MAYARA SEEMANN HAMES

A AUTOPERCEPÇÃO COMO MÉTODO INEFICAZ DE AVALIÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso julgado adequado como requisito parcial ao grau de médico e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 18 de junho de 2020.

Orientadora, Profª. Luisa Aguiar da Silva Nery, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Co-orientador, Profº. Rodrigo Dias Nunes, MSc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profª. Nazaré Otília Nazário, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profª. Márcia Regina Kretzer, MD. Dra.
Universidade do sul de Santa Catarina

A autopercepção como método ineficaz de avalição da qualidade técnica da assistência pré-natal

Self-perception as an ineffective method of assessing the technical quality of prenatal care

Mayara Seemann Hames[1,2]
Luisa Aguiar da Silva Nery, Esp.[2]
Rodrigo Dias Nunes, MSc.[1,2,3]

[1]Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes. São José/SC.
[2]Faculdade de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça/SC.
[3]Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça/SC.

Autor correspondente:
Mayara Seemann
Avenida Pedra Branca, 25. Cidade Universitária Pedra Branca
88132-270 Palhoça/SC
e-mail: mayaraseemann@gmail.com
Telefone: (48) 99623-7508

Financiamento: nenhum

Conflito de interesses: nenhum

Resumo

Objetivo: Identificar se a qualidade autopercebida do pré-natal pode servir como indicador da qualidade técnica ofertada e preconizada. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal em uma maternidade de referência da região Sul do Brasil, entre julho e dezembro de 2019, envolvendo pacientes admitidas na enfermaria de puerpério. Foram obtidas informações sobre a autopercepção da qualidade do pré-natal por meio do Questionário de Qualidade da Assistência Pré-natal (QPCQ), além de informações técnicas, sociodemográficas e clínico-obstétricas. Utilizou-se um modelo ajustado por regressão de Poisson, considerando significativas as variáveis com valor de $p < 0,05$, a fim de identificar fatores associados à qualidade autopercebida ruim e à qualidade técnica inadequada da assistência pré-natal. A autopercepção e a qualidade técnica do pré-natal foram correlacionadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson e do coeficiente Kappa. **Resultados:** O estudo envolveu 220 puérperas, sendo que 51,9% tiveram uma autopercepção positiva da qualidade do atendimento pré-natal e 54,7% apresentaram um pré-natal considerado tecnicamente inadequado. Mulheres com 35 anos ou mais, apresentaram 14% maior probabilidade [RP 1,14 (IC95% 1,02-1,27)] de realizarem um pré-natal inadequado (p=0,026). O estudo mostrou correlação positiva desprezível ($r = 0,249$; $p < 0,001$) e concordância fraca ($k = 0,154$; $p = 0,024$) entre a qualidade autopercebida e a qualidade técnica do atendimento pré-natal. **Conclusão:** Para a redução dos resultados perinatais negativos, os critérios técnicos devem prevalecer como marcadores da qualidade de um serviço, por não haver correlação com a qualidade autopercebida do pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Qualidade da Assistência à Saúde. Autopercepção.

Abstract

Objective: To identify whether the prenatal self-perceived quality might be used as a marker of the offered and recommended technical quality. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in a reference hospital in the southern region of Brazil, between July and December 2019, involving patients admitted to the puerperium nursery. Information on self-perceived prenatal quality was achieved from the Prenatal Care Quality Questionnaire (QPCQ), such as technical, sociodemographic and clinical-obstetric information. An adjusted model by Poisson regression was carried out, considering significant all variables with a p-value < 0.05, in order to identify associated factors with a poor self-perceived quality and an inadequate technical quality of prenatal care. Self-perceived and technical quality of prenatal care were correlated by the Pearson's correlation coefficient and the Kappa coefficient. **Results:** The study involved 220 puerperal women, 51.9% of whom had a positive self-perception of the quality of prenatal care and 54.7% had a prenatal considered technically inadequate. Women aged 35 or older were 14% more likely [PR 1.14 (95% CI 1.02-1.27)] to perform an inadequate prenatal care (p = 0.026). A negligible positive correlation (r = 0.249; p <0.001) and weak agreement (k = 0.154; p = 0.024) between the self-perceived quality and the technical quality of prenatal care were demonstrated. **Conclusion:** To reduce perinatal results, technical criteria should prevail as quality markers of a service, once it is not correlated to the self-perceived quality of the prenatal care.

Keywords: Prenatal Care. Quality of Health Care. Self Concept.

Introdução

A assistência pré-natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, objetivando o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, por meio de cuidados médicos, aspectos psicossociais, além de atividades educativas e preventivas[1].

