente do que aquelas acompanhadas nas UBS-T, o que reforça a importância desta estratégia de saúde como modelo de organização da atenção à saúde da mulher e da criança⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado para avaliar a assistência pré-natal prestada por UBS-SF incluiu nove equipes e comparou o que era realizado com o recomendado pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Relacionou desfechos favoráveis, como idade gestacional ao nascer igual ou superior a 37 semanas e peso ao nascer entre 2500 e 4000 gramas, nas situações de assistência pré-natal adequada. Ressalta-se que os desfechos perinatais melhores no grupo de mulheres com pré-natal adequado foi observado mesmo com mulheres não diferindo em relação às características sociodemográficas, apontando, os autores, a influência da adequação da assistência pré-natal prestada⁽¹⁶⁾.

A escassez de pesquisas que avaliame comparam a assistência pré-natal prestada pelos diferentes modelos de atenção, Tradicional e Estratégia Saúde da Família, reforça a originalidade do presente estudo, que teve por objetivo realizar este tipo de avaliação.

1.3. Atenção pré-natal e redução de desfechos desfavoráveis

Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, a redução da mortalidade infantil ainda constitui desafio no Brasil⁽¹⁷⁾. Quando se consideram as principais causas para sua ocorrência, destacam-se as causas perinatais, relacionadas a problemas na gravidez, no parto e no nascimento, por representarem 57,9% das mortes infantis em 2012, apesar da redução de mais de 30% observada (de 9,7 para

6,6 óbitos por mil nascidos vivos) no período entre 2000 e 2012. Assim, a diminuição da taxa de mortalidade perinatal contribuiu com o declínio da mortalidade infantil no Brasil nos últimos anos⁽¹⁸⁾.

A taxa de mortalidade infantil encontrada no Brasil no ano de 2015 foi de 17 por mil nascidos vivos, que representou uma queda de 67,6% em relação ao ano de 1990, onde a taxa era de 52,5% por mil nascidos vivos. A mortalidade infantil é considerada um indicador primordial na avaliação da situação de saúde de uma população, sendo sua importância atestada a partir da inclusão deste indicador entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o período de 1990 e 2015 e entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para até o ano de 2030. A redução expressiva da mortalidade infantil no Brasil ocorrida no período de 1990 a 2015 resultou no cumprimento da meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁽¹⁹⁾.

No Estado de São Paulo, no ano de 2014, 70% dos óbitos infantis estavam concentrados no período neonatal, sendo a taxa estadual de mortalidade neonatal de 7,8 óbitos por mil nascidos vivos. Os resultados mostram que, apesar da redução considerável ocorrida nos últimos anos, as taxas de mortalidade infantil podem diminuir ainda mais e, considerando a alta concentração de óbitos existente nos primeiros dias de vida, deve-se aprimorar o atendimento voltado ao pré-natal e às condições do parto⁽²⁰⁾.

Os óbitos perinatais e neonatais são, em sua maioria, evitáveis, o que suscita a necessidade de melhorar a qualidade da atenção pré-natal, o manejo obstétrico e o atendimento ao recém-nascido⁽¹⁷⁾.

No Brasil, entre as principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce, estão as relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, ao diagnóstico de alterações na gravidez, ao manejo obstétrico e ao atendimento do recém-nascido na sala de parto. Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados à falhas na capacidade de prevenção e intercorrências durante a gestação, parto e puerpério⁽²¹⁾.

Ampla revisão de literatura realizada por pesquisadores brasileiros a partir de dados de base populacional de pesquisas das décadas de 1980, 1990 e 2000 apresenta os determinantes da redução dos óbitos infantis no país. Os autores citam

a melhoria na cobertura da maioria dos indicadores sociais e de saúde; a redução nas desigualdades socioeconômicas devido, em boa parte, aos programas de transferência condicional de renda e ao aumento dos salários da parcela da população com nível socioeconômico mais baixo; o investimento na educação básica; a inclusão da saúde infantil na agenda pública de saúde; a redução na fecundidade e o aumento na urbanização; a expansão da atenção primária por meio do SUS, a criação do Programa de Agentes Comunitários e de Saúde da Família, e a alocação de recursos públicos aos municípios atrelada à redução da mortalidade infantil. É importante destacar que entre os fatores mais proximais, estão, entre outros, a atenção pré-natal e os cuidados durante o parto⁽²²⁾.

Outro estudo de revisão que teve por objetivo verificar como pesquisas realizadas no Brasil relacionam a mortalidade infantil e o pré-natal discutiu questões como o número insuficiente de consultas e a qualidade do atendimento prestado, apontando que mesmo quando o número e a rotina de consultas no pré-natal foram adequados, os óbitos evitáveis estiveram presentes. Concluiu que para a qualificação da assistência oferecida deve-se aliar conhecimento clínico aos demais componentes do processo de viver humano, no intuito de que o olhar clínico seja ampliado e articulado com as tecnologias disponíveis no sistema de saúde e, em conjunto, consigam contribuir para a redução da mortalidade infantil no Brasil⁽²³⁾.

Podemos considerar como causas principais de mortalidade infantil as causas perinatais, entre elas, a prematuridade. Em todo o mundo o parto prematuro é considerado importante problema de saúde, e sua incidência precisa ser melhor compreendida no contexto de cada país, para que se promova a melhoria do acesso a cuidados obstétricos e neonatais que se fizerem necessários⁽²⁴⁾.

Dados da pesquisa Nascido no Brasil (2016) revelam que a taxa de prematuridade brasileira é de 11,5%, quase duas vezes maior que em países europeus, sendo que do total de prematuros, 74% são prematuros tardios⁽²⁵⁾.

A prematuridade é um fator importante que predispõe a criança à morbidades, especialmente à problemas respiratórios, que figuram entre os principais motivos de internação infantil. Estudo realizado no sul do Brasil encontrou associação inversa entre o tempo de permanência do recém-nascido em unidade de terapia intensiva e a realização de pré-natal⁽²⁶⁾, também demonstrando a importância dessa prática.

Entre as ações preconizadas na assistência pré-natal, aquelas que se destacam na prevenção da prematuridade são: início precoce, pela oportunidade

dos profissionais desenvolverem ações de educação em saúde, indicarem exames e promoverem a realização destes, orientar quanto ao seguimento clínico apropriado e buscar fortalecer a gestante para superar os conflitos emocionais e sociais que possam ser vivenciados nesse período⁽²⁷⁾ e número de consultas suficientes⁽²⁸⁾, ou seja, atendimento completo e regular, a fim de garantir as avaliações necessárias, e, durante as consultas de terceiro trimestre, priorizar avaliação minuciosa de risco perinatal e intercorrências obstétricas, como trabalho de parto prematuro e síndromes hipertensivas^(27,29) pré-eclampsia e eclampsia⁽³⁰⁾, situações que merecem atenção e indicam necessidade de referenciar a serviço de maior complexidade⁽³¹⁾.

Estudos recentes⁽³²⁻³⁵⁾ apontam que os principais fatores associados ao desmame precoce são a falta de conhecimento das mães em relação aos benefícios que o aleitamento materno oferece e o despreparo dos profissionais de saúde para a orientação das mesmas. Esses fatos evidenciam a necessidade de maior motivação e sensibilização dos profissionais em relação à educação em saúde voltada à gestantes e puérperas sobre esse tema, sendo importante a atuação da equipe de enfermagem, pela possibilidade de maior contato com este grupo específico e de promoção desse cuidado.

Assim, são relevantes estudos que possam identificar fatores associados à qualidade do atendimento pré-natal, pois a inadequação deste cuidado pode levar a desfechos indesejáveis e contribuir com o aumento das taxas de morbimortalidade infantil, relacionadas aos períodos peri e pós-natal⁽¹²⁾.

1.4 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde em Botucatu

O referencial metodológico de avaliação adotado neste estudo foi aquele proposto na década de 1980 por Donabedian, autor que propôs que ao estimar a qualidade dos serviços de saúde, sejam analisados sua estrutura, processo e resultado⁽³⁶⁻³⁷⁾.

A avaliação da estrutura preocupa-se com a adequação de instalações e equipamentos, a qualificação dos profissionais que prestam cuidados e a organização do serviço. Espera-se que haja ligação entre a adequação instrumental do serviço e um bom atendimento prestado pelo profissional de saúde. A avaliação de processo considera a adequação, integridade, redundância da informação obtida através da história clínica, exame físico, testes diagnósticos e terapia, competência técnica na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, incluindo

prevenção em saúde e doença, coordenação e continuidade dos cuidados, cirurgias e, conseqüentemente, a aceitabilidade dos cuidados pelos usuários. Na avaliação de resultado, em geral, valida-se a efetividade dos cuidados em saúde. Alguns resultados, porém, são difíceis de medir, como atitudes e satisfação dos clientes. Mesmo assim, a validade do resultado como dimensão de qualidade quase nunca é questionada, pois não existe dúvida quanto à sua importância. Os resultados tendem a ser bastante concretos e passíveis de medidas precisas. Além dos cuidados em saúde, muitos outros fatores podem influenciar neste resultado e precauções devem ser tomadas neste sentido⁽³⁷⁾.

A avaliação da qualidade da assistência pré-natal de Botucatu realizada em 2012 pela autora do presente estudo, comparou dois modelos de atenção primária à saúde: a tradicional e a estratégia saúde da família. Analisou a estrutura e o processo da atenção, tendo como fonte de dados entrevistas com gerentes das unidades de saúde, observação dirigida realizada pela pesquisadora em relação às UBS e USF e avaliação de 282 prontuários selecionados aleatoriamente. Na avaliação de estrutura descreveu-se que tanto as UBS quanto as USF estão bem equipadas de consultórios, materiais e instrumentais; que estão disponíveis todos os exames preconizados, assim como a grande maioria dos medicamentos essenciais aos cuidados das gestantes e que nas USF está mais incorporada a consulta de enfermagem. Quanto ao processo da atenção pré-natal, nas USF encontraram-se melhores resultados quanto à cobertura de exames do terceiro trimestre, levantamento da história clínica, orientação nutricional e de sinais de alerta no termo, atendimento odontológico, verificação de altura uterina e prescrição de sulfato ferroso. O início precoce do pré-natal foi significativamente mais frequente nas UBS. Analisando-se o indicador pré-natal completo, estabelecido a partir do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a cobertura das USF foi significativamente maior que das UBS, mas em ambos os casos tal cobertura esteve baixa: 31,1% nas USF e 10,2% nas UBS. Concluiu-se que o processo de atenção nas USF era melhor, mas que ações mais efetivas precisam ser propostas para ambos os modelos⁽³⁸⁾.

No citado estudo, não foi realizada análise de resultados. Assim, não foi abordado o produto final da assistência prestada, a mudança no estado de saúde que pode ser atribuída a esse cuidado ou aspectos como a satisfação de padrões e expectativas⁽³⁷⁾.

Dessa forma, propõe-se o presente estudo, com o objetivo de responder as seguintes perguntas: o resultado da atenção pré-natal é melhor, quando se consideraram mães e bebês atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família (UBS-SF) do que nas Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional (UBS-T)? A diferença de qualidade da atenção pré-natal identificada na análise de processo anterior se mantém elevada a melhores indicadores de resultado nas UBS-SF? Entre gestantes de baixo risco, a ocorrência de prematuridade está associada a baixo escore de qualidade pré-natal? As hipóteses consideradas são: os indicadores de resultado são melhores nas UBS-SF do que nas UBS-T; em situação de baixo escore de pré-natal há maior risco de prematuridade; há diferença na situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida do lactente prematuro em relação ao bebê de termo, mais favorável entre os últimos.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Geral

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal desenvolvida na atenção primária à saúde de um município de médio porte do interior paulista.

2.2 Objetivos Específicos

Comparar o processo e resultado (desfechos perinatais e tardios) do cuidado pré-natal considerando-se as UBS-SF e as UBS-T;

Identificar a influência da qualidade da assistência pré-natal desenvolvida sobre a prematuridade e a situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida (aleitamento materno exclusivo aos 2 e 4 meses e aleitamento materno aos 2, 4 e 12 meses de idade) do lactente prematuro.

MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento

Trata-se de estudo de coorte prospectiva no qual foram obtidos dados das mães e seus bebês, residentes no município de Botucatu/SP e assistidos na rede pública. É parte de estudo mais amplo, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Processo 2015/03256-1) denominado “Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista”, cujo objetivo geral foi conhecer dados e eventos relacionados à saúde da criança em seu primeiro ano de vida.

Para viabilização do estudo, compôs-se a Coorte de Lactentes de Botucatu (CLaB), no âmbito do grupo de pesquisa Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (SAMUCA). Esse grupo de pesquisa, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) é composto por docentes, doutorandos, mestrandos e alunos de graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP.

3.2 Local de Realização do Estudo

O município de Botucatu situa-se na região centro-sul do estado de São Paulo e tem população estimada de 141.032 habitantes⁽³⁹⁾ para o ano de 2017. Pertence ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Esse Departamento é dividido em cinco Colegiados de Gestão Regional: Vale do Jurumirim (16 municípios), Bauru (17 municípios), Pólo Cuesta (13 municípios, sendo Botucatu sua sede), Jaú (14 municípios) e Lins (8 municípios).

Para atendimento ao Sistema Único de Saúde, o município de Botucatu, quando da definição do desenho deste estudo, contava com oito Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional (UBS-T), incluindo duas Unidades do Centro de Saúde Escola e doze Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família (UBS-SF), com quinze equipes. No conjunto, essas Unidades atendiam oito macrorregiões nas grandes áreas: clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, com exceção de uma das unidades do Centro de Saúde Escola, que além das grandes áreas, oferece também atendimento em saúde mental, tabagismo, tuberculose, oftalmologia sanitária (saúde do escolar), nutrição e fisioterapia, entre

outros. As UBS-SF estão localizadas em áreas periféricas e atendem aproximadamente 41,1% da população total do município⁽⁴⁰⁾. Destaca-se que em ambos os modelos de atenção primária o profissional enfermeiro compõe a equipe de saúde e realiza consulta de enfermagem pré-natal.

No ano de 2014 o município de Botucatu atingiu o menor índice de Mortalidade Infantil de toda sua história. Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o município teve o registro de nove óbitos, em um total de 1875 nascidos vivos, obtendo-se índice de 4,8 óbitos por mil nascidos vivos. Em comparação com 2013, quando esta taxa foi de 10,2 por mil nascidos vivos, a redução é de 52,9%. Em todo estado de São Paulo, a taxa de mortalidade infantil foi de 10,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2016⁽⁴¹⁾.

Compondo a Rede de Atenção à Saúde Botucatu, há o Espaço Saúde, Unidade centralizada, que oferece vários serviços, entre outros, o Programa Municipal de DST/Aids, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), a Farmácia Municipal e a Clínica do Bebê. Esta última é uma unidade de atenção primária que atende sob demanda programada e é responsável pela primeira consulta clínica da criança, a ser realizada no primeiro mês de vida a todos os recém-nascidos do município, independentemente de o parto ter ocorrido no serviço público ou privado. Também compõe a Rede um hospital-escola, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), um Pronto Socorro Municipal de Adulto (PSA), um Pronto Socorro Municipal Infantil (PSI) e um Hospital Psiquiátrico, o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Professor Cantídio de Moura Campos.

O atendimento pré-natal de baixo risco no serviço público deste município é realizado em todas as UBS-T, UBS-SF, sendo o pré-natal patológico realizado apenas no HC, referência para outros municípios do DRS VI. Todos os partos pelo Sistema Único de Saúde, independentemente de sua complexidade, são realizados no HC.

3.3 População e Amostra

O estudo original, baseado em amostra intencional, incluiu todas as mães e seus bebês nascidos vivos no período de 29 de junho de 2015 a 11 de janeiro de 2016 e que passaram em consulta na Clínica do Bebê antes de completarem um mês de vida. O seguimento foi concluído em janeiro de 2017. Foram critérios de

inclusão: ser mãe de recém-nascido, a mãe residir na zona urbana de Botucatu e ter condições e disponibilidade de responder às entrevistas telefônicas e presenciais.

O seguimento da coorte deu-se em sete Momentos (M), sendo cinco presenciais e dois por ligação telefônica, da seguinte maneira: M1: realizado na Clínica do Bebê, com inclusão do binômio na coorte, no primeiro mês de vida da criança; M2: entrevista por telefone, aos dois meses; M3: visita domiciliar, aos três meses; M4: entrevista por telefone, aos quatro meses; M5, M6 e M7, visita domiciliar aos seis, nove e doze meses de vida da criança, respectivamente.

No período de coleta de dados deste estudo, 917 mães e seus filhos foram atendidos na Clínica do Bebê, ocorreram 138 perdas de contato e 129 recusas em participar da pesquisa, resultando na captação de 650 mães e 656 bebês, que compuseram a coorte (M1).

Como o presente estudo volta-se à comparação entre UBS-T e UBS-SF, foram critérios de inclusão adicionais àqueles estabelecidos para o projeto inicial ter realizado o acompanhamento pré-natal integralmente em UBS de Botucatu. Foram critérios de exclusão a não localização do prontuário pré-natal na UBS referida pela mãe ou localização do mesmo, mas sem registro de atendimento pré-natal completo.

Das 650 mães inicialmente inseridas na coorte, 193 realizaram o acompanhamento de pré-natal em serviço privado (convênio ou particular), 64 no serviço de alto risco, cinco em outro município e 50 não informaram local do pré-natal, resultando em 338 mães que atendiam aos critérios de inclusão do presente estudo. Destas, foram excluídas 65 por não existir, na UBS de seguimento, o prontuário da mãe ou registro neste de seguimento pré-natal, totalizando amostra intencional deste estudo de 273 mães e seus filhos (Figura 1).

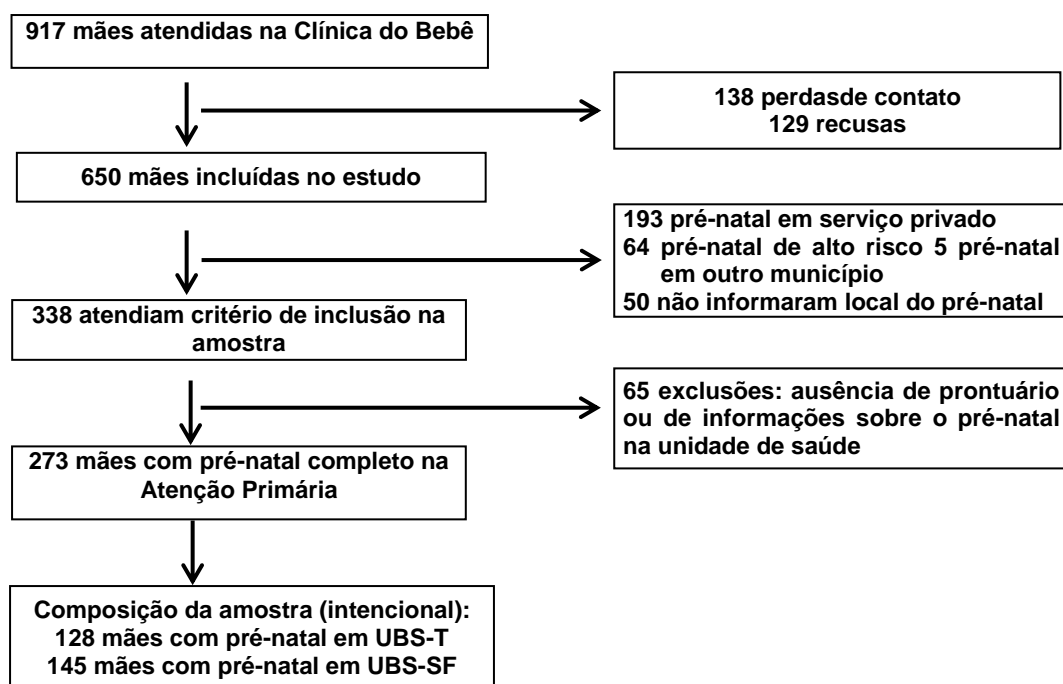


Figura 1: Fluxograma da formação da amostra do estudo. Botucatu, 2015-2017.

