

Assistência ao pré-natal em Moçambique: número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal*

Belarmina Reis-Muleva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-6697-6872>

Luciane Simões Duarte³

 <https://orcid.org/0000-0001-9173-607X>

Carla Marins Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6467-6267>

Luciana Magnoni Reberte Gouveia¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7105-313X>

Ana Luiza Vilela Borges¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>

Objetivo: 1) analisar a idade gestacional de início do pré-natal e aspectos associados; 2) analisar o número de consultas realizadas e aspectos associados; e 3) identificar as razões para o início tardio do pré-natal e para a realização de menos de quatro consultas entre puérperas residentes em Nampula, Moçambique. **Método:** estudo transversal com 393 puérperas, que responderam a um instrumento estruturado em entrevistas face a face. Utilizou-se regressão logística para analisar aspectos associados a ter iniciado o pré-natal até 16ª semana de gestação, ter realizado quatro ou mais consultas de pré-natal e relatar as duas situações simultaneamente. **Resultados:** todas as puérperas realizaram pré-natal, mas apenas 39,9% iniciaram pré-natal até a 16ª semana de gravidez; 49,1% realizaram quatro ou mais consultas e 34,1% relataram ambos eventos. O ensino secundário (ORaj=1,99; IC95%=1,19-3,31;) ou superior (ORaj=3,87; IC95% 1,47-10,18) foram aspectos associados a reportar ambas situações. As razões para início tardio do pré-natal e realização de menos de quatro consultas foram: não achar importante realizar várias consultas, não ter fácil acesso ao centro de saúde, não saber que estava grávida e não ter acompanhante para as consultas. **Conclusão:** a idade gestacional de início do pré-natal e o número de consultas realizadas são inferiores às recomendações vigentes no país.

Descritores: Assistência Pré-Natal; Saúde Materna; Saúde da Mulher; Assistência de Enfermagem; Idade Gestacional; Moçambique.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Bolsista da Universidade Lúrio, Nampula, Moçambique.

³ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Reis-Muleva B, Duarte LS, Silva CM, Gouveia LMR, Borges ALV. Antenatal care in Mozambique: Number of visits and gestational age at the beginning of antenatal care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3481. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4964.3481>

Introdução

A assistência pré-natal consiste em um conjunto de procedimentos e medidas que visam diagnosticar, tratar e prevenir situações indesejáveis à saúde da mulher - durante a gravidez, parto, pós-parto - e também, ao bebê⁽¹⁾. Atualmente, essa assistência é reconhecida como importante estratégia para prevenir ou reduzir o risco de morbimortalidade para a mulher e para a criança. Os diversos autores que estudam essa temática já mostraram que a existência de uma adequada assistência pré-natal está intimamente ligada a melhores desfechos perinatais e à redução da morbimortalidade materna e neonatal⁽¹⁻⁴⁾.

A assistência pré-natal engloba diversas orientações, recomendações, medidas e procedimentos que, de algum modo, diferem entre as nações. Mesmo assim, há dois elementos fundamentais que são a base para um pré-natal de boa qualidade: o início precoce do pré-natal e a realização de um número mínimo de consultas^(1,5).

A grande maioria dos países de alta e média renda recomenda ao menos seis consultas de pré-natal; também recomenda o início do pré-natal entre a 8ª e a 12ª semana de gestação⁽⁶⁻⁷⁾. Entretanto, alguns países de baixa renda têm recomendações diferentes em relação ao número de consultas, que muitas vezes são quatro, no mínimo; e orientam a idade de início do pré-natal com maior flexibilidade, até a 16ª semana de gestação⁽⁸⁻¹⁰⁾. Embora haja diferenças nas recomendações nos diversos contextos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a realização de, no mínimo, oito consultas de pré-natal, sendo a idade de início do pré-natal até a 12ª semana de gestação^(1,5). Cabe ressaltar que tais recomendações podem ser adaptadas para o contexto socioeconômico e para as necessidades populacionais e do sistema de saúde de cada país.

É o que fez o Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique, país localizado na África Subsaariana e cenário deste estudo, que preconiza o número mínimo de quatro consultas durante o pré-natal, sendo a idade de início do pré-natal considerada apropriada se ocorrer até a 16ª semana de gestação⁽¹¹⁻¹²⁾. Nesse país, poucos estudos avaliaram a idade gestacional de início do pré-natal e o número de consultas⁽¹³⁻¹⁴⁾. Inquérito nacional mostrou que, aproximadamente, 90% das gestantes de Moçambique realizam pré-natal, porém apenas 55% realizam o número mínimo de quatro consultas recomendado pelo MISAU⁽¹²⁾. Aparentemente, o início tardio é decorrente, dentre outros, das orientações dos próprios profissionais de saúde, que informam às mulheres que a assistência pré-natal deveria ser iniciada quando os movimentos fetais são sentidos ou quando o bebê pode ser palpado; outra razão é a experiência das mulheres multíparas que,

por já conhecerem as orientações das unidades de saúde, iniciam o pré-natal tardiamente⁽¹⁴⁾.

Parece, pois, que o acesso ao pré-natal em Moçambique não é necessariamente o principal problema no âmbito da saúde reprodutiva, mas a qualidade da assistência, sim. O país apresenta alta taxa de mortalidade materna, que é de 452 por 100 mil nascidos vivos⁽¹⁵⁾, o que revela que há necessidade de se melhorar a qualidade da assistência à saúde materna, e o cuidado pré-natal não parece ser exceção. Diante da importância que a assistência pré-natal tem para a promoção da saúde materna, principalmente num país com altas taxas de mortes maternas, este estudo tem os seguintes objetivos: 1) analisar a idade gestacional de início do pré-natal e aspectos associados; 2) analisar o número de consultas realizadas e aspectos associados; e 3) identificar as razões para o início tardio do pré-natal e para a realização de menos de quatro consultas entre puérperas residentes em Nampula, Moçambique.

