

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Modalidade Residência

Diego Alcântara Alves

**Vulnerabilidades sociais de mulheres gestantes e sua relação com o cuidado
pré-natal**

Belo Horizonte
2022

Diego Alcântara Alves

Vulnerabilidades sociais de mulheres gestantes e sua relação com o cuidado pré-natal

Monografia de especialização apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para o grau de especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eunice Francisca Martins

Belo Horizonte

2022

Alves, Diego Alcântara.
A474v Vulnerabilidades sociais de mulheres gestantes e sua relação com o cuidado pré-natal [recursos eletrônicos]. / Diego Alcântara Alves. - - Belo Horizonte: 2022.
30 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Eunice Francisca Martins.
Área de concentração: Enfermagem Obstétrica.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Índice de Vulnerabilidade Social. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Saúde das Mulheres. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertação Acadêmica. I. Martins, Eunice Francisca. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 157.3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de março de 2022, em sessão pública por web conferência utilizando a plataforma RNP, a Comissão Avaliadora composta pela Prof.^a Dra. Eunice Francisca Martins (orientadora), Prof.^a Dra. Torcata Amorim e Prof.^a Helisamara Mota Guedes, reuniu-se para avaliação do trabalho final intitulado "Vulnerabilidades sociais de mulheres gestantes e sua relação com o cuidado pré-natal" do especializando residente **Diego Alcântara Alves** do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência. A avaliação do trabalho obedeceu aos critérios definidos pela Coordenação do Programa, a saber: I) Quanto ao documento escrito: redação e observância de normas da ABNT/Vancouver; relevância do tema; delimitação do problema e/ou justificativa; revisão de literatura (abrangência, pertinência e atualização); descrição da metodologia (coerência com objetivos); resultados alcançados e considerações finais. II) Quanto à apresentação oral: estruturação e ordenação do conteúdo da apresentação, coerência com o trabalho escrito. No processo de avaliação, a residente obteve um total de 79 pontos, conceito C, sendo considerado **Aprovado**. O especializando residente tem o prazo de 15 dias para entrega da versão final do trabalho, com as considerações desta banca, a partir desta data. Participaram da banca examinadora os abaixo indicados, que, por nada mais terem a declarar, assinam eletronicamente a presente ata.

.....
Prof.^a Dra. Eunice Francisca Martins
Orientadora

.....
Prof.^a Dra. Torcata Amorim
Avaliadora

.....
Prof.^a Helisamara Mota Guedes
Avaliadora

.....
Diego Alcântara Alves
Especializando Residente

Documento assinado eletronicamente por **Diego Alcântara Alves**, Usuário Externo, em 04/08/2022,



às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Figueiredo Manzo, Professora do Magistério Superior**, em 04/08/2022, às 14:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helisamara Mota Guedes, Usuário Externo**, em 04/08/2022, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eunice Francisca Martins, Professora do Magistério Superior**, em 08/08/2022, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Torcata Amorim, Professora do Magistério Superior**, em 16/08/2022, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1653139** e o código CRC **035356C6**.

AGRADECIMENTOS

Mais um ciclo se encerra... E isso é muito bom, não pelo fato de algo terminar em si, mas sim pelo espaço que dá para que algo novo se inicie...

Agradeço imensamente a minha família por sempre estar ao meu lado, me apoiando nos bons e principalmente nos maus momentos.

A minha querida orientadora, Prof. Eunice, que nunca desistiu de mim, acolheu-me e apoiou em todos os momentos necessários. Me deu oportunidades de expandir a minha visão, conhecimentos e habilidades.

Ao Jorge, sempre me enchendo de amor e carinho, aquecendo meus pés com seu pelo macio e quentinho, aliviando todo meu estresse com suas brincadeiras estabanadas, me acolhendo da melhor forma em todos os momentos. Meu anjinho de 4 patas.

Minha amiga Mari, por me proporcionar os melhores momentos dessa residência, obrigado pela acolhida, pela nossa família nada convencional, as promessas e planejamentos jamais cumpridos, os perrengues vividos, a vida é boa com você.

As mulheres, seus bebês e famílias, pela oportunidade de vivenciar o momento mais belo e precioso da vida, o nascimento, as mães de anjos, agradeço por permitir a minha presença no seu momento de fragilidade e ao mesmo tempo garra e força.

Agradeço a toda a equipe de enfermagem das instituições que vivenciei a minha residência, pelo acolhimento nos serviços, o carinho, consideração e todos os ensinamentos a mim repassados e confiança depositada. Em especial meus preceptores-amigos.

