



Artigo original

Uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e satisfação com o pré-natal em Nampula, Moçambique

Belarmina Reis-Muleva¹, Luciane Simões Duarte², Natália de Castro Nascimento³

¹ Universidade Lúrio Bairro de Marrere, Nampula, Mozambique, <http://orcid.org/0000-0001-6697-6872>

² Einstein Hospital Israelita, São Paulo, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-9173-607X>

³ Universidade Paulista, Sorocaba, São Paulo-Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-2498-5281>

Información del artículo

Recibido: 29-05-2024

Aceptado: 16-11-2025

DOI: 10.15517/fbssne82

Correspondencia

Belarmina Reis-Muleva

Universidade Lúrio Bairro de Marrere

belarminareis@gmail.com

RESUMO

Introdução: A assistência pré-natal tem um papel crucial na promoção da saúde materna e fetal, e a caderneta de saúde da mulher, em seu uso adequado, é um instrumento que ajuda a melhorar a saúde materna e infantil, sendo necessário considerar, ainda, a satisfação da mulher com o pré-natal.

Objetivos: (1) Verificar o uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e (2) Descrever a satisfação da mulher com o pré-natal.

Método: Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado em Nampula, Moçambique, com 339 mulheres de 18 a 49 anos de idade, entrevistadas com o uso de instrumento estruturado no Google Forms, pré-testado e aplicado com tablet. O uso da caderneta foi avaliado segundo o registro de informações da assistência pré-natal, e a satisfação da mulher com o pré-natal, pela escala Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care.

Resultados: 393 mulheres foram abordadas, mas 54 delas (13,7%) não portavam a caderneta. Das 339 mulheres entrevistadas, 50,7% tinham registro de quatro ou mais consultas de pré-natal; 57,8%, de teste de sífilis; e 64,3%, de aferição de pressão arterial. Além disso, se observou baixo percentual de registro de exame de urina, esquema completo de vacinação e hemograma. Quanto à satisfação, mais da metade das mulheres mostrou-se insatisfeita com o tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde.

Conclusão: O baixo registro na caderneta de saúde da mulher e a insatisfação com o pré-natal evidenciam a necessidade de capacitar profissionais e sensibilizar as mulheres.

Palavras-chave: Pré-natal; Caderneta de saúde da mulher; Ficha pré-natal; Nampula

Resumen

Uso de la cartilla de salud de la mujer/registro prenatal y satisfacción con la atención prenatal en Nampula, Mozambique

Introducción: La asistencia prenatal desempeña un papel crucial en la promoción de la salud materna y fetal. Como parte de esta, la cartilla de salud de la mujer, usada adecuadamente, es una herramienta que ayuda a mejorar la salud materna e infantil, por lo que es necesario tener en cuenta la satisfacción de la mujer con la atención prenatal.

Objetivos: (1) Verificar el uso de la cartilla de salud de la mujer/ficha prenatal y (2) describir la satisfacción de las mujeres con la asistencia prenatal.

Método: Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado en Nampula, Mozambique, con 339 mujeres de entre 18 y 49 años de edad, entrevistadas mediante un instrumento estructurado en Google Forms, pretestado y aplicado con *tablet*. El uso de la cartilla se evaluó según el registro de información de la atención prenatal y la satisfacción de las mujeres con la atención prenatal, mediante la escala Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care.

Resultados: Se contactó a 393 mujeres, pero 54 de ellas (13.7 %) no llevaban consigo la cartilla. De las 339 mujeres entrevistadas, 50.7 % tenían constancia de cuatro o más consultas prenatales; 57.8 %, de pruebas de sífilis, y 64.3 % de mediciones de la presión arterial. Además, se observó un bajo porcentaje de registros de análisis de orina, vacunación completa y hemograma. En cuanto a la satisfacción, más de la mitad de las mujeres se mostraron insatisfechas con el tiempo de espera para ser atendidas por la persona profesional de salud.

Conclusión: El bajo registro en la cartilla de salud de la mujer y la insatisfacción con la atención prenatal ponen de manifiesto la necesidad de capacitar a la población profesional del área y sensibilizar a las mujeres.

Palabras clave: Prenatal; Cartilla de salud de la mujer; registro prenatal; Nampula

ABSTRACT

The Use of the Health Booklet/Prenatal Record and Women's Satisfaction with the Prenatal Care in Nampula, Mozambique

Introduction: Prenatal care plays a crucial role in promoting maternal and fetal health, and women's health records, in their proper use, are a tool for improving maternal and child health. Therefore, it is necessary to consider women's satisfaction with prenatal care.

