

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS- UFMG**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**INICIO TARDIO DO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

**MARCUS VINICIUS ESTEVES DA SILVA**

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS**

**2012**

**MARCUS VINICIUS ESTEVES DA SILVA**

**INICIO TARDIO DO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Clarice Marcolino

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS**

**2012**

**MARCUS VINICIUS ESTEVES DA SILVA**

**INICIO TARDIO DO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Clarice Marcolino

Banca Examinadora

Profa. Dra. Clarice Marcolino - orientador

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 30/06/2012

Dedico este trabalho à minha mãe, Claudete Batista, exemplo de mulher, que recebeu de Deus o dom da maternidade. E a todas as mulheres, que muitas vezes, têm seus direitos subjugados e ficam à margem da sociedade. E às pessoas que lutam, constantemente, para que esses direitos sejam conquistados.

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela sabedoria, e pela presença constante em minha vida não me deixando desistir frente às dificuldades.

À minha família e ao Patrik pela paciência, amizade e entendimento nos momentos em que não pude estar presente.

A UFMG, inovadora, pela oportunidade de estudo na modalidade à distância.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Clarice Marcolino pela paciência, perseverança, prontidão e sabedoria com que conduziu as orientações.

Aos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família de Malacacheta que se sensibilizaram e demonstraram sua vivência profissional.

À Prefeitura Municipal de Malacacheta pelo apoio.

À Prof.<sup>a</sup> Vilma Pinheiro pelo auxílio.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,  
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

## RESUMO

Considerando a importância da assistência pré-natal adequada e que o acesso a esta assistência de forma tardia interfere na qualidade da mesma, o presente estudo teve como objetivo analisar as razões que determinam o início tardio do pré-natal provendo recomendações baseadas em evidências para profissionais de saúde e gestores. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura por meio de pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com palavras-chaves pré-selecionadas, obtendo-se estudos indexados nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, SciELO e outros no período de 2001 a 2011. A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de um instrumento previamente elaborado. Foram localizados 14 (quatorze) estudos, sendo 13 (treze) publicados em português e 1 (um) em espanhol. Os estudos foram classificados em três categorias para discussão: Avaliação da cobertura da assistência pré-natal; Avaliação da qualidade da assistência pré-natal e Fatores implicados no acesso ao pré-natal. Os resultados mostram uma boa cobertura de pré-natal influenciada por diferenças regionais e uma diminuição da qualidade do pré-natal à medida que são incluídos critérios assistenciais como exames laboratoriais, vacinação, procedimentos clínico-obstétricos e educação em saúde. Ainda existe referência a falta de sensibilização e informação acerca da importância do pré-natal adequado. Coexistiram fatores inerentes a mulher entre aqueles implicados no acesso tardio ao pré-natal, alguns bem elucidados pela literatura como baixa escolaridade, menor renda, idade materna baixa, aumento da paridade e aos serviços de saúde principalmente relacionadas às barreiras organizacionais como demora no agendamento de consultas, escassez de recursos humanos. É possível concluir que alguns dos motivos para o início tardio do pré-natal justificados pelos profissionais de saúde do município de Malacacheta foram confirmados, apontando para a necessidade de qualificação e atuação contínua das equipes de Saúde da Família com ações de divulgação, capacitação profissional, educação em saúde, captação precoce e busca ativa. A utilização e discussão de resultados de qualidade serão úteis para a reversão do quadro vivenciado. Tais medidas buscam diminuir o tempo do início da assistência pré-natal e a melhorar a sua qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado pré-natal; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

## **ABSTRACT**

Considering the importance of adequate prenatal assistance and that the late access to this assistance causes impact on the quality of it, the present study had as objective to analyze the reasons that determine late prenatal beginning in order to provide recommendations based on evidences for health professionals and health managers. This study is a integrative review of literature through the research in the Virtual Library of Health (BVS) with preselected key- words, getting studies indexed in the databases: LILACS, MEDLINE, SciELO and others in the period of 2001 the 2011. The collection of data was carried through of application of a form previously elaborated. 14 (fourteen) studies had been located, 13 (thirteen) published in Portuguese and 1 (one) in Spanish. The studies had been classified in three categories -: Evaluation of the covering of the prenatal assistance; Evaluation of the quality of the prenatal assistance and Factors implied in the access to the prenatal one. The results mark a good covering of prenatal influenced by regional differences and a reduction of its quality when was included criterias as, vaccination, physician procedures and education in health. Still exists the lack of sensitization and information concerning the importance of the prenatal control. The factors for a late access to prenatal are concerning the woman and some of them elucidated by this revision were, minor income, age maternal low, increase of the parity and the access to the health services, mainly related to the organizations barriers well as delay in the marking of consultations, scarcity of human resources. It is possible to conclude that some of the reasons for the late beginning of prenatal justified by the health professionals of Malacacheta-MG had been confirmed, pointing to the qualification necessity and the continue performance of the Strategy of Health Family with action of spreading, professional qualification, education in health, precocious capitation and active searches. The use of these results will be useful to change this. Such measures aim to diminish the time that woman initiates the prenatal assistance as well as its quality.

Key-words: Primary Health Care; Prenatal Care; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>16</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Avaliação da cobertura da assistência pré-natal .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Avaliação da qualidade da assistência pré-natal .....</b>	<b>36</b>
<b>4.3 Fatores implicados no acesso ao pré-natal .....</b>	<b>43</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>54</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 1 .....	20
FIGURA 2 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 6 .....	21
FIGURA 3 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 7 .....	22
FIGURA 4 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 9 .....	23
FIGURA 5- Quadro sinóptico dos estudos selecionados para a amostra .....	27
Tabela 1. Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao ano de publicação .....	23
Tabela 2. Distribuição do número absoluto e porcentagem de estudos referentes à fonte de publicação. ....	24
Tabela 3. Contribuição de cada associação de palavras-chave ao estudo .....	24
Tabela 4. Distribuição dos estudos segundo periódico de publicação do mesmo.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
APNCU	<i>Adequacy of Prenatal Care Utilization</i>
GM	Gabinete do Ministro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

O processo gravídico-puerperal é, ou deveria ser considerado como fisiológico, entretanto, nesse período ocorrem modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico, concomitante às influências de aspectos ambientais e socioculturais.

Tais modificações e influências podem vir a determinar um quadro de morbimortalidade materno-infantil, se desassistido o binômio mãe-filho. Porém a constatação de tais modificações fez com que em meados do século XIX a atenção voltada apenas para o parto se estendesse ao período anterior e posterior à concepção, por meio do acompanhamento pré-natal e puerperal (SERRUYA *et al.*, 2004a; TREVISAN *et al.*, 2002; VIEIRA, 2002).

No final do século XIX vislumbrou-se uma melhoria na assistência obstétrica a despeito da precariedade e da ausência de uma sistematização clínica, ao incorporarmos um modelo de assistência que destinava à gestante um acompanhamento pré-natal, mesmo que esporádico (SERRUYA *et al.*, 2004a).

Já no fim da década de 70, no Brasil, a assistência devotada às gestantes era orientada, fundamentalmente, no sentido de melhoria dos indicadores de saúde infantil. Entretanto, movimentos femininos e de profissionais de saúde reivindicaram um novo modelo de cuidado que ampliasse a assistência materna. Desta forma, uma nova temática foi concebida com a finalidade de atender às solicitações de ampliação da assistência à mulher (COSTA, 1999; SERRUYA *et al.*, 2004a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1984 vem atender a esta demanda, com bases filosóficas voltadas para o provimento de ações relacionadas à gravidez, à contracepção, à esterilidade feminina, prevenção do câncer de colo uterino, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade,

adolescência e climatério. Porém, sua consolidação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, impedindo que atuasse de maneira mais efetiva na saúde feminina, pelo fato de ainda permanecerem inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, pois a qualidade da assistência prestada demonstrava desvinculação entre o pré-natal, o parto e puerpério (COSTA, 1999; SERRUYA *et al.*, 2004a; SERRUYA *et al.*, 2004b).

Uma nova estratégia de ação foi proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio da Portaria GM n.º 569, de 1 de junho de 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), que busca concentrar esforços no sentido de redução das elevadas taxas de morbimortalidade vigentes. Ainda no mesmo sentido foi estabelecida a Portaria GM n.º 1067, de 4 de julho de 2005, que fortalece e ratifica a primeira.

Na perspectiva dos direitos da cidadania, foram adotadas e ainda permanecem nos dias atuais, medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e aos neonatos. O fio condutor do programa é a humanização, devendo esta ser vista como princípio da qualidade da atenção, colocando a mulher no status de protagonista do processo gravídico-puerperal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005; SERRUYA *et al.*, 2004a; SERRUYA *et al.*, 2004b).

Estabelecido os objetivos do programa, modo de atuação e seu novo paradigma, o PNHPN define o cumprimento de ações básicas, sendo estas o elenco mínimo estabelecido para adequar a qualidade da assistência pré-natal e puerperal. Foram definidas as seguintes ações para o período pré-natal: realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação; realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, a realização de alguns exames na primeira consulta (tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, urina rotina, oferta de testagem de HIV, sorologia de hepatite B e toxoplasmose) e outros realizados novamente próximos à trigésima semana gestacional (glicemia de jejum, VDRL, urina rotina). O programa oferta ainda aplicação da vacina antitetânica e para o período puerperal, uma consulta até 42 dias após o nascimento. Todas essas ações ainda são incrementadas com investimento financeiro para a realização de

capacitação e especialização de profissionais de saúde ligados à área, além do pagamento diferenciado ao tratamento e manutenção da gestação de alto risco e incentivo para as unidades de atenção primária e secundária (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005; SERRUYA *et al.*, 2004a; SERRUYA *et al.*, 2004b; SILVA *et al.*, 2005).

Por consequência, o início precoce do pré-natal e as outras ações do PNHPN vislumbram uma melhor possibilidade de assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, permitindo assim a identificação de causas evitáveis de morbimortalidade materna e infantil acrescentando qualidade e resultado ao bojo de ações operacionais.

Porém, a despeito da filosofia operacional e financeira do referido programa e dos benefícios de um acompanhamento pré-natal de qualidade, uma parcela das mulheres inicia o pré-natal tardiamente, conforme se verifica no município de Malacacheta- MG, onde atuo como Coordenador de Atenção Primária. Os dados nos mostram que de um total de 146 gestantes que ingressaram no acompanhamento pré-natal pela rede pública na atenção primária no período de 01/10/2010 a 01/08/2011, uma parcela de 36 mulheres (25%) o iniciaram tardiamente (BRASIL, 2011). Não foram encontrados estudos que demonstrem diferenças entre o segmento rural e urbano, sendo que no município em questão, o percentual de início tardio é de respectivamente 47,2% e 52,8%, porém tais dados se mostram inferiores àqueles registrados na literatura nacional, pois Serruya *et al.* (2004a) ao avaliarem preliminarmente o PNHPN em âmbito nacional, verificaram que 75% de sua amostra iniciaram tardiamente o pré-natal.

O início do acompanhamento pré-natal em serviços públicos continua deficitária em alguns municípios. Em Juiz de Fora- Minas Gerais, Coutinho *et al.* (2003) ao pesquisarem o processo de assistência pré-natal oferecido às usuárias do SUS, verificaram que 70,3% dessas iniciaram tal acompanhamento após o primeiro trimestre de gestação.

O início tardio do pré-natal interfere no cumprimento das outras ações do elenco mínimo, determinando absenteísmo nas consultas de pré-natal e puerpério e a não

realização dos exames laboratoriais, refletindo em resultados materno-infantis negativos. Somado a estes resultados, tem-se verificado o descontentamento dos profissionais de saúde da atenção primária, responsáveis pelo atendimento direto à população local, que por não corresponder aos seus esforços, desestimula-os a realizar uma assistência voltada para a prevenção e promoção da saúde. Ademais, sobre si rebatem constantemente suas interrogações e dos gestores que se sentem responsabilizados e os responsabilizam por uma situação sobre a qual eles possuem poucas condições de modificar, gerando descontentamento, conforme se constata na vivência profissional.

Sendo assim, esta revisão justifica-se à medida que aponta aos profissionais de saúde vinculados às equipes de saúde da família e gestores as principais razões que determinam o início tardio do pré-natal, possibilitando a melhora dos indicadores de saúde materno-infantil e conseqüente investimento financeiro através da tomada de decisão.

## **2 OBJETIVO**

Realizar uma revisão da literatura sobre as razões que determinam o início tardio do pré-natal no âmbito da atenção primária à saúde para prover recomendações baseadas em evidências científicas para profissionais de saúde e gestores.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, relativa às razões que determinam o início do pré-natal, realizada segundo as etapas seguintes:

- Escolha e definição da questão norteadora;
- Investigação de produção científica que atenda a questão norteadora, conforme critérios de inclusão e exclusão;
- Coleta de dados;
- Análise dos dados;
- Elucidação dos dados e apresentação da revisão.

A investigação da literatura foi realizada por meio do cruzamento das palavras-chave, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS):

- Atenção primária à saúde;
- Cuidado pré-natal;
- Acesso aos serviços de saúde;
- Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde;
- Diagnóstico tardio;
- Gravidez;
- Avaliação de programas e projetos de saúde;
- Qualidade da assistência de saúde.

Foram realizadas associações das palavras-chave conforme se segue:

Associação 1: Atenção Primária à Saúde and Cuidado pré-natal;

Associação 2: Atenção Primária à Saúde and Cuidado pré-natal and Acesso aos serviços de saúde

Associação 3: Atenção Primária à Saúde and Cuidado pré-natal and Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde;

Associação 4: Atenção Primária à Saúde and Cuidado pré-natal and Diagnóstico tardio;

Associação 5: Atenção Primária à Saúde and Cuidado pré-natal and Gravidez;

Associação 6: Cuidado pré-natal and Diagnóstico tardio;

Associação 7: Cuidado pré-natal and Acesso aos serviços de saúde;

Associação 8: Diagnóstico tardio and Gravidez

Associação 9: Acesso aos serviços de saúde and Gravidez

Associação 10: Atenção primária à saúde and Cuidado pré-natal and Avaliação de programas e projetos de saúde;

Associação 11: Atenção primária à saúde and Cuidado pré-natal and Qualidade da assistência à saúde.

Foram acessadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e outros por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), uma vez que esta permite busca simultânea nas principais fontes nacionais e internacionais. Foram utilizados os artigos e estudos científicos disponibilizados na íntegra.

O presente trabalho tem em seu escopo a seguinte questão norteadora:

Quais os motivos que levam ao início tardio do pré-natal?

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão na sequência abaixo:

1. Disponibilidade do artigo na íntegra
2. Publicados em português e espanhol
3. Publicados no período de 2001 a 2011
4. Seleção do título que contenha referência aos descritores;
5. Leitura classificatória do resumo e
6. Leitura do texto na íntegra (também classificatória).

Foram excluídos do estudo, artigos em que só se disponibilizam o resumo ou estudos que não forem disponibilizados na íntegra, idiomas diferentes de português e espanhol, títulos que não condizem com os descritores, além daqueles que apresentam duplicidade entre as categorias, e texto sem elemento relevante ao escopo do estudo.