Agradeço por ter o melhor grupo de residência, Ana, Loris e Jê! Bruna Gleyde, obrigado por sempre estar presente e junto comigo.

Por fim e não menos importante, agradeço a mim mesmo, sem mim nada disso seria possível! Por ter me mantido de pé em diversos momentos difíceis, por ter reunido forças para superar todas as dificuldades, por me permitir vivenciar com intensidade às 60h semanais, me agradeço por estar aqui, por acreditar nas minhas verdades, por lutar pelo que acredito e correr atrás do que quero pra mim. Jamais perca a sua essência. Estive, estou e estarei aqui, sempre por elas...

Vida longa ao SUS!

RESUMO

Introdução: Durante a gestação as condições de vulnerabilidades podem afetar o cuidado pré-natal, o qual se configura como uma estratégia de saúde de proteção e prevenção de agravos à saúde da mulher e da criança.

Objetivo: estimar a prevalência de gestantes em contexto de vulnerabilidade individual e social e sua relação com a adequação ao pré-natal.

Métodos: estudo transversal com análise descritiva e analítica, realizado a partir dos dados secundários provenientes do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. As variáveis estudadas referem-se ao contexto de vulnerabilidade individual e social, variável de exposição, e de adequação ao pré-natal, o desfecho final. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do software SPSS, versão 18.0.

Resultados: constatou-se que 842 (8,6%) das mulheres foram classificadas como não vulneráveis, 2331 (23,7%) como de baixa vulnerabilidade, 5495 (55,8%) como de média vulnerabilidade e 1178 (12,0%) como em situação de alta vulnerabilidade. As condições de vulnerabilidade não afetaram a adequação geral do pré-natal ($p = 0,053$), mesmo sendo ligeiramente superior para as mulheres não vulneráveis ou em baixa condição de vulnerabilidade com cerca de 14,0% de adequação.

Conclusões: Foi alta a prevalência de mulheres em situação de vulnerabilidade, mas sem uma relação direta destas condições com a adequabilidade da assistência pré-natal. A atenção pré-natal foi de forma geral adequada, mas inadequada quando avaliadas o conjunto de todas as ações propostas.

Palavras-chave: Pré-Natal. Índice de Vulnerabilidade Social. Qualidade da Assistência à Saúde. Saúde das Mulheres. Estudos Transversais. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: During pregnancy, the conditions of vulnerabilities can affect prenatal care, which is configured as a health strategy for the protection and prevention of injuries to women's and children's health.

Objective: to estimate the prevalence of pregnant women in a context of individual and social vulnerability and their relationship with adequacy to prenatal care.

Methods: cross-sectional study with descriptive and analytical analysis, based on secondary data from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care - PMAQ-AB. The variables studied refer to the context of individual and social vulnerability, variable of exposure, and adequacy to prenatal care, the final outcome. The data obtained were analyzed with the aid of the SPSS software, version 18.0.

Results: it was found that 842 (8.6%) of the women were classified as non-vulnerable, 2331 (23.7%) as low vulnerability, 5495 (55.8%) as medium vulnerability and 1178 (12.0%) as in a situation of high vulnerability. The conditions of vulnerability did not affect the general adequacy of prenatal care ($p = 0.053$), even though it was slightly higher for women who are not vulnerable or in low vulnerability with about 14.0% adequacy.

Conclusions: The prevalence of women in vulnerable situations was high, but without a direct relationship of these conditions with the adequacy of prenatal care. Prenatal care was adequate, but inadequate when the set of actions proposed was evaluated

Keywords: Prenatal. Social Vulnerability Index. Quality of Health Care. Obstetric nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Prevalência das ações componentes da atenção pré-natal 20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis utilizadas para mensurar o contexto de vulnerabilidades	16
Tabela 2 - Prevalência das condições de vulnerabilidades referidas pelas usuárias e da classificação de vulnerabilidade	18
Tabela 3 - Prevalência dos componentes da atenção pré-natal segundo classificação de vulnerabilidade sociodemográfica	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN	Pré- Natal
PA	Pressão arterial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MÉTODO	15
3. RESULTADOS	18
4. DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO	26
6. REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

É inegável que a mortalidade materna ainda é inaceitavelmente alta em âmbito mundial, mas principalmente em países em desenvolvimento, diariamente centenas de mulheres morrem por afecções relacionadas à gravidez e ao parto. A maior parte dessas desordens podem ser evitadas e ainda tratadas adequadamente quando identificadas de forma precoce, ou quando a mulher já apresenta alguma patologia prévia à gestação e é inserida o quanto antes nos cuidados pré-natal (WHO, 2018).