Diversos fatores sociodemográficos e clínico-obstétricos maternos interferem na saúde materna e infantil[2]. No entanto, a assistência pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção de eventos adversos, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos[3]. Todavia, a não realização ou a realização inadequada do pré-natal têm sido relacionadas a maiores índices de morbidade e mortalidade materna e infantil[4].

Para a população brasileira, o Ministério da Saúde recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de uma rotina básica comum a todas as gestantes, que incluem exames clínico-obstétricos, laboratoriais, entre outros[2].

A maioria das pesquisas que avaliam a qualidade do pré-natal utilizam critérios técnicos para determinar a associação entre a adequação do pré-natal e os resultados da gravidez. No entanto, esses índices concentram-se apenas em quantificar essa assistência e não avaliam adequadamente o conteúdo ou a qualidade do atendimento[5]. Uma recente revisão sistemática reforçou que, na última década, a atenção pré-natal do Brasil não pode ser considerada adequada, uma vez que os níveis de inadequação avaliados variaram de 34 a 96%, dependendo do estudo e metodologia. Esta baixa qualidade foi identificada, principalmente, pela importância dada a fatores como: monitoramento, aconselhamento, autocuidado, continuidade do cuidado, promoção de processos normais e aderência[6].

Processos interpessoais que contribuem para a qualidade pré-natal incluem: ouvir com atenção e compreensão, mostrar respeito, tempo adequado com o provedor de cuidados, estilo interpessoal acessível, suporte emocional, sensibilidade e competência cultural[7].

Há evidências emergentes de que a qualidade do atendimento pré-natal, ou seja, o que é realmente feito durante o ato de dar e receber cuidados, pode ser mais importante do que a quantidade destes cuidados[8]. Mulheres com altos níveis de estresse e ansiedade, baixos níveis de apoio social, falta de suporte emocional e insegurança, apresentam uma maior taxa de complicações. Condições clínicas relacionadas à gravidez, doenças mentais e resultados perinatais adversos são algumas dessas situações. Essas intercorrências podem levar a consequências como baixo peso ao nascer, alterações hemodinâmicas sobre o fluxo sanguíneo materno, levando a repercussões negativas sobre o feto[9,10].

Objetivando essa melhoria qualitativa da assistência materno-infantil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, também preconiza algumas intervenções para melhor adequação pré-natal, com orientações sobre amamentação, alimentação suplementar, imunização, entre outras[11].

Desta forma, a qualidade da assistência pré-natal identificada pela gestante pode ser tão ou mais importante do que sua adequação técnica[12,13]. Porém, não se pode confundir qualidade com satisfação. Qualidade é definida como um julgamento ou avaliação de várias dimensões específicas do serviço prestado, ao passo que satisfação é uma resposta afetiva ou emocional a uma experiência específica da paciente[14].

Torna-se, assim, importante identificar se a qualidade percebida acompanha a qualidade técnica da assistência pré-natal, com o intuito de aperfeiçoar tais processos interpessoais, uma vez que, os mesmos têm se mostrado fundamentais para que melhores resultados perinatais sejam obtidos. Em um cenário ideal, tanto as condições clínicas e laboratoriais quanto as ações psicosocioeducativas deveriam ser alcançadas integralmente durante a assistência pré-natal[13].

Grandes disparidades nos resultados obstétricos existem entre mulheres de diferentes grupos étnicos. A prevalência de prematuridade, restrição do crescimento fetal, morte fetal, mortalidade materna e recebimento inadequado do pré-natal variam entre grupos. Essas disparidades têm suas raízes nos comportamentos de saúde materna, na genética, nos ambientes físico e social e no acesso e qualidade dos cuidados de saúde. A carência no atendimento recebido acarreta custos financeiros e sociais destas condições perinatais, as quais variam de acordo com o nível de desenvolvimento de determinada região global. A eliminação das iniquidades em saúde devido a diferenças socioculturais, acesso ou qualidade dos cuidados de saúde exigirá uma abordagem multidisciplinar[14].

Espera-se que o estudo possa nos fornecer subsídios para entender se o atual trabalho de política pública está sendo suficiente para proporcionar um pré-natal tecnicamente adequado, uma vez que experiências positivas das mulheres durante o cuidado pré-natal podem constituir a base de uma maternidade saudável, não somente durante a gestação, mas também no pós-parto[15]. Este estudo visa contribuir para preencher lacunas existentes na literatura acerca do tema abordado, objetivando identificar se a qualidade autopercebida do pré-natal pode ser utilizada como indicador da qualidade técnica ofertada e preconizada.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal no Hospital Regional de São José, localizado na região metropolitana de Florianópolis/SC, envolvendo pacientes admitidas na enfermaria de puerpério deste hospital, no período de julho a dezembro de 2019.