A obtenção dos dados foi feita mediante aplicação de um instrumento de coleta (APÊNDICE A) previamente definido onde foram coletadas as seguintes variáveis:

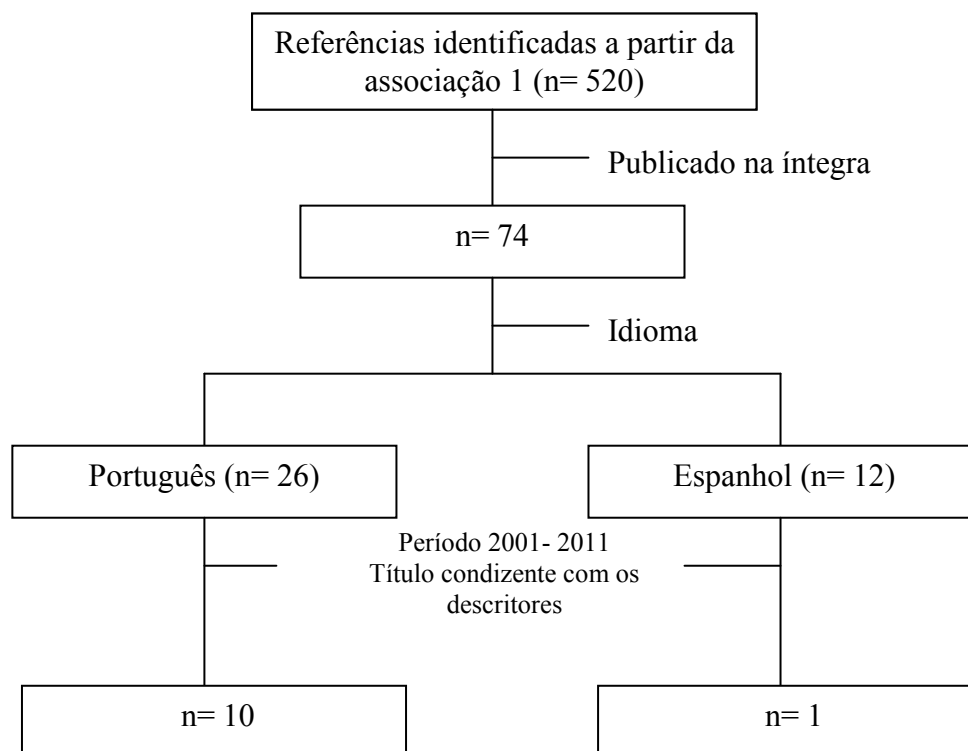
título do artigo, nome dos autores, fonte de publicação, objetivos/ finalidades, coleta de dados/ tipo de pesquisa, análise dos dados, principais resultados/ discussão, e conclusões/ recomendações.

Os dados de todos os estudos que foram selecionados para este trabalho estão apresentados em quadros sinópticos nos anexos. Os resultados obtidos para variáveis como ano de publicação, fonte de publicação, contribuição de cada associação de palavra-chave para o estudo e distribuição dos estudos por periódico foram expressas em tabelas que apresentaram número absoluto e porcentagem calculada com auxílio do programa “*Microsoft Office Excel 2007*”.

### 3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Optou-se por descrever a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão por meio de representações gráficas construídas com a utilização do “*Microsoft Office Word 2007*”, o primeiro nível de cima para baixo refere-se à associação utilizada na BVS, sendo o primeiro critério de inclusão solicitado: disponibilidade do artigo na íntegra, o segundo nível deste instrumento refere ao quantitativo encontrado, após aplicou-se o segundo critério de inclusão: idioma de publicação; o terceiro nível refere-se ao quantitativo encontrado de artigos em português e espanhol; em seguida aplicaram-se outros dois critérios: período de publicação e título que contenha referência aos descritores, sendo que a partir da associação 2 inclui-se o critério de exclusão: duplicidade; o quarto nível da representação gráfica refere-se ao quantitativo de artigos dos quais foram lidos os resumos e os textos na íntegra que foram classificatórios.

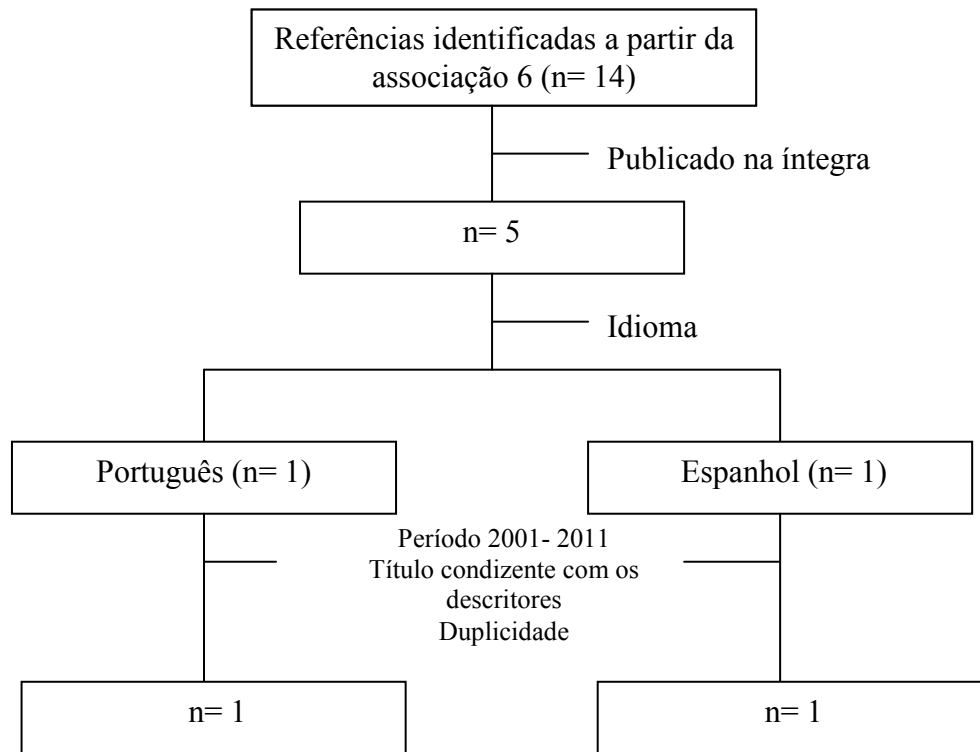
**FIGURA 1 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 1**



A Figura 1 mostra que apesar de terem sido encontradas 520 publicações para a associação 1 nos bancos de dados já mencionados, desses 74 apresentavam textos na íntegra, dos quais 26 foram publicados em português e 12 em espanhol, dos quais apenas 11 adequaram-se ao período de publicação e apresentaram títulos condizentes com os descritores. Após a leitura classificatória do resumo e do texto na íntegra, os 10 estudos (100%) dos encontrados em português, 4 (40%) foram incluídos na amostra, e 1 (100%) dos textos encontrados em espanhol foram excluídos.

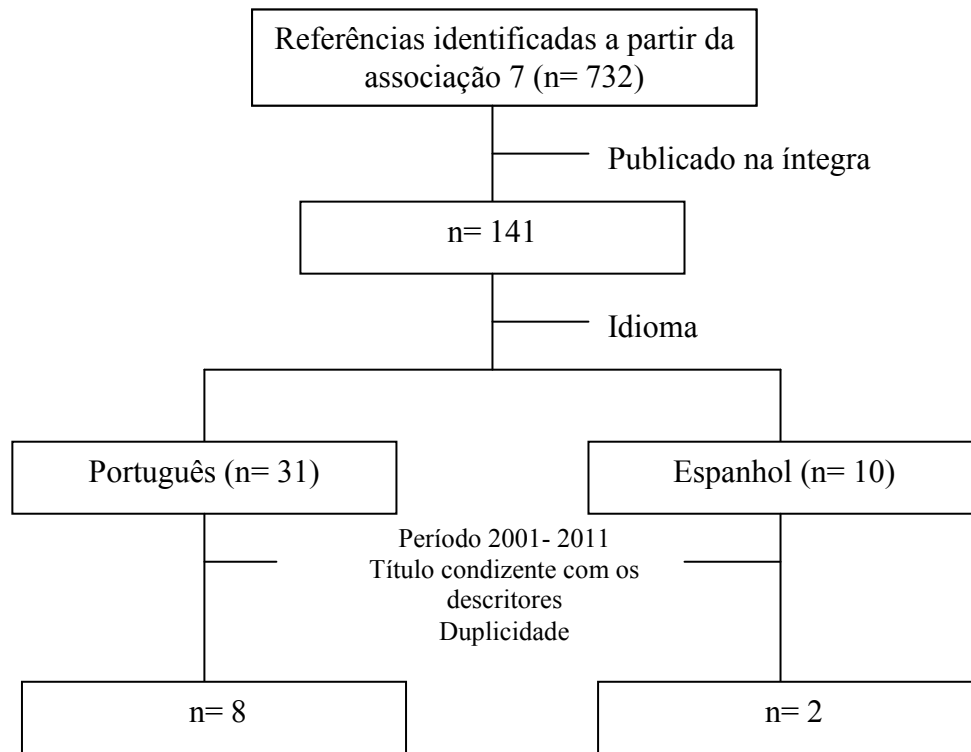
Na Figura 2 fica evidenciado que embora tenha sido encontrado 14 publicações para a associação 6, dessas 5 apresentavam textos na íntegra, dos quais 1 (100%) do estudo encontrado em português e 1 (100%) em espanhol foram incluídos na amostra por apresentarem títulos condizentes com os descritores, resumos e textos na íntegra com elementos relevantes ao estudo. O artigo em idioma estrangeiro foi traduzido, simultaneamente, com auxílio do (<http://translate.google.com.br>).

**FIGURA 2 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 6**



Na Figura 3, evidencia-se a aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação 7, do considerável número de publicações para esta associação, apenas 141 textos foram publicados na íntegra, destes 31 foram publicados em português e 10 em espanhol, que após aplicação de critérios como período de publicação, título condizente com descritores e duplicidade restou 8 (100%) dos estudos em português dos quais 5 (60%) foram incluídos na amostra já que atenderam aos critérios pertinentes ao estudo, porém os 2 (100%) estudos no idioma espanhol foram excluídos após leitura classificatória.

**FIGURA 3 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 7**



Já na Figura 4, temos 2 (100%) de textos publicados em espanhol que foram excluídos da amostra após leitura classificatória.

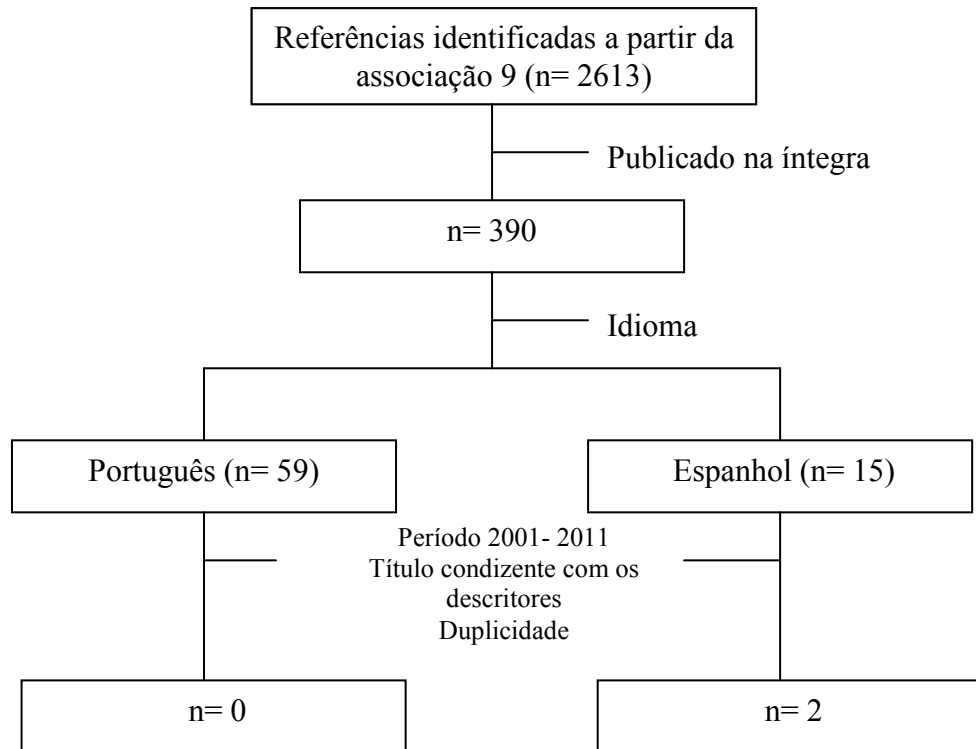
As associações (2, 3, 4, 5, 8, 10, 11) não contribuíram com publicações para a amostra em estudo.

Três outros estudos que se acredita serem pertinentes a resposta da questão norteadora foram encontrados através das referências bibliográficas dos textos incluídos e foram incluídos no bojo da amostra.

A amostra total foi composta de 14 (100%) publicações, dessas 13 (92%) são publicações em português e 1 (8%) publicada no idioma espanhol.

A distribuição dos estudos por ano de publicação encontra-se na Tabela 1.

**FIGURA 4 - Representação gráfica da aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a associação nº 9**



**Tabela 1 - Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes ao ano de publicação**

Ano de publicação	Nº Absoluto	%
2001	1	7,0
2002	1	7,0
2003	2	14,4
2005	1	7,0
2006	2	14,4
2008	2	14,4
2009	2	14,4
2010	2	14,4
2011	1	7,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Pela Tabela 2, pode-se visualizar a distribuição das fontes de publicação dos estudos, sendo a LILACS a maior fonte de publicações. Um dos estudos estava indexado em ambos os bancos de dados, LILACS e MEDLINE, portanto foi considerado o primeiro banco para esta análise.

**Tabela 2 - Distribuição do número absoluto e porcentagem de estudos referentes à fonte de publicação.**

Fonte de publicação	Número Absoluto	%
LILACS	10	71,0
MEDLINE	1	7,0
SCIELO	2	15,0
Outras	1	7,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

A tabela 3 mostra que a associação 7 é responsável pelo maior aproveitamento com 5 publicações, seguida da associação 1.

**Tabela 3 - Contribuição de cada associação de palavras-chave ao estudo**

Associação	Número Absoluto	%
1	4	28,5
6	2	14,2
7	5	35,9
Outros	3	21,4
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Já na Tabela 4, está demonstrada a distribuição dos estudos segundo o nome do periódico da publicação.

**Tabela 4 - Distribuição dos estudos segundo periódico de publicação do mesmo.**

Periódico	Número Absoluto	%
Cadernos de Saúde Pública	4	30,0
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	7,0
Revista Brasileira de Enfermagem	1	7,0
Revista de Enfermagem UERJ	1	7,0
Revista Rede de Enfermagem do Nordeste	1	7,0
Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda	1	7,0
Revista de Saúde Pública	1	7,0
Revista Panamericana de Salud Publica	1	7,0
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	1	7,0
Comun. Ciência Saúde	1	7,0
Revista Brasileira de Epidemiologia	1	7,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Sendo assim, após a análise do material elaborou-se as seguintes categorias para discussão: Avaliação da cobertura da assistência pré-natal (Estudos 6, 10, 14, 20, 24, 26); Avaliação da qualidade da assistência pré-natal (Estudos 3, 5, 12, 15, 18, 21) e Fatores implicados no acesso ao pré-natal (Estudos 13 e 25).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de estudos incluídos neste trabalho, o Português (n=13) representou a maior parte da amostra, demonstrando o grande interesse dos profissionais de saúde brasileiros de pesquisar sobre as várias facetas da assistência pré-natal, o que pode determinar um grande corpo de conhecimento a respeito do tema, somase a isto, o fato do PNHPN ser uma política de saúde exclusiva do Brasil. O Espanhol (n=1), embora represente a minoria da amostra, trouxe uma contribuição muito significativa para este estudo.

Em relação ao ano de publicação, a distribuição apresentada na Tabela 1 pode ser explicada pelo ano de instituição do PAISM, em meados dos anos 80; do PNHPN no ano 2000 e do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL) em 2003, pois tais programas e suas diretrizes foram impulsores de estudos a partir do ano 2001. O número de publicações permaneceu constante entre 2006 e 2010, demonstrando que nesses anos houve impulsão dos estudos; por conseguinte tempo decorrido desde a implantação do PNHPN e necessária avaliação do mesmo.

Cabendo aqui mencionar que foram encontrados estudos não pertinentes ao período estudado, demonstrando o interesse constante dos pesquisadores em relação a esta temática.

A base de dados LILACS, conforme demonstrado na Tabela 2, despontou em relação a sua contribuição de estudos, colaborando com 71% de todo o material aproveitado, conforme a proposta da mesma em contribuir com o aumento da visibilidade, do acesso e da qualidade da informação em saúde na região da América Latina e Caribe. As outras bases, como MEDLINE e SCIELO também contribuíram de forma significativa, embora em menor frequência, não podem ser desmerecidas.

A associação 7 foi a que mais contribuiu com estudos relevantes à questão norteadora seguida da associação 1 com 35,9% e 28,5% dos estudos respectivamente.