Objectives: (1) To verify the use of the woman's health booklet/prenatal record and (2) describe women's satisfaction with prenatal care.

Method: A quantitative, cross-sectional, descriptive study conducted in Nampula, Mozambique, with 339 women aged 18 to 49 years, interviewed using a structured instrument in Google Forms, which was pre-tested and applied with a tablet. The use of the booklet was evaluated based on the prenatal care information recorded on prenatal and the women's satisfaction with prenatal care was assessed using the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care Scale.

Results: 393 women were approached, but 54 of them (13.7%) were not carrying their health record booklet. Of the 339 women interviewed, 50.7% of them had records of four or more prenatal visits; 57.8% of them had records of syphilis testing; and 64.3% of blood pressure measurement. There was also a low percentage of records for urine tests, complete vaccination schedules, and blood counts. In terms of satisfaction, more than half of the women were dissatisfied with the waiting time to be seen by a health professional.

Conclusion: The low number of entries in women's health records and the dissatisfaction with prenatal care highlight the need to train professionals and raise awareness among women.

Keywords: Prenatal; Women's health booklet; Prenatal record; Nampula

INTRODUCCIÓN

O cuidado pré-natal diz respeito à oferta de orientações, procedimentos médicos, medidas preventivas, entre outros cuidados, com o objetivo de melhorar a sobrevivência da mulher e da criança, além de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.^{1,2} A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, durante o cuidado pré-natal, seja atribuída a todas as mulheres uma caderneta de anotações para melhorar a continuidade, a qualidade dos cuidados e a experiência na gravidez,¹ pois é nessa caderneta que o(a) profissional de saúde faz anotações de todas as orientações e ações realizadas durante o contato com a mulher.

Vários esforços têm sido levados a cabo no sentido de ofertar cada vez mais serviços de saúde sexual e reprodutiva melhores, incluindo

os cuidados pré-natais de qualidade no mundo inteiro, pois as ofertas desses cuidados visam proporcionar uma experiência positiva às mulheres grávidas e suas famílias.^{1,3} Estudos que avaliaram o pré-natal por meio da caderneta de saúde da mulher mostraram que havia falta de clareza nos dados coletados, como informações não preenchidas ou incorretas.^{4,5} É importante que o registro de informações na caderneta de saúde da mulher seja feito de maneira correta, clara e objetiva, pois isso melhora a assistência de saúde da mulher. Nesse sentido, é imperioso que os(as) profissionais de saúde tenham maior atenção no registro.⁶

Em Moçambique, após a primeira consulta de cuidados pré-natais e seguindo a recomendação da OMS, é atribuída à mulher uma caderneta de saúde da mulher ou uma ficha pré-natal, na qual são anotadas todas as

informações sociodemográficas, a história reprodutiva, os cuidados pré-natais, informações do parto e do pós-parto, além do planejamento familiar.⁷

Ainda em Moçambique, o único estudo que avaliou o uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e de representatividade nacional foi conduzido há quase duas décadas.⁸ Além disso, durante esse período houve atualizações nas recomendações da OMS¹ sobre a assistência pré-natal, e as taxas de mortalidade materna mantiveram-se elevadas no país.⁹

Em relação à avaliação da satisfação da mulher com o pré-natal recebido, a OMS recomenda essa avaliação nos serviços públicos de saúde a fim de melhorar a oferta e a eficiência dos cuidados de saúde materna no período gestacional.¹⁰ A avaliação da satisfação da mulher com o pré-natal recebido permite mensurar o sucesso dos serviços de saúde ofertados, tanto pelo sistema quanto pelo(a) profissional, o que engloba a acessibilidade dos serviços de saúde, o respeito e a atenção ao cuidado de saúde.¹¹ Ademais, quanto mais satisfeitas as mulheres estiverem com os serviços ofertados, mais se sentirão estimuladas a dar continuidade aos cuidados pré-natais, a aderir ao tratamento e às medidas preventivas e, conseqüentemente, a melhorar os resultados de saúde.¹² Ressalta-se que não existem estudos que avaliem a satisfação da mulher com o pré-natal recebido em Nampula/Moçambique que utilizem um instrumento confiável e validado.