Para o cálculo amostral, estimou-se número de 3600 partos ocorridos em um ano e prevalência antecipada de adequabilidade técnica do pré-natal de 15%[2], com nível de confiança 95% e erro relativo 5%. A amostra mínima calculada foi de 186 puérperas, com acréscimo de 10% para compensar eventuais recusas, totalizando 205 participantes. A amostra foi selecionada de forma não-probabilística, consecutivamente nos dias de coleta de dados.

Foram incluídas pacientes com idade igual ou maior a 18 anos, fluentes na língua portuguesa, com idade gestacional de pelo menos 37 semanas. Foram excluídas aquelas que realizaram acompanhamento no pré-natal de alto risco[14] e as que conceberam natimorto ou recém-nascido com óbito neonatal durante o período de internação.

As informações sobre a autopercepção da qualidade do serviço pré-natal foram obtidas por meio da aplicação de um questionário, adaptado e validado para estudos brasileiros, chamado "Questionário de Qualidade da Assistência Pré-natal" (QPCQ)[16]. Este instrumento é autoaplicável, composto por 46 itens distribuídos em seis domínios. As respostas foram elaboradas numa escala de Likert de cinco pontos, com pontuação total de 46 a 230 pontos. Cinco itens (8, 15, 23, 28 e 40) apresentam contagem reversa. A mediana geral do questionário foi utilizada para determinação e categorização de uma qualidade pré-natal considerada boa (valores maiores ou iguais a mediana) ou ruim (valores menores que a mediana).

As informações referentes à qualidade técnica foram obtidas do cartão de pré-natal da gestante e por meio de entrevista direta. Considerou-se qualidade adequada, aquela que atingiu valores iguais ou maiores a 75% dos itens preconizados[17,18].

Informações sociodemográficas e clínico-obstétricas foram coletadas por meio de entrevista direta. Os dados coletados foram tabulados no *software* Windows Excel e inseridos e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), *version* 18.0. [*Computer program*]. Chicago: SPSS Inc; 2009.

Para a análise estatística, foram realizadas medidas de associação entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas com a qualidade autopercebida e a qualidade técnica do pré-natal. A medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP) e seus respetivos intervalos de confiança (IC), utilizando-se o teste do qui-quadrado ou a prova exata de Fisher. As variáveis com valor de $p < 0,25$ foram inseridas em um modelo multivariado, ajustado por meio da análise de regressão de Poisson com estimador robusto. Foram consideradas significativas as variáveis com valor de $p < 0,05$ no modelo final. A autopercepção e a qualidade técnica do pré-natal foram correlacionadas entre si por meio do coeficiente de correlação de Pearson e tiveram sua concordância avaliada pelo coeficiente de Kappa.

Este estudo fundamentou-se nos princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado sobre CEP-UNISUL com parecer consubstanciado de número CAAE: 11192919.1.0000.5369. Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

Resultados

O estudo contou com 220 puérperas, tendo uma sido excluída por óbito neonatal e sete por terem realizado pré-natal de alto risco. Entre as participantes, a idade média foi de 27,7 ± 6,4 anos completos, 121 (57,1%) eram brancas e 91 (42,9%) não brancas, 185 (87,3%) vivam com seus parceiros e 27 (12,7%) não, 203 (95,8%) realizaram o pré-natal na rede pública e 9 (4,2%) na rede privada e metade das pacientes exerciam alguma atividade laboral. O tempo médio de escolaridade entre as pacientes foi de 9,9 ± 2,6 anos completos e a renda mensal familiar média foi de R$ 2561,7 ± 1513,1.

Entre as pacientes, a idade gestacional média foi de 39,1 ± 1,2 semanas completas, 77 (36,3%) eram nulíparas e 135 (63,7%) eram multíparas, 92 (43,4%) já haviam tido ao menos um parto vaginal, 57 (26,9%) já haviam sido submetidas a pelo menos uma cesariana e 51 (24,1%) já haviam passado por um abortamento.

A pontuação obtida pelo QPCQ variou de 81 a 226 pontos, com mediana de 176 pontos. A qualidade autopercebida do pré-natal foi considerada boa por 110 (51,9%) e ruim por 102 (48,1%) participantes. A associação bivariada entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas com a qualidade autopercebida do pré-natal permitiu a extração das variáveis convivência com parceiro e renda familiar para o modelo multivariado. Porém, a análise final não demonstrou nenhuma associação significativa (Tabela 1).

Os itens referentes à qualidade técnica do pré-natal utilizados para sua categorização foram selecionados conforme a padronização de um atendimento considerado adequado segundo o Ministério da Saúde[5] (Tabela 2).