3.4 Coleta de Dados e Variáveis Estudadas

A captação para a coorte foi realizada na Clínica do Bebê (M1), onde as mães foram entrevistadas em sala preparada para tal, garantindo-se privacidade e conforto para ela e para a criança. O tempo médio para essa entrevista foi de 10 minutos. As entrevistas telefônicas foram informadas às mães no momento da captação, voltavam-se, basicamente, a investigar a situação do aleitamento materno/alimentação infantil e ocorrência de morbidade infantil, tinham duração média de 3 minutos e foram realizadas aos dois (M2) e quatro meses (M4). As visitas domiciliares (M3, M5-M7) foram previamente agendadas, realizadas aos três, seis, nove e doze meses de vida da criança e, além da morbidade e aleitamento materno/alimentação infantil, viabilizaram a coleta de dados antropométricos da criança e mãe, bem como informações relativas ao crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, seguimento de puericultura, entre outras, resultando em duração média de 8 minutos.

A equipe de coleta de dados, previamente treinada, foi composta por 16 pessoas que se dividiram nas várias atividades: uma supervisora geral de campo, doutoranda de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, também responsável pela coleta de dados no prontuário da mãe e do bebê na maternidade; uma supervisora da coleta de dados realizada na captação, bolsista de treinamento

técnico; cinco entrevistadoras que conduziram as entrevistas na Clínica do Bebê, das quais duas eram bolsistas de treinamento técnico, duas eram alunas do Curso de Graduação em Nutrição do Instituto de Biociências - UNESP, vinculadas a projetos de Iniciação Científica e uma era mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem sendo que as duas alunas do Curso de Nutrição e a supervisora da coleta de dados também foram responsáveis por realizar a coleta de dados nos prontuários da rede básica de saúde; uma entrevistadora responsável pela coleta de dados mediante ligações telefônicas; três entrevistadoras responsáveis pelas visitas domiciliares, remuneradas por produção e com experiência prévia na coleta de dados de pesquisa e cinco revisoras de consistência dos dados colhidos, alunas de pós-graduação e que dependiam dos dados coletados para suas teses e dissertações.

A digitação dos dados foi realizada por nove pessoas, incluindo a supervisora geral do campo, cinco entrevistadoras e a supervisora de campo da Clínica do Bebê, uma bolsista de treinamento técnico vinculada apenas à digitação de dados e uma aluna voluntária do Curso de Graduação em Nutrição do Instituto de Biociências – UNESP.

Todos os procedimentos preconizados para se evitar perdas de seguimento foram adotados, incluindo o registro de outros telefones/endereços potencialmente úteis, como dos avós da criança, companheiro, parentes e amigos, entre outros sugeridos pela mãe. Por meio de carta ou ligações telefônicas, todas as mães participantes receberam agradecimento pela colaboração com o estudo e lembretes da época de cada nova entrevista.

Constituíram fonte de dados deste estudo entrevistas com as mães, cartões de pré-natal, fichas de atendimento da Clínica do Bebê, prontuários da rede básica de saúde e da maternidade e cadernetas dos bebês. Para coleta e registro dos dados, foram construídos vários instrumentos pelos pesquisadores, testados em estudo piloto com 12 mães que não foram incluídas na amostra para ajustar as questões que poderiam apresentar possíveis dificuldades (Apêndices 1, 2, 3, 4 e 5).

A fidedignidade das entrevistas foi verificada, via telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes, por meio de reentrevistas realizadas pela supervisora de campo, também responsável pela verificação de inconsistências e correção do banco de dados.

A equipe de coleta e digitação dos dados contou, ainda, com apoio de dois

membros da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva – UPESC, vinculada à Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, que deram apoio técnico e contribuíram com toda organização e logística desse processo, de forma a viabilizar que os diferentes momentos de coleta de dados fossem oportunamente realizados.

Para o presente estudo, as variáveis estudadas são apresentadas a seguir.

Caracterização das participantes: idade materna no parto em anos (até 19, 20 ou mais); anos de aprovação escolar (até oito, nove ou mais); cor (não branca, branca); presença de companheiro (sim, não); trabalho materno remunerado (sim, não); renda per capita familiar menor ou igual a meio salário mínimo (sim, não); primigestação (sim, não); gestação aceita pela mãe (sim, não); intercorrência durante a gestação que precisou de atendimento na maternidade (sim, não); intercorrência com o recém-nascido no parto (sim, não); tipo de parto (vaginal, cesárea). Todas essas variáveis foram obtidas a partir da entrevista com a mãe. Para identificação da renda per capita familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais e dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda; em seguida, considerando-se que em fevereiro de 2016 um salário mínimo era R\$ 880,00, classificou-se a renda per capita familiar em salários mínimos.

Avaliação do processo/qualidade do pré-natal (sim, não)⁽¹⁰⁾: início até 12 semanas; pelo menos seis consultas; todos os exames do primeiro trimestre (hemoglobina e hematócrito, glicemia em jejum, sorologias: sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose, urina simples e urocultura); ultrassonografia no primeiro trimestre; todos os exames do terceiro trimestre (hemoglobina e hematócrito, glicemia em jejum, sorologias se necessário: sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose, urina simples e urocultura) e educação em saúde.

Considerou-se que houve educação em saúde quando a gestante referiu ter sido orientada sobre alimentação, atividade física, sinais de alerta no termo e tipo de parto (sim para as quatro atividades). Para cada resposta sim (melhor situação), atribuiu-se um ponto. Assim, síntese da qualidade foi medida por escore que variou de zero (pior situação) a sete pontos (melhor situação). Considerou-se o escore baixo quando igual ou inferior a três pontos e esse valor foi estabelecido após avaliar o escore médio e mediano do grupo: 3,1 e 3,0 respectivamente. As variáveis relacionadas às orientações recebidas foram obtidas a partir de entrevista com as mães e as demais, do cartão de pré-natal.

Resultado do pré-natal foi avaliado a partir de uma série de desfechos (sim, não): nascimento prematuro (idade gestacional inferior a 37 semanas); baixo peso ao nascer (inferior a 2500 gramas); intercorrências no parto; aleitamento materno na primeira hora de vida; necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva/Unidade de Cuidados Intermediários após o nascimento; intercorrências com o recém-nascido do parto à alta; aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida e aleitamento materno aos 12 meses de vida. Dados relativos ao nascimento foram obtidos da ficha de atendimento das crianças no serviço neonatal e caderneta do bebê e, os demais, durante entrevista com as mães em visita domiciliar.

Variáveis de exposição: local de realização do pré-natal (UBS-T e UBS-SF), prematuridade (sim, não), prevalência de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno aos 2 e 4 meses de idade (sim, não) e aleitamento materno aos 12 meses (sim, não).

3.5 Análise de Dados

Inicialmente, os escores de qualidade pré-natal médio e mediano, com os respectivos desvios padrão (DP) e valores mínimo (min) e máximo (max), respectivamente, foram identificados, segundo modelo de atenção e comparados pelo Teste de Mann-Whitney. A análise dos potenciais confundidores e dos indicadores de processo do pré-natal foi realizada por estimativa do risco relativo (RR). Em seguida, o risco de ocorrência de eventos do recém-nascido que expressam o resultado da atenção à saúde, conforme proposto por Donabedian⁽³⁵⁾, em função do modelo de atenção, foi analisado estimando o RR por Modelo de Regressão Múltipla de Cox, ajustado pelos potenciais confundidores ($p < 0,20$). Para identificar a influência da qualidade da assistência pré-natal desenvolvida sobre a prematuridade, realizaram-se associações bivariadas entre a prematuridade e potenciais confundidores: idade materna no parto em anos (menor que 15, entre 15 e 35 e maior que 35); anos de aprovação escolar (até oito, nove ou mais); cor (não branca, branca); presença de companheiro (sim, não); trabalho materno remunerado (sim, não); gestação aceita pela mãe (sim, não); renda per capita familiar em salários mínimos ($\leq 0,5$, $> 0,5$); intercorrência na gestação: sangramento, pré-eclampsia e/ou hipertensão (sim, não); primigestação (sim, não); tipo de parto (vaginal, cesárea); intercorrência com o recém-nascido no parto (sim, não) e escore de qualidade pré-

natal dicotômico (≤ 3 , > 3) ou contínuo (entre 0 e 7).)e, em seguida, realizou-se ajuste por regressão logística múltipla. A situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida foi avaliada pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher. Em todas as análises, relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$.

A entrada de dados foi realizada no programa Epi Info 7.0, cuja máscara foi construída especificamente para esse projeto por profissional capacitada da UPESC. A análise foi feita com o software SPSS versão 21.0.

3.6. Procedimentos Éticos

Houve encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisada Faculdade de Medicina de Botucatu em julho de 2014, tendo sido aprovado, sob nº CAAE: 37628714.8.0000.5411. Novo encaminhamento foi realizado em 2015, com alterações relativas à coleta de dados, havendo aprovação por parecer consubstanciado de 14 de setembro de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados na forma de dois artigos científicos.

4.1. Artigo 1 – Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte

Renata Leite Alves de Oliveira
Anna Paula Ferrari
Cristina Maria Garcia de Lima Parada
(Artigo encaminhado para Revista Latino-Americana de Enfermagem)

Resumo

Objetivos: avaliar indicadores de processo e resultado do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, comparando os modelos de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo de coorte, realizado com amostra intencional de 273 mães/bebês captados no período neonatal e acompanhados por um ano. Adotou-se referencial de avaliação de Donabedian e os dados foram discutidos a partir da Determinação Social da Saúde. A variável independente foi o modelo de atenção. As variáveis dependentes, na avaliação de processo, relacionavam-se à qualidade do pré-natal e ao escore de qualidade criado e na avaliação de resultado, às condições de nascimento e primeiro ano de vida. A avaliação de processo foi realizada por estimativa do risco relativo e a de resultado, por Modelo de Regressão Múltipla de Cox. **Resultados:** foram identificadas menores renda e risco de baixo escore de qualidade pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, onde ocorreu mais consulta de puerpério e ações de educação em saúde. Não houve diferença nos indicadores de resultado. **Conclusão:** Possivelmente, a melhor qualidade da atenção pré-natal foi capaz de minimizar efeitos socioeconômicos negativos encontrados na saúde da família, de modo que os indicadores de resultado foram semelhantes em ambos os modelos de atenção primária.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Saúde da Mulher.

Descriptors: Prenatal Care; Evaluation of Health Programs and Projects; Primary Health Care; Family Health Strategy; Child Health; Women's Health.

Descriptores: Cuidado Pre-Natal; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Salud del Niño; Salud de la Mujer.

Introdução

O período perinatal mantém-se entre as prioridades das políticas públicas globais, pois apesar do progresso significativo alcançado nos últimos 15 anos na redução das mortes nesse período, mantêm-se números inaceitavelmente altos de óbitos maternos e neonatais. Visando um mundo em que todas as gestantes e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe duas agendas complementares: Estratégias para acabar com as mortes maternas evitáveis e o Plano de ação para todos os recém-nascidos, ambas articuladas a nova Estratégia Global para Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes na era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável pós-2015⁽¹⁾.

No Brasil, a atenção de qualidade ao grupo materno-infantil ainda constitui desafio. Nesse sentido, questões como acesso precoce ao pré-natal e constante busca ativa de gestantes sem atendimento; identificação de risco na gestação, com integração de programas e atividades em redes de atenção e desenvolvimento de ações de educação em saúde devem ser consideradas prioritárias no âmbito da atenção primária⁽²⁾. Nesse contexto, a Saúde da Família é considerada uma nova forma de organização do trabalho em saúde e estratégia prioritária para consolidação e expansão dos serviços de saúde, sem romper totalmente com o modelo tradicional, mas buscando aperfeiçoar as práticas, de forma a resultar em melhoria das ações assistenciais e nos determinantes de morbimortalidade⁽³⁾. Enfatiza o vínculo entre profissional e usuário e, assim, conta com ações que possibilitam conhecer a realidade particular de cada indivíduo e família, o que constitui uma das ferramentas para sua consolidação⁽⁴⁻⁵⁾.

As Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família (UBS-SF) contam com equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e voltam-se ao favorecimento do

vínculo entre os profissionais e usuários, potencializando a responsabilidade sanitária das equipes e possibilitando a continuidade do cuidado. As Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional (UBS-T) tendem a manter profissionais fortemente orientados pelo modelo biomédico e curativo, centrado no indivíduo e contam com equipes de acordo com as características e necessidades de cada município. A presença do profissional agente comunitário de saúde não é solicitada na estruturação mínima das equipes de modelo tradicional, diferentemente para o que é preconizado para as equipes de Estratégia Saúde da família. Em ambos os modelos de atenção os profissionais atuam com adscrição da clientela em área de abrangência delimitada⁽⁶⁾

Ambos os modelos de atenção: UBS-SF e UBS-T desenvolvem ações voltadas ao grupo-materno infantil.

Especificamente com relação à assistência pré-natal, estudo realizado no sul do Brasil comparando os modelos tradicional e Estratégia Saúde da Família encontrou, neste último, mais orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, consulta de puerpério, cuidados com o recém-nascido, tipo de parto e sobre a realização do exame para detecção do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Também, as gestantes atendidas na Estratégia mais frequentemente tiveram as mamas examinadas e procedimentos como a verificação da pressão arterial e altura uterina realizados, reforçando os autores a importância desse modelo para a atenção à saúde da mulher⁽⁷⁾.

No município de Botucatu/SP, onde o presente estudo foi desenvolvido, coexistem os modelos UBS-T e UBS-SF. Comparando-os quanto à qualidade do cuidado pré-natal, pesquisa publicada em 2013, com dados relativos ao ano de 2010, indicou semelhança na estrutura e indicadores-síntese de processo mais favoráveis nas UBS-SF: conjunto de exames preconizados para o primeiro e o terceiro trimestres (OR=6,68; IC=3,78-11,87); seis consultas e conjunto de exames (OR=4,26; IC=2,46-7,39) e orientação nutricional e sobre os sinais de alerta no termo (OR=12,26; IC=6,36-23,94). Houve vantagem para as UBS-SF também quando abordado o conjunto de atividades preconizadas, que considerou a realização de seis consultas, do conjunto de exames, da vacina contra o tétano e da consulta puerperal (OR=4,02, IC=2,04-8,01)⁽⁸⁾.

Vários estudos brasileiros avaliam a atenção pré-natal a partir das atividades desenvolvidas, ou processo de atenção^(7,9-10), porém, não foram identificadas

pesquisas voltadas à avaliação dos resultados desse cuidado que buscassem relações com indicadores do primeiro ano de vida e que considerassem os diferentes modelos de atenção. Assim, o presente estudo, teve por objetivo avaliar indicadores de processo e resultado do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, comparando os modelos de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família.

Método

Estudo de coorte prospectiva, voltado à avaliação do cuidado pré-natal. A fonte de dados foi o estudo Coorte de Lactentes de Botucatu– CLaB, que teve por objetivo conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes no referido município, ao longo do primeiro ano de vida.

Foi desenvolvido em município situado na região centro-sul do estado de São Paulo, com população estimada de 144.820 habitantes⁽¹¹⁾ para o ano de 2018. Pertence ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Para atendimento ao pré-natal de risco habitual no Sistema Único de Saúde, conta com oito UBS-T e 12 UBS-SF, com quinze equipes. O seguimento pré-natal patológico é realizado em Hospital de Ensino, referência para outros municípios do DRS VI e único serviço público para atenção ao parto, tanto de risco habitual quanto de alto risco, no município de Botucatu.

Foram critérios de inclusão na coorte: ser mãe de recém-nascido, residir em Botucatu e ter condição de responder às entrevistas. O recrutamento foi realizado no período de 27 de julho de 2015 a 2 de fevereiro de 2016, em serviço de atenção básica de triagem neonatal, responsável pelo atendimento de todos os recém-nascidos do município no primeiro mês de vida, independentemente de o parto ter ocorrido no serviço público ou privado. Quando da inclusão na coorte, constituíram fontes de dados: entrevista com a mãe, ficha de atendimento no serviço de triagem neonatal, o cartão da gestante e a caderneta da criança. Foram coletados dados para caracterização das participantes, relativos ao processo de atenção pré-natal, ao parto e nascimento. A coorte foi seguida em outros seis momentos para coleta de dados referentes ao aleitamento materno e introdução de alimentação complementar: aos dois e quatro meses, a partir de entrevista telefônica e aos três, seis, nove e 12 meses de vida da criança, por visita domiciliar. O término do seguimento foi em fevereiro de 2017.

No total, 650 mães ingressaram na coorte. Durante o seguimento ocorreram 65 perdas/recusas (10%), resultando em 585 binômios (mães e bebês) acompanhados até o 12º mês de vida, dos quais 338 casos eram elegíveis para esse estudo, por terem sido acompanhados exclusivamente no serviço público durante o pré-natal. Analisou-se amostra intencional constituída por 273 mães, cujos prontuários foram localizados nas Unidades Básicas de Saúde (Figura 1).

Destaca-se que as proporções intencionalmente obtidas, 128 binômios mães/bebês (46,9%) atendidos em UBS-T e 145 (53,1%) em UBS-SF, são semelhantes àquelas encontradas quando se considera o local de seguimento das gestantes de Botucatu do ano de 2017: 48,4% em UBS-T e 51,6% em UBS-SF⁽¹²⁾. Também se destaca que o local em que o recrutamento ocorreu atende mulheres de todas as unidades básicas de saúde do município.

Todos os instrumentos utilizados na coleta de dados foram construídos especificamente para este estudo e testados em 12 puérperas não incluídas na amostra, para ajustar as questões que poderiam apresentar dificuldades. A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada e remunerada, supervisionada por uma das autoras deste estudo. A integridade das entrevistas foi verificada, por telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes, por intermédio de reentrevistas realizadas pela supervisora de campo, também responsável pela verificação de inconsistências e correção do banco de dados. (sendo que as inconsistências não foram relevantes)

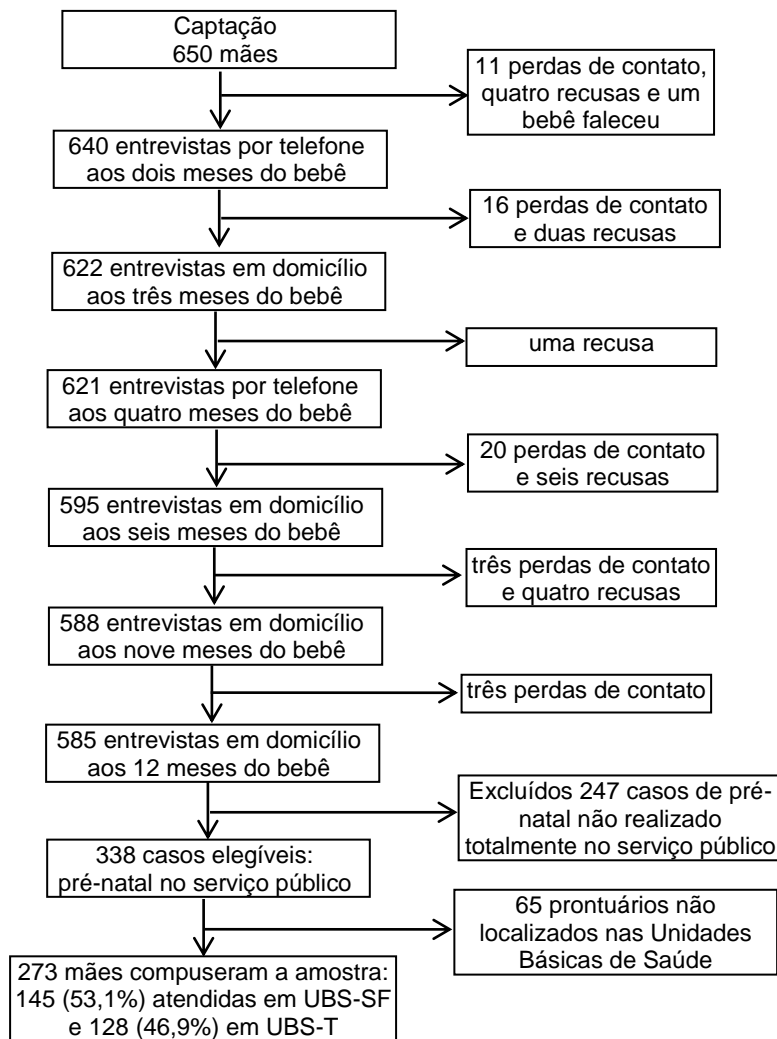


Figura 1 – Fluxograma da formação da coorte e da composição da amostra intencional deste estudo. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017.