A escassez de estudos sobre a caderneta de saúde da mulher e a satisfação com o pré-natal, aliada ao fato de Moçambique apresentar uma das maiores taxas de mortalidade materna do continente africano e do mundo — cerca de 452 mortes para cada 100 mil nascidos vivos⁹ — reforça a urgência de pesquisas nessa área. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivos verificar o uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e descrever a satisfação da mulher com o pré-natal recebido em unidades

sanitárias do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Nampula, Moçambique.

MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo quantitativo, transversal e descritivo é subprojeto de uma investigação mais ampla aprovada pelo Comitê Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL) de Nampula, Moçambique, e avalia o uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e a satisfação da mulher com o pré-natal em Nampula, Moçambique.

O tamanho da amostra, conforme investigação mais ampla, considerou a proporção de mulheres moçambicanas com quatro ou mais consultas de pré-natal ($p = 54,6$),¹³ o nível de significância de 95% e uma margem de erro de 5%. Assim, o cálculo amostral apontou a necessidade de serem entrevistadas 381 mulheres.

Como 70% das mulheres teve o próprio parto realizado em maternidade, com o restante delas dando à luz em domicílio,¹³ foram entrevistadas 267 mulheres na maternidade e 114 mulheres nos próprios domicílios.

Foi selecionada a maternidade do Hospital Central de Nampula, de nível quaternário e hospital-escola da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio (FCS-UniLúrio). Também foram selecionados domicílios situados nos bairros periféricos da cidade de Nampula, pois as parteiras tradicionais atuantes nesses bairros são colaboradoras do programa “Um Estudante e Uma Família” e do projeto “Comunidade Alerta para um Hospital de Prontidão”, da FCS-UniLúrio.

Durante as entrevistas, 54 mulheres não estavam em posse da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal, variável que representa o objetivo deste estudo. Por esse motivo, a amostra final foi composta por 339 mulheres entrevistadas, sendo 234 de maternidade e 105 de domicílio.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e dezembro de 2019. Foram

incluídas mulheres no puerpério com 18 a 49 anos de idade com parto ocorrido 24 horas antes em uma maternidade e mulheres com parto ocorrido 15 dias antes em domicílio. Foram excluídas mulheres com pré-natal classificado como de alto risco.

A seleção das mulheres ocorreu por meio de informações da maternidade — para partos ocorridos no hospital — e do livro de registro de puerpério disponível na Unilúrio— para partos domiciliares. As mulheres foram entrevistadas com o uso de instrumento estruturado elaborado no Google Forms, pré-testado e aplicado por meio de tablet, respeitando a privacidade.

O uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal foi avaliado por meio dos registros recomendados pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU):⁷ quatro ou mais consultas de pré-natal; exames laboratoriais (HIV, sífilis, urina e hemograma); procedimentos clínicos (pressão arterial e peso); e profilaxia (vacina antitetânica e oferta de Fansidar — contra a malária).

A satisfação com o pré-natal foi avaliada por meio da escala Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Prudêncio.¹¹ Esse instrumento apresenta 12 questões sobre a expectativa e 29 questões sobre a satisfação da mulher com o pré-natal. Para este estudo, foram aplicadas 11 perguntas sobre satisfação: 1. Satisfação com as informações dadas pelo(a) profissional de saúde sobre como a gravidez estava evoluindo; 2. Satisfação com o respeito dado pelo(a) profissional que acompanhou a gravidez; 3. Satisfação com o tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde; 4. Satisfação com as explicações dadas pelo(a) profissional de saúde sobre o que aconteceria nas consultas pré-natais; 5. Satisfação com os tipos de assuntos que o(a) profissional de saúde abordava durante as consultas de pré-natal; 6. Satisfação com explicações que o(a) profissional de saúde deu sobre o que esperar quanto a ser

mãe e pai de um recém-nascido; 7. Satisfação com a forma como o(a) profissional de saúde acompanhou e tratou a mulher; 8. Satisfação com a forma de tratamento dada pelos(as) funcionários(as); 9. Satisfação com o tempo que o(a) profissional de saúde dedicou à mulher, mesmo não apresentando problemas na gravidez; 10. Satisfação com as condições da sala de espera do serviço de saúde; e 11. Satisfação com a sala de exame do serviço de saúde.