Entre os 26 itens apontados como fundamentais para a qualidade técnica do pré-natal, 20 deveriam ter sido alcançados para que a mesma fosse considerada adequada. Desta forma a qualidade técnica do pré-natal foi considerada inadequada em 116 (54,7%) e adequada em 96 (45,3%) avaliações. A associação bivariada entre as características sociodemográficas e clínico-obstétricas com a qualidade técnica do pré-natal permitiu a extração das variáveis idade, cor da pele, convivência com parceiro e paridade para o modelo multivariado. A análise final demonstrou que mulheres com 35 anos ou mais, apresentaram 14% maior probabilidade [RP 1,14 (IC95% 1,02-1,27)] de realizarem um pré-natal de qualidade inadequada (p=0,026) (Tabela 3).

A distribuição espacial da pontuação obtida pelo QPCQ e pelos marcadores técnicos, evidenciou correlação positiva desprezível[19] ($r = 0,249$) entre a qualidade autopercebida e a qualidade técnica do atendimento pré-natal ($p < 0,001$) (Figura 1). O coeficiente Kappa demostrou concordância fraca[20] ($k = 0,154$) entre a qualidade autopercebida e a qualidade técnica do atendimento pré-natal ($p = 0,024$).

Discussão

Neste estudo, a análise multivariada não identificou estratificações sociodemográficas ou clínico-obstétricas que pudessem gerar associações com a autopercepção ruim da assistência pré-natal. Desta forma, entende-se que, independente do nível sociocultural ou rede de assistência, a qualidade autopercebida não sofreu interferência. Tal resultado leva a supor que o relacionamento entre o profissional assistente e a paciente independe de fatores externos.

A autopercepção da assistência pré-natal tem sido cada vez mais identificada como mecanismo de avaliação da qualidade deste acompanhamento. Com a centralização da mulher no processo gestacional e seu empoderamento social, seus relatos, críticas e manifestações de cunho pessoal têm sido compreendidos como fatores de indicação e contraindicação de procedimentos.

A medicina centrada na pessoa, com a capacitação das gestantes na tomada de decisões, tem sido amplamente discutido[21]. Evidências de que, baixos níveis de empoderamento das mulheres podem levar à desnutrição materna e ao parto de recém-nascidos prematuros ou com baixo peso ao nascer, fortalecem essa discussão[22,23]. Ambas as conclusões valorizam a autopercepção da paciente nos resultados perinatais, porém, a qualificação técnica individual nem sempre corresponde ao *marketing* pessoal ou a forma com que o profissional se relaciona com a gestante e seus familiares. Em outras palavras, tende-se a achar que o acompanhamento pré-natal é adequado baseado em critérios não técnicos e sim, subjetivos.

Ainda, os cuidados prestados às mulheres durante a gestação têm um efeito relevante e duradouro em todos os membros da família. Estima-se que o atendimento em grupo, no acompanhamento pré-natal, apresente melhores resultados no empoderamento dessas mulheres. No entanto, a análise por meio do QPCQ não observou diferença significativa para a autopercepção positiva da qualidade pré-natal nesses dois modelos de cuidados, individual e coletivo[24]. Isso também atribui à autopercepção um peso importante, porém questionável, a respeito dos resultados materno-infantis durante o período gravídico-puerperal.

Todos os protocolos assistenciais baseiam-se em critérios técnicos para identificar a qualidade do acompanhamento pré-natal. Neste estudo, diversas variáveis foram utilizadas no intuito de se identificar fatores associados à qualidade técnica inadequada.

Inicialmente, no que tange as características técnicas abordadas no pré-natal, observou-se que a maioria das participantes iniciaram seu acompanhamento ainda no primeiro trimestre de gestação. É referido na literatura que este início precoce aumenta a propensão ao aleitamento materno exclusivo e vínculo materno-infantil, quando comparado a um início mais tardio do acompanhamento[25]. Além disso, a quase totalidade da população estudada realizou, ao menos uma vez, os exames complementares laboratoriais e ultrassonográficos preconizados em um pré-natal de qualidade, corroborando com dados referentes a outras regiões do país[26].

Foi identificado que a idade materna avançada está associada a uma maior probabilidade de um pré-natal tecnicamente inadequado. Este dado chama atenção pela gama de desfechos obstétricos e perinatais negativos quando uma gestação ocorre acima dos 35 anos. No entanto, a maior parte dessas repercussões podem ser minimizadas com um pré-natal de início precoce e um rigoroso acompanhamento da gestação[27]. Assim, deve-se considerar que a inadequabilidade técnica encontrada pode ser decorrente de variadas hipóteses como não adesão à solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos e orientação vacinal. Ainda, mulheres de maior idade tendem a ter mais filhos, dificultando sua saída do lar para a realização dos exames e consultas.