Os dados obtidos foram discutidos à luz do arcabouço teórico da determinação social da saúde, cujos estudos iniciaram na década de 1970, a fim de subsidiar a compreensão das relações sociais existentes no processo saúde-doença e a causalidade dos problemas de saúde. Nesta perspectiva, analisar os serviços de saúde e a extensão da cobertura dos cuidados auxilia na busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada⁽¹³⁾.

Adotou-se o referencial metodológico de avaliação proposto na década de 1980 por Donabedian⁽¹⁴⁾, especificamente quanto aos componentes processo e resultados. Para esse autor, o estudo do processo contempla as ações que compõem a atenção à saúde, incluindo o diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação em saúde e, por isso, sua medição é quase equivalente à medição da qualidade do atendimento. O resultado contempla os efeitos dos

cuidados de saúde sobre as pessoas ou populações, as alterações no seu estado de saúde.

Assim, apresenta-se análise sobre indicadores de qualidade do processo de atenção pré-natal segundo o modelo de atenção à saúde e o efeito sobre indicadores de saúde precoces (baixo peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva ou de Cuidados Intermediários Neonatais e intercorrência do parto à alta) e tardios (amamentação exclusiva aos seis meses e amamentação aos 12 meses).

A variável independente (exposição) foi modelo de atenção do pré-natal, tanto para análise de processo quanto de resultado, categorizada em UBS-T e UBS-SF.

Para análise dos indicadores de processo, as variáveis dependentes foram selecionadas tomando por base as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro e abordadas em outros estudos de avaliação da qualidade pré-natal^(7, 15-17) e obtidas a partir dos dados do cartão de pré-natal e prontuário de atendimento na Atenção Básica (sim, não):

1. Início até 12 semanas;
2. Pelo menos seis consultas;
3. Todos os exames do primeiro trimestre (hemoglobina e hematócrito; glicemia em jejum; sorologias: sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose; urina simples, urocultura e tipagem sanguínea);
4. Ultrassonografia no primeiro trimestre;
5. Todos os exames do terceiro trimestre (hemoglobina e hematócrito; glicemia em jejum; sorologias: sífilis, HIV e se necessário hepatite B e toxoplasmose; urina simples e urocultura);
6. Educação em saúde (considerou-se que houve educação em saúde quando a mãe referiu ter sido orientada sobre alimentação, atividade física, sinais de alerta no termo e tipo de parto)
7. Consulta de puerpério (realizada até 42 dias após o parto).

Para cada resposta sim (melhor situação), atribuiu-se um ponto. Assim, essas sete variáveis utilizadas para avaliação da qualidade do processo pré-natal permitiram a construção de escore, que variou de zero (pior situação) a sete pontos (melhor situação). Considerou-se o escore baixo quando igual ou inferior a três pontos e esse valor foi estabelecido após avaliar o escore médio e mediano do grupo: 3,1 e 3, respectivamente.

Para análise de resultado, conforme proposto por Donabedian⁽¹⁴⁾, as variáveis dependentes (desfecho) foram:baixo peso ao nascer (sim, não); intercorrências no parto (sim, não); ausência de aleitamento materno na primeira hora de vida(sim, não); necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)/Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) após o nascimento (sim, não); intercorrências com o recém-nascido do parto à alta (sim, não);ausência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida (sim, não) e desmame aos 12 meses de vida (sim, não). Os indicadores relativos ao nascimento foram obtidos da ficha de atendimento das crianças no serviço neonatal e caderneta do bebê e os demais, durante entrevista com as mães.

Como confundidores, foram incluídas as variáveis: idade materna no parto em anos (até 19, 20 ou mais); anos de aprovação escolar (até oito, nove ou mais); cor (não branca, branca); presença de companheiro (sim, não); trabalho materno remunerado (sim, não); renda per capita familiar menor ou igual a meio salário mínimo (sim, não); primigestação (sim, não); gestação aceita pela mãe (sim, não); intercorrência durante a gestação que precisou de atendimento na maternidade (sim, não); intercorrência com o recém-nascido no parto (sim, não) e tipo de parto (vaginal, cesárea).Todas essas variáveis foram obtidas a partir da entrevista com a mãe. Para identificação da renda per capita familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais, dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda e realizou-se a classificação, considerando o valor do Salário Mínimo (SM) do Brasil em 2016.

Os escores de qualidade pré-natal médio e mediano, com os respectivos desvios padrão (DP) e valores mínimo (min) e máximo (max), respectivamente, foram identificados, segundo modelo de atenção e comparados pelo Teste de Mann-Whitney. A análise dos potenciais confundidores e dos indicadores de processo do pré-natal foi realizada por estimativa do risco relativo (RR). Em seguida, o risco de ocorrência de eventos do recém-nascido que expressam o resultado da atenção à saúde, conforme proposto por Donabedian⁽¹⁴⁾, em função do modelo de atenção, foi analisado estimando o RR por Modelo de Regressão Múltipla de Cox, ajustado pelos potenciais confundidores ($p < 0,20$). Relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$. As análises foram realizadas com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” sob Certificado 7628714.8.0000.5411.

Resultados

As mulheres que fizeram pré-natal nas UBS-SF tiveram significativamente maior risco de renda per capita igual ou inferior a 0,5SM (RR=1,52, IC95%=1,04-2,21), quando comparadas àquelas que fizeram pré-natal nas UBS-T (Tabela 1).

Tabela 1—Características sociodemográficas maternas, do pré-natal e parto, segundo modelo de atenção à saúde. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017.

Variáveis	UBS-T* (N=128)		UBS-SF† (N=145)		RR‡ (IC95%)§
	N	%	N	%	
Idade em anos					
Até 19	23	17,9	34	23,4	1,30 (0,77-2,21)
20 ou mais	105	82,1	111	76,6	1
Anos de aprovação escolar					
Até 8	27	21,1	44	30,3	1,44 (0,89-2,32)
9 ou mais	101	78,9	101	69,7	1
Cor					
Não Branca	59	46,1	69	47,6	1,03 (0,73-1,46)
Branca	69	53,9	76	52,4	1
Companheiro					
Não	24	18,7	23	15,9	0,84 (0,48-1,50)
Sim	104	81,3	122	84,1	1
Trabalho remunerado					
Não	65	50,8	91	62,8	1,23 (0,90-1,70)
Sim	63	49,2	54	37,2	1
Renda ≤ 0,5 SM per capita					
Sim	43	33,6	74	51,0	1,52 (1,04-2,21)
Não	85	66,4	71	49,0	1
Primigesta					
Não	69	53,9	84	57,9	1,07 (0,78-1,48)
Sim	59	46,1	61	42,1	1
Gestação aceita					
Não	20	15,6	12	8,3	0,53 (0,26-1,08)
Sim	108	84,4	133	91,7	1
Intercorrência pré-natal					
Sim	85	66,4	83	57,2	0,86 (0,63-1,16)
Não	43	33,6	62	42,8	1
Intercorrência no parto					
Sim	23	17,9	20	13,8	0,77 (0,42-1,40)
Não	105	82,1	125	86,2	1
Tipo de parto					
Cesárea	43	33,6	47	32,4	0,96 (0,64-1,46)
Vaginal	85	66,4	98	67,6	1

*UBS-T: Unidade Básica de Saúde modelo tradicional

†UBS-SF: Unidade Básica de Saúde modelo Estratégia Saúde da Família

‡RR: Risco Relativo

§IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

||SM: salário mínimo do Brasil, valor: R\$ 880,00 em 01/01/2016

O risco de baixo escore de qualidade foi menor nas UBS-SF ($p=0,70$, $IC95\%=0,52-0,95$), enquanto o risco de fazer consulta de puerpério ($RR=1,48$, $IC95\%=1,08-2,04$) e de receber educação em saúde ($RR=13,70$, $IC95\%=3,27-57,17$) foi maior nessas Unidades, quando comparadas às UBS-T (Tabela 2).

Tabela 2—Processo de atenção pré-natal, a partir do escore de qualidade e variáveis que o compõe, segundo modelo de atenção à saúde. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017.

Variáveis	UBS-T* (N=128)		UBS-SF† (N=145)		RR‡ (IC95%)§
	N	%	N	%	
Início precoce (até 12 semanas)					
Sim	76	59,4	92	63,4	1,07 (0,79-1,45)
Não	52	40,6	53	36,6	1
Pelo menos seis consultas					
Sim	102	79,7	124	85,5	1,07 (0,82-1,39)
Não	26	20,3	21	14,5	1
Exames de primeiro trimestre					
Sim	48	37,5	66	45,5	1,21 (0,83-1,76)
Não	80	62,5	79	54,5	1
Ultrassom no primeiro trimestre					
Sim	27	21,1	47	32,4	1,54 (0,96-2,48)
Não	101	78,9	98	67,6	1
Exames do terceiro trimestre					
Sim	32	25,0	51	35,2	1,40 (0,90-2,19)
Não	96	75,0	94	64,8	1
Educação em saúde					
Sim	39	30,5	104	71,7	13,70 (3,27-7,17)
Não	89	69,5	41	28,3	1
Consulta de puerpério					
Sim	60	46,9	101	69,7	1,48 (1,08-2,04)
Não	68	53,1	44	30,3	1
Baixo escore (≤ 3)					
Sim	93	72,7	74	51,0	0,70 (0,52-0,95)
Não	35	27,3	71	49,0	1

*UBS-T: Unidade Básica de Saúde modelo Tradicional

†UBS-SF: Unidade Básica de Saúde modelo Estratégia Saúde da Família

‡RR: Risco Relativo

§ IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

O escore de qualidade do pré-natal mediano para os dois modelos de atenção foi 3,0, variando entre 0-6 e 0-7, respectivamente, para UBS-T e UBS-SF. O escore médio foi significativamente maior ($p<0,001$) nas UBS-SF (3,53, $DP=1,50$) do que nas UBS-T (2,71, $DP=1,33$) (dados não apresentados em tabela).

Não houve diferença entre UBS-T e UBS-SF para os indicadores precoces estudados, quando considerados os confundidores: aprovação escolar igual ou inferior a oito anos, trabalho materno remunerado e renda per capita familiar igual ou inferior a 0,5 salários mínimos (Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão múltipla de Cox referente aos indicadores de resultados precoces, segundo modelo de atenção (UBS-T/USF-SF)*. Botucatu, SP, Brasil 2015-2017.

Indicadores Precoces	RR [†] (IC95%) [‡]			
	Baixo peso ao nascer	Ausência de aleitamento na 1 ^a hora de vida	Internação UTI/UCI [§]	Intercorrências do parto à alta
UBS-T/USF-SF*	0,89 (0,23-3,45)	0,77 (0,47-1,26)	0,63 (0,29-1,36)	1,07 (0,69-1,66)
Aprovação escolar	1,32 (0,30-5,68)	1,03 (0,57-1,84)	1,11 (0,48-2,60)	0,99 (0,60-1,64)
Trabalho remunerado	0,74 (0,18-3,06)	0,87 (0,52-1,45)	1,07 (0,48-2,35)	1,10 (0,69-1,73)
Renda ≤ 0,5 SMPC[¶]	1,88 (0,45-7,82)	0,70 (0,41-1,21)	1,07 (0,48-2,36)	0,88 (0,55-1,40)
Gestação aceita	0,0 (0,0-0,0)	1,03 (0,49-2,18)	1,80 (0,72-4,50)	1,27 (0,68-2,37)

*UBS-T/USF-SF: Unidade Básica de Saúde modelo Tradicional/Unidade Básica de Saúde modelo Estratégia Saúde da Família

[†]RR: Risco Relativo

[‡]IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

[§]UTI/UCI: Unidade de Terapia Intensiva/Unidade de Cuidados Intermediários

^{||}SM: salário mínimo do Brasil, valor: R\$ 880,00 em 01/01/2016

[¶]PC: Per Capita

Também não houve diferença entre UBS-T e UBS-SF para os indicadores tardios, quando considerados os confundidores: aprovação escolar igual ou inferior a oito anos, trabalho materno remunerado e renda per capita familiar igual ou inferior a 0,5 salários mínimos (Tabela 4).

Tabela 4 – Regressão múltipla de Cox referente aos indicadores de resultados tardios, segundo modelo de atenção (UBS-T/USF-SF)*. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Indicadores Tardios	RR [†] (IC95%) [‡]	
	Ausência de AME [§] no sexto mês de vida	Desmame aos 12 meses de vida
UBS-T/USF-SF	0,99 (0,73-1,33)	0,90 (0,64-1,25)
Aprovação escolar	1,01 (0,71-1,43)	0,93 (0,62-1,38)
Trabalho remunerado	0,85 (0,62-1,15)	0,97 (0,69-1,37)
Renda ≤ 0,5 SM per capita	1,12 (0,82-1,53)	0,92 (0,64-1,31)
Gestação aceita	1,09 (0,71-1,68)	1,20 (0,74-1,94)

*UBS-T/USF-SF: Unidade Básica de Saúde modelo Tradicional/Unidade Básica de Saúde modelo Estratégia Saúde da Família

[†]RR: Risco Relativo

[‡]IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

[§]AME: aleitamento materno exclusivo

^{||}SM: salário mínimo do Brasil, valor: R\$ 880,00 em 01/01/2016

Discussão

A análise dos indicadores de processo de atenção pré-natal, a partir do escore criado, evidenciou melhor situação para mulheres assistidas nas UBS-SF. Porém, não houve diferença entre os modelos de atenção básica com relação ao resultado da assistência, tanto quando considerados os indicadores precoces, quanto os tardios.

Também, evidenciou-se que as mulheres atendidas nas UBS-SF tinham piores condições socioeconômicas, visto que mais frequentemente foram classificadas no grupo de mais baixa renda e, por isso, esperava-se entre elas piores indicadores.

Há muito se conhece que saúde-doença se produz e distribui na sociedade mediante fortes processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental, política, entre outros. No plano mundial, inclusive, recentemente encontram-se iniciativas voltadas ao fomento de políticas inspiradas no referencial dos Determinantes Sociais da Saúde que, em síntese, coloca que as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações, embora nem todos os determinantes sejam igualmente importantes. Assim, destaca como mais relevantes aqueles que geram estratificação social, chamados determinantes estruturais, e entre eles está a distribuição de renda⁽¹⁸⁾.

Considerando o exposto, piores indicadores eram esperados no grupo UBS-SF, pela pior condição de renda, o que não ocorreu. Possível interpretação para os achados deste estudo advém do fato dessas mulheres terem recebido atendimento pré-natal mais qualificado, e esta condição pode ter minimizado o efeito desfavorável da pobreza.

Em contraponto, estudo sobre o pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), em microrregião do Espírito Santo, de acordo com os procedimentos propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro, avaliou esta assistência como inadequada, principalmente entre as mulheres de menor renda e usuárias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁽¹⁹⁾.

Na abordagem isolada das variáveis que compuseram o escore de qualidade, observa-se melhor desempenho das UBS-SF nas ações de educação em saúde e cobertura da consulta de puerpério.

Estudo de natureza teórica, que sustenta ser a Estratégia Saúde da Família inovação tecnológica no campo da saúde, no que diz respeito ao trabalho

desenvolvido, inclui a assistência realizada, agregando múltiplas dimensões, entre elas as ações educativas, o que evidencia a importância de sua realização⁽³⁾. No que se refere a essas ações, foram abordados no presente estudo os hábitos de vida, como atividade física e alimentação saudável, bem como importantes aspectos relacionados ao parto e nascimento, como sinais de alerta no termo da gravidez e tipo de parto. O melhor resultado encontrado, em que as gestantes atendidas pelas UBS-SF receberam mais orientações durante o pré-natal do que as atendidas pelas UBS-T (RR=13,70, IC=3,27-57,17), também foi observado em estudo semelhante realizado no sul do Brasil em 2012⁽⁷⁾. Por outro lado, estudo sobre a prática da educação em saúde em UBS-SF apontou que a formação acadêmica recebida pelos profissionais dessas unidades, em geral, é insuficiente para subsidiá-los no efetivo trabalho com a comunidade, constituindo obstáculo a ser superado⁽²⁰⁾.

Em ambos os modelos de atenção a cobertura da consulta de puerpério foi baixa, embora tenha sido significativamente maior nas UBS-SF (69,7%) do que nas UBS-T (46,9%). No mesmo município, estudo de 2012⁽⁸⁾ indicou que 58,2% das mulheres que fizeram pré-natal nas UBS-SF voltaram ao serviço de saúde após o nascimento da criança para consulta de puerpério. Assim, embora ainda longe do ideal, houve melhora na cobertura da consulta de puerpério em 11,5% nas UBS-SF de Botucatu. Não foram encontrados dados sobre consulta de puerpério em outros estudos que avaliaram a atenção pré-natal segundo modelo da atenção^(8,21).

Com relação aos indicadores de resultado precoces, diferentemente dos achados desta pesquisa, estudo nacional revela que não ter realizado o pré-natal de forma adequada, ou seja, seguimento pré-natal de baixa qualidade, diminui a probabilidade de amamentação na primeira hora de vida⁽²²⁾ e, em outra pesquisa, houve significância ao correlacionar tempo de internação em UTI e realização pré-natal, sendo que filhos de mulheres que não realizaram o pré-natal permaneceram internados por mais tempo. Essa última pesquisa citada, corroborando com os achados do presente estudo, não encontrou associação entre intercorrências ao nascer e seguimento pré-natal⁽²³⁾.

O baixo peso ao nascer, outro indicador de resultado precoce adotado, foi abordado em estudo sobre a qualidade pré-natal desenvolvida em UBS-SF da região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, sendo que a conclusão também sugere que a adequada assistência pré-natal pode ter amenizado a influência das desigualdades socioeconômicas relacionadas à atenção à saúde⁽²⁴⁾.

Com relação aos indicadores tardios, independentemente do modelo de atenção, pesquisa desenvolvida no Canadá não demonstrou relação entre qualidade do pré-natal e duração da amamentação nos primeiros seis meses do bebê⁽²⁵⁾, achados que corroboram com a presente pesquisa. Quanto ao desmame, estudo realizado no sudoeste de Michigan (EUA) encontrou entre as mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação maior probabilidade de continuarem amamentando em relação àquelas que iniciaram o acompanhamento pré-natal tardiamente, evidenciando a importância do seguimento pré-natal⁽²⁶⁾.

Por fim, destaca-se que o presente estudo foi desenvolvido em município de médio porte do interior paulista, sendo possível que os resultados obtidos sejam também encontrados em outros municípios com características semelhantes. É limitação a ser considerada, o fato de parte dos dados ter sido obtida da ficha de atendimento das crianças no serviço neonatal, cartão da gestante e caderneta do bebê e, assim, como em qualquer estudo em que a coleta de dados é dependente do registro dos profissionais, o que não estava registrado, considerou-se não ter sido realizado.

Conclusão

As mães atendidas nas UBS-SF tinham pior condição socioeconômica e a avaliação do processo da atenção pré-natal foi mais favorável nesse grupo.

Não houve diferença entre as UBS-T e UBS-SF com relação à avaliação dos indicadores de resultado, a despeito da grande amplitude dos indicadores analisados. Possivelmente, a melhor qualidade da atenção pré-natal foi capaz de minimizar efeitos socioeconômicos negativos, de modo que a avaliação dos indicadores de resultado foi semelhante entre os dois modelos de atenção à saúde.