A escolha dessas perguntas ocorreu por conta de estudos realizados em diferentes países a respeito da satisfação com o pré-natal. Esses trabalhos mostraram que os principais fatores de satisfação da mulher com o pré-natal são referentes à oferta de informações sobre o estado de saúde dela durante a gravidez, a gentileza e o respeito oferecidos por profissionais de saúde, e a redução do tempo de espera para ser atendida em consultas pré-natais.^{12,14-16} As opções de respostas para essas perguntas foram: “concordo”, “não concordo nem discordo” e “discordo”. Foram consideradas satisfeitas as mulheres que responderam “concordo”; logo, as insatisfeitas foram aquelas que responderam “Não concordo nem discordo” ou “discordo”.

Também foram avaliadas características sociodemográficas, como: 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: bairros periféricos (bairros de Marrere, Murrapaniua, Mutauanha, Mutava-Rex, Memória, Muatala, Natikiri, Namicopo, Namutequeliua/Nampaco, Carrupeia) ou bairros urbanos (bairros de Napipine, Muhala/Muhala expansão, Muahivire, Bairro Central); trabalho remunerado (não ou sim); e se mora com parceiro (não ou sim).

Todas as análises foram conduzidas no software Stata 15.0. Foi feita uma análise descritiva e uma apresentação dos resultados por meio de números absolutos e relativos, média, mediana e desvio-padrão.

RESULTADOS

No total, foram convidadas para participar do estudo 416 mulheres; porém, 17 delas se recusaram a fazer parte da pesquisa, 6 não foram encontradas em seus domicílios no momento da coleta de dados após três tentativas, e 54 não portavam a caderneta de

saúde da mulher/ficha pré-natal — assim, a amostra final contou com 339 mulheres.

As mulheres tinham, em média, 26 anos de idade (dp 5,8); a maioria relatou seguir a religião islâmica, ter ensino primário, residir em bairros periféricos da cidade, não ter trabalho remunerado e morar com o parceiro (Tabela 1).

Tabela 1

Número e proporção de puerperas segundo as características sociodemográficas — Nampula, Moçambique, 2019

Variável	n	%
Local		
Domicílio	105	31,0
Maternidade	234	69,0
Idade		
Média (dp)	26,1(5,8)	
18-24	145	42,8
25-29	90	26,5
≥30	104	30,7
Religião*		
Islâmica	147	43,9
Católica	118	35,2
Outra	70	20,9
Escolaridade (em anos)		
Ensino primário (≤7)	181	53,4
Ensino secundário (8-12)	129	38,0
Ensino superior (>12)	29	8,6
Residência		
Bairros periféricos	253	74,6
Bairros urbanos	86	25,4
Trabalho		
Não	298	87,9
Sim	41	12,1
Mora com parceiro		
Não	34	10,0
Sim	305	90,0

Fonte: autoria própria; *4 mulheres não informaram religião.

Foi verificado que mais da metade das mulheres tinha registro de quatro ou mais consultas de pré-natal (50,7%), de teste de sífilis

(57,8%) e de aferição de pressão arterial (64,3%) na caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal. Contudo, quase a totalidade (acima de

90%) tinha registro de teste de HIV, de peso materno e de profilaxia da malária. Chama a atenção o baixo percentual de registro da

realização de exame de urina, de esquema completo de vacinação e de exame de hemograma (Tabela 2).

Tabela 2

Critérios utilizados para a classificação do uso da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-nata I—Nampula, Moçambique, 2019

Uso da caderneta de saúde da mulher	Não		Sim	
	n	%	n	%
Registro de quatro ou mais consultas de pré-natal	167	49,3	172	50,7
Registro de teste de HIV	7	2,1	332	97,9
Registro de teste de sífilis	143	42,2	196	57,8
Registro de exame de urina	189	55,7	150	44,3
Registro de exame de hemograma	294	86,7	45	13,3
Registro de aferições da pressão arterial	121	35,7	218	64,3
Registro de medições do peso corporal	12	3,5	327	96,5
Vacina contra tétano: duas doses ou vacinação completa	258	76,1	81	23,9
Registro da profilaxia contra a malária	33	9,7	306	90,3

Fonte: autoria própria.