Apesar da preconização da quantidade mínima de seis consultas de pré-natal, uma recente revisão sistemática com meta-análise demonstrou que, ao realizar pelo menos uma consulta com um profissional capacitado, reduz-se em 39% a mortalidade neonatal[3]. Isso permite questionar se o aprimoramento da qualidade técnica na consulta ofertada seria um fator ainda mais importante que a quantidade de avaliações.

Mesmo com um número adequado de consultas e uma boa adesão aos exames complementares, o cuidado pré-natal na população estudada foi, ainda assim, considerado inadequado tecnicamente. Esta inadequabilidade da assistência pré-natal reflete possíveis consequências como menor probabilidade de amamentação na primeira hora de vida, maior internação em Unidades de Terapia Intensiva neonatal, maior tempo de hospitalização do recém-nascido[24] e maior risco à partos prematuros espontâneos, contribuindo para a manutenção das altas taxas da mortalidade infantil do país[26]. Além disso, o acompanhamento inadequado do pré-natal também é motivo de maior morbimortalidade materna[1].

Os resultados mostraram que existe concordância fraca ($k = 0,154$) e correlação positiva desprezível ($r = 0,249$) entre a autopercepção da qualidade observada pelas puérperas e o pré-natal do ponto de vista técnico. Esta afirmação deve ser avaliada com ressalvas, uma vez que as orientações possam ter existido, os exames complementares solicitados e realizados, os medicamentos e imunizações prescritos e administrados, porém sem os devidos preenchimentos destas informações nos cartões de pré-natal. Ademais, os procedimentos podem ter sido solicitados ou orientados, mas

não terem sido realizados pelas pacientes, devido a impossibilidade de agendamento ou próprio descaso.

Ainda, ao se observar a falta de uma forte relação entre os dois parâmetros avaliados, deve-se manter a preocupação em considerar os relatos das gestantes. Em consequência de um possível entendimento equivocado quanto a terem recebido ou não as informações e recomendações adequadas ao desenvolvimento de sua gestação.

Como o objetivo final é a melhora na qualidade do atendimento, tendo a mulher como foco central, deve-se buscar modelos de pré-natal, baseados em evidências, que promovam um maior envolvimento e empoderamento dessas gestantes. Orientar os profissionais não só a solicitarem e realizarem os procedimentos sugeridos, mas também registrá-los de forma adequada no cartão de pré-natal. Deve-se também, promover ações de qualificação das equipes profissionais e dos processos de assistência pré-natal.

Visando a melhora dos resultados perinatais, deve-se sempre considerar a qualidade técnica, embasada nos protocolos assistenciais, como marcador da qualidade de um serviço. A qualidade autopercebida do acompanhamento pré-natal pode trazer tranquilidade e bem-estar às gestantes, mas não pode assegurar a saúde materno-infantil, uma vez que essa autopercepção não se mostrou eficaz na avaliação da qualidade técnica ofertada e preconizada.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
2. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. Cad Saude Publica. 2017;33(3):1-11.
3. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2019;14(9):1-15.
4. Lansky S, Friche AADL, Silva AAMD, Campos D, Bittencourt SDDA, Carvalho MLD et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saude Publica. 2014;30(1):192-207.
5. Partridge S, Balayla J, Holcroft CA, Abenhaim HA. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S.

deliveries over 8 years. Am J Perinatol. 2012;29(10):787-94.

6. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Quality of prenatal care in Brazil: Review of published papers from 2005 to 2015. Cad Saúde Colet. 2016;24(2):252-61.
7. Sword W, Heaman M, Biro MA, Homer C, Yelland J, Akhtar-Danesh N et al. Quality of prenatal care questionnaire: psychometric testing in an Australia population. BCM Pregnancy and Childbirth. 2015;15(214):1-9.
8. Sword W, Heaman M, Brooks S, Tough S, Janssen P, Young D et al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012;12(29):1-18.
9. Tubay AT, Mansalis KA, Simpson MJ, Armitage CNH, Briscoe MG, Potts V. The effects of group prenatal care on infant birthweight and maternal well-being: a randomized controlled trial. Military Medicine. 2019;184(5-6):440-6.
10. Aksoy A, Aydin F, Kucur S, Gözükara I. Maternal and fetal Doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. Niger J Clin Pract. 2016;19(5):632-5.
11. Silva LNM, Silveira APKF, Morais FRR. Humanization of labor and birth program: institutional aspects in the quality of assistance. Rev enferm UFPE. 2017;11(8):3290-4.
12. Handler A, Rankin K, Rosenberg D, Sinha K. Extent of documented adherence to recommended prenatal care content: provider site differences and effect on outcomes among low-income women. Matern Child Health J. 2012;16(2):393-405.
13. Heaman M, Sword W, Akhtar-Danesh N, Bradford A, Tough S, Janssen P et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15(214):1-9.
14. Gadson A, Akpovi E, Mehta PK. Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. Seminars in Perinatology. 2017;41(5):308-17.
15. Organização Mundial da Saúde – OMS (Suíça). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2016.
16. Nunes RD, Parma GC, Campos AC, Locatelli P, Traebert J. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ). Rev Saude Publica. 2019;53(1):1-12.
17. Pilau, GM; Volpato, LK; Nunes R. Avaliação dos fatores associados à qualidade da assistência pré-natal das pacientes internadas na maternidade do Hospital Regional de São José – SC. Arq Catarin Med. 2014;43(4):9-16.
18. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil.