Método

Delineamento do estudo

Este é um estudo quantitativo, transversal e analítico, norteado pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* - Fortalecimento do Relato de Estudos Observacionais em Epidemiologia), desenvolvido para avaliar a qualidade de estudos observacionais (caso-controle, coorte e transversal)⁽¹⁶⁾.

Cenário

O estudo foi conduzido na cidade de Nampula, localizada no interior da província com o mesmo nome, ao norte de Moçambique, África. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2015, Moçambique estava entre os nove países do mundo com os mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), ocupando o 180º lugar dentre um total de 188⁽¹⁷⁾. Dados do censo populacional conduzido em 2017 indicam que existem quase 28 milhões de habitantes, com cerca de 67% da população vivendo no meio rural⁽¹⁵⁾. A expectativa média de vida é 56,5 anos⁽¹⁵⁾ e a taxa de fecundidade total é igual a 5,3 filhos por mulher⁽¹²⁾.

Período

A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a dezembro de 2019.

População

A população de estudo constou de mulheres com idade compreendida entre 18 e 49 anos.

Crítérios de seleção

Os critérios de inclusão foram todas as mulheres cujo parto havia ocorrido nas 24 horas anteriores, em maternidades, e mulheres cujo parto havia ocorrido nos 15 dias anteriores, no seu próprio domicílio, desde que elas reportassem estarem dispostas física e emocionalmente para responder ao questionário. O critério de exclusão foi ter pré-natal classificado como de alto risco.

Definição da amostra

O tamanho da amostra considerou a proporção de mulheres moçambicanas com quatro ou mais consultas de pré-natal: $p = 54,6^{(12)}$, população feminina de Nampula de 337.839 mulheres no momento do estudo⁽¹⁵⁾, nível de significância de 95% e margem de erro de 5%. O cálculo amostral apontou a necessidade de se entrevistar 381 mulheres.

Variáveis do estudo

As variáveis dependentes foram a idade gestacional de início do pré-natal (até 16ª semana e após a 16ª semana), o número de consultas realizadas (até três e quatro ou mais) e pré-natal básico, aqui definido como aquele em que as mulheres iniciaram até a 16ª semana de gestação e fizeram quatro ou mais consultas de pré-natal (dicotômica).

As variáveis independentes referentes às características sociodemográficas foram a faixa etária em anos (18-24; 25-29; ≥ 30); escolaridade em anos: ensino primário (≤ 7), ensino secundário (8-12) ou ensino superior (> 12); religião (islâmica, católica ou outras); local de residência: região periférica (bairros de Marrere, Murrapaniua, Mutauanha, Mutava rex, Memória, Muatala, Natikiri, Namicopo, Namutequeliua/Nampaco, Carrupeia) ou região urbana (bairros de Napipine, Muhala/Muhala expansão, Muahivire, Bairro Central); trabalho remunerado (não ou sim); utiliza sistema privado de saúde (não ou sim); e mora com parceiro (não ou sim). Em relação à história reprodutiva, foram avaliados o número de gravidezes, incluindo a atual (1-3 ou ≥ 4); e a realização de pré-natal em gestações anteriores (primigesta, em algumas gestações ou em todas gestações). Quanto ao planejamento da última gravidez, foi utilizado o instrumento intitulado *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), validado para a língua portuguesa⁽¹⁸⁾. Em relação à situação do último pré-natal, foram avaliadas a realização do pré-natal na

última gravidez (não ou sim); as razões para o início tardio do pré-natal [múltipla escolha: não sabia que estava grávida, não achava importante iniciar pré-natal cedo, não tinha quem me acompanhasse (parceiro), o atendimento era demorado, o centro de saúde era distante ou de difícil acesso, dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas), não tinha com quem deixar meus filhos, estava doente e não conseguia ir ao hospital, achei a barriga pequena, não queria essa gravidez, entre outras]; e as razões para a realização de menos de quatro consultas [múltipla escolha: não queria essa gravidez, não tinha quem me acompanhasse (parceiro), não tinha com quem deixar meus filhos, o atendimento era demorado, não achei importante fazer muitas consultas de pré-natal, o centro de saúde era distante ou de difícil acesso, não gostava dos profissionais de serviço, dificuldade no transporte, entre outras].

Instrumentos utilizados para a coleta das informações

O instrumento utilizado para a coleta de dados constou de um formulário próprio, elaborado pela pesquisadora principal, o qual continha questões sobre as variáveis dependentes e independentes, além do LMUP. Este é um instrumento que mensura o planejamento da gravidez, independente do resultado da gestação, nascimento ou aborto, podendo ser usado retrospectivamente. A classificação quanto ao planejamento da última gravidez é obtida pela somatória de pontos de cada questão, cujo escore total pode variar de zero a 12. Mulheres que obtiveram entre 0 e 3 pontos são classificadas como tendo gravidez não planejada, entre 4 e 9 pontos como ambivalentes, ou seja, prevalência simultânea de sentimentos e ações aparentemente contraditórios sobre o planejamento e não planejamento da gravidez, e entre 10 e 12 pontos como tendo tido uma gravidez planejada.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu numa maternidade e nos domicílios das mulheres. A seleção das mulheres ocorreu por meio de informações do livro de registro de puerpério disponível na Faculdade de Ciências de Saúde/UniLúrio e da maternidade, onde estão disponíveis informações de todos os partos ocorridos na cidade. As mulheres foram entrevistadas com o uso de instrumento estruturado elaborado no *Google Forms*, pré-testado e aplicado por meio de *tablet*, respeitando sua privacidade. O questionário incluiu informações referentes às características sociodemográficas, história reprodutiva, planejamento da última gravidez e assistência pré-natal.