Em relação à satisfação com o pré-natal, as mulheres mostraram-se mais satisfeitas com o tratamento da equipe de saúde (76,7%), com o respeito do(a) profissional que acompanhou a

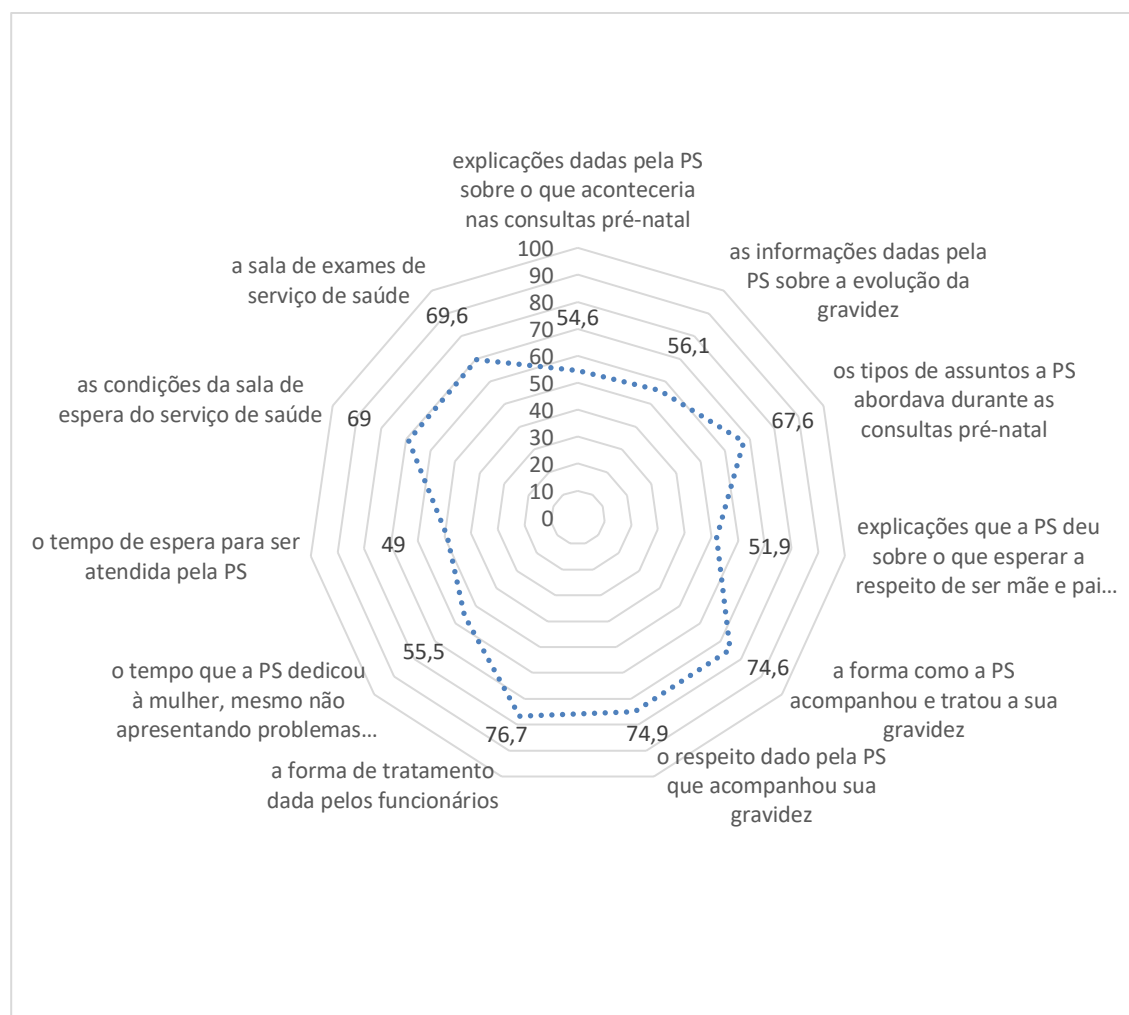
gravidez (74,9%), com a forma como o(a) profissional de saúde acompanhou e tratou a gravidez, ou seja, a cordialidade e a gentileza que o(a) profissional de saúde manifestou durante as consultas de pré-natal (74,6%), e, por fim, com a

sala de exame do serviço de saúde (69,6%). No entanto, a satisfação com o tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde

foi mais baixa, não abrangendo nem a metade das mulheres entrevistadas (49,0%) (Figura 1).