Referências

1. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8): 1045–9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
2. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saúde Pública*. 2014 Dez;48(6):977-84. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005283.
3. Soratto J, Pires DEP, Donelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a

- technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm.* 2015 Abr-Jun;24(2):584-92. doi: 10.1590/0104-07072015001572014.
4. Santos RCA, Miranda FAN. Importance of the bond between professional and user in Family Health Strategy. *Rev Enferm UFSM.* 2016 Jul/Set;6(3):350-59. doi: 10.5902/2179769217313
 5. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the Family Health Strategy. *Cienc Cuid Saude.* 2014 Jul/Set;13(3):556-62. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v13i3.19661
 6. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. *Saúde Debate.* 2018 Jan/Mar;42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601.
 7. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TSD. Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2012 Abr;28(4):789-800. doi: 10.1590/S0102-311X2012000400018.
 8. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CGL. Evaluation of prenatal care from the perspective of different models in primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(2):789-800. doi: 10.1590/S0104-11692013000200011.
 9. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal, MC. Assessment of quality of prenatal care among pregnant women with a history of premature deliveries using the Brazilian National Health Service in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2013;13(2):89-100. doi: 10.1590/S1519-38292013000200002.
 10. Handell IBS, Cruz MM, Santos MA. Evaluation of antenatal care in selected Family Health Centres in a Midwest Brazilian municipality, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(1):101-10. doi: 10.5123/S1679-49742014000100010.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited Mar 28, 2018]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Geral de saúde das Mulheres. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited Mai 22, 2018]. Available from: sisprenatal.saude.gov.br/login.jsf

13. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. From the notion of social determination to one of social determinants of health. *Saúde Debate*. 2017 Jan/Mar;41(112):63-76. doi: 10.1590/0103-1104201711206.
14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* [Internet]. 1988 [cited Jan 31, 2018];260(12):1743-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
15. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Dec;16(4):953-65. doi:10.1590/S1415-790X2013000400015.
16. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. doi:10.1590/ S0102-311X2012000300003.
17. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Development and application of a new index for assessment of prenatal care. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 [cited Sept 12, 2018];33(5):356-62. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n5/356-362/pt>
18. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013[cited Jan 31, 2018]. v.2, p.19-38. Available from: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>
19. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SG, Oliveira AE. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Fev;36(2):56-64. doi: 10.1590/S0100-72032014000200003.
20. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. Resignifying education in health: difficulties and possibilities of the Family Health Strategy. *Trab Educ Saúde*. 2014 Abr/Jun;12(1):129-47. doi:10.1590/S1981-77462014000100008.
21. Caldeira AP, Santana KR, Carneiro JA, Faria AA. Quality of maternal and child health care in different models of Primary Health Care. *Rev APS*. 2010;13(2):196-201. doi: 10.1590/S1413-81232010000800018.
22. Sá NNB, Gubert MB, Santos W, Santos LMP. Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil,

2011. Rev Bras Epidemiol. 2016 Sept;19(3):509-524. doi: 10.1590/1980-5497201600030004.
23. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. Texto Contexto - Enferm. 2012 June;21(2):269-76. doi:10.1590/S0104-07072012000200003.
24. Pedraza FD, Rocha AC, Cardoso MV. Prenatal care and birth weight: an analysis in the context of family health basic units. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(8):349-56. doi: 10.1590/S0100-72032013000800003.
25. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:100. doi: 10.1186/s12884-016-0889-9.
26. Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. J Perinat Educ. 2011;20(1):36-44. doi: 10.1891/1058-1243.20.1.36.

4.2. Artigo 2 - Risco de prematuridade relacionado à qualidade da assistência pré-natal: estudo de coorte

Renata Leite Alves de Oliveira

Anna Paula Ferrari

Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Cátia Regina Branco da Fonseca

Lídia Raquel de Carvalho

Cristina Maria Garcia de Lima Parada

(Artigo encaminhado a Revista Brasileira de Enfermagem)

RESUMO

Objetivos: identificar o risco de prematuridade relacionado à qualidade da assistência pré-natal na atenção primária e comparar a condição dos recém-nascidos prematuros e de termo em relação ao aleitamento materno. **Método:** coorte prospectiva, com amostra de 273 mães/bebês. Inicialmente buscaram-se dados para caracterização das participantes. As crianças foram seguidas buscando-se dados sobre amamentação. A relação entre qualidade pré-natal e prematuridade foi verificada através de um escore. Análise estatística ocorreu com associações entre prematuridade e variáveis de interesse, a partir dos testes Qui-quadrado e de Fisher ($p < 0,05$), com ajuste para regressão logística múltipla. **Resultados:** gestantes acompanhadas em serviços com baixos escores de qualidade pré-natal tiveram maior risco de prematuridade: a chance desse desfecho diminuiu em 37% a cada ponto a mais do escore. Não houve diferença entre as crianças prematuras e de termo quanto ao aleitamento materno. **Conclusões:** Evidenciou-se a importância da qualidade da assistência pré-natal na redução da prematuridade, bem como a necessidade de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Recém-nascido prematuro.

Descriptores: Atención Prenatal; Investigación em Servicios de Salud; Atención Primaria a la Salud; Calidad de la Atención de Salud; Recien nacido Prematuro

Descriptors: Prenatal Care; Health Services Research; Primary Health Care; Quality of Health; Infant, Premature

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a prematuridade enquanto problema de saúde global⁽¹⁾. Em todo o mundo, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuros a cada ano⁽²⁾ e estimativa do início da década, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), indica que o Brasil está entre os 10 países com maior número de casos⁽³⁾.

Entre as causas da prematuridade estão condições sociodemográficas maternas, como gestação precoce⁽⁴⁻⁵⁾ ou após os 35 anos⁽⁶⁾, raça negra⁽⁷⁾ e primiparidade⁽⁶⁾; hábitos de vida da mãe, incluindo tabagismo, etilismo⁽⁸⁻⁹⁾ e estresse⁽⁴⁾; história de parto prematuro^(7,10-11); intercorrências gestacionais, como gemelaridade, sangramento vaginal⁽¹⁰⁾, pré-eclampsia^(7,12) e placenta prévia⁽¹²⁾; parto cesárea^(5,12) e problemas relacionados à assistência pré-natal: número de consultas insuficiente⁽⁴⁾, assistência incompleta⁽⁹⁾ ou inadequada⁽¹²⁾.

No contexto da prematuridade, a assistência pré-natal tem papel relevante, pois quando realizada de forma oportuna e precisa, pode viabilizar a identificação de fatores de risco precocemente⁽¹³⁻¹⁵⁾, permitindo intervenções preventivas. Porém, para que isso ocorra, deve-se considerar não apenas o número de visitas da gestante ao serviço de saúde, mas também o tempo dispensado aos cuidados pré-natais e a forma com que esse é desenvolvido⁽¹³⁾, ou seja, sua qualidade.

Para a obtenção de resultados expressivos no pré-natal, faz-se necessário que a gestante seja incluída o mais precocemente possível no atendimento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, resultando em contato mais frequente entre ela e os profissionais de saúde, o que pode estimular a adoção de hábitos mais saudáveis durante esse período⁽¹⁸⁾. Outros aspectos relevantes e habitualmente considerados quando se avalia a qualidade do seguimento pré-natal são: o número de consultas a que a gestante comparece e a realização de exames laboratoriais^(17,19-22). Menos frequentemente são também avaliados os procedimentos clínico-obstétricos realizados^(19,21) e atividades de educação em saúde, incluindo abordagem sobre o parto e aleitamento materno⁽²⁰⁾.

Com relação à alimentação da criança que nasce prematura, tema também em foco neste estudo, inúmeras publicações têm abordado a importância do aleitamento materno especificamente para esses bebês⁽²³⁻²⁵⁾. A amamentação e o leite humano constituem os padrões normativos a serem adotados, devido às vantagens médicas e relativas ao desenvolvimento neurológico que proporcionam a curto e a longo

prazos⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Considerando que a redução da prematuridade passa pela compreensão local das causas de sua ocorrência, para que se promova a melhoria do acesso a efetivos cuidados obstétricos e neonatais⁽²⁸⁾ e que a qualidade da atenção pré-natal está intimamente relacionada aos desfechos gestacionais, propõe-se o presente estudo, que tem por objetivo identificar o risco de prematuridade em função da qualidade da assistência pré-natal desenvolvida na atenção primária e comparar a condição dos recém-nascidos prematuros e de termo em relação ao aleitamento materno no primeiro ano de vida.

MÉTODO

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo de coorte prospectiva que tem por base a Coorte de Lactentes de Botucatu – CLaB. Apresenta-se análise sobre os fatores de risco para prematuridade em função da qualidade pré-natal.

Foi desenvolvido em Botucatu, município situado na região centro-sul do estado de São Paulo, com população estimada de 142.546 habitantes⁽²⁹⁾. Pertence ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Para atendimento ao pré-natal de baixo risco no Sistema Único de Saúde, conta com oito Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional e 12 da Estratégia Saúde da Família, com 15 equipes. O seguimento pré-natal patológico é realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, referência para outros municípios do DRS VI. Esse Hospital é também serviço público para atenção ao parto de baixo e alto risco.

O recrutamento de mães e bebês para participação na coorte foi realizado no período de 29 de junho de 2015 a 11 de janeiro de 2016 em serviço centralizado de atenção primária para triagem neonatal, chamado Clínica do Bebê, que oferece a primeira consulta em pediatria a todos os recém-nascidos no primeiro mês de vida. Nesta primeira abordagem foram apresentados os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as participantes.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios de inclusão na coorte: ser mãe de recém-nascido, residir em Botucatu e ter condição de responder às entrevistas presenciais e telefônicas programadas. No total, 923 duplas mães-bebês foram abordadas, 138 (15%) não eram elegíveis, 129 (14%) se recusaram a compor a coorte e ocorreram 71 (7,7%) perdas após início do seguimento, resultando em coorte com 585 binômios acompanhados até o 12^o mês de vida. No presente estudo é analisada amostra intencional constituída por 273 mães que fizeram acompanhamento pré-natal exclusivamente no serviço público de saúde.

Protocolo do estudo

No momento de inclusão na coorte, constituíram fontes de dados a ficha de atendimento das crianças no serviço de triagem neonatal, o cartão da gestante, a caderneta do bebê e a entrevista com as mães. Foram coletados dados sociodemográficos, relativos ao pré-natal, parto e pós-parto. A coleta de dados incluiu outros seis momentos: aos dois e quatro meses, entrevista por telefone, basicamente para investigar situação do aleitamento materno e alimentação infantil e no terceiro, sexto, nono e 12^o mês de vida da criança, por visita domiciliar, sendo buscados dados sobre crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e alimentação infantil.

Todos os instrumentos utilizados na coleta de dados foram construídos especificamente para esta pesquisa e testados previamente, para ajustar as questões que poderiam apresentar dificuldades. A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada e remunerada. A integridade das entrevistas foi verificada, por telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes, por meio de reentrevistas realizadas pela supervisora de campo, também responsável pela verificação de inconsistências e correção do banco de dados.

Para abordagem da qualidade da assistência pré-natal, compôs-se escore de qualidade a partir de indicadores de processo propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro⁽³⁰⁾ (sim, não): início até 12 semanas; pelo menos seis consultas; todos os exames do primeiro trimestre (hemoglobina e hematócrito, glicemia em jejum, urinasimples, urocultura, tipagem sanguínea e sorologias: sífilis, HIV - *Human Immunodeficiency Virus*, hepatite B e toxoplasmose); ultrassonografia no primeiro

trimestre; todos os exames do terceiro trimestre (hemoglobina e hematócrito, glicemia em jejum, urina simples, urocultura e sorologias, se necessário: sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose); educação em saúde e revisão de parto. Considerou-se que houve educação em saúde quando a gestante referiu ter sido orientada sobre alimentação, atividade física, sinais de alerta no termo e tipo de parto. As variáveis relacionadas às orientações recebidas foram obtidas a partir de entrevista com as mães e as demais, do cartão de pré-natal e de prontuários das gestantes nas Unidades de saúde da Atenção Básica do município.

Na composição do escore, para cada resposta sim (melhor situação), atribuiu-se um ponto. Assim, síntese da qualidade foi medida por escore que variou de zero (pior situação) a sete pontos (melhor situação).

As variáveis relativas às características maternas, ao pré-natal e parto incluíram: idade materna no parto em anos (menor que 15, entre 15 e 35 e maior que 35); anos de aprovação escolar (até oito, nove ou mais); cor (não branca, branca); presença de companheiro (sim, não); trabalho materno remunerado (sim, não); gestação aceita pela mãe (sim, não); renda per capita familiar em salários mínimos ($\leq 0,5$, $> 0,5$); intercorrência na gestação: sangramento, pré-eclampsia e/ou hipertensão (sim, não); primigestação (sim, não); tipo de parto (vaginal, cesárea); intercorrência com o recém-nascido no parto (sim, não) e escore de qualidade pré-natal dicotômico (≤ 3 , > 3) ou contínuo (entre 0 e 7).

Para identificação da renda per capita familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais e dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda; em seguida, considerando-se o salário mínimo brasileiro de referência em fevereiro de 2016, classificou-se a renda per capita familiar em salários mínimos.

A variável independente foi prematuridade: sim, não. Considerou-se prematuro o recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas. Os desfechos tardios foram (sim, não): aleitamento materno exclusivo (AME) aos dois e quatro meses e aleitamento materno (AM) aos dois, quatro e 12 meses de vida.

Adotou-se a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde⁽³¹⁾ para AME: a criança recebe apenas leite materno, sem outro tipo de alimento líquido ou sólido, inclusive água, exceto medicamentos e AM: a criança recebe leite materno e outros líquidos e alimentos a fim de atender às suas necessidades nutricionais, podendo o aleitamento ser continuado até os dois anos de idade ou mais.

Análise dos resultados e estatística

Na análise estatística inicialmente realizaram-se associações bivariadas entre a prematuridade e potenciais confundidores por *odds ratio* estimados a partir do teste Qui-quadrado ou pelo teste Exato de Fisher. Em seguida, realizou-se ajuste de regressão logística múltipla para explicar a chance de prematuridade em função da qualidade da assistência, corrigida pela inclusão de potenciais confundidores identificados na análise bivariada com $p < 0,20$. A situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida foi avaliada pelos testes Qui-quadrado ou pelo Exato de Fisher. Adotou-se p crítico $< 0,05$ e Intervalo de Confiança de 95%. Análises realizadas com software estatístico SPSS v.21.0.

RESULTADOS

Considerando a ocorrência de 15 recém-nascidos prematuros entre as 273 participantes, a prevalência de prematuridade neste grupo foi de 5,5%.

O escore de qualidade do pré-natal médio foi 3,15 (desvio padrão=1,48) e mediano 3,0 valores mínimo (mín) e máximo (máx) de 0 e 7, respectivamente. Entre os prematuros ($n=15$), a média foi de 2,20 (DP=0,775) e mediana 2,0 (mín 1 e máx 3) e nos recém-nascidos a termo a média foi de 3,20 (DP=1,49) e mediana 3,0 (mín 0 e máx 7). O escore foi analisado na forma dicotômica: menor ou igual a mediana e maior que a mediana (Tabela 1).

No conjunto, a maioria das participantes tinha entre 15 e 35 anos de idade, nove ou mais anos de aprovação escolar, vivia com companheiro, não tinha trabalho remunerado, aceitaram a gestação, não tiveram intercorrências na gestação, não era primigesta e também seus recém-nascidos não tiveram intercorrências. Quanto ao escore de qualidade, a maioria das participantes teve pontuação igual ou inferior à mediana (Tabela 1).

As diferenças ($p < 0,20$) entre os grupos de mães de bebês prematuros e a termo foram relacionadas à escolaridade, trabalho remunerado, tipo de parto e escore de qualidade: entre as mães com até oito anos de aprovação escolar, 9,9% tiveram bebês prematuros e entre as com maior escolaridade, 4,0% tiveram prematuros; quando a mãe não trabalhava, houve 7,7% de bebês prematuros e 2,6% quando trabalhavam; em relação ao tipo de parto, 8,9% dos bebês prematuros nasceram de parto cesariano e 3,8% por via vaginal. Comparando-se os dois

grupos, em relação ao escore de qualidade, todos os bebês prematuros nasceram de mães cujo pré-natal foi abaixo ou igual à mediana (Tabela 1). Essas variáveis foram consideradas na análise de regressão logística múltipla entre escore de qualidade pré-natal e prematuridade pelo seu possível efeito de confusão (Tabela 2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, relacionadas à gravidez e ao parto das participantes do estudo em relação à prematuridade. Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Prematuro				p-valor	OR (IC95%)
	Sim N (15)	%	Não N(258)	%		
Idade (anos)						
< 15	0	0	1	100		-----
15-35	13	5,2	238	94,8	1,00**	
> 35	2	9,5	19	90,5		
Aprovação escolar (anos)						
Até 8	7	9,9	64	90,1	0,060*	2,65 (0,92-7,60)
9 ou mais	8	4,0	194	96,0		
Cor						
Não Branca	8	6,2	120	93,8	0,606*	1,31 (0,46-3,73)
Branca	7	4,8	138	95,2		
Vive com companheiro						
Não	3	6,4	44	93,6	0,728**	1,21 (0,32-4,48)
Sim	12	5,3	214	94,7		
Trabalho remunerado						
Não	12	7,7	144	92,3	0,104**	3,16(0,87-1,49)
Sim	3	2,6	114	97,4		
Gestação aceita						
Não	2	6,2	30	93,8	0,690**	1,16 (0,25-5,43)
Sim	13	5,4	228	94,6		
Renda familiar per capita						
≤ 0,5 salário mínimo	8	6,8	109	93,2	0,399*	1,56 (0,55-4,43)
> 0,5 salário mínimo	7	4,5	149	95,5		
Intercorrência na gestação						
Sim	2	13,3	30	11,6	0,690**	1,16 (0,25-5,43)
Não	13	86,7	228	88,4		
Primigesta						
Sim	5	4,2	115	95,8	0,393*	0,62 (0,20-1,87)
Não	10	6,5	143	93,5		
Parto						
Cesárea	8	8,9	82	91,1	0,084*	2,45 (0,86-6,99)
Vaginal	7	3,8	176	96,2		
Intercorrência recém-nascido						
Sim	3	7,0	40	93,0	0,712**	1,36 (0,36-5,04)
Não	12	5,2	218	94,8		
Escore de Qualidade						
≤ 3	15	8,9	152	91,1	<0,001**	-----
> 3	0	0	106	100		

Nota: * Teste de Qui-quadrado

**Teste exato de Fisher

Tabela 2- Resultado da regressão logística que avaliou a relação entre o escore de qualidade do pré-natal e prematuridade. Botucatu, 2015-2017

Variável	OR	IC95%	p
Até 8 anos de aprovação escolar	1,89	0,62 5,79	0,262
Trabalho materno remunerado	0,37	0,09 1,44	0,155
Parto vaginal	0,37	0,12 1,10	0,074
Escore de qualidade*	0,63	0,42 0,93	0,020

Nota *Variável contínua, variando entre 0 (pior situação) e sete (melhor situação)

A chance de prematuridade diminui com o aumento do escore de qualidade pré-natal ($p=0,020$, $OR=0,63$, $IC=0,42-0,93$). A prematuridade reduz 37% a cada ponto a mais no escore de qualidade (Tabela 2).

A Tabela 3 é relativa à condição da criança aos dois, quatro e 12 meses em relação à amamentação.

Tabela 3- Condição da criança aos dois, quatro e 12 meses de vida, considerando-se os desfechos aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno. Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Prematuro				p-valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
AME aos 2 meses (n=265)					
Não	6	40,0	99	39,6	0,975*
Sim	9	60,0	151	60,4	
AME aos 4 meses (n=260)					
Não	13	86,7	168	68,6	0,245**
Sim	2	13,3	77	31,4	
AM aos 2 meses (n=266)					
Não	3	20,0	35	13,9	0,457**
Sim	12	80,0	216	86,1	
AM aos 4 meses (n=260)					
Não	4	26,7	63	25,7	1,00**
Sim	11	73,3	182	74,3	
Aleitamento aos 12 meses (n=254)					
Não	9	64,3	140	58,3	0,784**
Sim	5	35,7	100	41,7	

Nota: * Teste de Qui-quadrado

**Teste Exato de Fisher

A situação do aleitamento materno no primeiro ano de vida não diferiu entre prematuros e não prematuros (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que entre as gestantes atendidas na atenção

primária, aquelas classificadas com escore acima da mediana, consideradas com maiores escores de qualidade pré-natal, tiveram menor risco de evoluírem para parto prematuro, quando comparadas às acompanhadas em serviços com menores escores. O efeito médio foi de 37% de redução na chance de prematuridade a cada ponto a mais no escore. Identificou, ainda, que ao término do primeiro ano de vida, não havia diferença entre as crianças nascidas prematuras e de termo quanto à situação do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno.