Tratamento e análise dos dados

Todas as análises foram realizadas no *software* Stata 15.0. Para a descrição das características sociodemográficas, da história reprodutiva e da assistência ao pré-natal, foram utilizados números absolutos e relativos, média, mediana e desvio-padrão. O teste de diferença entre duas proporções (Qui-Quadrado ou Exato de Fisher) foi aplicado para verificar diferenças entre a idade gestacional de início do pré-natal, o número de consultas realizadas e ter feito pré-natal básico com as características sociodemográficas, a história reprodutiva das mulheres, e o planejamento da última gravidez. A análise dos aspectos associados foi realizada por meio da regressão logística univariada e múltipla. Na análise de regressão logística múltipla, as variáveis foram inseridas simultaneamente no modelo. Nível de significância de 5% foi considerado estatisticamente significativo.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL) de Nampula, Moçambique, sob n. 26/agosto/CIBSUL/19.

Resultados

Foram convidadas a participar do estudo 416 mulheres, mas 17 se recusaram a ingressar na pesquisa. Outras seis não foram encontradas em seus domicílios para conduzir a entrevista após três tentativas, assim, a amostra final constou de 393 mulheres. A média de idade foi 26,0 anos (dp=5,8), a maioria possuía o ensino primário (52,4%), residia na região periférica do município (75,3%), utilizava o sistema público de saúde (91,1%) e morava com parceiro (88,8%). Cerca de uma em cada 10 mulheres possuía trabalho remunerado (10,9%). Quase metade relatou religião islâmica (43,4%), número de gravidezes superior ou igual a quatro (44,5%) e teve sua gravidez classificada como planejada (41,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e proporção de mulheres, segundo características sociodemográficas, história reprodutiva e planejamento da última gravidez. Nampula, Nampula, Moçambique, 2019

Características	N	%
Faixa etária (anos)		
Média (dp)	26,0 (5,8)	
18-24	170	43,3
25-29	103	26,2

(continua na próxima coluna...)

Características	N	%
≥30	120	30,5
Escolaridade (anos)		
Ensino primário (≤7)	206	52,4
Ensino secundário (8-12)	152	38,7
Ensino superior (>12)	35	8,9
Religião*		
Islâmica	169	43,4
Católica	137	35,2
Outras	83	21,4
Local de residência		
Região periférica	296	75,3
Região urbana	97	24,7
Trabalho remunerado		
Não	350	89,1
Sim	43	10,9
Utiliza sistema privado de saúde		
Não	358	91,1
Sim	35	8,9
Mora com parceiro		
Não	44	11,2
Sim	349	88,8
Número de gravidezes, incluindo a atual		
Média (dp)		3,3 (1,7)
1-3	218	55,5
≥4	175	44,5
Realização de pré-natal em gestações anteriores†		
Primigesta	88	22,6
Em algumas gestações	44	11,3
Em todas gestações	257	66,1
Planejamento da última gravidez		
Não planejada	122	31,0
Ambivalente	110	28,0
Planejada	161	41,0
Total	393	100,0

*4 mulheres foram excluídas por não relatarem religião; †4 mulheres foram excluídas por não realizarem pré-natal em gestações anteriores

Todas as mulheres relataram ter realizado o pré-natal na última gestação (que está sendo considerada neste estudo), sendo que 39,9% (n=157) iniciaram o pré-natal até a 16ª semana de gravidez; 49,1% (n=193) fizeram, ao menos, quatro consultas de pré-natal; e 34,1% (n=134) foram categorizadas como tendo realizado pré-natal básico, ou seja, iniciaram o pré-natal até a 16ª semana de gestação e fizeram, ao menos, quatro consultas de pré-natal (dados não apresentados em tabela).

Entre as mulheres que iniciaram o pré-natal após a 16ª semana de gestação (n=236, 60,1%), as principais

razões para que isso tenha ocorrido foram achar que a barriga estava pequena (42,6%), não ter esposo como acompanhante para as consultas (24,1%) e não saber que estavam grávidas (19,8%), entre outras. Entre as mulheres que realizaram menos de quatro consultas de pré-natal (n=200, 50,9%), as principais razões para que isso tenha ocorrido foram não achar importante a realização de várias consultas de pré-natal (36,0%), não ter esposo como acompanhante para as consultas (25,5%) e não ter fácil acesso ao centro de saúde ou por morar distante do serviço de saúde (24,5%), entre outras (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e proporção de mulheres segundo razões para início tardio do pré-natal e para realização de menos de quatro consultas. Nampula, Nampula, Moçambique, 2019

Razões	n	%
Razões para iniciar o pré-natal após a 16ª semana de gestação (n=236)		
Achar a barriga pequena	101	42,6
Não ter esposo como acompanhante para as consultas	57	24,1
Não saber que estava grávida	47	19,8
Não achar importante iniciar precocemente o pré-natal	38	16,0
Não querer a gravidez	36	15,2
Não ter fácil acesso ao centro de saúde ou morar longe do serviço de saúde	24	10,1
Estar cansada/doente e não conseguir ir ao centro de saúde	18	7,6
Não ter com quem deixar os outros filhos	12	5,1
Apresentar dificuldade de realizar o pré-natal devido trabalho/escola	6	2,5
Relatar atendimento demorado no centro de saúde	4	1,7
Relatar descuido quanto aos cuidados a própria saúde	4	1,7
Relatar insegurança e medo de não chegar ao fim da gravidez e de ser vacinada no hospital	2	0,8
Relatar falta de conhecimento do período de início da primeira consulta	1	0,4
Relatar exigência, por parte das enfermeiras, da presença do parceiro nas consultas	1	0,4
Razões para realização de menos de quatro consultas no pré-natal (n=200)		
Não achar importante fazer várias consultas de pré-natal	72	36,0
Não ter esposo como acompanhante para as consultas	57	25,5
Não ter fácil acesso ao centro de saúde ou morar longe do serviço de saúde	49	24,5
Não querer a gravidez	38	19,0
Relatar dificuldade de transporte para o centro de saúde	33	16,5
Relatar atendimento demorado no centro de saúde	19	9,5
Não ter com quem deixar os outros filhos	16	8,0
Relatar que não gosta dos profissionais de saúde	7	3,5
Achar a barriga pequena	4	2,0
Estar cansada/doente e não conseguir ir ao centro de saúde	3	1,5

(continua na próxima página...)