Com o intuito de trazer e consolidar melhorias na assistência pré-natal, no que tange acesso, cobertura, qualidade do acompanhamento e assistência ao parto e ao recém-nascido e ainda a mulher no período puerperal, o Ministério da Saúde instituiu em junho de 2000 a portaria nº 569, que versa sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000).

A conservação e melhoria da saúde das mulheres e crianças tem sido foco das políticas públicas no Brasil (BRASIL, 2014). Assim, em março de 2011 o MS lança a Rede Cegonha, a qual visa implementar uma rede de cuidados para estruturar e organizar a atenção a saúde materno infantil. As ações objetivam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, além de consolidar e ampliar as medidas do PHPN. Nessa linha o cuidado pré-natal e puerperal se destaca, devido a contribuição direta para a redução da mortalidade materna, principalmente por causas evitáveis. O Pré-natal propõe ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e tratamento adequado das complicações que podem ocorrer nesta fase da vida das mulheres (BRASIL, 2011).

As políticas públicas, incluindo a das mulheres (BRASIL, 2004), se desdobram em programas e ações que visam reduzir os riscos e vulnerabilidades para os agravos em saúde. A vulnerabilidade, também foco deste estudo, pode ser utilizada como um indicador das iniquidades sociais, o seu conceito é considerado interdisciplinar e envolve questões individuais e coletivas, as quais podem agregar maiores probabilidades a desfechos negativos na vida das pessoas. Nesse estudo adota-se o conceito de vulnerabilidade como “(...) a vulnerabilidade social se relaciona aos aspectos materiais, culturais, políticos que dizem respeito à vida em

sociedade, como educação, trabalho, relações de gênero, relações raciais (AYRES et al, 2006).” A vulnerabilidade amplia a visão e permite a renovação das práticas de cuidado, retirando o foco somente do risco de desenvolver patologias, para o trabalho com a promoção da saúde e redução de agravos, tornando mais real a construção de intervenções que de fato serão aplicáveis (AYRES, 2003). Ayres (2007) categoriza a vulnerabilidade em 3 dimensões interdependentes: individual, social e programática.

A dimensão individual compreende aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, as formas de se comportar e ainda referentes às relações do indivíduo com o meio inserido, ou seja, as relações sociais, frente ao processo saúde-doença. A dimensão social reconhece que, a partir do que é socialmente construído, estabelecem-se relações de poder, normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar sua condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde. A dimensão programática da vulnerabilidade enquadra nos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem estar físico, psicológico e social, para proteger a população do adoecimento e promover saúde. As ações programáticas dizem respeito a definições de políticas específicas para o setor saúde, além da coalizão destas com as demais políticas públicas no sentido intersetorial. A dimensão programática da vulnerabilidade avalia, inclusive, a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com os princípios do Sistema Único de Saúde (AYRES et. al, 2007 apud BENEDETTO, 2013)

Durante a gestação as condições de vulnerabilidades podem afetar o cuidado pré-natal. É evidente como os fatores sociodemográficos e características maternas influenciam para os resultados da saúde materna e infantil. E o pré-natal é uma estratégia de saúde que serve como fator de proteção e prevenção de agravos a saúde da mulher e da criança (VIELLAS, 2014). Um estudo de abrangência nacional evidenciou após a implementação do PHPN uma cobertura da atenção pré-natal no Brasil, atingindo indicadores universais e quase equânimes entre as regiões do país. No entanto, no que versa sobre as características do pré-natal, como, início da

assistência, número de consultas, realização de procedimentos básicos recomendados pelo MS, não são homogêneos e deixa a desejar em diversas regiões do Brasil, sendo o alvo principal, grupos populacionais que vivem em realidades de vulnerabilidade (VIELLAS, 2014; Brasil, 2013).

Considerando que uma parcela significativa da população e, sobretudo das mulheres vivenciam contextos de vida adversos, somada às condições próprias de risco da gestação esse estudo propõe avaliar se as vulnerabilidades sociais interferem na adequação do cuidado pré-natal. Tem-se como hipótese que os contextos de vulnerabilidade dificultam o acesso e utilização inadequada do cuidado pré-natal. Acreditam que os resultados desse estudo podem fomentar discussões sobre as condições que tornam a gestante vulnerável a alguns agravos, como também os serviços e comunidade se organizam para superar as adversidades individuais, sociais e programáticas. Ademais, podem permitir comparação de avanços ou retrocessos dentro da assistência, ou ainda subsidiar a formulação ou reajuste de estratégias que possam melhorar o cuidado as gestantes.

Assim, o objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de gestantes em contexto de vulnerabilidade individual e social e sua relação com a adequação ao pré-natal.