Em estudo realizado na Bélgica, o número de consultas pré-natais não esteve associado ao parto prematuro quando considerado isoladamente. Porém, assim como no presente estudo, houve associação quando foram considerados aspectos relacionados à qualidade do atendimento, como início pré-natal precoce, realização de exames de sangue e ultrassom e medidas da pressão arterial⁽¹³⁾. Pesquisa com desenho caso-controle realizada na Turquia sobre fatores de risco biopsicossociais associados ao nascimento prematuro encontrou associação deste desfecho com a irregularidade no seguimento pré-natal⁽³²⁾. Em Editorial que abordou a importância de uma agenda global voltada à redução da prematuridade, ao discutir ações preventivas, destacou-se, entre outros aspectos, a necessidade de qualificar o cuidado pré-natal⁽³³⁾.

No Brasil, a baixa qualidade do pré-natal também foi associada à prematuridade em estudo realizado em Maringá, Paraná, que incluiu, assim como neste estudo, a captação precoce das gestantes, o número adequado de consultas e especialmente a realização de procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde brasileiro como os principais fatores relacionados à qualidade⁽³⁴⁾. Também, revisão integrativa de literatura realizada em 2016 e que abordou a relação entre qualidade do acompanhamento pré-natal e a ocorrência de prematuridade não encontrou essa associação de forma clara, apesar do reconhecimento que tal acompanhamento possibilita a detecção precoce de riscos maternos e/ou neonatais, minimizando intercorrências relacionadas ao parto prematuro⁽¹⁴⁾.

Porém, ainda não há consenso quanto à citada associação entre cuidado pré-natal e prematuridade nos dias atuais. Ampla revisão de literatura que incluiu 193 pesquisas, desenvolvidas em 69 países de baixa e média renda, chamou atenção para o fato que a maior parte das evidências sobre o efeito dos cuidados pré-natais na saúde das crianças foi gerada em países de alta renda e, por isso, não são facilmente transferíveis a países com menor grau de desenvolvimento. Também,

destacou que a maioria dos estudos que encontrou efeitos positivos dos cuidados pré-natais sobre a prematuridade e outros desfechos perinatais, foi desenvolvido isoladamente em alguns países, com amostras pequenas, o que limita sua validade externa⁽³⁵⁾.

Com relação à amamentação no primeiro ano de vida, diferentemente dessa pesquisa, em que a situação do aleitamento materno não diferiu quando comparados recém-nascidos prematuros e de termo, estudo canadense encontrou melhores resultados aos quatro meses de vida entre os nascidos de termo: 81,7% deles ainda eram amamentados nessa idade, enquanto que entre os prematuros a proporção era de 69,3% ($p=0,008$)⁽³⁶⁾. A situação descrita para o Canadá indica melhor resultado entre os prematuros do presente estudo (73,3%) e pior situação entre os bebês de termo (74,3%) em aleitamento materno na mesma idade.

No estado da Pennsylvania, Estados Unidos da América, coorte prospectiva com 2.772 puérperas teve por objetivo determinar a taxa de aleitamento materno um mês após o parto, segundo a idade gestacional ao nascimento. Encontrou taxas progressivamente maiores ($p=0,003$) entre as mães que deram à luz entre 34-36 semanas, 37-38 semanas e 39 semanas ou mais: 63,8%, 72,6% e 76,5%, respectivamente⁽³⁷⁾. Dessa forma, as prevalências de aleitamento materno encontradas com um mês de vida foram inferiores às obtidas em Botucatu aos dois meses. Independentemente da situação mais favorável, esse município mantém-se aquém das recomendações globais para essa prática⁽³¹⁾ e para reverter essa situação deverá desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno para o conjunto de crianças, independentemente da sua idade gestacional ao nascimento.

Não se localizou estudo brasileiro de base populacional, recente, sobre a duração do aleitamento segundo idade gestacional no momento do nascimento. De caráter local/regional, estudo realizado em Maceió, Alagoas, não encontrou diferença entre a duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno quando comparados recém-nascidos com diferentes graus de prematuridade: com idade gestacional até 33 semanas completas e aqueles com 34 a 36 semanas completas ao nascer⁽³⁸⁾; em Viçosa, Minas Gerais, o risco de interrupção do aleitamento materno entre prematuros de idade gestacional inferior a 32 semanas foi 2,6 vezes maior em relação aos que nasceram entre 32 e 36 semanas de idade gestacional⁽³⁹⁾.

Em síntese, não houve diferença nesse estudo quanto à amamentação no primeiro ano de vida quando comparadas crianças prematuras e de termo. Também, estudos brasileiros não encontraram diferença nessa prática quando comparados diferentes graus de prematuridade. Possível hipótese explicativa para esses resultados, a ser testada em futuras investigações, pode estar associada ao maior cuidado após o parto com os prematuros, assim como ao maior apoio a suas mães para o desenvolvimento desta prática.

Limitações do estudo

Todos os aspectos avaliados para composição do escore de qualidade guardam relação com o processo de atenção pré-natal, sendo obtidos dos registros dos profissionais de saúde. Assim, pode ter ocorrido subestimação da qualidade, na medida em que sempre que a informação estava ausente, foi considerada como não realizada.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Demonstrou-se associação entre baixa qualidade dos serviços ofertados à gestante e prematuridade, intercorrência que constitui um dos principais problemas de saúde global. Esse resultado poderá subsidiar a definição de políticas públicas na área materno-infantil, visto que a redução nesse desfecho negativo deverá passar pela qualificação da atenção pré-natal desenvolvida nas unidades de atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

Gestantes atendidas na atenção primária, onde geralmente fazem pré-natal apenas condições de baixo risco, acompanhadas por serviços pré-natal com baixa qualidade, apresentaram risco aumentado para prematuridade. Os resultados encontrados evidenciam a importância da qualidade da assistência pré-natal na redução desse desfecho desfavorável. Visto tratar-se de fator de risco modificável, esforços devem ser implementados pelos serviços de atenção primária à saúde do município em questão, de forma a qualificar o atendimento a gestantes.

Sobre a amamentação no primeiro ano de vida, não houve diferença quando comparados recém-nascidos prematuros e de termo, estando a situação do

aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno longe das recomendações em ambos os grupos. Assim, ações de promoção, proteção e apoio a essa prática deverão ser realizadas indistintamente para todas as mães e bebês de Botucatu.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2010[cited 2018 Jan 31];93(12):31-8. Available from: www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-62554/en/
2. Organización Mundial de la Salud. Nascimientos prematuros. Nota descriptiva [Internet]. 2017[cited 2018 Jan 31]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Choud D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwid estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* [Internet]. 2012[cited 2018 Mai 29];379(9832):2162-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>
4. Pohlmann FC, Kerber NPC, Viana JS, Carvalho V F, Costa CC, Souza CS. Premature birth: approaches presents in national and international scientific production. *Enfermeria global*[Internet]. 2016[cited 2018 Jun 18];15(42):398-409. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/en_revision1.pdf
5. Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prematurity and associated factors in Divinópolis, Minas Gerais state, Brazil, 2008-2011: analysis of the Information System on Live Births. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. Brasília, 2017[cited 2018 Jun 18];26(1):91-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00091.pdf>
6. Khitam M, Dalou AA, Kassab M, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the occurrence of preterm birth in Irbid governorate of Jordan: A retrospective study. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2015[cited 2018 Jun 18];21(5):505-10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ijn.12335>

7. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* [Internet]. 2008[cited 2018 Jun 18];371(9606):75-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177778>
8. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Maternal risk factors for premature births in a public maternity hospital in Imperatriz-MA. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. Porto Alegre (RS), 2012[cited 2018 Mai 29];33(2):86-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13.pdf>
9. Vasconcelos JDAL, Santos ACC, Batista ALA, Granville-Garcia AF, Santiago LM, Menezes VA. Risk factors related to preterm birth: a case-control study. *Odonto* [Internet]. 2012[cited 2018 Jun 18]; 20(40): 119-27. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/Odonto/article/viewFile/2454/3687>
10. Bittar RE, Zugaib M. Risk predictors for preterm birth. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. Rio de Janeiro, 2009[cited 2018 Jun 18];31(4):203-09. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n4/08.pdf>
11. Dória MT, Spautz CC. Preterm labor: prediction and prevention. *FEMINA* [Internet]. 2011[cited 2018 Mai 29]; 39(9):443-49. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n9/a2957.pdf>
12. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016[cited 2018 Mai 29];21(6):1965-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>
13. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *Eur J Public Health* [Internet]. 2013[cited 2018 Jun 18];23(3):366-71. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/3/366/541649>
14. Wachholz VA, Costa MG, Kerber NPC, Gonçalves CV, Ramos DV, Sena FG. Relationship between the quality of service prenatal and a prematurity: An integrative review. *Rev Bras Edu Saúde* [Internet]. 2016[cited 2018 Mai 29]; 6(2):01-07. Available from: <http://oaji.net/articles/2017/2628-1515413807.pdf>
15. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016[cited 2018

- Mai 29];50(3):382-389. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0382.pdf>
16. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2018 Mai 29];48(6):977-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0977.pdf
17. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015[cited 2018 Jun 18]; 37(3): 140-7. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Pessoa TAO, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva AM. The growth and development against the prematurity and low birth weight. *Av Enferm* [Internet]. 2015[cited 2018 Jun 18];33(3):401-11. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf>
19. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TDS. Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012[cited 2018 Jun 18];28(4):789-800. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>
20. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012[cited 2018 Jun 18];28(3):425-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>
21. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Development and application of a new index for assessment of prenatal care. *Rev Panam Salud Públ* [Internet]. 2013[cited 2018 Jun 18];33(5):356-62. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n5/356-362/>
22. Saavedra JS, Cesar JA. Use of diferente criteria to assess inadequate prenatal care: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015[cited 2018 Jun 18];31(5):1003-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1003.pdf>

23. Higman W, Wallace L, Dunlop A. A review of breastfeeding training intervention studies that evaluate staff knowledge outcomes in NICU. *JNeonatal Nurs* [Internet]. 2017[cited 2018 Jul 22];24(4):181-8. Available from: [https://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841\(17\)30069-8/fulltext](https://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841(17)30069-8/fulltext)
24. Cartwright J, Atz T, Newman S, Mueller M, Demirci JR. An integrative review of interventions to promote breastfeeding in the late preterm infant. *JOGNN* [Internet]. 2017[cited 2018 Jul 22]; 46(3):347-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28390223>
25. Bennett CF, Galloway C, Grassley JS. Education for WIC peer counselors about breastfeeding the late preterm infant. *JNEB* [Internet]. 2018[cited 2018 Jul 22];50(2):198-202. Available from: [https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(17\)30724-8/pdf](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(17)30724-8/pdf)
26. Szucs KA. American Academy of Pediatrics section on Breastfeeding. *J Hum Lact* [Internet]. 2011[cited: 2018 Jul 11];27(4):378-9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334411422704>
27. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* [Internet]. 2012[cited 2018 Jul 11];129(3):827-41. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/02/22/peds.2011-3552.full.pdf>
28. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2018 Mai 29]; 21(2): 269-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a03v21n2.pdf
29. IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística [Internet]. 2017[cited 2018 Mai 29]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet].2011[cited 2018 Mai 29]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
31. World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2017[cited 2018 jul 11]: 120p. Available

from:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

32. Gungor I, Oskay U, Beji NK. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011[cited 2018 Jul 22];20(5-6):653-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320194>
33. The Lancet. The unfinished agenda of preterm births. *The Lancet* [Internet]. 2016[cited 2018 Jul 22];388(10058):2323. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)32170-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)32170-5.pdf)
34. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015[cited 2018 Jun 18]; 49(4):540-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf
35. Kuhnt J, Vollmer S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. *BMJ Open* [Internet] 2017[cited 2018 Jul 22];7(11):e017122. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/11/e017122.full.pdf>
36. McDonald SW, Benzies KM, Gallant JE, McNeil DA, Dolan SM, Tough SC. A comparison between late preterm and term infants on breastfeeding and maternal mental health. *Matern Child Health J* [Internet]. 2013[cited 2018 Jul 22];17(8):1468-77. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10995-012-1153-1.pdf>
37. Hackman NM, Alligood-Percoco N, Martin A, Zhu J, Kjerulff KH. Reduced breastfeeding rates in firstborn late preterm and early term infants. *Breastfeed Med* [Internet]. 2016[cited 2018 Jul 22];11(3):119-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007890>
38. Silva WF, Guedes ZCF. Preterm and late preterm infants: their differences and the breastfeeding. *Rev CEFAC* [Internet]. 2015[cited 2018 Jul 22];17(4):1232-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01232.pdf>

39. Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2016[cited 2018 Jul 22];34(2):189-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n2/pt_0103-0582-rpp-34-02-0189.pdf

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

As mães acompanhadas pelo serviço pré-natal oferecido pelas UBS-SF tinham pior condição socioeconômica e a avaliação do processo da atenção pré-natal foi mais favorável nesse grupo. No que diz respeito à avaliação dos indicadores de resultado, não houve diferença entre as UBS-T e UBS-SF, ainda que tenham sido analisados muitos indicadores: baixo peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, internação em UTI/UCI, intercorrências do parto a alta, amamentação exclusiva aos dois, quatro e seis meses e amamentação aos dois, quatro e 12 meses. Possivelmente, a melhor qualidade da atenção pré-natal foi capaz de minimizar efeitos socioeconômicos negativos, visto que a avaliação dos indicadores de resultado foi semelhante entre os dois modelos de atenção à saúde.

Com relação ao risco de prematuridade, foi maior entre as mulheres acompanhadas em serviço pré-natal classificado com baixo escore de qualidade (abaixo da mediana), quando comparadas àquelas cujo escore de qualidade pré-natal foi classificado com melhor qualidade (acima da mediana). Assim, a importância da qualidade da assistência pré-natal ficou evidenciada na redução desse desfecho desfavorável. Por se tratar de fator de risco modificável, os serviços de atenção primária à saúde devem implementar esforços a fim de qualificar o atendimento às gestantes.

Considerando a amamentação no primeiro ano de vida, não houve diferença quando comparados recém-nascidos prematuros e de termo, estando a situação do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno muito aquém das recomendações em ambos os grupos. Desta forma, ações de promoção, proteção e apoio a essa prática devem ser estimuladas para todos os bebês indistintamente.

Tendo em vista que a qualificação da Atenção Básica se dá pelo desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde⁽⁴²⁾ sugere-se para os gestores do município de Botucatu que dentre as prioridades seja inserida a promoção e desenvolvimento de ações que qualifiquem a assistência pré-natal pelas equipes da Atenção Básica, envolvendo práticas que contribuam para o aprimoramento do processo de trabalho, trazendo as mudanças necessárias para obtenção de desfechos favoráveis em relação a este cuidado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Report of the International Conference on Population and Development; 1994 Sep 5-13; Cairo, Egito [Internet]. Geneve: UN Population Fund (UNFPA); 1994 [citado 27 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
2. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS; 1996 [citado 27 jun 2017]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/42116270/maternidade-segura-abenfo-nacional>
3. Araujo SM, Silva MED, Moraes RC, Alves DS. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. *Veredas FAVIP Rev Eletr de Cienc.* 2010;3(2):61-7.
4. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 20 Jan 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Tyrrel MAR, Carvalho V. Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção da enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática – centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. 27p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 8 Jun. 2000.
9. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(4):452-5.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede

- Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 31 Jan 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
11. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados a não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014;48(6):977-84 [citado 31 Jan 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600977&script=sci_arttext&tlng=pt
 12. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Filha MMT, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015;37(3):140-7 [citado 31 Jan 2018]; Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 22 Set 2017; Seç 1 [citado 22 Mar 2018]; Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/250584.html>
 14. Soratto J, Pires DEP, Donelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):584-92 [citado 28 Fev 2018]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000200584&lng=en&tlng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>
 15. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia de Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):789-800 [citado 31 Jan 2018]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018
 16. Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014;48(Esp):24-32 [citado 31 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/103025/101300>

17. Barreto JOM, Nery IS, Mendes YMMB. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. *Cogitare Enferm.* 2011;16(1):88-95.
18. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Estado de São Paulo mantém tendência de queda na mortalidade infantil. *SP Demogr.* 2013;13(3). [citado 30 Mar 2018]. Disponível em: https://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/spdemog_ago2013.pdf
19. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 12 Out 2018];20(1):46-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>
20. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Estatísticas do registro civil do estado de São Paulo, 2014. *SP Demogr.* 2015;15(5) [citado 30 Mar 2018]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/midia/2015/12/SPDemografico_Num05_dez20151207_ok.pdf
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 43 p [citado 20 Mar 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf
22. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9780):1863-76 [citado 20 Mar 2018]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext)
23. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]2012;20(1):[10 telas]. [citado 20 Mar 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_26.pdf
24. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2010;88(1):31-8 [citado 31 Jan

- 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Blog da saúde. Promoção da Saúde. Lançamento dos novos resultados da pesquisa Nascer no Brasil. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2016 [citado 7 Maio 2018]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promoção-da-saude/52044-pesquisa-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade>
26. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de Pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(2):269-76.
27. Araujo FG, Oliveira SR, Menezes GAC, Meira DCS. Assistência pré-natal na percepção de mães de prematuros internados em unidade neonatal. *Rev Enferm UFPE online.* 2014;8(8):2667-75.
28. Pohlmann FC, Kerber NPC, Viana JS, Carvalho VF, Costa CC, Souza CS. Premature birth: approaches presents in national and international scientific production. *Enferma Global.* 2016;15(42):398-409.
29. Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Cogitare Enferm.* 2016;21(2):1-8.
30. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet.* 2008;371(9606):75-84.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 32).
32. Amaral RC. Fatores que contribuem para o desmame precoce e atuação de enfermagem. *FACIDER. Rev Cient.* 2015;(9):1-17.
33. Cunha MD, Macedo PTR, Rocha FCG, Souza JML, Carvalho ML, Penha KJS. Desmame precoce entre mulheres na unidade básica de saúde de São Luís – MA. *Rev Interd.* 2016;9(4):67-73.
34. Alencar APA, Nascimento GL, Lira PF, Fonseca FLA, Fonseca RLA, Alves BCA, et al. Principais causas do desmame precoce em uma estratégia de saúde da família. *Saúde Meio Ambient.* 2017;6(2):65-76.
35. Silva DP, Soares P, Macedo MV. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. *Rev Unimontes Cient.* 2017;19(2):146-57.
36. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA [Internet].*

- 1988;260(12):1743-48[citado 31 Jan 2018]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>.
37. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* [Internet]. 2005;83(4):691-729 [citado 31 Jan 2018]; Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
38. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CGL. Evaluation of prenatal care from the perspective of different models in primary care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013;21(2):789-800 [citado 31 Jan 2018]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01041692013000200546&script=sci_arttext&tlng=pt. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200011>
39. IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Botucatu [Internet]. 2017 [citado 28 Mar 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica – Núcleo de tecnologia da Informação. Informação e Gestão da Atenção Básica: e-Gestor Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 16 Out 2018]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
41. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Taxa de mortalidade infantil em São Paulo foi 10,9 em 2016 [Internet]. São Paulo: SEADE; 2017 [citado 13 Out 2018]. Disponível em: www.seade.gov.br/taxa-de-mortalidade-infantil-em-sao-paulo-foi-109-em-2016/
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 13 Out 2018]. 64 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf

ANEXO

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Botucatu



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista”, que pretende conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes em Botucatu/SP no primeiro ano de vida

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por compor o critério de inclusão que é passar por atendimento na Clínica do Bebê do município de Botucatu.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre condições socioeconômicas e demográficas das mães/famílias; atendimento e quantidade de atendimentos e grupos pré-natal e tipo de parto; local de nascimento do bebê, sexo, peso ao nascer e idade gestacional ao nascer; índice de Apgar, tempo de internação e necessidade de internação em berçário ou UTI neonatal; local de puericultura; participação em grupos de puericultura; encaminhamentos realizados; testes e vacinas preconizados ao recém-nascido realizados; alimentação da criança, uso de chupeta e mamadeiras e situação de saúde do bebê e da mãe; e a aplicação de uma escala de autoeficácia na amamentação. A primeira entrevista será durante o atendimento na Clínica do Bebê, as próximas entrevistas serão por ligação telefônica (2 e 4 meses de vida) e por visita domiciliar (3, 6, 9 e 12 meses de vida).