Razões	n	%
Relatar estar cansada de frequentar as consultas ou cansada de andar para as consultas	2	1,0
Relatar medo de ser vacinada no hospital	2	1,0
Relatar descuido no cuidado com o filho, pois tem muitos filhos	1	0,5
Ter ficado internada por muito tempo	1	0,5
Estar à espera de passar os primeiros seis meses iniciais da gravidez	1	0,5
Não conseguir andar por estar com pés inchados	1	0,5
Não saber que estava grávida	1	0,5
Relatar esposo falecido	1	0,5
Relatar proibição do parceiro para realizar as consultas de pré-natal	1	0,5

A análise dos aspectos associados ao início do pré-natal até a 16ª semana está apresentada na Tabela 3. Mulheres com ensino secundário (OR=1,89; IC95% 1,23-2,92) ou superior (OR=4,25; IC95% 1,99-9,07) tiveram mais chance de iniciar o pré-natal até a 16ª semana, comparadas às mulheres com ensino primário. Mulheres que relataram ter utilizado o sistema privado de saúde (OR=2,45; IC95% 1,20-4,98) apresentaram mais chance de iniciar o pré-natal até a 16ª semana, em relação às

mulheres que utilizaram o sistema público, da mesma forma que as mulheres com trabalho remunerado (OR=2,56; IC95% 1,34-4,89). No modelo múltiplo, ajustado para todas as variáveis inseridas simultaneamente, apenas a escolaridade manteve-se associada ao início do pré-natal até a 16ª semana, considerando tanto mulheres com ensino secundário (ORaj=1,66; IC95% 1,02-2,69) quanto com ensino superior (ORaj=2,70; IC95% 1,05-6,96) comparadas às mulheres com ensino primário.

Tabela 3 - Aspectos associados ao início do pré-natal até a 16ª semana de gestação. Nampula, Nampula, Moçambique, 2019

Características	Início do pré-natal até a 16ª semana		Análise univariada		Análise múltipla*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Faixa etária (anos)	0,910					
18-24	69	40,6	1,00	-	1,00	-
25-29	42	40,8	1,00	0,61-1,66	1,07	0,58-1,99
≥30	46	38,3	0,91	0,56-1,47	1,08	0,51-2,27
Escolaridade (anos)	<0,001					
Ensino primário (≤7)	64	31,1	1,00	-	1,00	-
Ensino secundário (8-12)	70	46,0	1,89	1,23-2,92	1,66	1,02-2,69
Ensino superior (>12)	23	65,7	4,25	1,99-9,07	2,70	1,05-6,96
Religião†	0,249					
Islâmica	63	37,3	1,00	-	1,00	-
Católica	63	46,0	1,43	0,91-2,27	1,30	0,80-2,13
Outras	31	37,3	1,00	0,58-1,73	0,97	0,54-1,73
Local de residência	0,210					
Região periférica	113	38,2	1,00	-	1,00	-

(continua na próxima página...)

Características	Início do pré-natal até a 16ª semana		Análise univariada		Análise múltipla*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj [†]	IC95%
Região urbana	44	45,4	1,34	0,85-2,14	1,04	0,63-1,73
Mora com parceiro	0,135					
Não	13	29,6	1,00	-	1,00	-
Sim	144	41,3	1,67	0,85-3,31	1,77	0,83-3,75
Utiliza sistema privado de saúde	0,011					
Não	136	38,0	1,00	-	1,00	-
Sim	21	60,0	2,45	1,20-4,98	1,32	0,58-3,00
Trabalho remunerado	0,004					
Não	131	37,4	1,00	-	1,00	-
Sim	26	60,5	2,56	1,34-4,89	1,50	0,70-3,21
Número de gravidezes, incluindo a atual	0,152					
1-3	94	43,1	1,00	-	1,00	-
≥4	63	36,0	0,74	0,49-1,12	0,72	0,39-1,36
Realização de pré-natal em gestações anteriores [§]	0,403					
Primigesta	40	45,4	1,00	-	1,00	-
Em algumas gestações	19	43,2	1,25	0,66-2,40	1,14	0,57-2,30
Em todas gestações	97	37,7	1,37	0,84-2,24	1,26	0,69-2,33
Planejamento da gravidez	0,105					
Não planejada	46	37,7	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	37	33,6	0,84	0,49-1,43	0,80	0,45-1,40
Planejada	74	46,0	1,41	0,87-2,27	1,19	0,71-2,00

*Teste de Hosmer e Lemeshow: $p=0,3785$; [†]Odds Ratio ajustado; [‡]4 mulheres foram excluídas por não relatarem religião; [§]4 mulheres foram excluídas por não realizarem pré-natal em gestações anteriores

A associação entre as características das mulheres com a realização de, ao menos, quatro consultas de pré-natal é apresentada na Tabela 4. As mulheres que apresentaram mais chance de ter realizado, no mínimo, quatro consultas de pré-natal foram as que tinham ensino secundário (OR=2,50; IC95% 1,63-3,85) ou ensino superior (OR=19,43; IC95% 5,75-65,65), que moravam com parceiro (OR= 2,87; IC95% 1,43-5,76), que utilizavam o sistema privado de saúde (OR=2,83;

IC95%=1,32-6,06), e que tinham trabalho remunerado (OR=9,56; IC95% 3,68-24,87). Entre essas características, no modelo ajustado simultaneamente para todas as variáveis, mantiveram-se associadas à escolaridade, sendo as mulheres com ensino secundário (ORaj=2,12; IC95% 1,29-3,46) ou ensino superior (ORaj=11,78; IC95% 2,91-47,71), que moravam com parceiro (ORaj= 3,11; IC95% 1,39-6,92), e que relataram trabalho remunerado (ORaj=4,80; IC95% 1,65-13,96) as com mais chance.