2. MÉTODOS

Estudo transversal com análise descritiva e analítica, realizado à partir dos dados secundários provenientes do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. O PMAQ-AB foi criado, em 2011, pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fomentar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, bem como garantir um padrão de qualidade e propiciar maior efetividade das ações ofertadas (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB foi desenvolvido em nível nacional, sendo voluntária a adesão dos municípios e equipes, contudo, a participação era vinculada a incentivos financeiros no início do programa e após o final da segunda fase (BRASIL, 2015). Foram realizados três ciclos do PMAQ-AB, sendo o último no período de 2015 a 2019, quando o programa foi encerrado (CAVALCANTI, 2020). Cada um dos três ciclos foi composto de processos definidos em fases, as quais perpassaram a adesão e contratualização; desenvolvimento; certificação; e recontratualização. A execução o Programa foi conduzida pelo MS e executada por instituições de ensino e pesquisa parceiras (CAVALCANTI, 2020).

Neste estudo, foram utilizados os dados do 3º ciclo do PMAQ-AB, relativos à avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, os quais compõem a fase 2 de certificação. Os dados foram coletados no ano de 2017, por entrevistadores capacitados, por meio de um instrumento organizado em seis módulos. No presente estudo foram utilizadas informações do módulo III, que apresenta os dados da Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde. Em cada equipe foram entrevistados 4 usuários com idade superior a 18 anos (BRASIL, 2017). Participaram do 3º ciclo da PMAQ 5.062 municípios, totalizando 28.898 unidades básicas de saúde.

Foram critérios de inclusão as mulheres que responderam sim à pergunta: “*A senhora ficou grávida nos últimos 2 anos?*” Foram excluídas as demais.

As variáveis estudadas referem-se ao contexto de vulnerabilidade individual e social, variável de exposição, e de adequação ao pré-natal, o desfecho final.

Foram selecionadas e analisadas separadamente cinco variáveis desfechos, da assistência pré-natal, sendo elas:

1) realização de consultas de pré-natal número de consultas realizadas, e agendamento próxima da consulta;

2) procedimentos realizados no exame físico: aferição da pressão arterial e fundo uterino, exame das mamas e cavidade oral e realização de exame ginecológico

3) orientações recebidas: nutrição e ganho de peso, amamentação, cuidados com o recém-nascido e importância do exame preventivo de rastreamento para câncer de colo uterino

4) exames laboratoriais realizados: urina rotina, rastreamento de IST para sífilis e HIV, medida de glicemia e ultrassonografia.

5) suplementação de sulfato ferroso, vacina antitetânica e Vitamina B12.

A adequação pré-natal foi considerada partir da somatória das cinco variáveis, sendo adequado quando a resposta a cada um dos itens componentes foi igual a sim. Sendo assim, a assistência pré-natal foi considerada adequada, de acordo com o preconizado no protocolo de pré-natal de risco habitual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) quando a participante afirmou ter realizado no mínimo 6 consultas durante a gestação, ter realizado os 5 exames laboratoriais, ter feito uso do sulfato ferroso em tempo oportuno, ter sido avaliada adequadamente com os cinco procedimentos do exame físico e ter sido orientada sobre os quatro assuntos já citados, ou seja, ter dito sim para todas as perguntas relacionadas ao pré-natal.

As variáveis utilizadas para mensurar o contexto de vulnerabilidade foram idade, escolaridade, ter companheiro, receber bolsa família e cor da pele autorreferida. A Tabela 1 apresenta os limites considerados como vulneráveis.

Tabela 1- Variáveis utilizadas para mensurar o contexto de vulnerabilidades. Brasil, 2017.

Variáveis	Contexto vulnerável	
	Sim	Não
Idade	<20 anos e > 40 anos	20 a 39 anos
Escolaridade	0 a 8 anos de estudo	9 e + anos de estudo
Possui cônjuge	Sem cônjuge	Com cônjuge
Recebe bolsa família	Sim	Não
Raça/Cor	Não branca/amarela	Branca/amarela

Fonte: Dados do 3º ciclo do PMAQ, módulos II e III. Brasil, 2017.

Foi realizado o download dos dados a partir do sitio do Ministério da Saúde\APS (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>) e em seguida elaborado o banco de dados específico deste estudo com a população e variáveis de interesse, conforme descrito anteriormente. Os dados foram analisados inicialmente por meio de estatística descritiva, com o cálculo das frequências absolutas e relativas. Em seguida, foi elaborada uma variável de adequação da assistência pré-natal conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e realizados ao longo das consultas de PN. Após, foi realizada a análise univariada da adequação das ações/procedimentos durante o PN em relação ao contexto de vulnerabilidade das usuárias. Foi calculado o Qui quadrado de Pearson para estimar as associações, sendo o nível de significância considerado de 0,05. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS), versão 18.0.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos presentes na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Não foi necessária a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, em função de utilizar dados públicos, disponíveis on-line e anonimizados.