Especificamente, este estudo permitirá conhecer a atual situação alimentar das crianças menores de um ano, identificar associações entre cesárea eletiva e seus efeitos na vida das crianças no primeiro ano de vida e avaliar a atenção à saúde prestada aos recém-nascidos prematuros tardios, no município de Botucatu.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não irá interferir em seu atendimento no serviço. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____ Assinatura _____

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Coordenadora: Profa Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Fone: (14) 3880-1295. E-mail: cparada@fmb.unesp.br
Pesquisadoras: Anna Paula Ferrari. (14)99718-7586. E-mail: gabi_anna@hotmail.com
Michelle Cristine de Oliveira Minharro. (14) 3811-1123. E-mail: micrisoliveira@yahoo.com.br
Maria Cristina Heinzle da Silva Machado. (14)99641-1280. E-mail: paulocris10@bol.com.br
Renata Leite. (14)997572898. E-mail: re.milk1312@gmail.com.br
Maiara Mialich. (14)996184936. E-mail: may_mialich@hotmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB2015

Instrumento para coleta de dados

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

FORMULÁRIO 1**CAPTAÇÃO NA CLÍNICA DO BEBÊ**

Data da Entrevista: ___/___/___

Nº do Formulário

Você está aqui [Clínica do Bebê] para consulta agendada?

[1] Sim

[2] Não - Por qual motivo? _____

Tem consulta agendada? [1] Sim – para quando? ___/___/___ [2] Não

Nome do entrevistador:

Local da Entrevista:

Data da Revisão: ___/___/___

Nome do revisor:

1. IDENTIFICAÇÃO DA MAE E RN**1.1. Qual seu nome [completo, sem abreviações]:**

1.2. Qual sua data de nascimento: ___/___/___**1.3. Qual o nome da sua mãe:** _____**1.4. Qual o nome do seu pai:** _____**1.5. Qual o número do seu R.G.:** _____

Como você foi informada, estamos realizando um estudo sobre a saúde das crianças que nascem e moram em Botucatu.

Essa primeira entrevista será para conhecer seu bebê, você e sua família.

Vamos perguntar como foi o parto e os primeiros dias/mês de vida do seu bebê, na maternidade e em casa.

1.6. Qual foi a data do parto: ___/___/___**1.7. Qual o local que ocorreu o parto:**

[1] Hospital SUS-Unesp [2] Hospital UNIMED/Particular/Convênios – pular para 1.8

[3] Outro: _____ - pular para 1.8

1.7.1. Se parto na Unesp, anotar REGISTRO HOSPITALAR: _____**1.8. A gestação foi múltipla? [1] Sim [2] Não – pular para 1.9**

1.8.1. Se sim, quantos conceptos? _____ Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

1.9. Qual o nome do 1º bebê [completo, sem abreviações]:

1.10. Qual o sexo do [nome do bebê]: [1] masculino [2] feminino**1.11. Qual o nº registro hospitalar do [nome do bebê] caso tenha nascido na UNESP:**

_____ [2] bebê nasceu no hospital UNIMED

1.12. Qual seu endereço: Rua/Av: _____ Nº _____**1.13. Bairro:** _____**1.14. Ponto de referência:** _____

<p>1.15. Pretende se mudar nos próximos meses? [1] Sim [2] Não</p> <p>Novo endereço(NÃO DIGITAR):</p> <p>Telefones da mãe (explicar que é para agendar as próximas entrevistas):(NÃO DIGITAR)</p> <p>Fixo: _____ Celular: _____ Provedor: _____</p> <p>e-mail: _____</p>
<p>1.16. Qual seu estado civil (LERas alternativas)?</p> <p>[1] Casada [2] Solteira [3] União estável [4] Outro: _____</p> <p>1.17. Você vive com seu companheiro/marido? [1] Sim [2] Não</p> <p>1.18. Você tem contato com o pai da criança? [1] Sim [2] Não - pular para 1.19.</p> <p>1.18.1. Qual o nome dele? _____</p> <p>1.18.2. Qual o telefone dele? _____</p> <p>1.18.3. Onde ele trabalha? _____</p> <p>1.19. Você tem contato com a avó [materna/paterna] da criança?</p> <p>[1] Sim [2] Não - pular para "outros telefones"</p> <p>1.19.1. Qual o nome da avó paterna? _____</p> <p>Outros telefones (familiares/amigos) de pessoas que podem ser contatadas, em caso de não a encontrarmos:</p> <p>Listar nome, parentesco e telefone (até 4) : (NÃO DIGITAR)</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____</p>
<p>1.20. A sua cor de pele é [LER as alternativas]:</p> <p>[1] Branca [2] Negra [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena [6] Outra: _____</p>
<p>1.21. Qual foi a última série/ano escolar que você concluiu com aprovação na escola?</p> <p>Se preciso, ajudar com: Em qual série/ano escolar você parou de estudar?</p> <p>_____ anos de escolaridade. CASO A MÃE TENHA CURSADO ATÉ A OITAVA SÉRIE, pular para 1.22</p> <p>1.21.1. Você cursou o nono ano? [1] Sim [2] Não</p>
<p>1.22. Você trabalha [com remuneração]? [1] Sim [2] Não- pular para 1.23</p> <p>1.22.1. Qual sua ocupação? _____</p> <p>1.22.2. Onde você trabalha? [1] Em casa [2] Local de trabalho da mãe: [nome e tipo de estabelecimento]: _____</p> <p>1.22.3. Está de licença/afastada pelo nascimento do bebê?</p> <p>[1] Sim, com remuneração [2] Sim, sem remuneração [3] Não - pular para 1.23.</p> <p>1.22.4. Quando você voltar a trabalhar, qual será a idade do bebê [meses]: _____</p> <p>1.22.5. Qual sua jornada semanal de trabalho [horas/semana]: _____</p>
<p>1.23. Quantas pessoas [adultos e crianças] moram COM você? _____</p> <p>Quem são? [nome, idade e parentesco] (NÃO DIGITAR)</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p> <p>Nome: _____ Parentesco _____ idade _____</p>
<p>1.24. Qual foi a renda total da família no mês anterior? R\$ _____</p>

1.25. Quantas pessoas que dependem dessa renda? _____
1.26. Você recebe Bolsa Família? [1] Sim [2] Não - pular para 2.1
1.26.1. Qual o valor: R\$ _____
2. HISTÓRIA GESTACIONAL
2.1 Quantas vezes você ficou grávida (incluindo esta gestação): _____
2.2. Quantos partos você teve (incluindo este parto): _____
2.3. Quantas cesáreas você teve (incluindo este parto): _____
2.4. Quantos filhos nasceram vivos: _____
2.5. Quantos abortos ou natimorto (bebê que nasceu morto) você teve: _____
2.6. O(s)[nome(s) do(s) recém-nascido(s)] tem algum irmão que faleceu antes de completar 5 anos de idade? [1] Sim [2] Não - pular para 3.1
2.6.1. Quantos? _____
2.6.2. Qual a causa do óbito mais recente? _____
3. GESTAÇÃO ATUAL
3.1. A gestação do.....[nome do bebê]foi planejada? [1] Sim [2] Não
3.2 A gestação foi bem aceita, logo que você soube? [1] Sim - pular para 3.3 [2] Não
3.2.1 Se não, por quê? _____
3.3. Quando estava grávida, você participou de grupo de gestantes [grupos educativos] promovido pelo serviço onde você fez seu pré-natal? [1] Sim [2] Não - pular para 3.4
3.3.1. De quantas reuniões? _____
3.4. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre como amamentar, isto é como colocar o bebê no peito, qual peito dar primeiro ou outras orientações de como amamentar? [1] Sim [2] Não
3.5. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre até que idade um bebê deve mamar no peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.6
3.5.1. Se sim, qual a idade recomendada: _____ meses
3.6. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a idade ideal para o bebê começar a receber outro alimento/líquido, além do leite do peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.7
3.6.1. Se sim, qual a idade: _____ meses
3.7. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a data provável do seu parto (quando o bebê estaria pronto para nascer)? [1] Sim [2] Não – pular para 3.8
3.7.1. Se sim, com quanto tempo de gestação o bebê deveria nascer? _____ meses ou com _____ semanas [2] Não lembra
3.8. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre os tipos de parto? [1] Sim [2] Não
3.9. Você foi orientada/conversou sobre como se preparar para um parto normal? [1] Sim [2] Não
3.10. No pré-natal, você foi orientada a fazer regularmente caminhada ou alguma outra atividade física durante a gestação? [1] Sim [2] Não
3.11. Você faltou em alguma consulta do pré-natal? [1] Sim [2] Não - pular para 3.13
3.11.1. Se sim, por quê? _____
3.12. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional quando você faltou à consulta de pré-natal? [1] Sim [2] Não

<p>3.13. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional da unidade de saúde no último mês de sua gestação? [1] Sim [2] Não</p>
<p>3.14. Você lembra de ter sido informada sobre o local onde iria ocorrer seu parto? [1] Sim [2] Não</p>
<p>3.15. Durante a gravidez, alguma vez você precisou e procurou a maternidade? [1] Sim [2] Não - pular para 3.16</p> <p>3.15.1. Por qual motivo? _____</p> <p>3.15.2. Você se sentiu bem atendida?[1] Sim – pular para 3.16 [2] Não</p> <p>3.15.3. Por que você não se sentiu bem atendida? _____</p>
<p>3.16. Você foi encaminhada para fazer o pré-natal na UNESP? [1] Sim [2] Não – pular para 4.1</p> <p>3.16.1. Por que você foi encaminhada: _____</p> <p>3.17. Sua gestação foi diagnosticada de alto risco, em algum momento do pré-natal? [1] Sim [2] Não – pular para 3.18</p> <p>3.17.1. Por que sua gestação foi de alto risco? _____</p>
<p>3.18. No caso de seu pré-natal ter sido na UNESP, você manteve o acompanhamento na atenção básica/consultório particular? [1] Sim [2] Não – pular para 4.1</p> <p>3.18.1. Se sim, onde? _____</p>

4. PARTO E PUERPÉRIO

<p>4.1. Você foi atendida imediatamente na maternidade, quando chegou a hora do bebê nascer? [1] Sim - pular para 4.2 [2] Não [3] Não procurei o hospital (parto não ocorreu no hospital) – pular para 4.18</p> <p>4.1.1. Se não, o que aconteceu? _____</p>
<p>4.2. Houve algum problema (intercorrência materna ou fetal?) da sua chegada à maternidade até o nascimento do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 4.3</p> <p>4.2.1. Se sim, qual problema? _____</p>
<p>4.3. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a caminhar? [1] Sim [2] Não</p> <p>4.4. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a tomar banho morno? [1] Sim [2] Não</p> <p>4.5. Você foi orientada a usar alguma das seguintes técnicas para aliviar a dor: [LER as alternativas] [1] bola [3] massagem [4] acupuntura [2] Não</p> <p>4.6. Alguma outra técnica foi utilizada/orientada: [1] Sim [2] Não – pular para 4.7</p> <p>4.6.1. Se sim, qual? _____</p> <p>4.7. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você se sentiu respeitada durante trabalho de parto?[1] Sim – pular para 4.8 [2] Não</p> <p>4.7.1. Se não, por que? _____</p>
<p>4.8. Você entrou em trabalho de parto? [1] Sim [2] Não - pular para 4.9</p> <p>4.8.1. Você precisou de ajuda para entrar em trabalho de parto com medicação na veia ou por baixo, na vagina?[1] Sim [2] Não</p>
<p>4.9. Sua bolsa das águas foi rompida por profissional de saúde? [1] Sim [2] Não</p> <p>4.10. Você teve acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não</p> <p>4.11. A hora que o bebê nasceu você estava com acompanhante? [1] Sim [2] Não</p> <p>4.12. Qual o tipo de parto? [1] Vaginal [2] Cesárea- pular para 4.15</p>

<p>4.13. Fez episiotomia (corte por baixo, na região vaginal, feito pelo profissional que fez o parto)? [1] Sim [2] Não</p> <p>4.14. Ficou de cócoras? [1] Sim – pular para 4.18 [2] Não – pular para 4.18</p>
<p>4.15. Sua cesárea foi marcada com antecedência (combinada para um dia certo?) [1] Sim [2] Não - pular para 4.16.</p> <p>4.15.1. Se sim, por quê? _____</p> <p>4.15.2. Quem decidiu pela cesárea? [1] O médico [2] Você – pular para 4.15.4 [3] Ambos – pular para 4.15.5 [4] Outros – pular para 4.15.6</p> <p>4.15.3. Por que o médico decidiu pela cesárea? _____ pular para 4.16</p> <p>4.15.4. Por que você decidiu pela cesárea? _____ pular para 4.16</p> <p>4.15.5. Por que você e o médico decidiram pela cesárea? _____ pular para 4.16</p> <p>4.15.6. Quem decidiu pela cesárea? _____</p> <p>4.15.7. Por que [esta pessoa] decidiu pela cesárea? _____</p>
<p>4.16. A cesárea foi decidida quando o trabalho de parto estava em andamento (intra trabalho de parto)? [1] Sim [2] Não – pular para 4.17</p> <p>4.16.1. Se sim, por que? _____</p>
<p>4.17. Algum profissional de saúde falou que você ou seu bebê tiveram algum dos seguintes problemas (na gravidez ou no parto)? [LER as alternativas]</p> <p>4.17.1. Descolamento da placenta antes do parto [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.2. Prolapso/saída do cordão [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.3. Placenta prévia/baixa [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.4. Sofrimento fetal [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.5. Herpes genital com ferida na hora do parto [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.6. Bebê sentado ou atravessado [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.7. HIV [1] Sim [2] Não</p> <p>4.17.8. Algum desses problemas foi referido pelo médico ou outro profissional de saúde como o motivo da cesárea? [1] Sim [2] Não – pular para 4.17.8.2</p> <p>4.17.8.1. Se sim, qual? _____</p> <p>4.17.8.2. Se não, qual foi o motivo da sua cesárea? _____</p>
<p>4.18. Você teve algum problema no pós-parto? [1] Sim [2] Não- pular para 4.19</p> <p>4.18.1. Se sim, qual? _____</p>
<p>4.19. Você necessitou de internação em UTI no pós-parto? [1] Sim [2] Não – pular para 4.20</p> <p>4.19.1. Se sim, por quê? _____</p> <p>4.19.2. Quantos dias? _____ dias</p>
<p>4.20. Quantos dias, no total, você ficou internada na maternidade? _____ dias</p>
<p>4.21. Você recebeu alguma prescrição de medicamento na hora da alta? [1] Sim [2] Não – pular para 5.1</p> <p>4.21.1. Se sim, qual? _____</p>

5. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (MATERNIDADE/BERÇÁRIO)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

<p>5.1. Na maternidade, você recebeu orientações sobre como amamentar o seu bebê no primeiro dia de vida? [1] Sim [2] Não – pular para 5.2</p> <p>5.1.1. Você ficou satisfeita com as orientações recebidas? [1] Sim [2] Não [3] Parcialmente satisfeita</p>

<p>5.2. O seu bebê foi colocado peladinho no seu colo logo ao nascer? [1] Sim – pular para 5.3 [2] Não</p> <p>5.2.1. Se não, por quê? _____</p>
<p>5.3. O bebê mamou no seu peito 1ª hora de vida? [1] Sim – pular para 5.4 [2] Não</p> <p>5.3.1. Se não, por quê? _____</p>
<p>5.4. Desde o nascimento até a alta, você e seu bebê ficaram juntos? [1] Sim, todo o tempo - pular para 5.5 [2] Não [3] Sim, por algum tempo</p> <p>5.4.1. Por que não ficaram juntos o tempo todo? _____</p> <p>5.4.2. Seu bebê ficou em UTI/UCI? [1] Sim [2] Não – pular para 5.5</p> <p>5.4.2. Se sim, quanto tempo? _____ dias</p>
<p>5.5. Foi realizado Método Canguru? (bebê ficou em contato pele a pele com a mãe e/ou pai, embaixo da roupa) [1] Sim [2] Não – pular para 5.6</p> <p>5.5.1. Se sim, quantos dias? _____ dias</p>
<p>5.6. Na maternidade, seu bebê mamou no peito? [1] Sim [2] Não</p> <p>5.7. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou leite materno ordenhado? Como foi dado? LER as alternativas [1] Sim, com copinho [2] Sim, com chucha [3] Sim, com seringa, colher, outro [4] Sim, por sonda [5] Sim, mas não sabe como [6] Não tomou</p> <p>5.8. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou outro leite [não materno]? [1] Sim, mas não sabe qual leite [2] Sim, fórmula láctea. Nome: _____ [3] Sim, leite [de vaca] em pó. Nome: _____ [4] Sim, leite de vaca líquido. [5] Não – pular para 5.10</p> <p>5.9. Esse outro leite foi dado com: [1] Chucha/mamadeira [2] Colher/seringa [3] Copinho [4] Sonda [5] Não sei</p> <p>5.10. Você foi informada ou viu seu bebê tomando água? [1] Sim [2] Não</p> <p>5.11. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou água com açúcar ou soro glicosado? [1] Sim [2] Não</p> <p>5.12. Você foi informada ou viu se seu bebê chupou chupeta? [1] Sim [2] Não</p> <p>5.13. Na maternidade/berçário, você foi orientada sobre os cuidados com o bebê em casa? [1] Sim [2] Não – pular para 5.14</p> <p>5.13.1. Se sim, foi sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) [1] Amamentação [2] Banho e troca de fraldas do bebê [3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento [4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória [5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida [6] Vínculo afetivo entre você e o bebê [7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde [8] Outra</p> <p>5.13.2. Se outra, qual? _____</p> <p>5.14. Você recebeu a caderneta de saúde do bebê preenchida na alta da maternidade/berçário? [1] Sim [2] Não</p>

6. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (APÓS ALTA DA MATERNIDADE/BERÇÁRIO) Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

6.1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliária de profissional(is) da saúde após a alta do hospital? [1] Sim [2]

Não - **pular para 6.2**

6.1.1. Com quantos dias de vida o bebê estava na visita domiciliária? _____ dias

6.1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê?