Figura 1

Proporção de mulheres no puerpério segundo a satisfação com o pré-natal — Nampula, Moçambique, 2019



Fonte: autoria própria; PS: profissional de saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que, apesar de todas as mulheres terem recebido a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal, nem todas a portavam nas consultas. Além disso, o uso e o preenchimento dos registros não seguiram a recomendação do SNS em Nampula, Moçambique, e as mulheres não estavam satisfeitas com todo o cuidado do pré-natal.

Salienta-se que o registro nessa caderneta de qualquer ação realizada pelo(a) profissional de saúde demonstra a existência dos cuidados prestados.

Em relação ao número de consultas efetuadas, um critério bastante importante na assistência do pré-natal, os achados mostram que cerca de metade das cadernetas de saúde da

mulher/ficha pré-natal teve o registro de quatro ou mais consultas. Esse achado foi semelhante aos de estudos multicêntricos realizados em outros países dos continentes africano, americano e asiático.^{17,18} No entanto, ele teve resultados um pouco abaixo aos de estudos na Palestina e na Zâmbia, com 60% das mulheres tendo tido quatro ou mais consultas de pré-natal,^{19,20} e também ao de um inquérito realizado em Moçambique, no qual o indicador foi de 55%.¹³ O número reduzido de consultas pré-natais feitas dificulta o bom acompanhamento da gestação, o que pode acarretar diversas complicações tanto para a mãe como para a criança.

A realização de exames laboratoriais permite a detecção de diversas doenças, possibilitando o tratamento e a melhoria da qualidade de vida tanto para mãe como para o conceito.²

No presente estudo, foram avaliados os registros de quatro exames (HIV, sífilis, urina e hemograma). Na testagem de HIV, os resultados foram bastante elevados em comparação aos de estudos realizados tanto em países do continente africano como no Brasil, que variaram entre 41,7% e 82,3% de registro.²¹⁻²⁴ Em relação ao registro da sífilis, os resultados foram acima daquele de um estudo realizado em Serra Leoa, país no qual apenas um terço das participantes tinha registro do exame de sífilis.²³ Esses fatos demonstram a existência de interesse na prevenção da transmissão vertical em contextos de alta prevalência e incidência de HIV e sífilis em um país como Moçambique.

Quanto ao exame de urina, os achados do estudo foram baixos (44,3%), se comparados aos de um estudo de Venkateswaran et al.,¹⁹ que foi de 81%, o que demonstra uma fraca detecção de diversos problemas de saúde como infecções urinárias e pré-eclâmpsia, entre outros, doenças essas que ocorrem no período gestacional diagnosticadas por meio da realização de exame de urina.

Finalmente, em relação à realização de hemograma, menos de um quarto das cadernetas de saúde da mulher/ficha pré-natal teve o registro desse exame. Os achados deste estudo foram baixos quando comparados aos de estudos realizados por Venkateswaran et al.¹⁹ e Garnelo et al.,²⁴ nos quais foram obtidos resultados que variaram entre 35% e 56,9%, respectivamente. Trata-se de um exame básico e fundamental a ser realizado durante a gravidez, pois garante a prevenção e o diagnóstico da anemia e de outras complicações.

A avaliação do peso foi um dos procedimentos mais realizados (96,5%), e resultado semelhante foi encontrado em estudo de Venkateswaran et al.¹⁹ Esse fato demonstra um acompanhamento adequado dos problemas relacionados com a diabetes, entre outras patologias que podem interferir no crescimento adequado do bebê. Quanto à proporção de avaliação da pressão arterial, os achados ficaram abaixo aos de estudos realizados em alguns países africanos e sul-americanos, com mais de 90% de registro de avaliação da pressão arterial.^{19,21,22} Trata-se de uma situação preocupante, visto que os distúrbios hipertensivos na gravidez são uma das principais causas de mortalidade materna, parto prematuro e morte neonatal.⁶

A infecção por malária durante a gravidez pode levar a graves complicações tanto para a mãe como para o feto. Tratando-se de uma doença com altas taxas de incidência e prevalência, a profilaxia da malária é um serviço básico que deve ser ofertado à mulher durante a gravidez. O presente estudo mostrou que 90% das cadernetas tiveram o registro da oferta de profilaxia da malária — esse valor foi maior em relação aos de achados de um estudo nacional (22%),¹³ e aos de estudos conduzidos em países da África, nomeadamente: Nigéria, República Democrática do Congo, Quênia, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Ruanda e Zâmbia.^{18,22}

Em relação à vacinação contra o tétano, os achados mostraram que menos de um quarto das

cadernetas obtiveram o registro do esquema completo — esse valor está abaixo do resultado de um estudo realizado na Nigéria, com mais de 70% de registro do esquema completo da vacinação antitetânica.²² Isso pode ser explicado pelo início tardio das consultas e pelo número incompleto de consultas, o que dificulta o término do esquema de vacinação.