4. RESULTADOS

Caracterização das mulheres em contexto de vulnerabilidade

A Tabela 2 apresenta a prevalência do contexto de vulnerabilidade referido pelas usuárias no estudo. A idade foi a variável com menor prevalência (14,1%), seguida de possuir cônjuge (29,7%). A escolaridade e receber bolsa família foram contexto de vulnerabilidade para cerca de metade das mulheres e a raça/cor para 71,5%. Quanto à classificação das condições de vulnerabilidade constatou-se que 842 (8,6%) das mulheres foram classificadas como não vulneráveis, 2331 (23,7%) como de baixa vulnerabilidade, 5495 (55,8%) como de média vulnerabilidade e 1178 (12,0%) como em situação de alta vulnerabilidade.

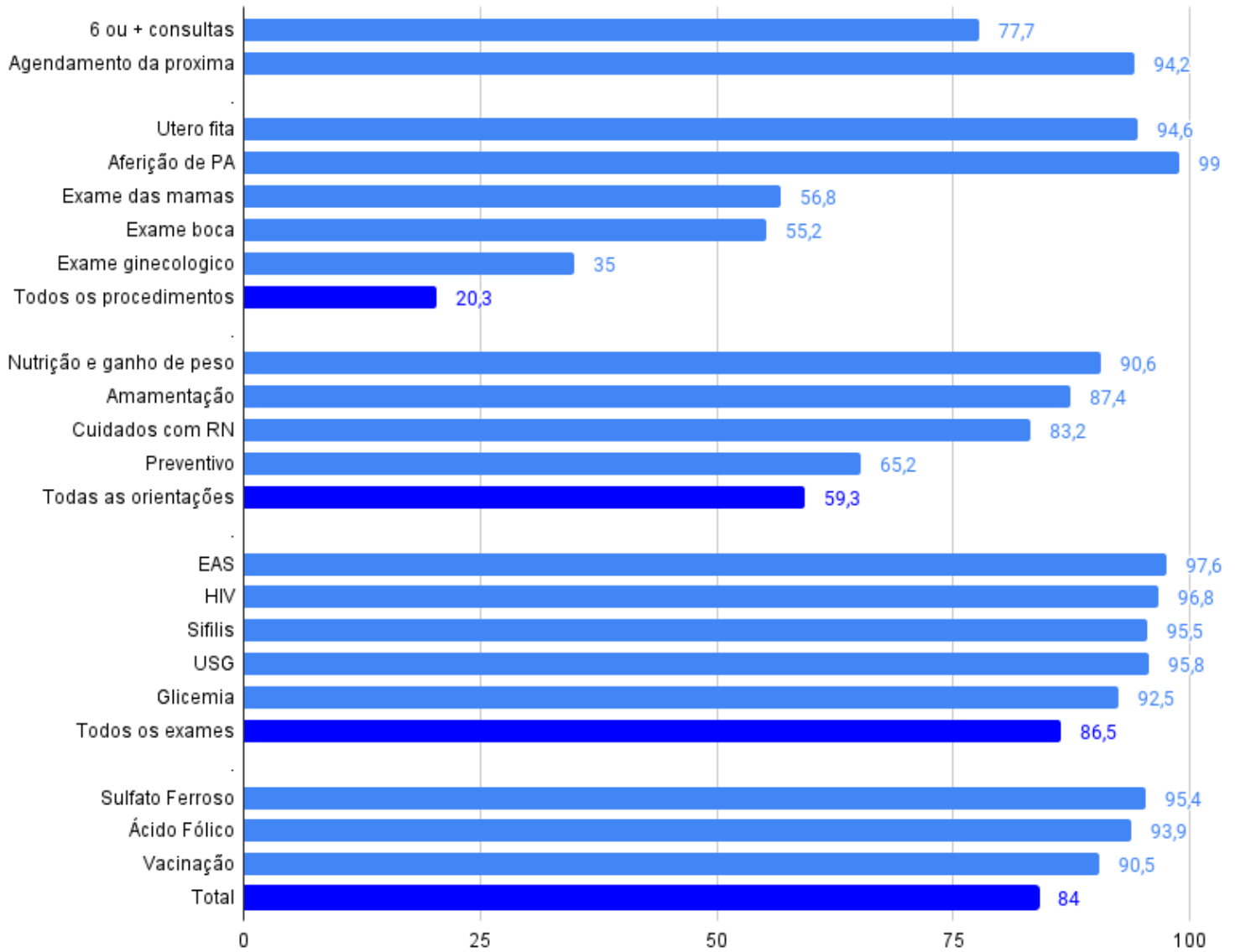
Tabela 2 – Prevalência das condições de vulnerabilidades referidas pelas usuárias e da classificação de vulnerabilidade. Brasil, 2017.