[1] Médico – **pular para 6.1.3** [2] Enfermeiro – **pular para 6.1.3** [3] Outro

6.1.2.1. Se outro, quem? _____

6.1.3. O bebê foi pesado e medido na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

6.1.4. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

6.1.5. Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar? [1] Sim [2] Não

6.1.6. Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.1.7**

6.1.6.1. Se sim, qual problema? _____

6.1.7. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 6.2**

6.1.7.1. Se sim, foi sobre (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.1.7.2. Se outra, qual? _____

6.2. Depois da alta da maternidade, em qual serviço de saúde foi o primeiro atendimento do bebê?

[1] Clínica do Bebê – **pular para 6.2.2**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – **pular para 6.2.2**

[3] Ambulatório da UNESP – **pular para 6.2.2**

[4] Consultório particular – **pular para 6.2.2**

[5] Outro

6.2.1. Se outro, qual? _____

6.2.2. Qual idade do bebê no 1º atendimento após a alta da maternidade? _____ dias

6.2.3. O que foi feito com o bebê no 1º atendimento por serviço de saúde após a alta da maternidade?

(POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Consulta

[2] Avaliação da amamentação

[3] Avaliação da icterícia/“amarelinho” da pele

[4] Avaliação do peso

[5] Vacina(s)

[6] Teste(s) do pezinho e/ou outros testes: Qual(is)? _____

[7] Outros procedimentos: Qual(is)? _____

6.2.4. Qual o local onde o bebê foi atendido em consulta clínica, pela primeira vez após a alta da maternidade/berçário?

[1] Clínica do Bebê - **pular para 6.3**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família - **pular para 6.3**

[3] Ambulatório da UNESP - **pular para 6.3**

[4] Consultório particular - **pular para 6.3**[5] Outro

6.2.4.1. Se outro, qual? _____

6.3. Com quantos dias o bebê estava na primeira consulta clínica? _____ dias

Qual foi a data 1ª consulta clínica do bebê? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)

6.4. Quem atendeu o bebê na 1ª consulta clínica após a alta da maternidade/berçário?

[1] Médico [2] Enfermeiro

6.5. O bebê foi pesado e medido na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.6. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.7. O desenvolvimento do bebê foi avaliado na 1ª consulta clínica (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)? [1] Sim [2] Não

6.8. O profissional viu o bebê mamando na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.9. Houve algum problema com o bebê detectado na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.10**

6.9.1. Se sim, quais? _____

6.10. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não - **pular para 7.1**

6.11. Houve orientação sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.11.1. Se outra, qual? _____

7. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (ALIMENTAÇÃO ATUAL)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

7.1. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 7.4** [2] Não

7.2. Quanto tempo o bebê tinha quando cessou completamente o aleitamento materno? _____ dias

7.3. Por que ele não está mamando no peito? _____

7.4. Você teve ou está com algum problema para amamentar? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.5**

7.4.1. Se sim, qual? _____

7.5. Seu bico do peito rachou? [1] Sim [2] Não

7.6. O leite empedrou? [1] Sim [2] Não

7.7. Seu bebê está tomando outro leite? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.9**

7.7.1. Se sim, qual? _____

7.8. Quanto tempo o bebê tinha quando você deu outro leite pela primeira vez? _____ dias

7.9. Seu bebê toma chá? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.10**

7.9.1. Qual a idade dele na primeira vez que tomou chá? _____ dias

7.10. Seu bebê toma água? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.11**

7.10.1. Qual idade dele na primeira vez que tomou água? _____ dias

Agora vamos falar sobre a rotina de seu bebê, atualmente:

7.11. Você controla os horários de mamada, oferecendo o peito a cada 3 horas (ou 2, ou 4 horas)?

<p>[1] Sim</p> <p>[2] O bebê mama quando quer, sem horário rígido – pular para 7.12</p> <p>[3] Outra resposta. Especifique: _____ – pular para 7.12</p> <p>7.11.1. Se sim, qual o intervalo das mamadas? _____ horas</p>
<p>7.12. Você controla o tempo ou a duração de cada mamada?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não. O bebê mama quando quer, sem horário rígido – pular para 7.13</p> <p>[3] Outra resposta: Especifique: _____ - pular para 7.13</p> <p>7.12.1. Se sim, quanto tempo dura a mamada? _____ minutos</p>
<p>7.13. Observe as fotos seguintes e escolha aquela que mostra como seu bebê costuma mamar [mostrar FOTOS de pega errada/ruim e boa/correta]:</p> <p>[1] Foto A[2] Foto B[3] Foto C [4] Foto D</p> <p>7.14. A mamada foi observada por algum profissional na entrevista? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE] [1] Sim</p> <p>[2] Não – pular para 7.15</p> <p>7.14.1. Se sim, a pega estava correta? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE][1] Sim [2] Não</p>
<p>7.15. Seu bebê chora (LER as alternativas):</p> <p>[1] Muito, é difícil de acalmar, acima do que você considera normal nessa idade</p> <p>[2] Chora o normal para sua idade</p> <p>[3] Chora pouco, é muito calmo</p>
<p>7.16. Você conta com pessoas para ajudá-la com os cuidados com o bebê?</p> <p>[1] Sim[2] Não – pular para 7.18</p> <p>7.16.1. Se sim, quem? Nome: _____ Parentesco: _____</p> <p>7.17. E para ajudá-la com a amamentação? [1] Sim [2] Não – finalizar</p> <p>7.17.1. Se sim, quem [a mais importante]? Nome: _____ Parentesco: _____</p>
<p>7.18. Peso materno no dia da entrevista [PESAR]: _____ kg</p> <p>7.19. Estatura materna: _____ m</p>

BREASTFEEDING SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

<p>1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente. (Ou seja, não fico em dúvida se o bebê mamou tudo que precisa). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]</p>
<p>2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Ou seja, supero ou dou conta com sucesso da amamentação, como faço com outros desafios ou demais situações da minha vida). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]</p>
<p>3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.</p> <p>[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]</p>
<p>4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.</p> <p>[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]</p>
<p>5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer. (Ou seja, sempre termino de amamentar satisfeita). [1</p>

= Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando. (Ou seja, consigo acalmá-lo e amamentar sem problemas).[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando. (Ou seja, não estou pensando em parar de amamentar). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família. [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (Ou seja, gosto de amamentar e estou satisfeita comigo por isso). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Ou seja, mesmo consumindo bastante tempo eu quero amamentar).[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
11. Eu sempre amamento meu bebê em um só peito em cada mamada e depois na próxima mudo para o outro. (Ou seja, não dou os dois peitos na mesma mamada). [1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (Ou seja, a cada mamada eu dou sempre o peito, mesmo que de também outro leite ou outro alimento).[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Ou seja, organizo bem minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]

8. DADOS COLETADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL E DO PRONTUÁRIO DAS GESTANTES

8.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – pular para 8.2
8.1.1. Se sim, qual a data? ___/___/___
8.2. Há registro de DUM=US (ultrassom)? [1] Sim [2] Não
8.3. Há registro de ERRO DE DATA? [1] Sim [2] Não
8.4. Há registro de data da realização do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.5
8.4.1. Se sim, qual foi a data do 1º ultrassom? ___/___/___
8.5. Há registro de idade gestacional do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.6
8.5.1. Se sim, qual a idade gestacional do 1º ultrassom? ___ semanas ___ dias
8.6. Método usado para estimar a idade gestacional (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA): [1] DUM [2] Ultrassom precoce (1º trimestre <= 14 semanas) [3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas) [4] Outro
8.6.1. Se outro, qual? _____
8.7. Local de realização do pré-natal: _____
8.8. Idade gestacional na primeira consulta pré-natal: ___ semanas ___ dias
8.9. Idade gestacional na última consulta pré-natal: ___ semanas ___ dias
8.10. Número de consultas realizadas no pré-natal: _____
8.11. Peso materno pré gestacional: _____ Kg

8.12. Peso na primeira consulta: _____ Kg
8.13. Peso materno na última consulta: _____ Kg
Questões sobre o processo da assistência pré-natal (a partir dos prontuários das gestantes nas Unidades de Saúde):
8.14- Há no prontuário resultado de hemograma colhido no 1º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.15- Há no prontuário resultado de glicemia de jejum colhida no 1º trimestre? [1] Sim [2] Não
8.16- Há no prontuário resultado de urina I colhida no 1º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.17- Há no prontuário resultado de urocultura colhida no 1º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.18- Há no prontuário resultado de sorologia para toxoplasmose colhida no 1º trimestre? [1] Sim [2] Não
8.19- Há no prontuário resultado de sorologia para Hepatite B colhida no 1º trimestre? [1] Sim [2] Não
8.20- Há no prontuário resultado de teste para sífilis colhido no 1º trimestre? [1] Sim [2] Não
8.21- Há no prontuário resultado de teste anti HIV colhido no 1º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.22- Há no prontuário registro sobre orientação relativa à alimentação no início da gravidez?[1] Sim [2] Não
8.23- Há no prontuário resultado de hemograma colhido no 3º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.24- Há no prontuário resultado de glicemia de jejum colhida no 3º trimestre? [1] Sim [2] Não [3] Coleta desnecessária, fez GTT + PG
8.25- Há no prontuário resultado de urina I colhida no 3º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.26- Há no prontuário resultado de urocultura colhida no 3º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.27- Há no prontuário resultado de sorologia para toxoplasmose colhida no 3º trimestre? [1] Sim [2] Não [3] Coleta desnecessária, IgG reagente
8.28- Há no prontuário resultado de sorologia para Hepatite B colhida no 3º trimestre? [1] Sim [2] Não [3] Coleta desnecessária, AntiHBs reagente
8.29- Há no prontuário resultado de teste para sífilis colhido no 3º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.30- Há no prontuário resultado de teste anti HIV colhido no 3º trimestre?[1] Sim [2] Não
8.31- Há no prontuário registro sobre sinais de alerta no final da gestação? [1] Sim [2] Não
8.32- Há no prontuário registro de revisão de parto?[1] Sim [2] Não
8.33- Há no prontuário registro de parto a termo? [1] Sim [2] Não
9. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.
9.1. Peso ao nascer do bebê: _____ g [9] Sem registro
9.2. Comprimento ao nascer do bebê: _____ cm [9] Sem registro
9.3. Perímetro cefálico ao nascer do bebê: _____ cm [9] Sem registro
9.4. Idade gestacional do bebê ao nascer: _____ sem _____ dias [9] Sem registro
9.5. Índice de Apgar de 1º minuto do bebê: _____ [11] Sem registro
9.6. Índice de Apgar de 5º minuto do bebê: _____ [11] Sem registro
9.7. Há registro de peso do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 9.8 Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)
9.7.1. Se sim, qual o peso do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê _____ g
9.8. Há registro de estatura do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 9.9 - Se sim, data da medida: ___/___/___ (NÃO DIGITAR)
9.8.1. Se sim, qual a estatura do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê? _____ cm
9.9. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor: [1] Sim [2] Não – pular para 9.10
9.9.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:

<p>[1] Adequado para idade - pular para 9.10 [2] Em atraso</p> <p>[9] Sem registro – pular para 9.10</p> <p>9.9.2. Se em atraso, em qual área?</p> <p>[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro</p>
<p>9.10. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido ainda na maternidade?</p> <p>[1] Sim [2] Não – pular para 9.11</p> <p>9.10.1. Se sim, qual(is)? _____</p>
<p>9.11. Há registro de vacina(s) que o bebê tenha recebido, após a alta da maternidade/berçário?</p> <p>[1] Sim [2] Não – pular para 9.12</p> <p>9.11.1. Se sim, qual(is)? _____</p>
<p>9.12. Há registro de orientações especiais sobre cuidados domiciliares com o bebê feito por profissional da maternidade/berçário?</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>9.12.1. Se sim, quais? _____</p>

Muito obrigada pela entrevista. Desejamos saúde para você e seu bebê. Nós vamos voltar a conversar com você quando seu bebê tiver 2 meses. Vamos ligar para combinar o melhor horário. Caso você mude seu telefone, pode ligar a cobrar, passando o novo número.

10. DADOS COLETADOS ATRAVÉS DO FORMULÁRIO DA CLÍNICA DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

<p>10.1. Há registro da idade gestacional do bebê ao nascer? [1] Sim [2] Não – pular para 10.2</p> <p>10.1.1. Se sim, qual? _____ sem _____ dias</p> <p>10.2. Há registro de idade gestacional ao nascer, calculada por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não – pular para 10.3</p> <p>10.2.1. Se sim, qual? _____ sem _____ dias</p>
<p>10.3. Há registro de com qual idade o bebê recebeu alta hospitalar?</p> <p>[1] Sim [2] Não – pular para 10.4</p> <p>10.3.1. Se sim, qual? _____ dias</p>
<p>10.4. Qual a data da 1ª. consulta do bebê na Clínica do Bebê: ____/____/____</p> <p>10.5. Com qual idade o bebê foi atendido na 1ª. consulta da Clínica do Bebê: _____ dias</p>
<p>10.6. Há registro do peso ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.7</p> <p>10.6.1. Se sim, qual? _____ g</p>
<p>10.7. Há registro do comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.8</p> <p>10.7.1. Se sim, qual? _____ cm</p>
<p>10.8. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.9</p> <p>10.8.1. Se sim, qual? _____ cm</p>
<p>10.9. Há registro do Índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.10</p> <p>10.9.1. Se sim, qual? _____</p>
<p>10.10. Há registro do Índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim [2] Não - pular para 10.11</p> <p>10.10.1. Se sim, qual? _____</p>
<p>10.11. Qual profissional de saúde que atendeu o bebê na 1º consulta da Clínica do Bebê?</p> <p>[1] Médico [2] Enfermeiro [3] Outro: _____</p> <p>10.12. Há registro do peso do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?</p> <p>[1] Sim [2] Não- pular para 10.13</p> <p>10.12.1. Se sim, peso do bebê: _____ g</p> <p>10.12.2. Percentil: _____</p>

10.12.3. Ganho de peso diário: _____ g

10.13. Há registro da estatura do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não- **pular para 10.14**

10.13.1. Se sim, estatura do bebê: _____ cm

10.13.2. Percentil: _____

10.14. Há registro do exame físico, incluindo avaliação de icterícia do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não

10.15. Há registro da avaliação do desenvolvimento do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – **pular para 10.16**

10.15.1. Se sim, o DNPM foi considerado: [1] Adequado- **pular para 10.16**

[2] Em atraso [9] Sem registro- **pular para 10.16**

10.15.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

10.16. Há registro da avaliação da amamentação pelo profissional no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não

10.17. Há registro de algum problema com o bebê detectado no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não- **pular para 10.18**

10.17.1. Se sim, qual(is)? _____

10.18. Há registro de orientações sobre os cuidados domiciliares com o bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não – **pular para 10.19**

10.18.1. Se sim, foi sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação [2] Higiene

[3] Estimulação do desenvolvimento [4] Sinais e sintomas de alerta/perigo

[5] Segurança do bebê [6] Vínculo afetivo

[7] Acompanhamento por serviço de saúde [8] Outras da rotina (check-list da Clínica)

[9] Outras especiais

10.18.2. Se outra(s) especial(is), qual(is)? _____

10.19. Há registro de prescrição de Adtil ao bebê? [1] Sim [2] Não

10.20. Há registro de prescrição de suplementação de ferro profilática ao bebê?

[1] Sim [2] Não

10.21. Foi agendado o primeiro retorno do bebê na atenção básica ou consultório particular?

[1] Sim [2] Não- **pular para 11.1**

10.21.1. Se sim, para quando? ___/___/___

10.21.2. Para qual Unidade de Saúde ou Consultório Particular? _____

11. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

11.1. O bebê foi classificado como de risco ao nascer? [1] Sim [2] Não- pular para 12.1

11.1.1. Se sim, por qual serviço? _____

11.1.2. Se sim, foram identificados riscos biológicos? [1] Sim [2] Não- pular para 11.1.3

11.1.2.1. Se sim, quais?

[1] Peso nascimento < 2.500

[2] Doença que justifique internação em UTI ou UCI

[3] Fototerapia precoce ou por mais de 24 horas

- [4] Malformação congênita maior ou múltiplas/doença genética
 [5] Apgar de 5 minutos menos que 7 [6] Mãe HIV +
 11.1.3. Se sim, foram identificados riscos sociais? [1] Sim [2] Não- pular para 12.1
 11.1.3.1. Se sim, quais?
 [1] Idade da mãe < 18 anos
 [2] Mãe analfabeta
 [3] Irmão(ã) morto(a) com menos de 5 anos de idade
 [4] Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe de família”
 [5] Mãe sem seguimento Pré-natal (<=3 consultas)
 [6] Mãe com problema psiquiátrico ou doença que a impossibilita de cuidar do bebê
 [7] Pais usuários de álcool e/ou drogas

12. DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO DO BEBÊ/MÃE DA MATERNIDADE Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

12.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – pular para 12.2

12.1.1. Se sim, qual a DUM? ___/___/___

12.2. Há registro de idade gestacional ao nascer? [1] Sim [2] Não – pular para 12.3

12.2.1. Se sim, qual a idade gestacional ao nascer? ___ semanas ___ dias

12.3. Há registro de qual método utilizado para o cálculo da idade gestacional ao nascer?

[1] Sim [2] Não – pular para 12.4

12.3.1. Se sim, qual método utilizado:

[1] DUM [2] Ultrassom precoce (1º trimestre <= 14 semanas)

[3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas) [4] Outro

12.3.1.1. Se outro, qual? _____

12.4. Tipo de parto registrado: [1] Vaginal- pular para 12.5 [2] Fórceps- pular para 12.5 [3] Cesárea

12.4.1. Se cesárea, qual motivo/indicação: _____

12.5. Há registro de anestesia no parto? [1] Sim [2] Não- pular para 12.7

12.5.1. Se sim, qual o tipo de anestesia? [1] Bloqueio local [2] Peridural [3] Raqui

12.7. Há registro de intercorrência com bebê durante o parto? [1] Sim [2] Não- pular para 12.8

12.7.1. Se sim, qual(is)? _____

12.8. Há registro de qual profissional recepcionou o bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.9

12.8.1. Se sim, qual? [1] Pediatra [2] Enfermeiro [3] Outro

12.9. Há registro da realização de Credê no bebê? [1] Sim [2] Não

12.10. Há registro da realização de vitamina k no bebê? [1] Sim [2] Não

12.11. Há registro de realização de tipagem sanguínea do bebê? [1] Sim [2] Não

12.12. Há registro de realização da sorologia do bebê para sífilis? [1] Sim [2] Não

12.13. Há registro de realização da sorologia do bebê para HIV? [1] Sim [2] Não

12.14. Há registro de realização de secagem do bebê imediatamente após nascer? [1] Sim [2] Não

12.15. Há registro de intercorrência com o bebê após o parto até a alta?

[1] Sim [2] Não- pular para 12.16

12.15.1. Se sim, qual(is)? _____

12.15.2. Se sim, qual(is) medida (s) foi(ram) tomada (s): _____

12.16. Há registro de tipo de aleitamento materno oferecido para o bebê após o parto até a alta?

[1] Sim [2] Não- pular para 12.17

12.16.1. Se sim, qual método?

[1] Mamas [2] Copinho [3] Chuca [4] Seringa, colher, outro

[5] Sonda [6] Não tomou [9] Sem registro

12.16.2. Se sim, quando se deu seu início?

- [1] de 0 hora a menos de 1 hora
- [2] de 1 hora a menos de 2 horas
- [3] de 2 horas a menos de 3 horas
- [4] de 3 horas a menos de 4 horas
- [5] de 4 horas a menos de 5 horas
- [6] de 5 horas a menos de 6 horas
- [7] de 6 horas a menos de 12 horas
- [8] de 12 horas a menos de 24 horas
- [8] de 24 horas a menos de 48 horas
- [10] de 48 horas a mais

12.17. Há registro de tipo de aleitamento artificial (fórmula láctea/leite de vaca em pó ou líquido) oferecido para o bebê após o parto até a alta?