Saude Debate. 2018;42(2):111-26.

19. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. Turkish Journal of Emergency Medicine. 2018;18(3):91-3.
20. Miot HA. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. J Vasc Bras. 2016;15(2):89-92.
21. Heitmann K, Schøtt J. SafeMotherMedicine: Aiming to Increase Women's Empowerment in Use of Medications During Pregnancy and Breastfeeding. Matern and Child Health J. 2020;24(5):531-6.
22. Kabir A, Rashid MM, Hossain K, Khan A, Sikder SS, Gidding HF. Women's empowerment is associated with maternal nutrition and low birth weight: evidence from Bangladesh Demographic Health Survey. BMC Womens Health. 2020;20(93):1-12.
23. Garcia ER, Yim IS. A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;2(347):57-69.
24. Saleh L. Women's perceived quality of care and self-reported empowerment with centering pregnancy versus individual prenatal care. Nursing for Women's Health. 2019;23(3):234-44.
25. Oliveira RLA, Ferrari AP, Parada CMGL. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:1-9.
26. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev. Saude Publica. 2020;54(8):1-12.
27. Barboza BP, Calil C, Trigo IGPF, Eller JX, Silva LR, Vaz M et al. Pregnancy advanced maternal age and it's outcomes. Rev Cadernos de Medicina. 2019;02(03):146-51.

Tabela 1. Análise comparativa entre as características sociodemográficas, clínico-obstétricas e a qualidade autopercebida ruim do pré-natal. São José, SC, Brasil, 2019. (N=212)

Características sociodemográficas e clínico-obstétricas	Qualidade autopercebida ruim do pré-natal						
	Ruim	Boa	Total	RP_b (IC 95%)	*p	RP_a (IC 95%)	**p
	n (%)	n (%)	n (%)				
Idade							
≥ 35 anos	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (16,5)	0,95 (0,68-1,33)	0,756	#	
< 35 anos	86 (48,6)	91 (51,4)	177 (83,5)	1,00			
Cor de pele							
Branca	55 (45,5)	66 (54,5)	121 (57,1)	0,88 (0,67-1,16)	0,372	#	
Não branca	47 (51,6)	44 (48,4)	91 (42,9)	1,00			
Vive com parceiro							
Sim	86 (46,5)	99 (53,5)	185 (87,3)	0,78 (0,55-1,11)	0,215	1,14 (0,98-1,32)	0,090
Não	16 (59,3)	11 (40,7)	27 (12,7)	1,00		1,00	
Rede de atendimento							
Pública	99 (48,8)	104 (51,2)	203 (95,8)	1,46 (0,58-3,73)	0,501	#	
Privada	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (4,2)	1,00			
Atividade laboral							
Sim	48 (45,3)	58 (54,7)	106 (50,0)	0,89 (0,67-1,18)	0,410	#	
Não	54 (50,9)	52 (49,1)	106 (50,0)	1,00			
Escolaridade							
≤ 8 anos	28 (43,8)	36 (56,3)	64 (30,2)	0,88 (0,64-1,21)	0,403	#	
> 8 anos	74 (50,0)	74 (50,0)	148 (69,8)	1,00			
Renda mensal (R$)							
< 2000,00	32 (42,7)	43 (57,3)	75 (36,9)	0,83 (0,61-1,13)	0,221	1,07 (0,98-1,18)	0,127
≥ 2000,00	66 (51,6)	62 (48,4)	128 (63,1)	1,00		1,00	
Idade gestacional							
< 40 semanas	62 (48,1)	67 (51,9)	129 (60,8)	1,00 (0,75-1,33)	0,985	#	
≥ 40 semanas	40 (48,2)	43 (51,8)	83 (39,2)	1,00			
Paridade							
Primípara	37 (48,1)	40 (51,9)	77 (36,3)	1,00 (0,75-1,34)	0,989	#	
Multípara	65 (48,1)	70 (51,9)	135 (63,7)	1,00			
Aborto anterior							
Sim	23 (45,1)	28 (54,9)	51 (24,1)	0,93 (0,69-1,24)	0,621	#	
Não	79 (49,1)	82 (50,9)	161 (75,9)	1,00			