O periódico de publicação mais frequente foi o Caderno de Saúde Pública conforme apresentado na Tabela 4, cujo achado vai ao encontro da proposta do mesmo, que é de publicar artigos que contribuam para o estudo da saúde pública e disciplinas afins, como a atenção pré-natal é oferecida por meio da Estratégia de Saúde da Família e seu início tardio demonstra uma realidade de saúde brasileira, configura-se uma ação pública e merece crédito de pesquisa. Embora em periódicos diferentes, mas avaliadas num todo, é significativo o número de publicações em periódicos de enfermagem, demonstrando a preocupação dessa categoria com a promoção e prevenção de saúde, realizada no âmbito de ações da atenção primária.

A Figura 5 mostra um quadro sinóptico da numeração dada ao estudo, autores, fonte, título do periódico, tipo e delineamento.

**FIGURA 5- Quadro sinóptico dos estudos selecionados para a amostra**

Número	Autores	Fonte	Título do periódico	Tipo	Delineamento
E3	Silveira, Santos e Costa (2001)	LILACS	Cadernos Saúde Pública	Artigo	Descritivo
E5	Figueiredo, Rossoni (2008)	LILACS	Revista Gaúcha de Enfermagem	Artigo	Qualitativo transversal
E6	Costa <i>et al.</i> (2010)	LILACS	Revista Brasileira de Enfermagem	Artigo	Descritivo Quantitativo
E10	Peixoto <i>et al.</i> (2011)	LILACS	Revista de Enfermagem UERJ	Artigo	Descritivo Transversal Quantitativo
E12	Castro, Moura e Silva (2010)	LILACS	Revista Rede de Enfermagem do Nordeste	Artigo	Qualitativo Exploratório
E13	Pécora <i>et al.</i> (2008)	LILACS	Revista del Hospital Materno Infantil Ramón	Artigo	Observacional Transversal

			Sarda		
E14	Gonçalves, Cesar e Mendoza-Sassi (2009)	LILACS	Cadernos de Saúde Pública	Artigo	Transversal Quantitativo
E15	Almeida e Tanaka (2009)	LILACS	Revista de Saúde Pública	Artigo	Qualitativa
E18	Nagahama e Santiago (2006)	LILACS	Cadernos de Saúde Pública	Artigo	Transversal Quantitativo
E20	Puccini <i>et al.</i> (2003)	LILACS	Cadernos de Saúde Pública	Artigo	Transversal Quantitativo
E21	Almeida e Barros (2005)	MEDLINE	Revista Panamericana Salud Publica	Artigo	Observacional Transversal
E24	Trevisan <i>et al.</i> (2002)	SCIELO	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Artigo	Transversal Prospectivo
E25	Pereira <i>et al.</i> (2006)	Outras	Comun. Ciência Saúde	Artigo	Transversal Quantitativo
E26	Neumann <i>et al.</i> (2003)	SCIELO	Revista Brasileira de Epidemiologia	Artigo	Transversal Retrospectivo

#### 4.1 Avaliação da cobertura da assistência pré-natal

A instituição do PNHPN pelo MS vai de encontro com a necessidade de estabelecimento de uma nova estratégia de atuação frente ao quadro evidenciado no Brasil à época, soma-se a isso o estabelecimento de critérios assistenciais, que buscavam prover aos municípios um modelo básico para o cuidado, com o desenvolvimento de atividades consideradas mínimas, porém indispensáveis ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

Desta forma, o referido programa traz em seu bojo vários critérios, já mencionados anteriormente neste trabalho, como captação precoce da gestante e a realização de um mínimo de procedimentos considerados essenciais e que podem ser executáveis pelos municípios brasileiros a fim de garantir a gestante, dentre outros, a integralidade e qualidade da assistência como seu componente primeiro (SERRUYA *et al.*, 2004a).

Arelado ao surgimento do PNHPN vislumbrou-se a necessidade de criação de um sistema informatizado de acompanhamento, o SISPRENATAL, capaz de fornecer um rol de relatórios e indicadores planejados para monitoramento e melhoria da gestão de serviços, uma vez que conforme Goldbaum (1996) e Novaes (2000) *apud* Serryua *et al.* (2003), os dados referentes à assistência pré-natal até então, restringiam-se a cobertura e número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas.

Assim, a avaliação da cobertura da assistência pré-natal tem sido uma discussão valiosa. Conforme encontrado no estudo de Costa *et al.* (2010), que refere-se a uma pesquisa direcionada a identificar a cobertura da assistência pré-natal no Maranhão, realizado através de um estudo de base populacional, descritivo, com abordagem quantitativa. Os resultados encontrados neste mesmo estudo mostram que o pré-natal apresentou uma cobertura de 85,6% e que 64,6% das mulheres iniciaram-no antes do término do primeiro trimestre de gestação. No entanto, 43,4%, o fizeram de forma adequada, ou seja, iniciaram no primeiro trimestre de gestação e realizaram no mínimo seis consultas.

Comparativamente semelhante ao encontrado por Costa *et al.*, (2010), os achados de Coimbra *et al.* (2003) mostram uma cobertura de pré-natal em São Luís - MA de 89,5%, sendo que 60,2% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez e 49,6% o fizeram de forma adequada.

Mostra ainda que embora um elevado contingente de mulheres esteja realizando o pré-natal, o seu início precoce ainda continua sendo um desafio frente ao modelo proposto pelo MS.

Segundo ainda Costa *et al.* (2010), permanece a falta de sensibilização da população feminina acerca da importância do pré-natal adequado - pode-se entender como adequado aquele que atenda aos critérios de início precoce, número de consultas e procedimentos.

Costa *et al.* (2010) julgam que seu estudo é limitado, haja vista que seus resultados não podem ser extrapolados para toda a população brasileira, já que há peculiaridades nos aspectos políticos, econômicos geográficos e sociais na população estudada. Mas, marcam seus resultados como importantes e apontam que a necessidade de políticas voltadas para a saúde da mulher é notória.

Outro estudo, o de Peixoto *et al.* (2011), semelhante ao de Costa *et al.* (2010), no que se diz respeito à metodologia descritiva e abordagem quantitativa, realizado em Fortaleza-CE, demonstra que 89,2% das gestantes estava com número adequado de consultas para idade gestacional, inferindo boa adesão ao acompanhamento pré-natal.

No estudo de Peixoto *et al.* (2011) foram encontradas algumas mulheres no 1º trimestre de gestação com vindas contínuas à unidade, fato interpretado pelos autores deste estudo como gestantes com risco gestacional elevado ou com maior número de intercorrências gestacionais. Outro grupo, no 3º trimestre, com vindas restritas às consultas, sendo que os autores supõem tratar-se de gestantes com início tardio e/ou baixa assiduidade às consultas.

Ao abordarem o acompanhamento pré-natal do ponto de vista multidisciplinar, observaram que mais da metade das gestantes não foram encaminhadas para consulta odontológica, e para aquelas que foram encaminhadas, estas não compareceram às consultas por medo, falta de tempo e demora no atendimento. Vieira e Zocratto (2007) *apud* Peixoto *et al.* (2011) apontam desinformação das grávidas em relação à saúde bucal como o principal motivo de desuso da assistência odontológica nesse período.

O estudo de Peixoto *et al.* (2011) aponta ainda barreiras para o acesso aos centros de saúde, destacadas pelas mulheres como, demora no agendamento de consultas,

escassez de recursos humanos e insegurança nas unidades e conclui que ainda há dificuldades para garantir as gestantes um acompanhamento de qualidade. Investimentos em educação em saúde com a realização de palestras e grupos são umas das medidas para esta melhora.

Os resultados dos estudos de Costa *et al.* (2010) e de Peixoto *et al.* (2011) demonstram que tanto a cobertura pré-natal quanto o início precoce são adequados embora não ocorram de forma plena; demonstram também evolução significativa no número de consultas, embora com algumas dificuldades de acesso. Serruya *et al.* (2004b) ao avaliarem o panorama da atenção pré-natal e o PNHPN em regiões do Brasil traçam o perfil do crescimento da razão entre o número de consultas de pré-natal e parto nas regiões do Brasil no período de 1995 a 2000, mostrando que a média nordestina esteve abaixo da média brasileira e das outras regiões.

Serruya *et al.* (2004a) em outro estudo, onde avaliaram preliminarmente o PNHPN em âmbito nacional, demonstram aumento no número de captações precoces para o acompanhamento pré-natal nos dois estados (MA e CE) dos estudos de Costa *et al.* (2010) e Peixoto *et al.* (2011), relativas aos anos 2000 e 2001. Esse incremento foi da ordem de 1,8% para 16,6% no estado do Maranhão, respectivamente nos dois anos e de 10,1% para 26,7% no estado do Ceará.

Já o estudo de Gonçalves *et al.* (2009), que se refere a um estudo transversal de base populacional realizado com o objetivo de avaliar a cobertura da assistência pré-natal preconizada pelo PNHPN conforme renda familiar entre as gestantes do Rio Grande- RS, demonstrou que a cobertura pré-natal aumenta progressivamente com a melhoria da renda familiar.

Quanto ao ingresso no pré-natal, Gonçalves *et al.* (2009) demonstraram que, no geral, 73,5% das mulheres o fez ainda no primeiro trimestre, sendo em média, com 13 semanas de idade gestacional.

A média de consultas realizadas, no geral, foi de 7,4 e 75,3% das mulheres entrevistadas neste estudo tiveram seis ou mais consultas. Entretanto, no grupo de menor renda, 63,9% iniciaram as consultas no primeiro trimestre e a média de

consultas foi de 5,9. Apenas 63% das gestantes realizaram seis consultas ou mais. Já no grupo do quarto quartil (renda familiar acima de R\$1.351,00) as mulheres realizaram, em média, 9,4 consultas e 90,2% consultaram seis ou mais vezes.

Gonçalves *et al.* (2009) ainda avaliaram o pré-natal à luz do Índice de *Kessner*, verificando que o pré-natal de 64,8% das gestantes foi considerado adequado. A associação do Índice de *Kessner* à realização de exames clínico-laboratoriais, suplementação de ferro e imunização completa contra tétano neonatal, fez com que apenas 26,8% dos pré-natais fossem classificados como adequados.

Os autores do estudo em questão, Gonçalves *et al.* (2009), também demonstraram que, em relação ao aspecto quantitativo, o pré-natal foi considerado adequado, porém quando foram acrescentados critérios qualitativos a assistência pré-natal, esta foi se tornando inadequada, o que é corroborado com os achados de Koffman e Bonadio (2005) *apud* Gonçalves *et al.* (2009) que encontraram em sua amostra 38,4% gestantes com pré-natal adequado pelo Índice de *Kessner*, e conforme foram sendo acrescentados a realização de exames laboratoriais de rotina do PNHPN, nenhuma paciente teve o pré-natal classificado como adequado. Outro estudo que acompanha o mesmo padrão é o de Coutinho *et al.* (2003), que ao investigar a assistência pré-natal em Juiz de Fora - MG encontram uma cobertura de 99%, com média de 6,4 consultas, entretanto, apenas 27,6% dos pré-natais foram considerados adequados em relação ao início do acompanhamento no primeiro trimestre e a realização de seis ou mais consultas. A inclusão de exames laboratoriais diminuiu a adequação para 1,9%, e ao incluir ainda procedimentos clínico-obstétricos, somente 1,1% foi considerado adequado.

Serruya *et al.* (2004a) afirmaram em seu trabalho que existem fortes indícios de que a realização de exames básicos e outros procedimentos seriam o forte ponto de estrangulamento da atenção, a despeito do incentivo financeiro oferecido por mulher frente a realização dos mesmos. Porém, a realização dos mesmos é de suma importância para assistência, tanto que o estudo de Gonçalves *et al.* (2009) recomendou a motivação e capacitação de profissionais de saúde quanto à importância dos procedimentos de rotina do pré-natal.

Outro fator que contribuiu para a qualidade do pré-natal e que foi mostrado no estudo Gonçalves *et al.* (2009), refere-se à influência da renda da gestante, mostrando que as pacientes de menor renda, tiveram um atendimento de menor qualidade. A menor qualidade das consultas deve-se a um menor número de procedimentos realizados, os quais dependem do profissional médico e exigem maior tempo de consulta, sendo que este tempo não foi dedicado às mais pobres, talvez por que elas tendam a um menor poder de pressão sobre os serviços de saúde na reivindicação de atendimento de qualidade, o que denota exclusão social.

Puccini *et al.* (2003) mostraram que a renda foi determinante do cuidado pré-natal realizado em Embu-SP. Os resultados apontam que 90% das mães haviam realizado pré-natal não se observando diferença entre os estratos.

Embora não haja diferenças entre os estratos há deficiências importantes em todos eles, entretanto, são mais acentuadas quanto ao início no primeiro trimestre, número de consultas e exame de mamas; havendo diferença estatisticamente significativa entre o estrato 1 e 4 quanto ao início do pré-natal, sendo mais desfavorável no estrato 4 (piores condições sociais).

Na análise multivariada, demonstrou-se que o desfecho – início do pré-natal após o primeiro trimestre e número de consultas inferior a seis - esteve associado à idade materna (menor de 20 anos), à renda (menor de um salário mínimo per capita) e à falta de acesso a plano privado de saúde.

A discussão deste estudo à luz da análise multivariada revelou que grupos mais vulneráveis acabam recebendo pior assistência. As mães mais jovens, possivelmente, aquelas sem companheiro estável, requerem maior atenção, não só devido à maior frequência de complicações relacionadas à gestação (Gama *et al.*, 2001 *apud* Puccini *et al.* 2003), mas pela necessidade de se estruturarem diante desta nova situação de vida e responsabilidades.

Uma explicação para o atendimento de pior qualidade técnica da população de menores condições socioeconômicas, apontada nos estudos de Gonçalves *et al.* (2009), Puccini *et al.* (2003) e Neumann *et al.* (2003); está relacionada aos serviços

de saúde, atualmente, regidos pela “lei dos cuidados inversos”, fenômeno universal: onde os que mais necessitam de atendimento em saúde são os menos atendidos (Hart 1971 *apud* Neumann *et al.* 2003). Dias da Costa *et al.* (1996) *apud* Neumann *et al.* (2003) demonstraram que os programas de saúde atingem maiores coberturas nos grupos populacionais que deles menos necessitam. Conforme avaliações realizadas por Coimbra *et al.* (2003) e Victora *et al.* (1989) *apud* Neumann *et al.* (2003) em estudos realizados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, ficou evidente que a cobertura de ações básicas de saúde materno-infantil é sistematicamente superior nos níveis socioeconômicos mais elevados.

Tais achados, analisados sob a ótica da Constituição Federal e da Lei n.º 8080, mostram que o princípio da equidade do SUS, ou seja, assistir de forma diferenciada àqueles que têm necessidades de saúde e socioeconômicas diferenciadas, não tem sido efetivado, determinando em parte, a exclusão social e possível manutenção de taxas de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Trevisan *et al.* (2002) no seu estudo, de corte transversal, prospectivo, visou estudar a assistência pré-natal oferecida a um grupo de grávidas de Caxias do Sul-RS e o de Neumann *et al.* (2003), também de delineamento transversal, retrospectivo, com vistas a avaliar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido na zona urbana de Criciúma- SC, aproximam do ponto de vista de alguns achados como a alta cobertura de pré-natal, de 95,4% e 96,6%, respectivamente. Também observado em Santos *et al.* (2000) com uma cobertura de 95% em Pelotas-RS.

No estudo de Trevisan *et al.* (2002), somente 34,7% das grávidas submeteu-se à primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez; em contrapartida, o Neumann *et al.* (2003) mostram um alto percentual (83,1%) das mulheres iniciaram estas consultas durante o primeiro trimestre de gestação, também observado em Pelotas com 71,9% de início precoce (SANTOS *et al.*, 2000).

Tais achados reforçam o padrão de crescimento de captação precoce encontrado por Serruya *et al.* (2004) para os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul nos anos de 2000 e 2001, sendo que para o primeiro estado o percentual elevou de 8,4% para 31,0% e para o segundo de 0,5% para 23,5% nos dois anos estudados.