- [1] Sim [2] Não- **pular para 12.18**

12.17.1. Se sim, qual método?

- [1] Copinho [2] Chuca [3] Seringa, colher, outro
 [4] Sonda [5] Não tomou [9] Sem registro

12.17.2. Se sim, quando se deu seu início?

- [1] de 0 hora a menos de 1 hora
- [2] de 1 hora a menos de 2 horas
- [3] de 2 horas a menos de 3 horas
- [4] de 3 horas a menos de 4 horas
- [5] de 4 horas a menos de 5 horas
- [6] de 5 horas a menos de 6 horas
- [7] de 6 horas a menos de 12 horas
- [8] de 12 horas a menos de 24 horas

12.18. Há registro de tipo de oferecimento de água para o bebê após o parto até a alta?

- [1] Sim [2] Não

12.19. Há registro de tipo de oferecimento de água com açúcar ou soro glicosado para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não

12.20. Há registro de avaliação da ingestão de leite materno ou da eficácia da sucção do bebê? (Avaliação da amamentação) [1] Sim [2] Não

12.21. Há registro de coleta de exame para verificação de bilirrubina total sérica e frações (bilirrubina direta/indireta) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- **pular para 12.22**

12.21.1. Se sim, quando (dias de vida)?

- [1] 1º dia [2] 2º dia [3] 3º dia [4] 4º dia [5] 5º dia a mais

12.21.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(or)am adotada(s) frente a essa avaliação? _____

12.22. Há registro de coleta de exame para verificação de glicemia capilar (HGT) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- **pular para 12.23**

12.22.1. Se sim, quando (horas de vida)? [POSSIBILIDADE DE MAIS DE UMA ALT.]

- [1] de 0 hora a menos de 2 horas
- [2] de 2 horas a menos de 4 horas
- [3] de 4 horas a menos de 6 horas
- [4] de 6 horas a menos de 12 horas

[5] de 12 horas a menos de 24 horas
[6] de 24 horas a menos de 48 horas
[7] de 48 horas a menos de 72 horas
[8] de 72 horas a mais [9] prescrito de horário (6/6h; 8/8h; 12/12h;...)
12.23. Há registro de medicação administrada ao bebê após o parto até a alta?
[1] Sim [2] Não- pular para 12.2412.23.1. Se sim, qual(is)? _____
12.24. Há registro de necessidade de reanimar o bebê após o parto?[1] Sim [2] Não
12.25. Há registro de índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.26
12.25.1. Se sim, qual o valor? _____
12.26. Há registro de índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim[2] Não- pular para 12.27
12.26.1. Se sim, qual o valor? _____
12.27. Há registro de peso ao nascer do bebê? [1] Sim[2] Não- pular para 12.28
12.27.1. Se sim, qual? _____ g
12.28. Há registro de peso diário do bebê até a alta?[1] Sim [2] Não
12.29. Há registro de comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.30
12.29.1. Se sim, qual? _____ cm
12.30. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê?[1] Sim [2] Não- pular para 12.31
12.30.1. Se sim, qual? _____ cm
12.31. Há registro de Idade Gestacional, calculada após o nascimento por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não - pular para 12.32
12.32. Há registro de realização do 1º banho do bebê?[1] Sim [2] Não- pular para 12.33
12.32.1. Se sim, com quantas horas de vida?
[1] de 2 horas a menos de 4 horas
[2]de 4 horas a menos de 6 horas
[3]de 6 horas a menos de 12 horas
[4]de 12 horas a menos de 24 horas
[5]de 24 horas a menos de 48 horas
[6]de 48 horas a menos de 72 horas
[7]de 72 horas a mais
12.33. Há registro de realização do Método Canguru?[1] Sim [2] Não- pular para 12.34
12.33.1. Se sim, quantos dias? _____ dias
12.34. Há algum registro sobre ansiedade e/ou depressão apresentada pela mãe após o parto até a alta?[1] Sim [2] Não- pular para 12.35
12.34.1. Se sim, qual(is) medidas foram tomadas? _____
12.35. Data da alta da mãe da maternidade ____/____/____
12.36. Data da alta do bebê da maternidade/berçário ____/____/____

APÊNDICE 2

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA” FORMULÁRIO III

Coleta em Visita Domiciliária (3º mês)

Data da entrevista: ____/____/____

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

1. DADOS DA ENTREVISTA

1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliária de profissional(is) da saúde após a consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [1] Não - **pular para 1.7**

1.1. Quando ocorreu a visita domiciliária? Data: ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

Bebê estava com: _____ dias

1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) [1] Médico – **pular para 1.3** [2] Enfermeiro – **pular para 1.3** [3] Outro

1.2.1 Se outro, quem? _____

1.3. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

1.4. Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar? [1] Sim [2] Não

1.5. Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual problema? _____

1.6. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 1.7**

1.6.1 Se sim, foi sobre (LER as alternativas) (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) (LER AS ALTERNATIVAS):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

1.6.2. Se outra, qual? _____

1.7. Depois da consulta na Clínica do Bebê, em qual(is) serviço(s) de saúde o bebê foi atendido e quando? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Não foi atendido em serviço de saúde – **pular para 1.8**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – Data: ____/____/____

Qual? (NÃO DIGITAR): _____

[3] Ambulatório da UNESP – Data: ____/____/____

[4] Consultório particular – Data: ____/____/____ [5] Outro – Data: ____/____/____

1.7.1. Se outro, qual? _____

1.7.2. Nestes serviços, foram realizados os procedimentos abaixo? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) (LER AS ALTERNATIVAS)

[1] O bebê foi pesado

[2] O bebê foi examinado (corpo inteiro)

- [3] O profissional viu o bebê mamar
 [4] O desenvolvimento do bebê foi avaliado (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)
 [5] O bebê foi vacinado
 [6] Foi colhido material para exames laboratoriais e/ou de imagem
 [7] Foi prescrita suplementação vitamínica (Atil)
 [8] Foi prescrito sulfato ferroso
 [9] Outro(s) procedimento(s):
 [10] Nenhum destes procedimentos foi realizado
 1.7.2.1 Qual(is) outro(s) procedimento(s)? _____

1.7.3 Nestes serviços, houve orientações sobre os cuidados com o bebê?

- [1] Sim
 [2] Não - **pular para 1.8**

1.7.3.1 Houve orientação sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

- [1] Amamentação
 [2] Banho e troca de fraldas do bebê
 [3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento
 [4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória
 [5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida
 [6] Vínculo afetivo entre você e o bebê
 [7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde
 [8] Outra

1.7.3.2 Se outra, qual? _____

1.8. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

- 1.8.1. Asma [1] Sim [2] Não
 1.8.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.1.2. Quando? ____/____/____
 1.8.2. Bronquite [1] Sim [2] Não
 1.8.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.2.2. Quando? ____/____/____
 1.8.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não
 1.8.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____
 1.8.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não
 1.8.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____
 1.8.5. Outra [1] Sim [2] Não
 1.8.5.1. Se outra, qual? _____
 1.8.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

1.9. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

- 1.9.1. Rinite [1] Sim [2] Não
 1.9.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____
 1.9.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não
 1.9.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____/____/____
 1.9.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não
 1.9.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____/____/____

1.9.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não			
1.9.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.4.2. Quando? ____/____/____	
1.9.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não			
1.9.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.5.2. Quando? ____/____/____	
1.9.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não			
1.9.6.1 Se outro, qual? _____			
1.9.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____		1.9.6.3. Quando? ____/____/____	
1.10. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou outro problema de saúde?			
[1] Sim			
[2] Não – pular para 1.12			
1.10.1 Problema de saúde	1.10.2. Data	1.10.3. Local de Atendimento	1.10.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.			
1.11. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____			

1.11.1. Onde o bebê foi internado? _____			

1.11.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias			
Questões bloco 1.12 apenas para bebês que na entrevista por telefone mamavam no peito. Se não mamava, iniciar na questão 1.14.			
1.12. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 1.12.3 [2] Não			
1.12.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quanto _____ meses _____ dias			
1.12.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____			
_____ - pular para 1.13			
1.12.3. Você está com dificuldade para amamentar?			
[1] Sim			
[2] Não – pular para 1.13			
1.12.3.1. Qual(is) dificuldade(s)? _____			

1.12.3.2. Está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?			
[1] Sim [2] Não – pular para 1.13			
1.12.3.3. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]			
[1] Profissional da Saúde – pular para 1.13		[2] Amigos ou parentes – pular para 1.13	
[3] Esposo/companheiro – pular para 1.13		[4] Outra pessoa	
1.12.3.4. Se outra pessoa, quem? _____			
1.13. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?			
[1] Sim [2] Não – pular para 1.14			

1.13.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	
1.13.1.1 Chá [1] Sim [2] Não	
1.13.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não	
1.13.1.3 Água [1] Sim [2] Não	
1.13.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não	
1.13.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não	
1.13.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não	
1.13.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não	
1.13.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não	
1.13.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não	
1.13.1.10 – Outro: _____	
1.14. O bebê começou a usar chupeta após a entrevista por telefone?	
[1] Sim [2] Não – pular para 1.15	
1.14.1. Se sim, qual a idade de início? _____ meses _____ dias	
1.15. O bebê começou a usar mamadeira após a entrevista por telefone?	
[1] Sim [2] Não – pular para 1.16	
1.15.1. Se sim, qual a idade de início? _____ meses _____ dias	
1.16. O bebê está recebendo suplementação de vitamina A + D profilática (Adtil)?	
[1] Sim [2] Não	
1.17. O bebê está recebendo suplementação de ferro profilática (sulfato ferroso)?	
[1] Sim [2] Não	
1.18. Peso mãe + bebê: _____ kg	
1.18.1. Peso mãe: _____ kg	
1.18.2. Peso atual do bebê: _____ g	
1.18.3. Percentil: _____	
1.19. Comprimento atual da criança: _____ cm	
1.19.1. Percentil: _____	
2 DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)	
2.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde?	
[1] Sim [2] Não – pular para 2.2	
2.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)	
2.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g	
2.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde?	
[1] Sim [2] Não – pular para 2.3	
2.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)	
2.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm	
2.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor?	
[1] Sim [2] Não – pular para 2.4	
2.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:	
[1] Adequado para idade – pular para 2.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 2.4	
2.3.2. Se em atraso, em qual área?	
[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro	
2.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido após a consulta na Clínica do Bebê?	
[1] Sim [2] Não – pular para 2.5	
2.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):	
[1] BCG - Data: ____/____/____	
[2] 1ª dose Hepatite B - Data: ____/____/____	
[3] 1ª dose VIP - Data: ____/____/____	
[4] 1ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____	
[5] 1ª dose Rotavírus - Data: ____/____/____	
[6] 1ª dose Pneumocócica 10valente - Data: ____/____/____	
[7] 1 dose Meningocócica C - Data: ____/____/____	
[8] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____	
- _____ Data: ____/____/____	

2.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – **pular para 2.6**

2.5.1. Se sim, qual(is)? _____

2.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica?

[1] Sim [2] Não – **pular para 2.7**

2.6.1. Se sim, qual(is)? _____

2.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência?

[1] Sim [2] Não – **finalizar**

2.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

APÊNDICE 3

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB - 2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (6º mês)**

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista: [1] Sim [2] Não

1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA**1.1.** Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma:

[1] tirar sempre o excesso de gordura/pele

[2] comer com a gordura/pele

[3] não come carne/frango com gordura/pele

1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

[1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe [5] não toma

1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES À ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 6** - Obs: não vale fisioterapia

2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou? *ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO*

2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho)

2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia)

2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc)

2.2.4 () Corrida (esteira ou outra)

2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica)

2.2.6 () outro _____

2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana? [1] Sim [2] Não

2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

2.4.1 () 1 a 2 dias por semana 2.4.2 () 3 a 4 dias por semana

2.4.3 () 5 a 6 dias por semana 2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

2.5.1 () menos de 10 minutos 2.5.2 () entre 10 e 19 minutos

2.5.3 () entre 20 e 29 minutos 2.5.4 () entre 30 e 39 minutos

2.5.5 () entre 40 e 49 minutos 2.5.6 () entre 50 e 59 minutos

2.5.7 () 60 minutos ou mais

2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz? _____

2.6.2 Onde trabalha? _____

2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada? [1] Sim [2] Não

2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não
2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 2.10.1 () menos de 10 minutos 2.10.2 () entre 10 e 19 minutos
 2.10.3 () entre 20 e 29 minutos 2.10.4 () entre 30 e 39 minutos
 2.10.5 () entre 40 e 49 minutos 2.10.6 () entre 50 e 59 minutos
 2.10.7 () 60 minutos ou mais

2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana? [1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2.14**

2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não

2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 2.13.1 () menos de 10 minutos 2.13.2 () entre 10 e 19 minutos
 2.13.3 () entre 20 e 29 minutos 2.13.4 () entre 30 e 39 minutos
 2.13.5 () entre 40 e 49 minutos 2.13.6 () entre 50 e 59 minutos
 2.13.7 () 60 minutos ou mais

2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador?

- 2.14.1 () menos de 1 hora 2.14.2 () entre 1 e 2 horas
 2.14.3 () entre 2 e 3 horas 2.14.4 () entre 3 e 4 horas
 2.14.5 () entre 4 e 5 horas 2.14.6 () entre 5 e 6 horas 2.14.7 () mais de 6 horas
 2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.1.2. Quando? ____/____/____

3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.2.2. Quando? ____/____/____

3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____

3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____

3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

3.1.5.1. Se outra, qual? _____

3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

3.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não

3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ___/___/___

3.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não

3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ___/___/___

3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não

3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ___/___/___

3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ___/___/___

3.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não

3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ___/___/___

3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

3.2.6.1 Se outro, qual? _____

3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ___/___/___

3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 3.5

3.3.1. Problema de saúde	3.3.2. Data	3.3.3. Local de Atendimento	3.3.3.1. Outro, qual?
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo?

3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco 3.5 apenas para bebês que na entrevista anterior mamavam (por telefone, aos 4 meses) no peito. Se não mamava, iniciar na questão 3.7.

3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 3.6 [2] Não

3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias

3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – pular para 3.7

3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não

3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não

3.7. Peso atual da criança: _____ g 3.7.1. Percentil: _____

3.7.2. Peso materno: _____ kg 3.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg

3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm 3.8.1. Percentil: _____

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 4.2**

4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)

4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g

4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 4.3**

4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)

4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm

4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde??

[1] Sim [2] Não – **pular para 4.4**

4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:

[1] Adequado para idade – **pular para 4.4** [2] Em atraso [9] Sem registro – **pular para 4.4**

4.3.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido a partir dos 3 meses?

[1] Sim [2] Não – **pular para 4.5**

4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] 1ª. dose Meningocócica C – Data: ____/____/____

[2] 2ª. dose Meningocócica C - Data: ____/____/____

[3] 2ª dose VIP - Data: ____/____/____

[4] 2ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[5] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[6] 2ª dose Rotavírus - Data: ____/____/____

[7] 2ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[8] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[9] 1ª. dose VOP - Data: ____/____/____

[10] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____

- _____ Data: ____/____/____

4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 3 meses?

[1] Sim [2] Não – **pular para 4.6**

4.5.1. Se sim, qual(is)? _____

4.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – **pular para 4.7**

4.6.1. Se sim, qual(is)? _____

4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim [2] Não – **finalizar**

4.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebeingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

APÊNDICE 4

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (9º mês)**

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista (aos 6 meses): [1] Sim [2] Não

1. DADOS DA ENTREVISTA

1.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

1.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

1.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.1.2. Quando? ____/____/____

1.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

1.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.2.2. Quando? ____/____/____

1.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

1.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____

1.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

1.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____

1.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

1.1.5.1. Se outra, qual? _____

1.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

1.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

1.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não

1.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____

1.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não

1.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ___/___/___

1.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não

1.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ___/___/___

1.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

1.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ___/___/___

1.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não

1.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ___/___/___

1.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

1.2.6.1 Se outro, qual? _____

1.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ___/___/___

1.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 1.5

1.3.1 Problema de saúde	1.3.2. Data	1.3.3. Local de Atendimento	1.3.3.1. Outro, qual?
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

1.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo?

1.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

1.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias	
Questões bloco 1.5 apenas para bebês que na ENTREVISTA ANTERIOR MAMAVAM no peito. Se NÃO mamava, iniciar na questão 1.7 .	
1.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 1.6 [2] Não	
1.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias	
1.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____	
1.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?	
[1] Sim [2] Não – pular para 1.7	
1.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	
1.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não	
1.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não	
1.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não	
1.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não	
1.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não	
1.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não	
1.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não	
1.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não	
1.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não	
1.7. Peso atual da criança: _____ g	1.7.1. Percentil: _____
1.7.2. Peso materno: _____ kg	
1.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg	
1.8. Comprimento atual da criança: _____ cm	1.8.1. Percentil: _____
2 DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)	
2.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.2	
2.1.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)	
2.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g	
2.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.3	
2.2.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)	
2.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm	
2.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – pular para 2.4	
2.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:	
[1] Adequado para idade – pular para 2.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 2.4	
2.3.2. Se em atraso, em qual área?	
[1] Motora	[2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

2.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES?

[1] Sim [2] Não – **pular para 2.5**

2.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] 1ª dose VOP - Data: ____/____/____

[2] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[3] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[4] Febre amarela - Data: ____/____/____

[5] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____

- _____ Data: ____/____/____

2.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES [1] Sim [2] Não – **pular para 2.6**

2.5.1. Se sim, qual(is)? _____

2.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – **pular para 2.7**

2.6.1. Se sim, qual(is)? _____

2.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES?? [1] Sim [2] Não – **finalizar ou tabela alimentar**

2.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno. **Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.**

APÊNDICE 5

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB - 2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (12º mês)**

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista (9 meses): [1] Sim [2] Não

1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA**1.1.** Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma:

[1] tirar sempre o excesso de gordura/pele

[2] comer com a gordura/pele

[3] não come carne/frango com gordura/pele

1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

[1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe [5] não toma

1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar

por sanduíches, salgados, *pizza* ou outros lanches?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES A ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 6** - Obs: não vale fisioterapia

2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou? *ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO*

2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho)

2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia)

2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc)

2.2.4 () Corrida (esteira ou outra)

2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica)

2.2.6 () outro _____

2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana? [1] Sim [2] Não

2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

2.4.1 () 1 a 2 dias por semana 2.4.2 () 3 a 4 dias por semana

2.4.3 () 5 a 6 dias por semana 2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

2.5.1 () menos de 10 minutos 2.5.2 () entre 10 e 19 minutos

2.5.3 () entre 20 e 29 minutos 2.5.4 () entre 30 e 39 minutos

2.5.5 () entre 40 e 49 minutos 2.5.6 () entre 50 e 59 minutos

2.5.7 () 60 minutos ou mais

2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz? _____

2.6.2 Onde trabalha? _____

2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada? [1] Sim [2] Não

2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não – **PULAR PARA 2.11**

2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.10.1 () menos de 10 minutos 2.10.2 () entre 10 e 19 minutos

2.10.3 () entre 20 e 29 minutos 2.10.4 () entre 30 e 39 minutos

2.10.5 () entre 40 e 49 minutos 2.10.6 () entre 50 e 59 minutos

2.10.7 () 60 minutos ou mais

2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana?
[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2.14**

2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?
[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não – **PULAR PARA 2.14**

2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.13.1 () menos de 10 minutos 2.13.2 () entre 10 e 19 minutos
2.13.3 () entre 20 e 29 minutos 2.13.4 () entre 30 e 39 minutos
2.13.5 () entre 40 e 49 minutos 2.13.6 () entre 50 e 59 minutos
2.13.7 () 60 minutos ou mais

2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador?

2.14.1 () menos de 1 hora 2.14.2 () entre 1 e 2 horas
2.14.3 () entre 2 e 3 horas 2.14.4 () entre 3 e 4 horas
2.14.5 () entre 4 e 5 horas 2.14.6 () entre 5 e 6 horas 2.14.7 () mais de 6 horas
2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.1.2. Quando? ____/____/____

3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.2.2. Quando? ____/____/____

3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.3.2. Quando? ____/____/____

3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.1.4.2. Quando? ____/____/____

3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

3.1.5.1. Se outra, qual? _____

3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 3.1.5.3. Quando? ____/____/____

3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

3.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não

3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.1.2. Quando? ____/____/____

3.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não

3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.2.2. Quando? ____/____/____

3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não

3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.3.2. Quando? ____/____/____

3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.4.2. Quando? ____/____/____			
3.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não			
3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 3.2.5.2. Quando? ____/____/____			
3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não			
3.2.6.1 Se outro, qual? _____			
3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 3.2.6.3. Quando? ____/____/____			
3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 3.5			
3.3.1 Problema de saúde	3.3.2. Data	3.3.3. Local de Atendimento	3.3.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.			
3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____			
3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____			
3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias			
Questões bloco 3.5 apenas para bebês que na ENTREVISTA ANTERIOR MAMAVAM no peito. Se NÃO mamava, iniciar na questão 3.7.			
3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 3.6 [2] Não			
3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias [DIGITAR EM DIAS – transformar meses em dias]: _____ dias			
3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____			
3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.7			
3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)			
3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não			
3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não			
3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não			
3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não			
3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não			
3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não			
3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não			
3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não			
3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não			
3.7. Peso mãe + bebê: _____ kg			
3.7.2. Peso materno: _____ kg		3.7.1. Percentil: _____	
3.7.3. Peso atual da criança: _____ g			
3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm		3.8.1. Percentil: _____	

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.2**

4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)

4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____g

4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.3**

4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ___/___/___ (NÃO DIGITAR)

4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm

4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde?

[1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.4**

4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:

[1] Adequado para idade – **pular para 4.4** [2] Em atraso [9] Sem registro – **pular para 4.4**

4.3.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido após os 9 meses?

[1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.5**

4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Febre amarela – Data: ___/___/___

[2] Sarampo-Caxumba-Rubéola (SCR) - Data: ___/___/___

[3] 3ª dose Meningocócica - Data: ___/___/___

[4] 3ª. dose Pneumo 10 – Data: ___/___/___

[4] Vacinas especiais - _____ Data: ___/___/___

- _____ Data: ___/___/___

4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.6**

4.5.1. Se sim, qual(is)? _____

4.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.7**

4.6.1. Se sim, qual(is)? _____

4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – **finalizar ou tabela alimentar**

4.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.