Tabela 4 - Aspectos associados à realização de, ao menos, quatro consultas de pré-natal. Nampula, Nampula, Moçambique, 2019

Características	Realização de quatro ou mais consultas		Análise univariada		Análise múltipla*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Faixa etária (anos)	0,830					
18-24	81	47,7	1,00	-	1,00	-
25-29	53	51,5	1,16	0,71-1,90	1,69	0,87-3,29
≥30	59	49,2	1,06	0,66-1,70	1,89	0,85-4,21
Escolaridade (anos)	<0,001					
Ensino primário (≤7)	73	35,4	1,00	-	1,00	-
Ensino secundário (8-12)	88	57,9	2,50	1,63-3,85	2,12	1,29-3,46
Ensino superior (>12)	32	91,4	19,43	5,75-65,65	11,78	2,91-47,71
Religião‡	0,121					
Islâmica	79	46,8	1,00	-	1,00	-
Católica	77	56,2	1,46	0,93-2,30	1,40	0,83-2,34
Outras	36	43,4	0,88	0,51-1,48	0,72	0,39-1,33
Local de residência	0,085					
Região periférica	138	46,6	1,00	-	1,00	-
Região urbana	55	56,7	1,50	0,94-2,38	0,91	0,53-1,58
Mora com parceiro	0,002					
Não	12	27,3	1,00	-	1,00	-
Sim	181	51,9	2,87	1,43-5,76	3,11	1,39-6,92
Utiliza sistema privado de saúde	0,006					
Não	168	46,9	1,00	-	1,00	-
Sim	25	71,4	2,83	1,32-6,06	0,85	0,31-2,29
Trabalho remunerado	<0,001					
Não	155	44,3	1,00	-	1,00	-
Sim	38	88,4	9,56	3,68-24,87	4,80	1,65-13,96
Número de gravidezes, incluindo a atual	0,069					
1-3	116	53,2	1,00	-	1,00	-
≥ 4	77	44,0	0,69	0,46-1,03	0,49	0,25-0,96
Realização de pré-natal em gestações anteriores§	0,260					
Primigesta	50	56,8	1,00	-	1,00	-
Em algumas gestações	22	50,0	1,14	0,60-2,16	0,92	0,42-1,98
Em todas gestações	120	46,7	1,50	0,92-2,45	1,68	0,88-3,19
Planejamento da gravidez	0,049					
Não planejada	58	47,5	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	45	40,9	0,76	0,45-1,29	0,54	0,30-0,97
Planejada	90	55,9	1,40	0,87-2,24	0,97	0,56-1,66

*Teste de Hosmer e Lemeshow: $p=0,2508$; †Odds Ratio ajustado; ‡4 mulheres foram excluídas por não relatarem religião; §4 mulheres foram excluídas por não realizarem pré-natal em gestações anteriores

A análise dos aspectos associados à realização de pré-natal básico é mostrada na Tabela 5. As mulheres que apresentaram mais chance de ter pré-natal básico foram as que tinham ensino secundário (OR=2,33; IC95% 1,48-3,68) ou superior (OR=6,31; IC95% 2,92-13,61), religião católica (OR=1,74; IC95% 1,08-2,80), utilizavam o sistema privado (OR=2,51; IC95% 1,24-5,06) e tinham

trabalho remunerado (OR=3,43; IC95% 1,79-6,58). No modelo final ajustado simultaneamente para todas as variáveis, a característica que se manteve associada foi apenas a escolaridade. Assim, mulheres com ensino secundário (ORaj=1,99; IC95%=1,19-3,31;) ou ensino superior (ORaj=3,87; IC95% 1,47-10,18) tiveram maior chance de ter realizado pré-natal básico.

Tabela 5 - Aspectos associados à realização de pré-natal básico. Nampula, Nampula, Moçambique, 2019

Características	Pré-natal básico		Análise univariada		Análise múltipla*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Faixa etária (anos)	0,971					
18-24	59	34,7	1,00	-	1,00	-
25-29	35	34,0	0,97	0,57-1,62	1,16	0,60-2,24
≥30	40	33,3	0,94	0,57-1,54	1,27	0,57-2,83
Escolaridade (anos)	<0,001					
Ensino primário (≤7)	48	23,3	1,00	-	1,00	-
Ensino secundário (8-12)	63	41,4	2,33	1,48-3,68	1,99	1,19-3,31
Ensino superior (>12)	23	65,7	6,31	2,92-13,61	3,87	1,47-10,18
Religião‡	0,069					
Islâmica	49	29,0	1,00	-	1,00	-
Católica	57	41,6	1,74	1,08-2,80	1,67	0,99-2,80
Outras	28	33,7	1,25	0,71-2,19	1,18	0,64-2,17
Local de residência	0,144					
Região periférica	95	32,1	1,00	-	1,00	-
Região urbana	39	40,2	1,42	0,89-2,28	1,00	0,59-1,69
Mora com parceiro	0,091					
Não	10	22,7	1,00	-	1,00	-
Sim	124	35,5	1,87	0,90-3,92	1,98	0,88-4,45
Utiliza sistema privado de saúde	0,008					
Não	115	32,1	1,00	-	1,00	-
Sim	19	54,3	2,51	1,24-5,06	1,07	0,46-2,51
Trabalho remunerado	<0,001					
Não	108	30,9	1,00	-	1,00	-
Sim	26	60,5	3,43	1,79-6,58	1,89	0,87-4,09
Número de gravidezes, incluindo a atual	0,153					
1-3	81	37,2	1,00	-	1,00	-
≥4	53	30,3	0,73	0,48-1,12	0,73	0,37-1,43
Realização de pré-natal em gestações anteriores§	0,117					
Primigesta	38	43,2	1,00	-	1,00	-
Em algumas gestações	16	36,4	1,26	0,65-2,47	1,07	0,51-2,26
Em todas gestações	80	31,1	1,68	1,02-2,76	1,76	0,93-3,31

(continua na próxima página...)