Outro aspecto em que os achados de Trevisan *et al.* (2002) e Neumann *et al.* (2003) se complementam refere-se aos fatores que implicam no acesso tardio ao pré-natal. No primeiro estudo foram encontrados como determinantes: baixa escolaridade, aumento da paridade e falta de informação a respeito da sua importância, que interferiram também no número de consultas; já no segundo, a menor renda esteve associada ao início tardio e realização de menor quantitativo de consultas.

O atributo escolaridade é bastante difundido na literatura como fator de inadequação do pré-natal, isoladamente ou em conjunto com outras condições: adolescentes, solteiras, multigestas e com ensino fundamental incompleto (DELGADO-RODRÍGUEZ, 1997 *apud* COUTINHO *et al.*, 2003). Há o reconhecimento de que, atualmente, saúde é uma resultante de inúmeros fatores, dentre eles, a educação. Assim, conforme Nogueira (1994) *apud* Trevisan *et al.* (2002) a questão de saúde não está apenas direcionada a disponibilidade de serviços de saúde, mas está também relacionada à capacidade de autocuidado da população que é influenciado pelo seu nível de instrução.

Peixoto *et al.* (2011) também contribuíram em relação a escolaridade, ao postular que o profissional de saúde deve conhecer o nível de instrução das gestantes a fim de adequar a sua fala para assimilação e compreensão da clientela.

Quanto à paridade, como determinante do acesso tardio, Trevisan *et al.* (2002) aventaram duas hipóteses para esta relação: o aumento de filhos, fez com que a mulher se considerasse autossuficiente para a lida com gestações futuras, ou, então, os acompanhamentos pré-natais anteriores não as convenceram de sua importância.

Em sua discussão Neumann *et al.* (2003) trazem à tona a questão da renda associada à escolaridade como determinante de inadequação da assistência, ao afirmarem que as mães mais pobres são justamente as menos escolarizadas e com presumível menor acesso às informações necessárias.

Em relação à falta de informação a respeito da importância do pré-natal mostrada por Trevisan *et al.* (2002) e Neumann *et al.* (2003), chama-nos a atenção às atribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF) como um todo, com ênfase nas ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sobre a responsabilidade na difusão de educação em saúde *in loco* como modificadora deste aspecto.

Assim, o início precoce é consequência de uma tríade: disponibilidade da gestante em procurar o serviço, capacidade de oferta do serviço e acesso ao mesmo. Sendo que o número de consultas realizado está certamente ligado à idade de início do pré-natal. Neumann *et al.* (2003) recomendam a utilização de indicadores de qualidade e discussão de resultados, a busca de estratégias para captar precocemente as gestantes de menor renda, a equidade e a capacitação médica como estratégias para melhorar o início precoce da assistência pré-natal.

#### 4.2 Avaliação da qualidade da assistência pré-natal

Atualmente, na avaliação de programas de saúde pública, paralelamente às avaliações externas realizadas exclusivamente por especialistas, tem sido observada uma forte tendência a considerar os beneficiários como atores-chave dos processos (SILVA, 2005 *apud* ALMEIDA e TANAKA, 2009; TANAKA e MELO, 2004 *apud* ALMEIDA e TANAKA, 2009; WORHERN *et al.*, 2004 *apud* ALMEIDA e TANAKA, 2009).

Conforme se verifica em estudo de Mezomo (2001) *apud* Castro *et al.* (2010, p.73) que

No Brasil, a importância da qualidade como propósito orientador do trabalho administrativo e assistencial teve seu conhecimento ampliado para todas as áreas, em especial a da saúde, na década de 1980. No entanto, o que se percebe é que, apesar das discussões que destacam a busca da qualidade da atenção à saúde, estas ainda são pouco expressivas.

A gestação é um período bastante peculiar na vida da mulher e se reveste de vários fatores influentes não somente do ponto de vista biológico, mas socioeconômico, educacional e cultural-religioso. É fundamental entender a maneira como tais fatores

influenciam na qualidade do pré-natal. A assistência pré-natal deve ser tratada de forma singular e única por profissionais de saúde qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo governo (VIEIRA *et al.*, 2011).

A escuta dessas mulheres, na avaliação da assistência pré-natal a elas prestadas, se faz importante, como se percebe no estudo de Figueiredo e Rossoni (2008), de desenho qualitativo e transversal, cujo objetivo foi analisar o acesso ao pré-natal sob a ótica das gestantes em Porto Alegre - RS.

As mulheres analisadas por Figueiredo e Rossoni (2008) relataram obstáculos para início ou continuidade do pré-natal relativas ao tempo de espera e falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência, devido ao rodízio de profissionais; demora na marcação de consultas; demora para ser atendida, ficando muito tempo na sala de espera, o que pode afetar a frequência ao pré-natal.

Em relação ao acesso à assistência profissional, a fala das mulheres mostra que não houve divulgação das contribuições de outros profissionais de saúde para assistência, determinando pouco acesso a estes profissionais.

As gestantes entrevistadas ainda, quando questionadas em relação ao acesso as atividades de educação em saúde, relatam que apesar de terem ouvido falar dos grupos onde faziam o pré-natal, mencionaram não ter acesso às atividades e educação em saúde.

Ao discutirem tais achados, Figueiredo e Rossoni (2008) afirmam que podem constituir uma ameaça a continuidade da assistência, sob o ponto de vista das usuárias. Tais autoras acreditam que a somatória de fatores fisiológicos e psicoemocionais da gestação são justificadores mais ainda de uma atenção livre de barreiras organizacionais, além da sensibilização das gestantes quanto ao papel e importância de todos os profissionais de saúde com a criação de oportunidades de inclusão dos mesmos na assistência para alcance de melhores resultados.

A despeito do encontrado por Figueiredo e Rossoni (2008), Castro *et al.* (2010) na pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório com vistas a analisar a

qualidade da assistência pré-natal na perspectiva das puérperas no Pará encontraram que a maioria das entrevistadas mostrou satisfação em relação à atenção pré-natal, entretanto, as demais expressaram a falta ou pouca contribuição do pré-natal e demonstraram em suas falas insatisfação com o atendimento recebido em relação à necessidade de mais informações sobre sua saúde, melhora na qualidade e humanização do atendimento bem como a falta de profissional na unidade de saúde.

As puérperas do estudo de Castro *et al.* (2010) atribuíram o ingresso tardio no pré-natal à dificuldade de acesso a esse serviço, o que continua sendo uma das principais dificuldades das gestantes que procuram por assistência, nesse sentido as autoras acreditam que ter acesso sem bloqueios de qualquer natureza (físicos, geográficos, financeiros, psicológicos) é meta principal para obter satisfação da clientela. Outro fator é a oportunidade, ou seja, ter acesso aos serviços no tempo necessário, sem grande demora ou espera.

Apesar do observado por Castro *et al.* (2010), Almeida e Tanaka (2009), ao descreverem a avaliação de mulheres usuárias/ beneficiárias do PNHPN através de análise qualitativa, encontraram outras experiências em relação às gestantes: prontidão de procura do serviço público para comprovação da gravidez e foram atendidas de acordo com suas expectativas; buscaram o serviço público, mas suas expectativas não foram atendidas; utilizaram um serviço particular para a realização do exame de confirmação da gestação supondo que o serviço não as atenderia com prontidão.

Porém, Almeida e Tanaka (2009) diferentemente de Castro *et al.* (2010) chamam a atenção para o fato de fatores psicológicos interferirem na demora ou prontidão com que a gestante busca o serviço para o início do pré-natal. Achados como: ter certeza da gravidez e não sentir urgência em confirmá-la por exame ou iniciar o acompanhamento; não sentir urgência pela confirmação por terem dificuldades de assimilar a possibilidade de uma gravidez- adolescentes ou mulheres que julgavam não ter possibilidade de engravidar estiveram associados ao início tardio do pré-natal.

Além de fatores psicológicos a variação no tempo transcorrido até a chegada ao serviço de saúde está associada também à disponibilidade de acesso- oferta de exame confirmatório e do primeiro atendimento (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

Em contrapartida, nota-se que Almeida e Tanaka (2009) aprofundaram em outras questões relativas à qualidade da assistência pré-natal ao avaliarem a escolha do local para atendimento, sendo que a mesma sofreu interferências relativas à experiência relatada por um familiar já atendido naquele local; possibilidade de que o acompanhamento assegure o parto no mesmo local; proximidade geográfica com a residência; falta de opções, empatia com os profissionais de saúde e perda de um convênio suplementar.

A análise dessas experiências enfatiza a criação de vínculo e a necessidade crescente de acolhimento e humanização, atributos da atenção primária e PNHPN.

Ainda com relação ao aspecto qualitativo estudado por Almeida e Tanaka (2009) em que concerne a realização de exames laboratoriais preconizados pelo PNHPN, os achados mostram mulheres que conseguiram realizar todos os exames solicitados de acordo com suas expectativas, em função da organização do serviço; mulheres que com grande esforço pessoal, conseguiram realizar todos os exames solicitados e mulheres que não conseguiram realizar os exames em geral porque não eram oferecidos pelos serviços.

A diminuição de cotas para tais exames como justificado por tais autores, denota barreira na assistência pré-natal e os gestores e serviços devem se empenhar em não limitá-los, já que estão associados à qualidade do pré-natal.

Dando continuidade, tem-se o estudo de Silveira *et al.* (2001) que propôs descrever a assistência oferecida às gestantes de Pelotas-RS através da análise da estrutura e do processo.

Do ponto de vista da estrutura, os serviços, como um todo, foram classificados como precários. Sendo que a área com pior resultado foi à planta física atingindo somente 38% do padrão estabelecido pelo instrumento de avaliação (SILVEIRA *et al.*, 2001).

A média de consultas por gestante esteve por volta de 5,3, atingindo o mínimo preconizado para pré-natal de baixo risco e indo de encontro a outros estudos (SILVEIRA *et al.*, 2001; TAKEDA *et al.*, 1993 *apud* SILVEIRA *et al.*, 2001).

A explicação dada por Silveira *et al.* (2001) para esta média de consultas relacionou-se a: baixa renda; sub-registro das consultas realizadas, principalmente a primeira, quando são solicitados os exames; dificuldades de acesso em virtude de os serviços funcionarem, na sua maioria, somente nos turnos diurnos. Sem dúvida, o sub-registro de informações é uma realidade perturbadora nos serviços de atenção primária. No trabalho de Granjeiro *et al.* (2008), os autores também descrevem falhas inerentes ao preenchimento de dados dos formulários e atribuem estas, aos profissionais de saúde que oferecem assistência pré-natal. Outros autores como Serruya *et al.* (2004a), também atentam para este fato, em seus estudos, nos quais mencionaram as implicações que o não preenchimento de campos dos formulários pode acarretar para a qualidade de um serviço de saúde. Dentre as citações encontramos o sub-registro de dados que no PNHPN, poderá comprometer todo o desenvolvimento do mesmo.

De forma superior, Nagahama e Santiago (2006) ao avaliarem de forma transversal o processo de atenção pré-natal em um Hospital Universitário de Maringá utilizando-se do critério do APNCU (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*) observaram que, de acordo com tal critério, o pré-natal se classificou como ótimo, adequado e intermediário não havendo inadequação para este índice e pelos parâmetros do PNHPN, quase a totalidade da amostra foi adequada quanto ao número de consultas.

Em relação à captação precoce, no estudo de Silveira *et al.* (2001), o percentual de acesso tardio atingiu 54% da amostra, já Nagahama e Santiago (2006) que avaliaram a idade gestacional de início do cuidado pré-natal mostraram que 42% foi intermediário e 2,5% inadequado pelo critério do APNCU, porém quando a idade de início foi avaliada a luz dos parâmetros do PNHPN, a inadequação foi de 44,5%.

A análise do início tardio do pré-natal por Nagahama e Santiago (2006) ocorreu em duas categorias de hipóteses- mulheres que iniciaram tardiamente o pré-natal no Hospital Universitário, pois já estavam sendo acompanhadas em outro serviço e o transferiram de forma espontânea e aquelas que exclusivamente realizaram o pré-natal, e de forma tardia, no serviço em questão.

Em relação à mudança espontânea do acompanhamento pré-natal pela gestante, Tase (2000) *apud* Nagahama e Santiago (2006) apontam a ocorrência de peregrinação de mulheres em busca de assistência pré-natal, e Oliveira (2000) *apud* Nagahama e Santiago (2006) ressalta que os principais fatores que têm contribuído para a busca em outras instituições de saúde são a qualidade técnica e humana dos profissionais de saúde.

Os dados obtidos no estudo indicaram que existe obstáculos no modo de organização dos recursos da assistência à saúde, ou seja, em sua acessibilidade organizacional.

Alguns achados de Silveira *et al.* (2001) já foram discutidos anteriormente, pois se assemelham com os de Gonçalves *et al.* (2009), analisado na categoria de discussão anterior, mas quando se trata da avaliação da qualidade da assistência pré-natal merecem ser retomados. Trata-se da desqualificação da assistência pré-natal à medida que são inclusos critérios assistências ao pré-natal. Silveira *et al.* (2001), encontram um percentual de pré-natais adequados pelo Índice de *Kessner* de 37%, seguido de 38% intermediários e 25% inadequados, quando a este índice são acrescidos os exames laboratoriais a adequação apresenta-se em 31%, seguido de 42% intermediários e de 27% inadequados, já quando a este índice são acrescidos procedimentos na consulta a inadequação é da ordem de 91%.

A elevada proporção de pré-natais classificados como inadequados sugere um problema tanto do serviço, quanto do usuário. Por parte do serviço, as equipes podem não estar preparadas para programar e realizar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para busca de gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. Quanto às usuárias, pode estar ocorrendo uma falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e

do comparecimento às consultas, principalmente entre as gestantes de baixa renda conforme encontrado por Silveira *et al.* (2001).

O estudo de Almeida e Barros (2005), de cunho observacional, transversal, que objetivou comparar a atenção à saúde recebida durante a gestação, o parto e puerpério em uma amostra aleatória de mulheres de dois estratos de renda em Campinas-SP, reforçam o que foi discutido por Gonçalves *et al.* (2009) e Puccini *et al.* (2003), no entanto, ainda se revestem de importância ao avaliarmos a qualidade da assistência, já que as autoras desse estudo, Almeida e Barros (2005), encontraram no grupo de menor renda, mulheres com menor escolaridade e eram, em maior proporção, adolescentes, pretas ou pardas e solteiras.

Um percentual pequeno de mulheres referiu dificuldades de iniciar o pré-natal, dentre essas, as autoras citaram: dificuldade de acesso à consulta, falta de tempo e resistência em aceitar a gravidez. As gestantes de menor renda iniciaram o pré-natal mais tardiamente e realizaram menor número de consultas conforme Almeida e Barros (2005). Esses achados também foram corroborados pelos achados de Gonçalves *et al.* (2009), Puccini *et al.* (2003) e Neumann *et al.* (2003).

Almeida e Barros (2005) também investigaram a adequação pré-natal através do índice de *Kessner*, APNCU e PNHPN para os dois estratos de renda, e demonstraram que para os dois primeiros há mais inadequação do pré-natal em mulheres de menor renda; já para os parâmetros do programa federal os índices de adequação estiveram maiores entre as mulheres de menor renda.

O estudo em questão, de Almeida e Barros (2005), se mostrou comparativamente superior aos achados de Silveira *et al.* (2001), uma vez que pelo Índice de *Kessner* o percentual de pré-natais adequados chegou a 49,6%, 46,8% inadequados e um pequeno percentual de inadequações 3,6%. Já em relação ao índice de APNCU, os achados se mostraram semelhantes aos achados de Nagahama e Santiago (2006), sendo que os dados de pré-natais adequados estiveram em torno de 45,2% e 31,5% intermediários, superando os achados Almeida e Barros (2005).

A essência da qualidade da assistência é bem apresentada por Mezomo (2001) *apud* Castro *et al.* (2010, p.73) que demonstram a somatória de fatores que influenciam neste atributo e sintetiza bem tudo o que foi mencionado

Acreditamos que a assistência pré-natal, quando ofertada com qualidade, entendendo essa como disponibilidade de infra-estrutura adequada, no que se referem aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam as necessidades de cada gestante poderão proporcionar melhores resultados na assistência ao parto e nascimento. É preciso que o sistema de saúde tenha definida sua missão, seus valores e seus princípios e que sua estrutura seja adequada à obtenção dos resultados.