Variáveis	Condições de vulnerabilidade	
	N	%
<i>Idade</i>	1387	14,1%
<i>Escolaridade</i>	4749	48,3%
<i>Possui cônjuge</i>	2921	29,7%
<i>Recebe bolsa família</i>	4916	50,6%
<i>Raça/Cor</i>	7003	71,5%
Classificação das condições de vulnerabilidade	N	%
Não vulnerável	842	8,6
Baixa (1)	2331	23,7
Média (2-3)	5495	55,8
Alta (4-5)	1178	12,0
Total	9.846	100,0

Desfechos das ações preconizadas na assistência pré-natal

A prevalência de ações realizadas durante o pré-natal é apresentada na Figura 1. Quase 80,0% das mulheres referiram ter realizado mais de 6 consultas de pré-natal e mais de 90,0% tinham a próxima consulta agendada ao sair da consulta (94,2%). Em relação ao total dos cinco procedimentos da consulta, 20,3% das mulheres referiram ter recebido todos. A aferição de PA e a medida da altura uterina foram as mais realizadas, ao contrário do exame ginecológico que foi o menos frequente (35%). Sobre as orientações no pré-natal, 59,3% receberam o conjunto das quatro orientações, sendo as mais prevalentes as relacionadas a nutrição/ganho de peso e amamentação, enquanto a orientação para rastreio do câncer de colo uterino foi a menos relatada. A realização dos exames foi o procedimento com maior nível de adequação no pré-natal, com cobertura acima de 90,0% entre as usuárias entrevistadas. O componente vacinação e suplementos obteve adequação de 84,0%, com prevalência superior a 90,0% para cada item de forma isolada. O conjunto de todas as ações previstas no pré-natal (pré-natal adequado) foi ofertado para 1.091 mulheres, perfazendo 13,2% do total.

Figura 1- Prevalência das ações componentes da atenção pré-natal. Brasil 2017.



A Tabela 3 apresenta os componentes da atenção pré-natal segundo classificação de vulnerabilidade sociodemográfica. Verificou-se que a adequação do número de consultas declinou com o aumento das condições de vulnerabilidade, atingindo 25,0% entre as mulheres em situação da alta vulnerabilidade. Quanto ao agendamento das consultas as mulheres classificadas como não vulneráveis apresentaram menor prevalência de inadequação (3,8%). O exame físico completo foi igualmente inadequado em todas as categorias de vulnerabilidade. A não realização de todos os exames laboratoriais teve a maior prevalência (18,3%) entre as mulheres em condição de alta vulnerabilidade. Ao contrário, o conjunto de todas as orientações foi menos prevalente (56,5%) para as mulheres sem condições de vulnerabilidade. Quanto ao uso de suplementos vitamínicos e a vacinação antitetânica a prevalência foi de 82,0% para as mulheres não vulneráveis e em condição de alta vulnerabilidade. Foi identificada associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre classificação de condições vulneráveis com a adequação dos exames laboratoriais e orientações no pré-natal. As demais variáveis não apresentaram associação com a condição de vulnerabilidade.

Por fim, as condições de vulnerabilidade não afetaram a adequação geral do pré-natal ($p = 0,053$), mesmo sendo ligeiramente superior para as mulheres não vulneráveis ou em baixa condição de vulnerabilidade com cerca de 14,0% de adequação. (Dados não apresentados)

Tabela 3- Prevalência dos componentes da atenção pré-natal segundo classificação de vulnerabilidade sociodemográfica. Brasil, 2017.