Características	Pré-natal básico		Análise univariada		Análise múltipla*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Planejamento da gravidez	0,073					
Não planejada	41	33,6	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	29	26,4	0,71	0,40-1,25	0,62	0,34-1,14
Planejada	64	39,8	1,30	0,80-2,13	1,01	0,59-1,73

*Teste de Hosmer e Lemeshow: $p=0,3922$; †Odds Ratio ajustado; ‡4 mulheres foram excluídas por não relatarem religião; §4 mulheres foram excluídas por não realizarem pré-natal em gestações anteriores

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar a idade gestacional de início do pré-natal e o número de consultas realizadas, e seus aspectos associados; assim como identificar as razões para início tardio do pré-natal e realização de menos de quatro consultas, conforme as recomendações de MISAU⁽¹¹⁾. Verificou-se que a cobertura da assistência pré-natal foi universal no município de Nampula, Moçambique. Contudo, a adequação dessa assistência ainda foi baixa, uma vez que menos da metade das mulheres iniciou o pré-natal precocemente e fez o número mínimo de consultas recomendadas. Quando esses dois indicadores são analisados conjuntamente, a condição de acesso ao pré-natal básico pareceu ainda mais frágil.

Nossos achados são similares aos poucos estudos já conduzidos em Moçambique sobre o tema. Em estudo qualitativo conduzido nas províncias de Cabo Delgado, Tete e Maputo, as quais representavam as três regiões do país (Norte, Centro e Sul), observou-se que, no geral, as mulheres iniciaram o pré-natal no final do segundo trimestre da gestação, ou seja, com idade gestacional superior à 16ª semana, e que as razões para esse início tardio foram a falta de teste de gravidez nos serviços de saúde e a espera pela presença de sinais visíveis da gravidez⁽¹³⁾. Achados semelhantes foram identificados em outro estudo conduzido em cinco províncias de Moçambique, no qual 55% das mulheres iniciaram o pré-natal com idade gestacional entre a 20ª e a 28ª semana⁽¹⁴⁾. Parece, portanto, que pouco se tem avançado sobre a possibilidade de as mulheres moçambicanas usufruírem plenamente da assistência pré-natal, iniciando-a precocemente e acessando maior número de contatos com os profissionais de saúde.

Tais resultados foram também observados em outros países que adotaram parâmetros similares de qualidade do pré-natal: 9% a 48% de variação na adequação da idade gestacional de início do pré-natal e 27% a 45% no número de consultas realizadas, considerando outros países do continente africano, bem como países dos continentes americano e asiático^(3,8,19). Ressalta-se que, apesar dos diferentes contextos políticos, econômicos e sociais entre

esses países, os resultados são análogos. Embora não se possa comparar diretamente nossos achados com outros estudos que avaliam a qualidade do pré-natal, tendo em vista que analisamos apenas dois indicadores e os demais estudos, muitas vezes, consideram também outros indicadores, como realização de exames, a adequação da assistência pré-natal (aqui definimos como pré-natal básico) em Moçambique foi observada em 45% das gestações⁽¹³⁾. Posto isso, observa-se que ainda existe uma fragilidade dos serviços de saúde na captação precoce das gestantes no país.

Considerando que a precocidade do início do pré-natal e a realização de mais consultas permitem cuidados mais qualificados e melhores resultados, tanto maternos, quanto fetais^(1,5), as razões para início tardio do pré-natal e realização de menor número de consultas recomendadas também foram investigadas neste estudo. Ponderando os relatos das mulheres, as razões que mais se destacaram foram o fato de elas não acharem importante realizar várias consultas, não terem fácil acesso ao centro de saúde, acharem a barriga pequena, não saberem que estavam grávidas e não terem acompanhante para as consultas. Dados similares foram encontrados em estudos realizados em Moçambique⁽¹³⁻¹⁴⁾ como em outras regiões do mundo^(10,19). Trata-se de achado bastante preocupante, pois mostra a influência de crenças e valores no acesso e na continuidade da assistência pré-natal no município de Nampula, tais como achar barriga pequena e não achar importante a realização de várias consultas de pré-natal⁽²⁰⁾. Portanto, além de promover o acesso a métodos de diagnóstico rápido da gravidez, que permitam a captação mais precoce da gestante, de estimular a participação do parceiro nas consultas de pré-natal, de amparar as mulheres que não desejam a gravidez, e de pensar em estratégias que facilitem o acesso às instituições de saúde, é fundamental desmistificar certos aspectos culturais relacionados à gravidez.

Ademais, estudo de revisão sistemática sobre a percepção da importância do pré-natal e barreiras no acesso com 1230 mulheres de 15 países de baixa renda, incluindo Moçambique⁽¹⁰⁾, evidenciou que as mulheres percebem a gravidez como um evento normal

da vida, ou seja, como um evento fisiológico no qual o atendimento ao pré-natal é necessário apenas em situação de doença. Dessa forma, observa-se a pouca compreensão dos benefícios da assistência pré-natal e a preferência pelos métodos populares de cuidado. Além disso, as consultas de pré-natal demandam longa espera nos serviços de saúde, e esse tempo poderia ser utilizado para o trabalho e para os cuidados de outros filhos; fora que a estrutura inadequada de transporte em algumas regiões de Moçambique representa exposição a riscos para a gestação⁽¹⁰⁾. Nossos resultados confirmam os achados da referida revisão.

As mulheres com mais escolaridade tiveram mais chance de realizar o pré-natal precocemente, realizar o número de consultas adequadas e relatar as duas situações simultaneamente, o que é amplamente documentado em diversos outros estudos^(8-9,21-26). A educação possibilita que as mulheres desenvolvam confiança necessária para tomar decisões sobre sua saúde e compreendam mais facilmente a importância dos serviços de pré-natal; para além de que o maior nível de escolaridade geralmente está relacionado com maior autonomia na decisão de procurar assistência pré-natal. Outros estudos também mostraram que mulheres com mais escolaridade são as que mais realizam o preparo pré-concepcional e que menos vivenciam uma gravidez não planejada⁽²⁷⁻²⁸⁾, eventos marcadamente relacionados aos melhores níveis de saúde materna. Portanto, o investimento na escolarização da mulher produzirá benefícios para o seu bem-estar e do seu conceito.