#### 4.3 Fatores implicados no acesso ao pré-natal

Dentre os critérios assistenciais do PNHPN, o acesso ao pré-natal chama atenção e se reveste de grande importância uma vez que a Portaria GM n.º 569 que institui o referido programa traz o seguinte (BRASIL, 2000, p.6)

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.

A referida portaria continua ratificando a questão do direito ao acesso no Artigo 2º (BRASIL, 2000, p.6):

“Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a – toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b – toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- c – toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura [...]

Em continuidade a publicação ministerial, em seu Anexo I, informa o tempo em que deve ser feito o acesso ao pré-natal com a realização da primeira consulta é até o quarto mês (120 dias) de gestação a contar da data da última menstruação.

Desta maneira, Donabedian (1990) *apud* Serruya *et al.* (2004a); Pereira *et al.* (2006) e Coimbra *et al.* (2003) ressaltam que o acesso como um aspecto fundamental a ser considerado em uma estratégia para qualificar a assistência, uma vez que o apontam como um locus de vulnerabilidade da assistência, onde a convergência de outras variáveis como renda e escolaridade potencializa a exclusão da mulher.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco, muitos deles passíveis de prevenção, já que as principais causas de morbimortalidade materno-infantil são por causas evitáveis em países em desenvolvimento, a despeito do ocorrido com causas não evitáveis nos países desenvolvidos (PEREIRA *et al.*, 2006; SERRUYA *et al.*, 2004a; SERRUYA *et al.*, 2004b).

Vários fatores estão implicados na causalidade deste fenômeno, início tardio ao pré-natal, fatores estes, inerentes a barreiras nos serviços de saúde ou das próprias mulheres. Na tônica desta análise, depara-se com o estudo de Pécora *et al.* (2008), de número 13 que determinaram os fatores pelos quais as gestantes não procuraram de maneira precoce o pré-natal na Argentina. A grande maioria das gestantes estudadas por Pécora *et al.* (2008) era adulta e as demais adolescentes, embora a realidade brasileira demonstrada nos estudos de Puccini *et al.* (2003), Almeida e Barros (2005) e Pereira *et al.* (2006) que colocam a baixa idade materna como fator determinante de início tardio no pré-natal, esta não foi constatada por Pécora *et al.* (2008), porém há de se considerar que o delineamento deste estudo não objetivou correlacionar o início tardio com a idade da mulher, talvez seja este o motivo para não estar associado. Coimbra *et al.* (2003) ao avaliar fatores de inadequação do uso da assistência pré-natal não encontraram associação entre adolescência e início tardio do acompanhamento.

A constatação de que as mulheres demoram mais de duas horas para chegar ao local de atendimento e a distância chamam a atenção no estudo de Pécora *et al.* (2008), pois conseqüentemente elas não conseguiram vaga para abertura da história clínica pela primeira vez no hospital em questão. A realidade brasileira não muito diferente mostrando que as mulheres se deslocam de áreas próximas ao seu domicílio para atendimento em outras áreas e o fazem por qualidade técnica e humana, além daquelas que iniciam o pré-natal em um serviço e o transferem voluntariamente para outro (NAGAHAMA E SANTIAGO, 2006; PÉCORA *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2006).

Os achados de razões trabalhistas e por atenção a outros filhos como motivos para o início tardio do pré-natal, isoladamente encontrados no estudo argentino, mostra que a literatura é limitada em relação à elucidação dos mesmos. O número de filhos analisado por Trevisan *et al.* (2002) que supuseram que a autossuficiência e o não convencimento das mulheres em relação à atenção pré-natal estiveram associados ao acesso tardio, mas não relacionada ao impedimento de comparecer ao pré-natal de forma precoce no que concerne ao cuidado com a prole.

O desconhecimento da importância de um controle pré-natal precoce relatado por Pécora *et al.* (2008) foi também encontrado por Trevisan *et al.* (2002) e Pereira *et al.* (2006), nos seus estudos, mostrando que os serviços de saúde não estão preparados para divulgar suas ações e os benefícios de sua utilização.

Pelos resultados encontrados, Pécora *et al.* (2008) perceberam uma inversão no padrão de fatores implicados no início tardio, sendo que habitualmente são postulados fatores inerentes à mulher, principalmente socioeconômicos. No caso deste estudo as principais causas foram as barreiras no sistema de saúde, já que a demanda supera a oferta. Os achados do estudo argentino não se diferenciam muito dos encontrados por Nagahama e Santiago (2006) em um hospital universitário brasileiro.

De modo complementar, o estudo de Pereira *et al.* (2006), desenvolvido com a finalidade de conhecer os fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal pelas gestantes em uma região do Distrito Federal, através de um estudo de corte

transversal, encontrou por análise bivariada e regressão logística multivariada, associação entre acesso tardio ao pré-natal com a baixa escolaridade e idade, encontradas também em outros estudos como os de Trevisan *et al.* (2002); Coutinho *et al.* (2003) e Gama *et al.* (2004) *apud* Pereira *et al.* (2006). Outra variável, que mostrou neste estudo ser estatisticamente significativa para o início tardio, foram as dificuldades no acesso ao serviço de pré-natal, fato também encontrado no estudo de Nahagama e Santiago (2006).

No estudo de Pereira *et al.* (2006), o planejamento da gestação e a procedência não estiveram associados ao pré-natal tardio. Os autores avaliam com cautela estes dois achados, pois o primeiro foi encontrado como principal fator associado à época do acesso pré-natal em New Jersey- EUA na pesquisa de Pagnini e Reichman (2000) *apud* Pereira *et al.* (2006) e o segundo, pela distância entre o usuário e o serviço de saúde, assim como as maneiras de transpô-la são fatores que influenciam o acesso ao atendimento especialmente em populações de baixa renda (OLIVEIRA *et al.*, 2004 *apud* PEREIRA *et al.*, 2006), que já foi discutido anteriormente quando em Pécora *et al.* (2008).

Houve um momento em que foi perguntado às gestantes do estudo de Pereira *et al.* (2006) sobre o porquê da procura tardia ao pré-natal. As respostas foram agrupadas em três categorias: realização do pré-natal em outro serviço (em outras localidades ou em serviços particulares), problemas familiares (esconder a gravidez da família, conflitos com o cônjuge) e dificuldades de acesso ao serviço sendo esta a justificativa mais relevante segundo os autores do referido estudo.

Foi ainda perguntado às gestantes sobre quais dificuldades tiveram para iniciar o pré-natal. As respostas foram agrupadas em: demora na realização de exames confirmatórios, informações desencontradas, cancelamento de reuniões, extravio ou perda de prontuário e dificuldade para marcação. Tais achados vêm contribuir com os já relatados por Pécora *et al.* (2008).

Pécora *et al.* (2008) e Pereira *et al.* (2006) encontraram altas taxas de início tardio, 76% e 53,3% respectivamente, superando os achados de Figueiredo *et al.* (2008) de

43,9%, de Coimbra *et al.* (2003) de 39,8% e de Neumann *et al.* (2003) de 16,9%. Já o estudo de Trevisan *et al.* (2002) manteve-se na média com 65,3%.

Pécora *et al.* (2008) e Pereira *et al.* (2006) concluem que o início tardio do pré-natal é reflexo de fatores inerentes a mulher e ao serviço além da manutenção de falta de conscientização da população sobre a importância da assistência pré-natal como fator protetor da saúde materno-infantil e redutor de índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Nesta mesma linha de raciocínio, a organização dos serviços de saúde de modo a não impor barreiras ao acesso deve ser imperativa, a fim de diminuir ao máximo os fatores que interfiram na qualidade da assistência pré-natal.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal é um direito e também um dos pilares envolvidos na melhoria dos indicadores de saúde, trazendo benefícios à tríade: mãe, filho e família.

O Brasil, pioneiro em políticas públicas de saúde para esta área, teve marcada a ascensão de avaliações de diferentes delineamentos desde a implantação do PNHPN e SISPRENATAL em 2000 e 2003, respectivamente.

A cobertura da assistência pré-natal, com obtenção de boas taxas, se mostrou diferenciada no território brasileiro, sendo determinada por fatores culturais, religiosos e socioeconômicos, o que é esperado em um país com tantas diferenças regionais, além daqueles próprios do processo gestacional como psicológicos, emocionais e biológicos.

À medida que são inclusos aspectos que melhoram a assistência pré-natal como exames laboratoriais, procedimentos gineco-obstétricos, vacinação antitetânica e ações educação em saúde voltadas para as mulheres a qualidade do pré-natal adequado é reduzida, fato este que é preocupante.

Com base nos resultados obtidos foi possível conhecer os atributos, isoladamente ou em conjunto, associados à mulher ou próprios do processo gestacional, alguns deles bem elucidados pela literatura, que interferem no tempo de início do pré-natal.

Foram encontrados fatores como, baixa escolaridade, menor renda, menor idade materna, aumento da paridade, estado civil (solteira), falta de tempo, razões trabalhistas, atenção a outros filhos, não planejamento da gestação, ocultação da gravidez, conflitos com o cônjuge, falta de acesso a plano privado de saúde, sentimento de insegurança em relação aos serviços que prestam assistência pré-natal, dificuldade de assimilar a possibilidade de uma gravidez, certeza de estar grávida e não sentir urgência em confirmar, resistência em aceitar a gravidez, início e transferência espontânea do pré-natal para outro serviço,

Esta realidade é agravada por barreiras institucionais como demora no agendamento de consultas, escassez de recursos humanos, tempo de espera para consulta, dificuldade de acesso, não oferta de exame confirmatório de gravidez, sub-registro da primeira consulta, funcionamento dos serviços somente em turno diurno, fornecimento de informações desencontradas, cancelamento de reuniões, extravio e perda de prontuários.

Depara-se ainda com fatores que não são isoladamente atribuídos a mulher ou ao serviço, porém estão diretamente associados como, distância da unidade de saúde, satisfação pelo serviço, falta de sensibilização e informação a acerca do pré-natal adequado e falta de vínculo devido ao rodízio de profissionais.

Este trabalho permitiu uma reflexão sobre a minha prática profissional, reafirmando que as justificativas dos profissionais de saúde da ESF do município onde atuo a respeito do início tardio, foram confirmadas principalmente em respeito à ocultação da gravidez e a distância da residência da mulher até o serviço de saúde, porém o presente estudo não esgota a necessidade de uma pesquisa *in loco* com levantamento de dados primários para compreensão dos outros fatores.

Frente a tudo isso, a Estratégia de Saúde da Família necessita de qualificação e empenho para vir a desenvolver educação em saúde em relação à temática de saúde da mulher, motivação e capacitação dos profissionais de saúde quanto à importância dos procedimentos clínicos de rotina do pré-natal, sensibilização da mulher em relação ao papel e importância de todos os profissionais da equipe, captação precoce e busca ativa de gestantes faltosas além da utilização de indicadores de qualidade e discussão de seus resultados. Ainda é possível apontar para a necessidade de estratégias para aumento de renda e nível de escolaridade.

Todas estas recomendações serão fomentadoras e motivadores para um diálogo entre profissionais de saúde, gestores e comunidade sobre o cuidado ofertado às gestantes de Malacacheta-MG com vistas à mudança do quadro vivenciado, sendo que tais medidas buscam diminuir o tempo com que as mulheres iniciam o pré-natal e que a elas seja dispensada assistência de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.1: p.98-104, 2009.

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.17, n.1: p.15-25, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.8080 – 19 de set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. 23 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.569 – 01 de jun. 2000. Estabelece o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**. Brasília, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1067 – 4 de jul. 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 4 jul. 2005.

BRASIL. SISPRENATAL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Relatórios Gerenciais**. Acesso em: 01 Ago. 2011.

COIMBRA, L.C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4: p.456-462, 2003.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p319 a 336. 1999.

COSTA, G.R.C. *et al.* Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.6: p.1005-1009, nov-dez 2010.

CASTRO, M.E.; MOURA, M.A.V.; SILVA, L.M.S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva de puérperas egressas. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, número especial: p.72-81, 2010.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do Processo de Assistência Pré-Natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.10: p.717-724, 2003.

FIGUEIREDO, P.P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.2: p. 238-245, jun. 2008.

GRANJEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores do processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1: p.105-111, 2008.

GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.11: p. 2507-2516, nov. 2009.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.1: p.173-179, jan. 2006.

NEUMANN, N.A. *et al.* Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.4: p.307-318, 2003.

PÉCORA, A. *et al.* Control prenatal tardio: ¿barreras en el sistema de salud? **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda**, v.27, n.3: p.114-119, 2008.

PEIXOTO, C.R. *et al.* O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.19, n.2: p. 286-291, abr/jun 2011.

PEREIRA, P.H.G. *et al.* Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. **Comun. Ciência Saúde**, v.17, n.2: p.101-110, 2006.

PUCCINI, R.F. *et al.* Equidade na atenção ao pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1: p.35-45, jan./fev 2003.

SANTOS, I.S. *et al.* Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.6: p. 603-609, dez. 2000.

SERRUYA, S.J. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. Avaliação Preliminar do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.7: p. 517-525, 2004a.

SERRUYA, J.L.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.4, n.3: p. 269-279, jul./set. 2004b.

SILVA, J.L.; CECATTI, J.G.; SERRUYA, S.J. A Qualidade do Pré-Natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.27, n.3: p.103-105, 2005.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.1: p-131-139, jan./fev 2001.

TREVISAN, M.R. *et al.* Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema de Saúde de Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.24, n.5: p. 293-299, 2002.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84p.

VIEIRA, S.M. *et al.* Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enfermagem**, v.20, número especial: p.255-262, 2011.

**APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>		
<b>Título</b>		
<b>Autor (es)</b>		
<b>Fonte de Publicação</b>		
<b>Finalidade/ Objetivo</b>		
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>		
<b>Conclusões/ Recomendações</b>		

## ANEXOS

## A. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 3 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	3	
<b>Título</b>	Atenção Pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo	
<b>Autor (es)</b>	Denise Silva da Silveira; Iná Silva dos Santos; Juvenal Soares Dias da Costa	
<b>Fonte de Publicação</b>	Cad. Saúde Pública vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2001	
<b>Finalidade/Objetivo</b>	Descrever a atenção pré-natal oferecida às gestantes usuárias dos serviços de saúde de Pelotas.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
<p>Composto por dois subestudos complementares: um descritivo, para avaliação da estrutura das unidades, e uma auditoria de registros médicos do atendimento pré-natal, para avaliação do processo.</p> <p>Para o primeiro incluiu-se todas as 31 unidades de saúde de Pelotas, localizadas na zona urbana do município, durante o mês de maio de 1998, com aplicação, em cada unidade, do Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde (MS, 1985) e através de entrevista com os chefes dos postos e por medições da área física, utilizando-se trenas.</p> <p>A auditoria foi realizada mediante a análise da ficha de pré-natal ou, na falta dessa, do prontuário médico, com a aplicação de um instrumento padronizado (ficha de auditoria médica no período de junho a novembro de 1998). Incluíram-se apenas as 26 unidades com atendimento pré-natal, analisando-se os registros de pré-natal das mulheres com data provável de parto (DPP) nos seis meses anteriores ao início da coleta de dados, no serviço estudado.</p>	<p>Aos dados do subestudo da estrutura atribui-se notas aos quesitos avaliados e a somatória determinou a classificação das unidades.</p> <p>Os dados do subestudo do processo foram digitados em dupla entrada, limpos e editados através do programa <i>EPIINFO 6.01</i> (Dean, 1994).</p>	
<b>Principais resultados</b>		
<p><b>Estutura</b></p> <p>Os serviços, como um todo, foram classificados como precários. A área com o pior resultado foi a planta física, atingindo somente 38% do padrão estabelecido pelo instrumento de avaliação.</p>		

**Processo**

A cobertura de gestantes esperadas foi de 53%. A média de consultas por gestante foi de 5,3, e a da idade gestacional, no início do pré-natal, foi de 17,8 semanas. Aproximadamente 46% das gestantes ingressaram no programa durante o primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro, com ausência da informação sobre a idade gestacional em 5% dos registros. Verificou-se, ainda, que 63% das gestantes iniciaram o pré-natal antes de vinte semanas de gestação. Segundo Índice de Kessner modificado por Takeda, 37% de pré-natais foram adequados, 38% intermediários e 25% inadequados. Ao adicionarmos exames laboratoriais, verificaram-se 31% de pré-natais adequados, 42% intermediários e 27% inadequados. Acrescentando-se procedimentos da consulta aos critérios anteriores, 5% dos pré-natais foram classificados como adequados, 91% como inadequados e 4% como intermediários. Constatou-se que não houve registro da realização de Hb, ECU e VDRL em 14,4% das gestantes. Semelhante ao verificado com os procedimentos, menos da metade das gestantes (48,1%) teve dois ou mais registros dos três exames. O resultado do Fator Rh era conhecido em 86,3% dos casos. Informação sobre o exame citopatológico foi registrada em 53,4% dos atendimentos, 35,9% das gestantes estando em dia.