Houve poucos registros de informações nas cadernetas de saúde da mulher/ficha pré-natal referentes a exame de hemograma, urina II, sorologia de sífilis, número de consultas pré-natal e esquema completo de vacinação antitetânica. Isso, por sua vez, demonstra uma subutilização desse instrumento, o que pode resultar em prejuízos no acompanhamento da mulher e de seu bebê em formação e desenvolvimento. Não se sabe se a lacuna está no registro ou na assistência, uma vez que alguns procedimentos podem ser realizados e não registrados, o que indica a necessidade de conscientização dos(as) profissionais de saúde que realizam o pré-natal para a valorização da caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal. É preciso ressaltar que a existência de registro nesse instrumento reflete a continuidade da assistência à mulher no período gravídico puerperal.⁵

Sobre a satisfação da mulher quanto ao pré-natal, embora a maior parte tenha relatado estar satisfeita com o atendimento recebido em vários dos critérios analisados, houve insatisfação no componente “tempo de espera para ser atendida pelo(a) profissional de saúde”. Mulheres relataram ficar muito tempo na unidade de saúde, à espera de serem atendidas pelo(a) profissional de saúde, o que coincide com o que foi observado por Biza et al.,²⁵ em Moçambique, e Mansur et al.,²⁶ em Bangladesh. Uma redução no tempo de espera pode melhorar ainda mais a satisfação da mulher e o aproveitamento dos serviços de saúde, aprimorando, consequentemente, a continuidade e a qualidade da assistência.

Dessa forma, espera-se que este estudo possa constituir uma das bases para a elaboração e a implementação de programas de melhoria do cuidado do pré-natal nessa cidade e na província de Nampula, além da melhoria dos serviços prestados pelos(as) profissionais de saúde responsáveis pela consulta pré-natal. Ademais, este é o primeiro estudo que mensura a satisfação da mulher quanto ao pré-natal em Nampula/Moçambique usando um instrumento confiável e validado em diversos contextos, o Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas é de que a amostra final foi inferior à do projeto maior, pois, como já dito, no momento das entrevistas 54 mulheres não portavam a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal; a segunda é o uso de dados secundários, fato que dificultou o aprofundamento da análise; a terceira é que as mulheres participantes do estudo se restringiram a um município do país e, portanto, os achados não podem ser ampliados às mulheres moçambicanas em geral. Por fim, a amostra deste presente estudo era composta apenas por mulheres com nascimentos únicos e, com isso, os resultados não podem ser generalizados a mulheres com nascimentos múltiplos.

CONCLUSÃO

Constatou-se que grande parte das mulheres que realizam o pré-natal têm acesso às cadernetas de saúde da mulher/ficha pré-natal; no entanto, quanto às ações realizadas durante as consultas, há baixo registro do número de consultas, baixo registro de alguns exames laboratoriais (urina e hemograma) e da vacinação antitetânica. Dessa forma, o uso e o preenchimento insatisfatório da caderneta reforçam a necessidade de investimentos na capacitação dos(as) profissionais e na sensibilização das mulheres sobre a importância dela, para que se torne efetivamente um

instrumento de promoção da saúde materna e infantil.

Quanto à satisfação com a assistência pré-natal recebida, embora a maioria das mulheres tenha relatado estar satisfeita em vários aspectos avaliados, mais da metade das mulheres mostrou-se insatisfeita com o tempo de espera