Classificação de vulnerabilidade	Nº de consultas adequadas		Agendamento da próxima consulta		Exame físico	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
<i>Não vulnerável</i>	627 (79,3)	164 (20,7)	667 (96,2)	26 (3,8)	141 (20,3)	555 (79,7)
<i>Baixa</i>	1668 (79,0)	443 (21,0)	1924 (94,5)	112 (5,5)	436 (21,4)	1601 (78,6)
<i>Média</i>	3818 (77,5)	1110 (22,5)	4751 (93,9)	311 (6,1)	989 (19,5)	4086 (80,5)
<i>Alta</i>	789 (75,2)	260 (24,8)	1031 (93,6)	70 (6,4)	241 (21,7)	868 (78,3)
<i>Total</i>	6902 (77,7)	1977 (22,3)	8373 (94,2)	519 (5,8)	1807 (20,3)	7110 (79,7)
Valor-p*	0,068		0,063		0,171	

Classificação de vulnerabilidade	Exames laboratoriais		Orientações		Vacina + Suplementos vitamínicos	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
<i>Não vulnerável</i>	618 (88,8)	78 (11,2)	393 (56,5)	303 (43,5)	571 (82,0)	125 (18,0)
<i>Baixa</i>	1807 (88,7)	230 (11,3)	1169 (57,4)	868 (42,6)	1710 (83,9)	327 (16,1)
<i>Média</i>	4381 (86,3)	694 (13,7)	3082 (60,7)	1993 (39,3)	4290 (84,5)	785 (15,5)
<i>Alta</i>	906 (81,7)	203 (18,3)	643 (58,0)	466 (42,0)	909 (82,0)	200 (18,0)
<i>Total</i>	7712 (86,5)	1205 (13,5)	5287 (59,3)	3630 (40,7)	7480 (83,9)	1437 (16,1)
Valor-p*	< 0,0001		0,015		0,096	

5. DISCUSSÃO

Em uma avaliação geral, este estudo evidenciou que é alta a prevalência de mulheres em contextos de vulnerabilidades individuais e sociais, mas a adequação na atenção pré-natal não possuiu relação direta com o contexto de vulnerabilidade em que as mulheres estão inseridas. Porém, quando observado os relatos das ações individuais desenvolvidas durante o atendimento pré-natal foi possível constatar que, em alguns aspectos, a assistência ainda é muito frágil e incompleta.

Em relação ao número de consultas de pré-natal prevaleceu o que é preconizado pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Os achados foram também similares a um estudo realizado em 2019 embasado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, onde 84% das mulheres estudadas cumpriram com o proposto pelo PHPN (MARIO et al, 2019). Porém, em relação aos dados do PMAQ do ano de 2012 (TOMASI, 2017), o resultado desse estudo foi inferior em cerca de 10 pontos percentuais, fato que requer melhor entendimento e análise. Cabe destacar que esse estudo não relacionou o número de consultas à idade gestacional do nascimento, bem como a perdas gestacionais, o que limita apontar inadequação do número de consultas pré-natal. Contudo, é sabido que quanto maior o número de consultas, maior a possibilidade e oportunidade de a mulher receber um cuidado integral e de qualidade, embora a discussão principal seja referente à qualidade das consultas e acompanhamento no serviço de saúde (REIS et al., 2020).

Quando avaliado a solicitação de exames foi possível observar alta cobertura, sendo que todos os exames básicos foram solicitados em mais de 90% da população estudada. Porém quando comparado à solicitação de exames dentro do contexto de vulnerabilidades os achados demonstram iniquidades, visto que as mulheres não vulneráveis tiveram mais acesso aos exames do que as mais vulneráveis. Esses achados corroboram com o encontrado por Almeida et al., (2019) que levam em consideração a cor da pele e classe econômica. Essa situação distância do cuidado integral e da equidade, princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 1990).

Uma possível justificativa para a menor realização dos exames complementares para as mulheres vivendo em contextos mais vulneráveis podem

estar associadas com a indisponibilidade de recursos financeiros e estruturais para a realização de exames em outras unidades ou laboratórios, visto que nem todas as unidades oferecem à sua população a realização dos exames na própria UBS. Isso implica em um deslocamento da usuária para outro serviço, e assim, muitas vezes a acessibilidade é dificultada.

Em contrapartida, as orientações durante o pré-natal não foram lembradas por cerca de 2/3 das usuárias. Resultado esse semelhante ao encontrado por Neves et al., (2020), em seu estudo pautado nos dados do PMAQ, referente ao ano de 2014 e com os resultados apontado por Tomasi et al. (2017), em seu estudo realizado em com dados do Ciclo I do PMAQ de 2012. A educação em saúde é uma tecnologia leve (MERHY, 2003) e de baixo custo, geralmente acessível, para o sistema de saúde. Contudo, isso não dispensa uma formação e competência para sua realização pelo profissional que acolhe e realiza o atendimento necessário (FLORES et al., 2021). Isso pode ser uma justificativa para que mesmo assim, muitas mulheres não recordem das orientações recebidas ou de fato não as tenham recebido. Durante as consultas de pré-natal o profissional dispõe de um momento de excelência para orientar e esclarecer dúvidas, principalmente levando em consideração o número de consultas realizadas no acompanhamento pré-natal. Em relação às mulheres em contextos vulneráveis, houve relação direta com as orientações ofertadas, ou seja, estar nessa condição possibilitou a mulher receber mais orientações, o que pode ter ocorrido de fato pela maior atenção do serviço para com essas mulheres, fato bastante positivo no sentido de atenuar outros danos possíveis.