Ter um trabalho remunerado foi associado à realização de quatro ou mais consultas de pré-natal e este achado foi semelhante ao verificado em outros estudos^(8,24). Entende-se que as mulheres com trabalho remunerado são, muitas das vezes, aquelas com maior autonomia na decisão de procurar assistência pré-natal e melhor escolaridade. Além disso, o trabalho remunerado possibilita independência econômica para que a mulher possa arcar com as despesas de transporte ao serviço de saúde, o que facilita o acesso aos cuidados de saúde.

Adicionalmente, mulheres que moravam com parceiros tiveram mais chance de realizar quatro ou mais consultas em relação às que não moravam com parceiro, similar a resultados obtidos em estudos realizados no Brasil⁽²⁹⁻³⁰⁾. Assim, a ausência de parceiro pode constituir uma potencial fragilidade para o acesso à assistência pré-natal. Isso porque a presença do parceiro estimula a realização de um pré-natal de qualidade, uma vez que a presença do homem nas consultas de pré-natal oferece segurança à mulher e estimula, de certo modo, a adesão ao tratamento e às medidas preventivas^(1,5).

Por outro lado, a falta de apoio do parceiro íntimo ou de familiares deixa as mulheres mais frágeis e vulneráveis

e, por sua vez, afeta de forma negativa a procura de cuidados adequados de pré-natal. Culturalmente, as gestações fora do casamento podem ser consideradas desaprovadas e considerado um ato vergonhoso em muitas sociedades africanas, e isso pode desencorajar as mulheres solteiras ou sem acompanhante a buscarem pelas consultas de pré-natal⁽³¹⁾. Apoio social de familiares e/ou amigos pode se constituir em um fortalecimento para mulheres grávidas que não estejam em parceria estável.

Embora tenhamos considerado apenas variáveis relacionadas às características individuais das mulheres nas nossas análises dos aspectos associados ao início do pré-natal até a 16ª semana e à realização do número mínimo de quatro consultas, é preciso ressaltar que a responsabilização pelo acesso e oferta de assistência pré-natal de qualidade é do MISAU, tanto quanto dos próprios serviços de saúde, que precisam se reorganizar para identificar e responder às necessidades em saúde das mulheres grávidas ou que planejam engravidar.

Até onde se sabe, este é o primeiro estudo em Nampula, Moçambique, que analisou os aspectos associados à idade gestacional de início do pré-natal, ao número de consultas realizadas, e à simultaneidade desses dois eventos. Outro potencial do nosso estudo reside no fato de termos usado um instrumento validado para mensurar o planejamento da gravidez. O conhecimento do perfil das mulheres com acesso ao pré-natal dito básico contribui para a proposição de políticas públicas de saúde e sociais que efetivamente melhorem a saúde da mulher, bem como das futuras crianças. Desta forma, é preciso pensar em estratégias para que mulheres de baixa escolaridade e sem trabalho remunerado consigam por meio do serviço público de saúde diagnosticar precocemente a gestação e acessar informações sobre a importância do início do pré-natal adequado e, por consequente, a realização de maior número de consultas.

Profissionais de saúde, principalmente as enfermeiras e enfermeiras maternas, comuns em Moçambique, também podem atuar na desmitificação de crenças e valores, como achar barriga pequena e não achar importante fazer mais consultas; podem contribuir para ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo, uma vez que algumas mulheres referiram não saber que estavam grávidas e desconheciam os cuidados com uma futura gestação.

Além disso, Moçambique adota um sistema de número de consultas inferior ao recomendado pela OMS. Destaca-se que países que adotam um número reduzido de consultas de pré-natal apresentam uma redução de custo associado sem alterações das taxas de mortalidade materna, com o agravante de aumento da mortalidade perinatal e menor satisfação das mulheres⁽³²⁾.

Este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, foram avaliadas mulheres residentes em apenas um determinado município e usuárias do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique, portanto os achados não podem ser generalizados para as mulheres moçambicanas no geral e nem para as que utilizam o sistema de saúde privado. Contudo, considerando que o acesso à assistência pré-natal deve ser universal, pesquisar a sua qualidade nos serviços de saúde públicos pode propiciar a melhoria da qualidade de pré-natal para a totalidade das mulheres, tanto usuárias do sistema público como do sistema privado. Em segundo lugar, as informações foram obtidas pelo relato das mulheres e pode ocorrer viés de memória, visto que algumas mulheres podem ter omitido ou ter se esquecido de algum dado durante a entrevista. Para minimizar este viés, foram realizadas entrevistas com mulheres no puerpério (período de 24 horas, entre mulheres com parto ocorrido na maternidade, e até 14 dias pós-parto, entre mulheres com parto ocorrido no domicílio).

O estudo contribui ao identificar as fragilidades na atenção ao pré-natal em um país da África Subsaariana, o que pode fundamentar a implementação de iniciativas que visem aumentar o número de consultas realizadas e antecipar o início do pré-natal, tais como o aumento da escolaridade de crianças, adolescentes e mulheres, apoio para que consigam alcançar a unidade de saúde sem maiores dificuldades e informação para que as mulheres gestantes compreendam a importância da assistência pré-natal. Tais iniciativas não são necessárias apenas em países daquele continente, mas também em países de baixa e média renda que ainda têm dificuldades em alcançar os melhores níveis de saúde reprodutiva.

Conclusão

Os achados deste estudo mostraram que, apesar da cobertura universal da assistência pré-natal, a idade gestacional de início do pré-natal e o número de consultas realizadas são inferiores às recomendações vigentes em Moçambique. Aos formadores de políticas públicas de saúde e sociais, sugere-se melhorias no acesso, na captação precoce das gestantes, na desmistificação de crenças para adesão do pré-natal e na oferta de cuidados sobre o planejamento reprodutivo para amparar as mulheres que planejam ter filhos.