**Discussão**

A cobertura de gestantes encontrada é justificada pela provável evasão de gestantes para outros serviços, sendo possível também, que esteja ocorrendo sub-registro da inscrição de gestantes no programa de pré-natal das unidades.

A média de 5,3 consultas, que atingem o mínimo preconizado para pré-natal de baixo risco e se compara a outros estudos, se deve a: baixa renda; sub-registro das consultas realizadas, principalmente a primeira, quando são solicitados os exames; dificuldade de acesso em virtude de os serviços funcionarem, na sua maioria, somente nos turnos diurnos.

A elevada proporção de pré-natal classificado como inadequado sugere problemas tanto do serviço, quanto do usuário. Quanto ao serviço, as equipes podem não estar preparadas para implementar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para buscar gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. Quanto às usuárias, pode estar ocorrendo uma falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, principalmente entre as gestantes de baixa renda.

**Conclusões/ Recomendações**

Esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida por esses serviços. É necessário, portanto, ampliar a cobertura do programa, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, garantir o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atendimento entre os níveis.

Enquanto não se dispõe de avaliações que investiguem os fatores associados não só à baixa adesão dos profissionais aos registros e, provavelmente, à realização dos procedimentos recomendados da consulta, como também à baixa adesão das mães ao programa de pré-natal da rede pública, os resultados de estudos locais de monitorização do programa devem ser amplamente discutidos com as equipes de saúde a fim de otimizar os recursos materiais e humanos disponíveis.

## B. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 5 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	5	
<b>Título</b>	O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes.	
<b>Autor (es)</b>	Paula Pereira de Figueiredo; Eloá Rossoni	
<b>Fonte de Publicação</b>	Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):238-45	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Analisar o acesso ao pré-natal na Atenção Básica, sob a ótica de gestantes atendidas em uma UBS da Zona Leste de Porto Alegre.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
Qualitativo, transversal, realizado no período de maio a setembro de 2006, do qual participaram 14 gestantes atendidas em uma UBS da Zona Leste de Porto Alegre. Constituíram fatores de inclusão a idade gestacional entre 24 e 40 semanas de gestação, e a sua aceitação em participar do estudo. A definição do tamanho da amostra foi realizada pelo critério de saturação dos dados.	Análise temática dos dados e com a construção das categorias que comandaram a especificação dos temas.	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>		
<p>Das 14 mulheres entrevistadas, a faixa etária, variou de 15 a 36 anos. Seis primigestas. Quanto à escolaridade, a maioria das gestantes investigadas tinha Ensino Fundamental Incompleto. O predomínio da renda familiar foi de entre um e dois salários mínimos. A idade gestacional mediana para início do pré-natal refere-se ao quarto mês. As formas de acesso ao pré-natal foram: pronto atendimento médico e consulta agendada. Obstáculos para início ou continuidade do pré-natal: tempo de espera e falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência, devido ao rodízio de profissionais; demora na marcação de consulta; demora para ser atendida ficando muito tempo na sala de espera, o que pode afetar a frequência ao pré-natal. Acesso à assistência multiprofissional: provavelmente, devido a não inclusão e/ou divulgação das contribuições atribuições de profissionais de saúde, as gestantes pesquisadas não tiveram acesso a outros profissionais de saúde. As gestantes demonstraram ainda não saber as contribuições dos outros profissionais da equipe de saúde. Acesso a atividades de educação em saúde: as gestantes entrevistadas mencionaram não ter acesso a atividades de educação em saúde, apesar de terem ouvido falar em grupos onde faziam o pré-natal.</p> <p>Obstáculos como estes podem constituir uma ameaça à continuidade da assistência, sob o ponto de vista das usuárias. Já que o período de gestação compreende uma série de mudanças físicas e emocionais, que podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias; além de alguma desordem fisiológica, faz-se necessário assegurar-lhes o direito a uma atenção de qualidade e de fácil acesso, como preconiza o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento, livre de barreiras organizacionais.</p> <p>Necessária sensibilização das gestantes para a importância de todos os profissionais, criando oportunidades para que os mesmos sejam incluídos na</p>		

assistência pré-natal.
<b>Conclusões/ Recomendações</b>
Há constatação das dificuldades de acesso, principalmente ao primeiro contato. Nesse sentido, sugerimos que este primeiro contato possa transcorrer num tempo mínimo, no qual a assistência não fique comprometida, garantindo o início tão precoce quanto possível do acompanhamento ao binômio mãe-filho. A avaliação do pré-natal, a partir das ações produzidas no cotidiano da assistência, nos revelou a presença de alguns obstáculos relacionados à organização da atenção básica em saúde, os quais podem estar dificultando a acessibilidade das gestantes a uma assistência compatível com suas prioridades.

### C. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 6 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	6	
<b>Título</b>	Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil.	
<b>Autor (es)</b>	Geny Rose Cardoso Costa; Maria Bethânia da Costa Chein; Mônica Elinor Alves Gama; Leidyane Silva Caldas Coelho; Andreia Susana Vieira da Costa; Carlos Leonardo Figueiredo Cunha; Luciane Maria Oliveira Brito.	
<b>Fonte de Publicação</b>	Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010 nov-dez; 63 (6): 1005-9.	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Identificar a cobertura da assistência pré-natal no Estado do Maranhão.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
Estudo de base populacional, descritivo, com abordagem quantitativa em 30 municípios do Estado do Maranhão no período de julho de 2008 a janeiro de 2009. Foram entrevistadas 3.076 mulheres e selecionadas 2.075 (67,45%) com os seguintes critérios de inclusão: idade reprodutiva entre 10 e 49 anos e relato de gravidez prévia. As informações coletadas sobre assistência pré-natal relacionavam-se com a última gravidez ocorrida. Utilizou-se um processo de amostragem aleatória sistemática de conglomerados, em estágios múltiplos, com três etapas.	Para digitação e processamento de dados utilizou-se o programa Epi-Info 2.002 do CDC, de Atlanta, EUA. Os dados foram analisados com o programa SPSS for Windows 10.0, sendo submetidos a técnicas de estatística descritiva não inferencial, permitindo, assim, uma análise exploratória através de gráficos de frequência.	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>		
As Unidades Básicas de Saúde (UBS), atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), foram responsáveis pela realização de 45,9% da assistência pré-natal. O pré-natal apresentou uma cobertura de 85,6% (1.776) em relação ao universo de 2.075 mulheres selecionadas, observou-se que 64,6% (1.147) iniciaram o pré-natal antes do término do primeiro trimestre gestacional, no entanto, menos da metade, 43,4% (770), o fizeram de forma adequada, ou seja, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre com no mínimo seis consultas para uma gestação a termo. Quanto ao número de consultas, 46,8% das mulheres realizou seis ou mais		

consultas pré-natais, resultado semelhante ao da pesquisa realizada há 10 anos, com 43,9% de adequação do pré-natal. Apesar de um maior contingente de mulheres esteja realizando o pré-natal, o seu início precoce ainda continua um desafio no modelo proposto pelo Ministério da Saúde, onde todas as mulheres iniciam a primeira consulta até a 12ª semana de gravidez e que tenha durante o pré-natal pelo menos seis consultas, fato justificado pela manutenção da falta de sensibilização da população acerca da importância de um pré-natal adequado.

#### **Conclusões/ Recomendações**

Os resultados desta pesquisa não podem evidentemente ser extrapolados para toda a população brasileira, haja vista as peculiaridades nos aspectos políticos, econômicos, geográficos e sociais da população estudada. Seus achados conferem a importância que tem o tema, e apontam claramente para a necessidade de incorporar a responsabilidade nas Políticas de Saúde, que deem conta das especificidades da mulher contribuindo de forma expressiva na assistência ao pré-natal.

### **D. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 10 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>	10	
<b>Título</b>	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica.	
<b>Autor (es)</b>	Catharina Rocha Peixoto; Lydia Vieira Freitas; Liana Mara Rocha Teles; Fernanda Câmara Campos; Priscila Fontanele de Paula; Ana Kelve de Castro Damasceno.	
<b>Fonte de Publicação</b>	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):286-91.	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Avaliar a assistência pré-natal recebida por gestantes de Fortaleza-CE.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
Estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado em centros de saúde da família (CSF) de Fortaleza-CE. Foram realizadas cinco visitas em cada CSF e entrevistadas as gestantes de acordo com a demanda do acompanhamento PN de cada um, totalizando 310 gestantes nos 12 CSF das seis SER de Fortaleza. A coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2009, utilizando um formulário semiestruturado de 16 questões que abordava: perfil socioeconômico da gestante, caracterização da gestação atual e aspectos inerentes ao acompanhamento PN propriamente dito.	Os dados obtidos foram analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC), versão 17.0. As associações estatísticas entre as variáveis foram realizadas através dos testes estatísticos de Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) e o estabelecimento de correlações foi avaliado através do teste de Sperman.	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>		
O perfil sociodemográfico das gestantes entrevistadas mostra que a maioria se encontra na faixa etária recomendada para gestar (20 a 34 anos) e co-predominância de adolescentes. Quanto a ocupação, a maioria delas se dedicam a		

cuidar do lar, o que se reflete na diminuição da renda familiar, mas favorece o aleitamento materno. A escolaridade predominante foi de 9 a 12 anos de estudo, o conhecimento deste fato deve ser levado em conta pelos profissionais de saúde a fim de ajustar sua fala para a assimilação e compreensão da clientela. Mais da metade das mulheres não foram encaminhadas ao odontólogo; as que foram encaminhadas, não compareceram a consulta por medo, falta de tempo, havendo referência à demora no atendimento. Alguns estudos apontaram desinformação das grávidas em relação a saúde bucal. No momento da coleta de dados, houve predominância de mulheres no terceiro trimestre gestacional. Uma análise cuidadosa revela algumas lacunas no acompanhamento: clientes no 1º trimestre com vindas contínuas à unidade de saúde e gestantes no 3º trimestre com vindas restritas às consultas PN registravam entre uma e três consultas. Surge a hipótese de que, na primeira situação, são gestantes com risco gestacional elevado ou com maior número de intercorrências gestacionais. Referente ao segundo grupo supõe-se tratar de gestantes com início tardio do acompanhamento PN e/ou baixa assiduidade às consultas. As barreiras para o acesso ao CSF destacadas pelas participantes deste estudo: demora no agendamento das consultas, escassez de recursos humanos e insegurança nas unidades.

#### **Conclusões/ Recomendações**

Ainda há dificuldades para garantir às gestantes um acompanhamento PN de qualidade, sendo as atividades educativas, a realização do exame ginecológico e o encaminhamento ao odontólogo as lacunas mais observadas. Constatou-se ser necessária a melhoria da assistência PN ofertada. Como sugestões ao serviço, têm-se: realização de grupo de gestantes, palestras e ações de educação em saúde no geral, articulação com a odontologia e inclusão do exame ginecológico na rotina do acompanhamento PN.

### **E. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 12 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>	12
<b>Título</b>	Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas.
<b>Autor (es)</b>	Maria Elizabete de Castro; Maria Aparecida Vasconcelos de Moura; Lucilane Maria Sales da Silva
<b>Fonte de Publicação</b>	Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 72-81
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Analisar a qualidade da assistência pré-natal na perspectiva das puérperas e sua contribuição para o parto.
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>
Pesquisa de natureza qualitativa e caráter exploratório, sustentada no referencial teórico da qualidade em saúde. O estudo foi realizado em um hospital maternidade público de Referência Materno Infantil do Estado do Pará, no período de fevereiro a junho de 2009. Constaram como sujeitos do estudo trinta e três puérperas, usuárias do Sistema Único de Saúde. Os dados	Para análise das informações foi utilizada a análise de conteúdo possibilitando a elaboração e construção da categorização. Posteriormente, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação caracterizou-se pela fase da reflexão, da intuição, com embasamento dos materiais empíricos.

foram coletados através de uma técnica lingüístico verbal, a entrevista semi-estruturada, que é uma técnica individual, realizada por um instrumento interativo, com perguntas abertas e fechadas.	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>	
<p>A maioria das puérperas estava na faixa etária entre 21 e 30 anos. Quanto à escolaridade, menos da metade concluíram o ensino médio. No que se refere à ocupação, os dados indicaram que mais da metade são do lar e as demais trabalham em diversas atividades. A maior parte das entrevistadas mostrou satisfação com a atenção pré-natal recebida, entretanto, as demais expressaram a falta ou a pouca contribuição do pré-natal e demonstraram em suas falas insatisfação com o atendimento recebido, quando manifestaram a sensação de não estarem fazendo o pré-natal. Também expressaram a necessidade de mais informações sobre sua saúde, além de atribuir o ingresso tardio no pré-natal à dificuldade de acesso a esse serviço. A insatisfação com a assistência pré-natal mostra que o serviço poderia melhorar a qualidade e a humanização do atendimento. Uma das entrevistadas acrescentou a falta de profissional na Unidade de Saúde, e atribuiu a esta ausência o número insuficiente de consultas e a não conclusão do seu pré-natal, manifestando um sentimento de insatisfação com a assistência recebida que para ela contribuiu muito pouco. O acesso ao programa de pré-natal ainda continua sendo uma das principais dificuldades das gestantes que procuram este serviço. Nesse sentido, ter acesso aos serviços, sem bloqueios de qualquer natureza (físicos, geográficos, financeiros, psicológicos, entre outros) e conseguir a assistência necessária, é a meta principal para se obter a satisfação da clientela. Outro fator é a oportunidade, ou seja, ter acesso aos serviços no tempo necessário, sem grande demora ou espera.</p>	
<b>Conclusões/ Recomendações</b>	
<p>Os resultados apontam para um desafio de melhorias na qualidade da assistência à saúde da mulher, especialmente na atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Portanto, acreditamos que para alcançarmos a melhoria na qualidade, os profissionais de saúde com mais envolvimento e compromisso, as instituições e os gestores de saúde devem cumprir de fato, o seu papel social, buscando estratégias que atendam às necessidades e expectativas da clientela e das políticas de ações programáticas, valorização da mulher como usuária e cidadã, procurando fortalecer e ampliar os pontos positivos e minimizar as fragilidades apontadas.</p>	

## F. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 13 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DADOS

<b>Número do Estudo</b>	13
<b>Título</b>	Control prenatal tardio: ¿barreras en el sistema de salud?
<b>Autor (es)</b>	Alicia Pécora; María Emilia San Martín; Andrea Cantero; Karina Furfaro; Paula Jankovic; Vanessa Llompert.
<b>Fonte de Publicação</b>	Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, vol. 27, num. 3, sin mes, 2008, pp. 114-119.
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Determinar os fatores pelos quais as gestantes não procuram de maneira precoce o controle pré-natal.
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>

Desenho observacional, transversal, com amostragem por conveniência. Realizou-se um estudo com 401 gestantes, que realizaram sua primeira consulta de pré-natal no consultório de admissão no Hospital Materno Infantil “Ramón Sarda” durante os meses de setembro e outubro do ano de 2007.	Não explicitado no estudo.
<b>Principais resultados</b>	
A grande maioria das gestantes era adulta e as demais adolescentes. A nacionalidade evidenciou que só 48% eram argentinas e 52% eram estrangeiras. A maioria das mulheres tardou para chegar ao hospital mais de duas horas. Uma grande parcela das mulheres iniciou o controle pré-natal no segundo ou terceiro trimestre. Os motivos expressados pelas mulheres pelos quais não procuraram precocemente o controle pré-natal foram: não conseguiram vaga antes para abertura da história clínica pela primeira vez neste hospital; haviam realizado algum controle pré-natal em algum centro de saúde ou instituição da área sanitária correspondente ao seu domicílio, por razões trabalhistas, por atenção a outros filhos, por distância, por desconhecimento da importância de um controle pré-natal precoce e por razões econômicas.	
<b>Discussão</b>	
Os motivos expressados pelas gestantes que não iniciaram precocemente seu controle pré-natal são habitualmente diferentes do que se postulam, se colocando em evidência que a principal causa foi as barreiras no sistema de saúde, pois nos demais são fatores inerentes a mulher (socioeconômicos). Justifica-se que a demanda por consultas supera a oferta, sendo observada capacidade física para assistência ao parto e puerpério com o recurso humano disponível.	
<b>Conclusões/ Recomendações</b>	
Neste estudo tornou-se claro que a principal causa para o início tardio do pré-natal foram barreiras sistema de saúde, já que 33% das mulheres não conseguiram iniciar precocemente o seu controle pré-natal.	