para ser atendida pelo(a) profissional de saúde. Portanto, além dos registros adequados na caderneta, cabe ao(à) profissional de saúde o cuidado em relação à qualidade do serviço, visando à satisfação da mulher com o pré-natal.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores certificam de que não têm qualquer afiliação ou envolvimento com qualquer organização ou entidade com qualquer interesse financeiro no assunto deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
2. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>
3. World Health Organization. Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and wellbeing. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040519>
4. Camargos LF, Lemos PL, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. Esc Anna Nery 2021;25(1):e20200166. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0166>
5. Rodrigues TA, Fonseca LMB, Ferreira AGN, Pascoal LM, Rolim ILTP, Sousa e Silva MM. Cartão da gestante como instrumento para continuidade da assistência à saúde: revisão integrativa da literatura. Revista Electrónica Enfermería Actual de Costa Rica 2021;40:42960. doi: 10.15517/revenf.v0i40.42960
6. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB, Lessa PRA, Pinheiro AKB. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta Paul Enferm. 2018;31(3):247-54. doi: 10.1590/1982-0194201800036
7. Ministério da Saúde de Moçambique. Normas para atenção pré-natal e cuidados pós-natal para mulheres e recém-nascidos. Maputo: MISAU; 2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/321740258/Normas-Para-a-Atencao-Pre-Natal>
8. Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. Antenatal care in developing countries: the need for a tailored model. Semin Fetal Neonatal Med. 2006;11(1):15-20. doi: 10.1016/j.siny.2005.10.002

9. Instituto Nacional de Estatística. IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: resultados definitivos: Moçambique [Internet]. Maputo: INE; 2019. Disponível em: <https://ocivvlhqiwtxvnycqnia.supabase.co/storage/v1/object/public/new-kerko/2793607/DS6PRCPE/I9FGGMZA/7c369c1f-137b-4e4f-abad-27528e9ea9b2.pdf>
10. Bleich SN, Özaltın E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.* 2009;87(4):271-8. doi:10.2471/BLT.07.050401
11. Prudêncio OS. Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)[dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012. doi: 10.11606/D.22.2012.tde-07112012-153618
12. Galle A, Parys AV, Roelens K, Keygnaert I. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Womens Health.* 2015;15:112. doi: 10.1186/s12905-015-0266-2
13. Ministério da Saúde de Moçambique. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique —2015 [Internet]. Maputo: MISAU; 2018. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/ais12/ais12.pdf>
14. Pozo-Cano MD, Castillo RF, Guilen JF, Florido J, García IG. Satisfaction level of new mothers with prenatal care and the healthcare: professionals who provide it. *West Indian Med J.* 2014;63(7):732-8. doi: 10.7727/wimj.2014.388
15. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(5):503-9. doi: 10.1093/intqhc/mzr038
16. Sholeye OO, Abosede OA, Jeminuse OA. Three decades after Alma-Ata: are women satisfaction with antenatal care services at primary centres in Mushin, Lagos? *J Med Med Sci Res.* 2013;2(3):24-9.
17. 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;3(2):e000779. doi:10.1136/bmjgh-2018-000779
18. 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;7(2):021101. doi: 10.7189/jogh.07.021101
19. Venkateswaran M, Bogale B, Khader KA, Awwad T, Friberg IK, Ghanem B, Hijaz T, Mørkrid K, Frøen JF. Effective coverage of essential antenatal care interventions: a cross-sectional study of public primary healthcare clinics in the West Bank. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212635. doi: 10.1371/journal.pone.0212635
20. Kyei NNA, Chansa C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):151. doi: 10.1186/1471-2393-12-151
21. Ejigu T, Woldie M, Kifle Y. Quality of antenatal care services at public health facilities of Bahir-Dar special zone, Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:443. doi:10.1186/1472-6963-13-443

22. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. *Reprod Health*. 2015;12:88. doi: 10.1186/s12978-015-0081-0
23. Koroma MM, Kamara SS, Bangura EA, Kamara MA, Lokossou V, Keita N. The quality of free antenatal and delivery services in Northern Sierra Leone. *Health Res Policy Syst*. 2017;15(Suppl 1):49. doi: 10.1186/s12961-017-0218-4
24. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, Tavares FG, Coimbra Jr CEA. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(2):e00181318. doi: 10.1590/0102-311x00181318
25. Biza A, Jille-Traas I, Colomar M, Belizan M, Harris JR, Crahay B, Merialdi M, Nguyen MH, Althabe F, Aleman A, Bergel E, Carbonell A, Chavane L, Delvaux T, Geelhoed D, Gülmezoglu M, Malapende CR, Melo A, Osman NB, Widmer M, Temmerman M, Betrán AP. Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:200. doi: 10.1186/s12884-015-0625-x
26. Mansur AMSA, Rezaul KM, Mahmudul HM, Chowdhury S. Quality of antenatal care in primary health care centers of Bangladesh. *J Family Reprod Health [Internet]*. 2014;8(4):175-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266789/>