Referências

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf
3. Benova L, Tunçalp Ö, Moran AC, Campbell OMR. Not just a number: examining coverage and content of antenatal care in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2018 Mar;3(2):e000779. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000779>
4. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Mar;23(6):1915-28. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
5. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>
6. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, et al. Assessment of prenatal care for indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *Cad Saúde Pública*. 2019 Aug;35(Suppl 2):e00181318. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00181318>
7. Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, Chartier MJ, Derksen SA, Helewa ME. The Association of Inadequate and Intensive Prenatal Care With Maternal, Fetal, and Infant Outcomes: A Population-Based Study in Manitoba, Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018 July;000(000):1-13. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.006>
8. Kassaw A, Debie A, Geberu DM. Quality of prenatal care and associated factors among pregnant women at public health facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. *J Pregnancy*. 2020 Jan;2020:9592124. doi: <http://doi.org/10.1155/2020/9592124>
9. Afulani P, Buback L, Essandoh F, Kinyua J, Kirumbi L, Cohen CR. Quality of antenatal care and associated factors in a rural county in Kenya: an assessment of service provision and experience dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2019 Oct;19:684. doi: <http://doi.org/10.1186/s12913-019-4476-4>
10. Finlayson K, Downe S. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med*.

- 2013;10(1):e1001373. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001373>
11. Ministério da Saúde (MOZ). Normas para atenção pré-natal e cuidados pós-natal para mulheres e recém-nascidos. Maputo: MISAU; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://pt.scribd.com/document/321740258/Normas-Para-a-Atencao-Pre-Natal-e-Cuidados-Pos-Natal-Para-Mulheres-e-Recem-Nascidos>
12. Ministério da Saúde (MOZ). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique - 2015 [Internet]. Maputo: MISAU; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/publication-ais12-ais-final-reports.cfm>
13. Biza A, Jille-Traas I, Colomar M, Belizan M, Harris JR, Crahay B, et al. Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Sep;15:200. doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-015-0625-x>
14. Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. Antenatal care in developing Countries: the need for a tailored model. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006 Feb;11(1):15-20. doi: <http://doi.org/10.1016/j.siny.2005.10.002>
15. Instituto Nacional de Estatística. IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: resultados definitivos: Moçambique [Internet]. Maputo: INE; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf>
16. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting Guidelines for Health Care Simulation Research. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2016 Aug;11(4):238-48. doi: <http://doi.org/10.1097/SIH.000000000000150>
17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2015: o trabalho como motor do desenvolvimento humano [Internet]. Brasília: PNUD; 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf
18. Borges ALV, Barrett G, Santos OA, Nascimento NC, Cavalhieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Aug;16(1):244. doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-016-1037-2>
19. Kanyangarara M, Munos MK, Walker N. Quality of antenatal care service provision in health facilities across sub-Saharan Africa: evidence from nationally representative health facility assessments. *J Glob Health*. 2017 Dec;7(2):021101. doi: <http://doi.org/10.7189/jogh.07.021101>
20. Dias EG, Oliveira CKN, Souza ELS. Barriers found by adolescent moms for early adherence to prenatal care. *J Health NPEPS*. 2020;5(1):160-73. doi: <http://doi.org/10.30681/252610104435>
21. Mekonnen T, Dune T, Perz J, Ogbo FA. Trends and determinants of antenatal care service use in Ethiopia between 2000 and 2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar;16(5):748. doi: <http://doi.org/10.3390/ijerph16050748>
22. Mário DN, Rigo L, Boclin KMS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019 Mar;24(3):1223-32. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>
23. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:e031890. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031890>
24. Muchie KF. Quality of antenatal care services and completion of four or more antenatal care visits in Ethiopia: a finding based on a demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:300. doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-017-1488-0>
25. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. *Reprod Health*. 2015 Sep;12:88. doi: <http://doi.org/10.1186/s12978-015-0081-0>
26. Bagambe PG, Umubyeyi A, Luginaah I. Effect of pregnancy intention on the timing and sustained use of antenatal care services in Rwanda. *Afr J Reprod Health*. 2021 Feb;25(1):90. doi: <http://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i1.11>
27. Borges ALV, Gonçalves RRS, Chofakian CBN, Nascimento NC, Figueiredo RMM, Fujimori E, et al. Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais Brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Jul 07]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-da-anticoncepcao-de-emergencia-entre-mulheres-usuarias-de-unidades-basicas-de-saude-em-tres-capitais-brasileiras/17487?id=17487&id=17487>
28. Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Rev Bras Enferm*. 2019 Dec;72(Suppl 3):17-24. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>
29. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, et al. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Apr;21(4):1227-38. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015>

30. Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015 May;31(5):1003-14. doi: <http://doi.org/10.1590/0201-311X00085014>
31. Mohammed S, Yakubu I, Awal I. Sociodemographic factors associated with women's perspectives on male involvement in antenatal care, labour, and childbirth. *J Pregnancy*. 2020;2020:6421617. doi: <http://doi.org/10.1155/2020/6421617>
32. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 July;(7):CD000934. doi: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub3>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Belarmina Reis-Muleva, Ana Luiza Vilela Borges. **Obtenção de dados:** Belarmina Reis-Muleva. **Análise e interpretação dos dados:** Belarmina Reis-Muleva, Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges. **Análise estatística:** Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges. **Obtenção de financiamento:** Ana Luiza Vilela Borges. **Redação do manuscrito:** Belarmina Reis-Muleva, Luciane Simões Duarte, Carla Marins Silva, Luciana Magnoni Reberte Gouveia, Ana Luiza Vilela Borges. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Luciane Simões Duarte, Carla Marins Silva, Luciana Magnoni Reberte Gouveia, Ana Luiza Vilela Borges. **Todos os autores aprovaram a versão final do texto.** **Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 11.10.2020

Aceito: 17.04.2021

Editora Associada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Belarmina Reis-Muleva
E-mail: belarminareis@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-6697-6872>