IC: intervalo de confiança; RP_b: razão de prevalência bruta; RP_a: razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson
*valor de p bruto; **valor de p ajustado pelas outras variáveis do modelo

Tabela 2. Distribuição das informações referentes à qualidade técnica do pré-natal na população estudada. São José, SC, Brasil, 2019. (N=212)

Qualidade técnica do pré-natal	Média ± DP ou N (%)
Dias de gestação no início	87,2 ± 42,1
Número de consultas	8,3 ± 2,8
Aferições de peso, PA, AFU, BCF em todas as consultas	142 (67,0)
Realização de exame ginecológico	17 (8,0)
Realização de exame odontológico	24 (11,3)
Realização de exame das mamas	8 (3,8)
Orientações quanto alimentação	156 (73,6)
Orientações quanto amamentação	110 (51,9)
Estímulo ao parto normal	75 (35,4)
Prescrição de ácido fólico no 1º trimestre	93 (61,2)
Prescrição de sulfato ferroso	154 (72,6)
Realização de imunização para hepatite B	163 (76,9)
Realização de imunização antitetânica (dTpa)	174 (82,1)
Realização de ultrassonografia	209 (98,6)
Realização de hemograma	202 (95,3)
Realização glicemia de jejum	201 (94,8)
Realização de tipagem sanguínea	199 (93,9)
Realização de parcial de urina	199 (93,9)
Realização de sorologia para toxoplasmose	196 (92,5)
Realização de teste rápido para sífilis	208 (98,1)
Realização de teste rápido para HIV	210 (99,1)
Realização de teste rápido para hepatite B	209 (98,6)
Realização de teste rápido para hepatite C	199 (93,9)
Realização de curva glicêmica	116 (54,7)
Realização de coombs indireto em pacientes com RH (-)	18 (72,0)
Pesquisa de estreptococos do grupo B no 3º trimestre	63 (29,7)

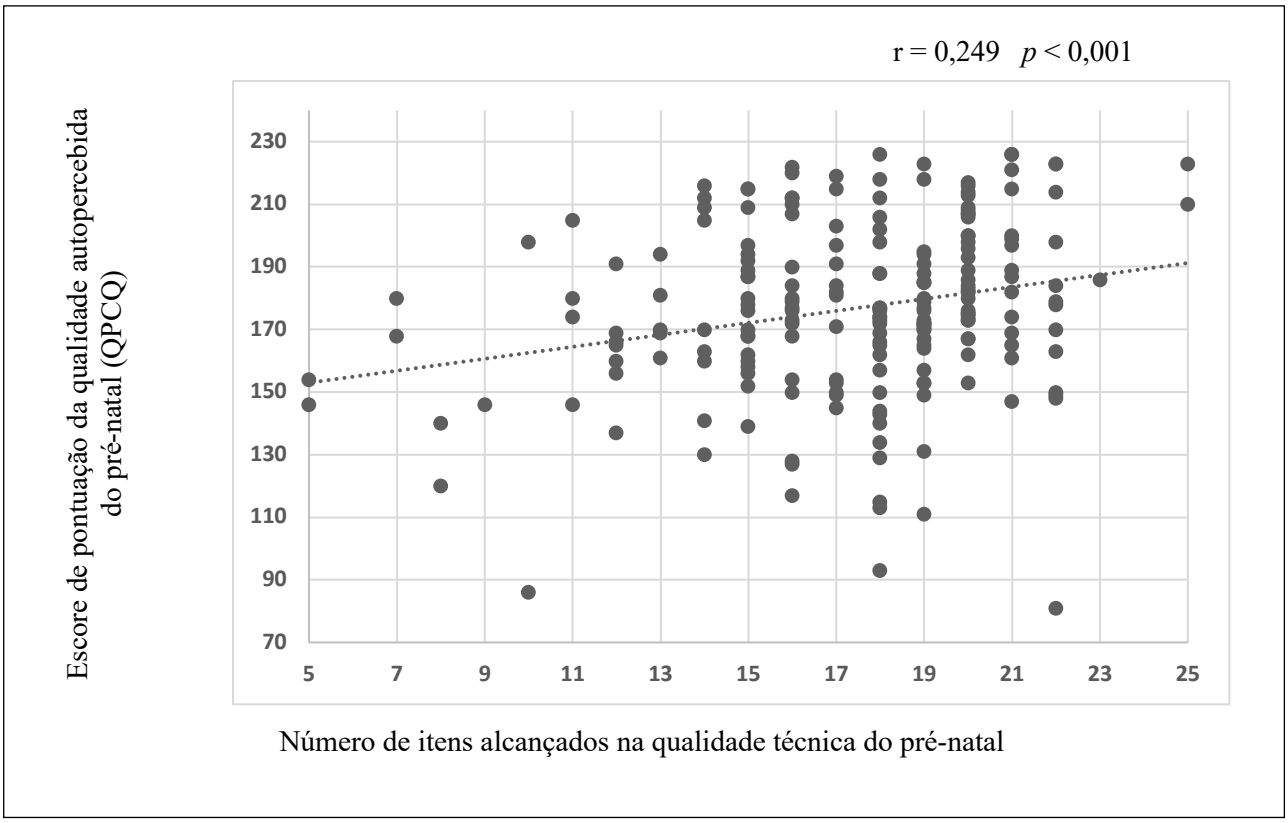
AFU: altura de fundo uterino; BCF: batimentos cardíacos fetais; DP: desvio-padrão; HIV: *human immunodeficiency virus*; PA: pressão arterial; RH: Rhesus