## G. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 14 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	14
<b>Título</b>	Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil
<b>Autor (es)</b>	Carla Vitola Gonçalves; Juraci Almeida Cesar; Raul A. Mendoza-Sassi
<b>Fonte de Publicação</b>	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2507-2516, nov, 2009
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Avaliar a cobertura da assistência pré-natal, a realização da rotina básica preconizada pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e as características do parto conforme a renda familiar entre gestantes de Rio Grande, RS, que tiveram partos em 2007.
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>
Estudo transversal de base populacional. Foram incluídos na pesquisa todos os	A entrada, dupla, independente de dados foi realizada com o Epi Info 6.04

<p>nascimentos ocorridos nas duas únicas maternidades do município, entre 1o de janeiro e 31 de dezembro de 2007. Estes recém-nascidos deveriam ter peso igual ou superior a 500g ou vinte semanas ou mais de idade gestacional, e suas mães deveriam residir na área urbana ou rural do município e ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal. Os dados foram coletas através de questionários previamente testados.</p>	<p>(Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Em seguida, realizou-se análise de consistência, que consistiu na criação e categorização de variáveis e verificação de freqüências realizadas por intermédio do programa Stata versão 9.2 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).</p>
<b>Principais resultados</b>	
<p>A cobertura pré-natal aumenta progressivamente com a melhoria da renda familiar. Quanto ao ingresso no pré-natal, no geral, 73,5% das gestantes o fizeram ainda no primeiro trimestre, sendo, em média, com 13 semanas de idade gestacional. Gestantes pertencentes ao quartil de maior renda iniciaram mais freqüentemente as consultas no primeiro trimestre. No geral, a média de consultas realizadas foi de 7,4 e 75,3% das entrevistadas tiveram seis ou mais consultas. Entretanto, no grupo de menor renda, 63,9% iniciaram as consultas no primeiro trimestre, a média de consultas foi de 5,9 e apenas 63% das pacientes realizaram seis consultas ou mais. Já as gestantes do quarto quartil realizaram, em média, 9,4 consultas: 90,2% consultaram seis ou mais vezes. Quando avaliamos o pré-natal de acordo com o índice de Kessner, verifica-se que 64,8% das gestantes realizaram pré-natal considerado adequado. Ao se associar ao índice de Kessner os exames clínicos, laboratoriais, suplementação com ferro e imunização completa contra o tétano neonatal, apenas 26,8% dos pré-natais foram classificados como adequados.</p>	
<b>Discussão</b>	
<p>Em relação ao aspecto quantitativo o pré-natal foi considerado adequado, porém quando foram acrescentados critérios qualitativos a assistência pré-natal foi se tornando inadequada, fato já corroborado por outros pesquisadores. Além disso, a qualidade da atenção pré-natal foi influenciada pelo quartil de renda da gestante, mostrando que as pacientes de menor renda tiveram um atendimento de menor qualidade. Tais procedimentos dependem do médico e exige maior tempo de consulta. Este tempo não foi dedicado às mais pobres, talvez porque elas tendam a um menor poder de pressão sobre os serviços de saúde na reivindicação de atendimento de qualidade, denotando exclusão social.</p>	
<b>Conclusões/ Recomendações</b>	
<p>Embora este estudo constate uma alta cobertura pré-natal o serviço local de saúde mostrou-se pouco efetivo e desigual já que as pacientes do menor quartil de renda tiveram o acompanhamento da sua gestação com qualidade inferior à das pacientes do quarto quartil. Sendo assim, os resultados aqui apresentados revelam a necessidade de melhorar a qualidade da atenção pré-natal. Ficou claro que é preciso motivar e capacitar os profissionais de saúde quanto à importância dos procedimentos da rotina pré-natal.</p>	

## H. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 15 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	15
<b>Título</b>	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de

	Humanização do Pré-natal e Nascimento.	
<b>Autor (es)</b>	Cristiane Andrea Locatelli de Almeida; Oswaldo Yoshimi Tanaka	
<b>Fonte de Publicação</b>	Rev Saúde Pública 2009;43(1):98-104	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Descrever a avaliação de mulheres usuárias/beneficiárias do PHPN e analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres usuárias na avaliação de PHPN.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
O desenho metodológico do projeto previa abordagens quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa foram utilizados bancos de dados (DATASUS, SINASC, SIM e SISPRENATAL) já na qualitativa, realizado em base a dados primários coletados para a avaliação do PHPN, em 2003, em sete municípios das cinco regiões do Brasil, selecionados a partir de dados extraídos de sistemas de bancos de dados oficiais já existentes, onde cada município correspondeu a um estudo de caso, foram realizados 16 grupos focais, composto por 6 a 11 usuárias, que haviam utilizado o serviço nos últimos doze meses, nos quais foi proposta descrição livre e detalhada da atenção recebida.	Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo e agrupado em seis eixos de idéias centrais.	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>		
<p>Quanto ao eixo “Captação da gestante pelo serviço de saúde” foram identificadas cinco experiências: ao suspeitar da gravidez procuraram imediatamente o serviço público e foram atendidas de acordo com suas expectativas; buscaram o serviço público, mas suas expectativas não foram atendidas; utilizaram um serviço particular para o exame de confirmação da gestação supondo que o serviço não atenderia com prontidão; tinham certeza da gravidez e não sentiam urgência em confirmá-la por exame ou iniciar o acompanhamento pré-natal; não sentiam urgência pela confirmação por terem dificuldade de assimilar a possibilidade de uma gravidez – adolescentes ou mulheres que julgavam não ter possibilidade de engravidar. A variação no tempo transcorrido até a chegada ao serviço de saúde está associada à disponibilidade de acesso– oferta de exame confirmatório e do primeiro atendimento –, mas é também influenciada pela percepção da mulher quanto à necessidade de acompanhamento pré-natal da qualidade do serviço prestado. Observou-se que fatores psicológicos interferem na demora ou prontidão com que a gestante busca o serviço de saúde para o início do pré-natal. Já em relação ao eixo “Escolha do local para acompanhamento pré-natal” foram relatos os seguintes motivos: experiência relatada por um familiar já atendido naquele local; possibilidade de que o acompanhamento assegure o parto no mesmo equipamento de saúde; proximidade geográfica com a residência (recomendação do PHPN); falta de opções; empatia com os profissionais; perda de um convênio de saúde suplementar. A análise deste segundo eixo enfatiza a necessidade de construção de vínculo. Em relação ao eixo “Realização de exames” as seguintes idéias/</p>		

vivências foram encontradas: mulheres que conseguiram realizar todos os exames solicitados por seus médicos, de acordo com suas expectativas, em função da organização do serviço; com grande esforço pessoal, conseguiram realizar todos os exames solicitados; não conseguiram fazer exames em geral porque não eram oferecidos pelos serviços; não conseguiram ultra-sonografias porque não foram oferecidas pelos serviços; só conseguiram ultra-sonografias porque possuíam recursos financeiros e pagaram por elas. Observa-se que as limitações deste eixo são prioritariamente colocadas pelo serviço, através de diminuição da quota.

#### **Conclusões/ Recomendações**

A inclusão da perspectiva da mulher usuária pode permitir que determinadas normatizações do programa sejam flexibilizadas, adequando-se às particularidades dos diferentes grupos de gestantes em diferentes comunidades. As mulheres respondem às ofertas de atenção de acordo com o que pensam sobre suas necessidades de saúde. Desafios: como captação precoce e evasão do acompanhamento também foram detectadas em um estudo semelhante, que utilizou a abordagem quanti-qualitativa em avaliação de atenção ao pré-natal. Se o gerenciamento local do sistema de saúde pudesse captar informações sobre os motivos pelos quais determinados fluxos não são observados, conforme realizado na presente pesquisa, talvez fosse possível flexibilizar exigências de acesso em favor do acolhimento.

### **I. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 18 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>	18	
<b>Título</b>	O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo.	
<b>Autor (es)</b>	Elizabeth Eriko Ishida Nagahama; Silvia Maria Santiago	
<b>Fonte de Publicação</b>	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):173-179, jan, 2006	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Avaliar o processo de atenção pré-natal referente à utilização do cuidado pré-natal de baixo risco, Hospital Universitário de Maringá.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
Estudo transversal, efetuado através da transcrição de 213 prontuários hospitalares de gestantes, atendidas no período de 1o de janeiro de 1998 a 30 de março de 2001. Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2002, e as variáveis de estudo foram: idade gestacional de início do pré-natal em semanas, número de consultas de pré-natal realizadas e idade gestacional de ocorrência do parto, considerando dois parâmetros de julgamento: o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (Adequacy of Prenatal Care Utilization– APNCU) e os critérios recomendados no Componente I –	Os dados foram digitados e analisados no programa Excel.	

incentivo à assistência pré-natal – do PHPN/MS.	
<b>Principais resultados/ Discussão</b>	
<p>Quanto à idade gestacional de início do cuidado pré-natal em relação ao critério APNCU, o cuidado foi considerado inadequado e intermediário em 2,5% e 42% das mulheres respectivamente, quando comparado ao índice PHPN, a inadequação foi de 44,5%. Ao considerar-se o número de consultas de pré-natal, observou-se que, de acordo com o critério APNCU, o cuidado pré-natal foi ótimo, adequado e intermediário não havendo inadequação para esse índice. Por outro lado, conforme critérios do PHPN, o cuidado recebido foi classificado como adequado em quase totalidade da amostra. Das mulheres que iniciaram tardiamente o pré-natal no hospital universitário, o início tardio ocorreu por transferência espontânea de outro serviço, próximo à sua residência, sendo que outro trabalho aponta a ocorrência de peregrinação em busca de assistência pré-natal, sendo que outro estudo, ainda aponta que o tem contribuído para a assistência em outra instituição é a qualidade técnica e humana dos profissionais de saúde. Contrário a este achado, as mulheres que exclusivamente iniciaram o pré-natal, e de forma tardia, no hospital universitário apresentou dificuldades no ingresso precoce; outra autora aponta que as mulheres estão estimuladas a fazer o pré-natal, mas, por vezes, o serviço não está apto a recebê-las. Os dados obtidos no estudo indicaram que existem obstáculos no modo de organização dos recursos de assistência à saúde, ou seja, em sua acessibilidade organizacional.</p>	
<b>Conclusões/ Recomendações</b>	
<p>Os fatores que contribuíram para o início tardio da assistência pré-natal foram os relacionados ao serviço: a busca por melhor qualidade no atendimento e a dificuldade para ingresso precoce no pré-natal do hospital universitário. A inadequação do cuidado foi atribuída ao início tardio da assistência pré-natal e não ao número insuficiente de visitas, que foi superior aos parâmetros nacionais recomendados. Dessa forma, é necessário o estabelecimento de estratégias que viabilizem o ingresso precoce, que garantam a oferta e acesso aos serviços e, principalmente, que promovam melhorias na qualidade da assistência gravídico-puerperal.</p>	

## J. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 20 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	20
<b>Título</b>	Equidade na atenção ao pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996.
<b>Autor (es)</b>	Rosana Fiorini Puccini; Glaura César Pedroso; Edna Mariko Koga da Silva; Norma Sueli de Araújo; Nilza Nunes da Silva
<b>Fonte de Publicação</b>	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):35-45, jan-fev, 2003.
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Descrever a assistência pré-natal e ao parto das mães de crianças menores de um ano residentes no Município do Embu, no ano de 1996, segundo estratos de condições de vida.
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>
Estudo transversal. Coleta de dados, no domicílio, com mães de crianças	Utilizou-se o programa Epi Info – versão 6.04, incluindo o módulo CSAMPLE que

<p>menores de um ano, realizada no período de agosto a novembro de 1996. A população foi estratificada em agrupamentos homogêneos, sendo que foram reunidos por intermédio da técnica average linkage (Frei, 1997) e sorteados pelo processo de conglomerados em dois estágios. O tipo de moradia, o número de moradores, saneamento básico, a renda e a escolaridade dos chefes de família foram as variáveis consideradas para discriminar os quatro estratos resultantes. Foram inquiridas variáveis relativas à assistência pré-natal e ao parto.</p>	<p>permite ponderação dos mesmos. Para análise multivariada, foi utilizado o modelo de regressão, para esta análise, utilizou-se o programa estatístico MULTLR.</p>
<b>Principais resultados</b>	
<p>Evidencia-se uma tendência de piores condições sociais no estrato 4 e maior estabilidade das famílias do estrato 1 sendo que o menor acesso ao plano privado de saúde no estrato 4 apresentou diferença estatisticamente significativa. 90% das mães haviam realizado pré-natal não se observando diferenças entre os estratos. A realização de pré-natal na rede básica de saúde foi pouco mais freqüente nos estratos 1 e 4, sendo que há deficiências importantes em todos os estratos; tais deficiências, entretanto, são mais acentuadas quanto ao início no 1º trimestre, número de consultas e exame de mamas; houve diferença estatisticamente significativa entre o estrato 1 e 4 quanto ao início do pré-natal, sendo mais desfavorável no estrato 4. Os resultados da análise multivariada demonstraram que o desfecho – início do pré-natal após o primeiro trimestre e número de consultas inferior a seis – esteve associado à idade materna (menor de 20 anos), à renda (menor que um salário mínimo per capita) e à falta de acesso a plano privado de saúde.</p>	
<b>Discussão</b>	
<p>A análise dos indicadores do acesso foi favorável e desfavorável em relação a outros estudos. O resultado da análise multivariada revelou que grupos mais vulneráveis acabam recebendo pior assistência. Entre estas mães mais jovens, concentram-se, possivelmente, aquelas sem companheiro estável e que requerem maior atenção, não só devido à maior freqüência de complicações relacionadas à gestação (Gama et al., 2001), mas pela necessidade de se estruturarem diante desta nova situação de vida e de responsabilidades.</p>	
<b>Conclusões/ Recomendações</b>	
<p>Os resultados revelaram que a procura do serviço de saúde para a assistência pré-natal e parto é praticamente universal, e a hipótese de que a população de algumas áreas estivesse sem assistência, não foi confirmada; entretanto, houve maiores dificuldades de acesso e deficiências quanto à qualidade da atenção, contribuindo, provavelmente, para uma maior freqüência de intercorrências neonatais. Controle social, como exercício de cidadania, será possível na superação de deficiências.</p>	

## K. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 21 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Número do Estudo</b>	21
-------------------------	----