Tabela 3. Análise comparativa entre as características sociodemográficas, clínico-obstétricas e a qualidade técnica inadequada do pré-natal. São José, SC, Brasil, 2019. (N=212)

Características sociodemográficas e clínico-obstétricas	Qualidade técnica inadequada do pré-natal						
	Inadequada	Adequada	Total	RP_b (IC 95%)	*p	RP_a (IC 95%)	**p
	n (%)	n (%)	n (%)				
Idade							
≥ 35 anos	14 (40,0)	21 (60,0)	35 (16,5)	0,69 (0,45-1,06)	0,056	1,14 (1,02-1,27)	0,026
< 35 anos	102 (57,6)	75 (42,4)	177 (83,5)	1,00		1,00	
Cor de pele							
Branca	62 (51,2)	59 (48,8)	121 (57,1)	0,86 (0,68-1,10)	0,241	1,05 (0,96-1,16)	0,267
Não branca	54 (59,3)	37 (40,7)	91 (42,9)	1,00		1,00	
Vive com parceiro							
Sim	97 (52,4)	88 (47,6)	185 (87,3)	0,75 (0,56-0,99)	0,080	1,14 (1,00-1,30)	0,057
Não	19 (70,4)	8 (29,6)	27 (12,7)	1,00		1,00	
Rede de atendimento							
Pública	111 (54,7)	92 (45,3)	203 (95,8)	0,98 (0,54-1,79)	1,000	#	
Privada	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (4,2)	1,00			
Atividade laboral							
Sim	56 (52,8)	50 (47,2)	106 (50,0)	0,93 (0,73-1,19)	0,581	#	
Não	60 (56,6)	46 (43,4)	106 (50,0)	1,00			
Escolaridade							
≤ 8 anos	38 (59,4)	26 (40,6)	64 (30,2)	1,13 (0,87-1,45)	0,370	#	
> 8 anos	78 (52,7)	70 (47,3)	148 (69,8)	1,00			
Renda mensal (R$)							
< 2000,00	42 (56,0)	33 (44,0)	75 (36,9)	1,07 (0,83-1,39)	0,614	#	
≥ 2000,00	67 (52,3)	61 (47,7)	128 (63,1)	1,00			
Idade gestacional							
< 40 semanas	71 (55,0)	58 (45,0)	129 (60,8)	1,02 (0,79-1,31)	0,907	#	
≥ 40 semanas	45 (54,2)	38 (45,8)	83 (39,2)	1,00			
Paridade							
Primípara	38 (49,4)	39 (50,6)	77 (36,3)	0,85 (0,65-1,12)	0,236	1,08 (0,98-1,19)	0,109
Multípara	78 (57,8)	57 (42,2)	135 (63,7)	1,00		1,00	
Aborto anterior							
Sim	26 (51,0)	25 (49,0)	51 (24,1)	0,90 (0,65-1,25)	0,538	#	
Não	90 (55,9)	71 (44,1)	161 (75,9)	1,00			

RP_b: razão de prevalência bruta; RP_a: razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson
*valor de p bruto; **valor de p ajustado pelas outras variáveis do modelo

Figura 1. Correlação entre a qualidade autopercebida e a qualidade técnica do atendimento pré-natal. São José, SC, Brasil, 2019. (N=212)



QPCQ: *Quality of Prenatal Care Questionnaire*