<b>Título</b>	Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil.	
<b>Autor (es)</b>	Solange Duarte de Mattos Almeida; Marilisa Berti de Azevedo Barros	
<b>Fonte de Publicação</b>	Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(1), 15-25, 2005.	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Comparar a atenção à saúde recebida durante a gestação, o parto e o puerpério por mulheres de dois estratos de renda familiar per capita, residentes do município de Campinas-SP.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
Estudo observacional, transversal, realizado através de uma seleção aleatória das gestantes que tiveram filhos nascidos vivos entre abril de 2001 e março de 2002. Para compor a população deste estudo foi sorteada uma amostra de 270 gestantes residentes em Campinas, selecionadas aleatoriamente a partir do banco de dados do SINASC. As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, utilizando um questionário com questões fechadas e pré-codificadas. A entrevista foi realizada entre 30 e 120 dias após o parto. O questionário continha 141 questões, cobrindo dados socioeconômicos e de atenção à saúde durante o pré-natal, parto e puerpério.	Os dados foram digitados em banco elaborado com o programa Epi Info versão 6.02. Foram calculadas as distribuições de frequência das variáveis segundo dois grupos de renda familiar mensal per capita. Foram calculadas proporções e médias e estimadas as razões de chance (odds ratio, OR) e teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ).	
<b>Principais resultados</b>		
A maioria das gestantes foi atendida pelos serviços públicos de saúde. Aquelas do grupo de renda inferior, comparadas com as de renda superior, tinham menor escolaridade e eram, em maior proporção, adolescentes, pretas ou pardas e solteiras. Um percentual pequeno de mulheres referiu dificuldade em iniciar o pré-natal, dentre elas: dificuldade de acesso à consulta, falta de tempo e resistência em aceitar a gravidez. As gestantes do grupo de renda inferior iniciaram o pré-natal mais tardiamente e realizaram menor número de consultas. Quanto a procedimentos clínico-obstétricos não houve diferença significativa entre os dois grupos de renda. A inadequação dos cuidados pré-natais foi significativamente maior entre as gestantes de menor renda familiar per capita em relação a qualquer um dos índices utilizados. Alguns indicadores de qualidade da atenção pré-natal, menor percentual de parto cesáreo e maior número de recém-nascidos permanecendo em alojamento conjunto, mostraram melhor desempenho nas gestantes de menor renda.		
<b>Discussão</b>		
Este estudo mostrou, no grupo composto pelas gestantes com renda familiar <i>per capita</i> inferior a 1 salário mínimo, um predomínio de mulheres jovens, pretas ou pardas, com baixa escolaridade, sem atividade econômica e morando sem o companheiro. A proporção de gestantes adolescentes foi três vezes maior entre as de menor renda. Os achados relativos à quantidade de adolescentes de renda		

inferior acompanham o padrão encontrado em outros estudos. A desigualdade e inadequação do pré-natal em mulheres de renda baixa e adolescentes também foram relatadas em outros estudos que atribuíram também: a baixa escolaridade materna, ausência de companheiro, solteiras e que não planejaram a gravidez como fatores de inadequação. A cobertura por serviços de pré-natal é bastante alta em Campinas, semelhante à encontrada em alguns outros municípios brasileiros. Porém, apesar da alta cobertura, a utilização dos serviços de saúde foi desigual. As mães com menor renda e que, em maior proporção, não planejaram a gravidez, foram as que iniciaram o pré-natal mais tardiamente e as que menos consultaram durante a gestação. Esse também é o grupo que mais utilizou os serviços públicos para o pré-natal, o parto e o acompanhamento do recém-nascido. No presente estudo, três índices foram utilizados. O pré-natal foi considerado como adequado para aproximadamente metade das gestantes tanto pelo índice de Kessner (11) quanto pelo APNCU (12). Conforme o índice proposto no presente estudo, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde (18), o nível de adequação foi superior a 70%.

#### **Conclusões/ Recomendações**

Não explicitado no estudo.

### **L. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 24 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>	24	
<b>Título</b>	Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul.	
<b>Autor (es)</b>	Maria do Rosário Trevisan, Dino Roberto Soares de Lorenzi, Natasha Machado de Araújo, Khaddour Ésber	
<b>Fonte de Publicação</b>	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, vol 24, n.5; p. 293-9, 2002.	
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Estudar a assistência pré-natal oferecida a um grupo de grávidas clientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Caxias do Sul, RS, com base nos critérios de qualidade estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
Estudo de corte transversal, prospectivo, das grávidas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidas no serviço de Obstetrícia do Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul (HGUCS), por ocasião da resolução da gravidez, no período de março de 2000 a março de 2001, e cuja assistência pré-natal foi realizada exclusivamente na rede municipal de saúde do município de Caxias do Sul - RS. A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista materna realizada num prazo de até 48 horas após o nascimento, utilizando-se um questionário específico.	Os dados obtidos foram tabulados e processados eletronicamente utilizando o programa Epi-Info 6.0 e SPSS, aplicando-se testes apropriados que permitissem atingir os objetivos propostos. A primeira parte do estudo foi descritiva, com apresentação das médias, freqüências e desvio-padrão. A seguir, procedeu-se a realização da análise multivariada e por regressão logística.	

<b>Principais resultados/ Discussão</b>	
<p>Foram estudadas 702 gestações, em 95,4% dos casos, as puérperas entrevistadas referiram assistência pré-natal prévia, ao passo que 4,6% negou qualquer acompanhamento médico durante a gravidez. Quanto às variáveis estudadas: o número médio de consultas de pré-natal foi de 6,2; aproximadamente 51,5% e 13,8% das pacientes iniciaram o acompanhamento pré-natal no 2º e 3º trimestre de gravidez, respectivamente. Somente 34,7% das grávidas submeteram-se à primeira consulta de pré-natal até a 14ª semana de gravidez, como recomendado pelo Ministério da Saúde; apenas 44,3% das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; cerca de 74% das pacientes receberam orientações a respeito do aleitamento materno ou tiveram suas mamas examinadas durante as consultas de pré-natal; o exame de Papanicolaou foi coletado em 51% das entrevistadas, Com base nos critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde foi possível classificar a assistência pré-natal como adequada em 35,2% e inadequada em 64,8% dos casos. Quanto maior a escolaridade da gestante, mais precoce foi à busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas realizadas. O inverso ocorreu em relação à paridade: quanto maior o número de filhos, menor foi o número de consultas de pré-natal pela gestante e mais tardio foi seu início. Entre os motivos referidos pelas 32 pacientes para não terem procurado os serviços de pré-natal disponíveis por meio do SUS, destacou-se a falta de informação a respeito da sua importância (65,6%/ n=21).</p>	
<b>Conclusões/ Recomendações</b>	
<p>A constatação de que a escolaridade materna interferiu significativamente na qualidade da assistência pré-natal merece especial atenção. A boa cobertura de pré-natal observada merece destaque. O achado de elevado percentual de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal realizadas, mas que até o momento do nascimento não fizeram todos os exames complementares considerados básicos da assistência pré-natal, merece considerações. Entre as possíveis explicações para este achado estão o início tardio do acompanhamento pré-natal e a maior concentração de consultas próximo ao término da gravidez. Em relação às próprias grávidas, pode estar ocorrendo falta de conscientização acerca da importância do início precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, o que provavelmente está relacionado a fatores educacionais, baixa escolaridade das pacientes estudadas e de seus companheiros.</p>	

#### **M. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 25 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>	25
<b>Título</b>	Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005.
<b>Autor (es)</b>	Paulo Henrique Gonçalves Pereira; Ana Graziela Santana Antón; Werciley Saraiva Vieira Júnior; Rodrigo A. de Deus Domingues; Andresa Lima Melo; Camila Souza Farias; Tiago Ferreira Paula; Ricardo Pereira de Carvalho; Paulo Roberto de Araújo; Rodolfo Bregion de Godoy; Gilson Maestrini Muza
<b>Fonte de Publicação</b>	Comun. Ciência Saúde. 2006; 17 (2): 101-110.
<b>Finalidade/</b>	Conhecer os fatores associados ao acesso tardio ao pré-

<b>Objetivo</b>	natal pelas gestantes no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá-Distrito Federal.	
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>	
<p>Estudo de corte transversal dividido em duas etapas: a primeira baseou-se na análise dos registros do livro de pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, no período de janeiro de 2004 a julho de 2005 constando de 2062 gestantes; a segunda etapa considerou a análise de 76 gestantes entrevistadas no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá no período de agosto a setembro de 2005.</p>	<p>Os dados de ambas as etapas foram armazenados e analisados no programa Epi Info 2000, versão 3. 3. 2. Para verificação de associação estatística foram usados os testes de qui-quadrado e Fisher para os dados do Livro de Pré-natal e entrevistas, respectivamente. Na análise da variável dependente: acesso ao pré-natal utilizou-se a regressão logística multivariada com a seleção pelo método <i>stepwise</i> do software SPSS (<i>Statistical Package for Social Sciences</i>) versão 13.0.</p>	
<b>Principais resultados</b>		
<p>Na análise do Livro de Pré-natal chama atenção que mais de 50% das gestantes acessaram o pré-natal de forma tardia. E as faixas etárias predominantes foram de 20 a 24 anos e 25 a 34 anos. Em relação à escolaridade, houve predomínio de mulheres com mais de quatro anos de estudo. O não planejamento da gestação foi o mais prevalente, seguido da não disponibilidade de informação em relação ao tipo de gravidez (planejada ou não planejada). A análise bi-variada associou o acesso ao pré-natal de forma estatisticamente significativa à escolaridade e idade. O modelo final de regressão logística multivariada demonstrou que as mães com menos de 14 anos e não alfabetizadas têm mais chances de ter acesso tardio ao pré-natal do que as que têm idades maiores e têm algum grau de instrução. Já na análise das entrevistas com as gestantes, a prevalência do acesso tardio ao pré-natal foi de 15,8% no total de 76 participantes, a média de idade foi de 26,49 anos, quanto à escolaridade, 63,1% das gestantes tem ensino fundamental completo. A maior parte das gestantes entrevistadas não eram primigestas e 18,4% delas haviam encontrado dificuldades de acesso ao serviço de pré-natal, sendo esta estatisticamente significativa para o início do pré-natal tardio.</p>		
<b>Discussão</b>		
<p>Elevada proporção de acessos tardios resulta de uma inadequação do serviço estudado e torna-se mais relevante por atender uma população com condições socioeconômicas desfavoráveis; a partir da análise do Livro de Pré-natal, apenas baixa idade materna, e pouca escolaridade mostraram-se associadas ao ingresso tardio, fatores implicados pela literatura como fatores de inadequação. O planejamento da gestação e a procedência, embora não tenham sido estatisticamente significativo no estudo em questão, são apontados em outros estudos como fatores associados ao acesso tardio. Já em relação aos dados da entrevista, algumas variáveis que não foram estatisticamente significativas neste estudo como renda familiar, gestações anteriores, satisfação pelo atendimento, situação conjugal, trabalho e meio de chegada ao serviço são implicados em outros estudos como fatores que se associam ao acesso tardio ou que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Apenas dificuldade de acesso, entendida com dificuldade em inscrever-se no serviço relacionou-se com acesso tardio. As respostas das gestantes, quando questionadas pela época de início foram: realização do pré-natal em outro serviço (em outras localidades ou em serviços particulares), problemas</p>		

familiares (esconder a gravidez da família, conflitos com o cônjuge) e dificuldades de acesso ao serviço como: demora na realização dos exames confirmatórios, informações desconstruídas, cancelamento de reuniões, extravio ou perda de prontuários e dificuldade de marcação. Tais achados condizem com outros estudos e contradizem o estabelecido por organismos oficiais de saúde. O baixo índice de procura precoce retrata falta de conhecimento e conscientização da população sobre a importância do pré-natal. Os achados demonstram que além dos fatores maternos existem as barreiras institucionais.

#### **Conclusões/ Recomendações**

Atributos individuais como idade precoce e pouca escolaridade são aspectos importantes na compreensão do acesso tardio; barreiras institucionais, como a má organização do serviço, pouca informação e divulgação do serviço, número insuficiente de profissionais capacitados e excesso de demanda, agravam ainda mais a situação. Acredita-se que o aumento da escolaridade e melhores programas de geração de renda, aliados à reorganização do serviço repercutirão favoravelmente em um acesso precoce ao atendimento pré-natal.

### **N. DESCRIÇÃO DO ESTUDO NÚMERO 26 PELO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>Número do Estudo</b>	26
<b>Título</b>	Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil.
<b>Autor (es)</b>	Nelson A. Neumann; Oswaldo Y. Tanaka; Cesar G. Victora; Juraci A. Cesar
<b>Fonte de Publicação</b>	Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, n.º 4, 2003, 307-318.
<b>Finalidade/ Objetivo</b>	Avaliar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido na zona urbana de Criciúma- SC, segundo critérios socioeconômicos e procedimentos técnicos realizados de crianças menores de três anos.
<b>Coleta de dados/ Tipo de Pesquisa</b>	<b>Análise dos dados</b>
Delineamento transversal, retrospectivo, faz parte de um trabalho mais amplo na área urbana. Os 113 setores censitários disponíveis foram divididos em dois estratos: do primeiro com forte presença da Pastoral da Criança foram selecionados 37 setores sendo visitados 54% dos domicílios de cada setor e do segundo 15 selecionados através de amostragem proporcional ao tamanho sendo visitados 155 domicílios em cada setor. Havendo proposital sobreamostragem do primeiro estrato, compensa através de ponderação. O início da coleta foi realizado através de sorteio da quadra e esquina. A aplicação dos questionários foi realizada no período de março a junho de 1996.	A análise estatística bi-variada inclui o teste de qui-quadrado para as tabelas de contingência. Nas tabelas 2x2 foi utilizada a correção de continuidade de Pearson. Utilizou-se o teste exato de Fischer quando a frequência esperada era inferior a cinco. Os estatísticos foram realizados através do programa SPSS.

<b>Principais resultados</b>
<p>A renda mensal total das famílias atingiu a mediana de R\$ 478,00; seus pais e mães completaram, respectivamente, 7,3 e 6,7 anos de estudo. A idade média das mães era 27,6 anos completos. Quase a totalidade das mães realizou pelo menos uma consulta de pré-natal, sendo que 83,1% delas iniciaram estas consultas durante o primeiro trimestre de gestação. Dentre estas mulheres, 77,5% fizeram seis ou mais consultas. A cobertura pré-natal alcançou 76,6% das crianças. Foram realizados, em média, no pré-natal 7,9 procedimentos de um total de 10 avaliados. A forma de pagamento predominante do pré-natal foi através do SUS. A associação entre a qualidade técnica do atendimento pré-natal em relação ao quartil de renda familiar, sendo que as mães com menor renda iniciaram o pré-natal mais tardiamente e realizaram menos consultas e outros procedimentos clínicos.</p>
<b>Discussão</b>
<p>As mães apresentaram uma alta cobertura de pré-natal semelhante a outras cidades da região sul e sudeste e superior a uma cidade da região nordeste. A média de consultas esteve abaixo das encontradas numa cidade da região sul e superior a uma cidade da região nordeste. O início do pré-natal ainda no primeiro trimestre foi superior a outros estudos realizados. No entanto, esta precocidade não refletiu em maior concentração de consultas de pré-natal. A população de baixa renda apresentou menor probabilidade de receber atendimento pré-natal adequado, também observado em outras coortes, isto talvez possa ser explicado por dificuldades de acesso, visto que os mais pobres esperam mais do que o dobro do tempo para serem atendidos. A realização de menos procedimentos clínicos no pré-natal foi menor entre os mais pobres, pois dependem de médico e exigem maior tempo de consulta, este tempo não foi dedicado principalmente às mais pobres, talvez porque estas tendam a um menor poder de pressão sobre os serviços de saúde. As mães pobres são justamente as menos escolarizadas e com presumível menor acesso às informações necessárias.</p>
<b>Conclusões/ Recomendações</b>
<p>O início precoce do pré-natal dependeria da disponibilidade da gestante em procurá-lo, da capacidade de oferta do serviço e ainda do acesso ao mesmo. O número de consultas realizado está certamente associado à idade de início do pré-natal (quanto mais precoce mais consultas), mas também à capacidade do serviço de promover a adesão da gestante ao mesmo, devendo ser analisados cautelosamente em virtude de poderem ser determinados tanto pelos serviços como também associados à gestante. Este estudo demonstrou que, os mais pobres recebem atendimento de menor qualidade para contornar este quadro seria necessário: utilização de indicadores de qualidade; busca de estratégias para captar mais precocemente as gestantes de menor renda; discriminação positiva; capacitação médica e discussão de resultados.</p>