Menos de um quarto das mulheres referiram ter todos os procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal, um achado concordante com Neves et al, (2019). Foram procedimentos não realizados, nesse estudo, em cerca de 2/3 das usuárias a avaliação das mamas, da cavidade oral, e dos genitais. Resultado similar foi encontrado em estudos anteriores com dados do PMAQ (NEVES et al, 2019, TOMASI et al, 2017) que também avaliaram a realização do exame da cavidade oral e ginecológico. No que tange a avaliação da cavidade oral, pode-se inferir que profissionais médicos e enfermeiros não compreendem essa avaliação como uma atribuição de sua competência, ou ainda pela falta de um serviço de odontologia onde possa encaminhar a usuária caso seja necessário. Ressalta-se que uma das

orientações do MS é o encaminhamento de todas as gestantes para o pré-natal odontológico (BRASIL, 2013).

Neste estudo, as frequências de suplementação foram superiores a 90%, o que mostra cumprimento da ação proposta pelo PHPN por meio dos profissionais pré-natalistas. Esse dado é relevante, pois cerca de 50% das grávidas no mundo desenvolvem anemia por deficiência de ferro (OLIVEIRA, 2015), sendo que o tratamento necessário previne diversos desfechos negativos, como a prematuridade e hipoxemia fetal. Assim, é recomendado a suplementação do Sulfato ferroso em momento oportuno, ainda associado com as orientações nutricionais (POLGLIANE et al., 2014). Além do sulfato ferroso, faz-se o ácido fólico, também em momento oportuno, é uma suplementação preventiva, com o intuito de reduzir a ocorrência dos distúrbios de fechamento do tubo neural (PEREIRA, 2019).

Apesar da ampliação e maior cobertura do cuidado pré-natal, este estudo apontou uma situação preocupante, visto que apenas 13,2% das usuárias receberam um cuidado pré-natal adequado, ou seja, a completude de todos os cuidados recomendados pelo MS (BRASIL, 2000). De uma forma geral, outros estudos evidenciam a mesma inadequação da assistência, 15% de adequação encontrado por Tomasi et al. (2017), e 22% de adequação encontrado por Domingues et al., (2015).

Dessa forma, pode-se afirmar que de acordo com as informações das usuárias a assistência pré-natal no Brasil, de maneira geral, apresenta alta cobertura, mas com inadequações em relação à totalidade dos cuidados preconizados. Contudo, essas inadequações não se associam com as mulheres que vivem em condições de maior vulnerabilidade social. É necessário ainda estudos na área, mais investimentos em infraestrutura, tecnologias e principalmente mão de obra qualificada, com o intuito de garantir condições de acesso e qualidade no atendimento a gestantes.

A limitação deste estudo está relacionada com o uso de dados secundários restringidos ao questionário, carecendo de outros registros importantes para uma análise mais aprofundada da atenção pré-natal, como os registros na caderneta da gestante ou em prontuário. Contudo o uso do banco de dados tem a vantagem de apontar o que a mulher usuária referiu, de certa forma o que aprendeu da sua vivência no pré-natal, mesmo com limitações do viés de memória.

6. CONCLUSÃO

O estudo mostrou uma alta prevalência de mulheres em situação de vulnerabilidade, mas sem uma relação direta destas condições de vulnerabilidade com a adequabilidade da assistência pré-natal. Ademais, foi identificada lacunas na assistência, onde muitas mulheres ainda ficam parcialmente desassistidas em alguns aspectos do cuidado pré-natal, como um exame físico completo e orientações.

Diante dos achados pode-se inferir que o cuidado pré-natal tem sido capaz de promover a equidade em saúde, de forma a não permitir que mulheres vivendo em condições mais vulneráveis sejam duplamente penalizadas, ou seja, pelas condições de vida e pelas inadequações no atendimento pré-natal. Recomenda-se avaliação e melhorias na condução da assistência pré-natal, por parte dos gestores e dos profissionais de saúde, no sentido de implementar as recomendações das diretrizes e protocolos em todos os aspectos e itens, visando um cuidado integral, humanizado e baseado em evidências científicas. A educação permanente é um recurso proposto, como política pública, para esse fim e deve ser cada vez mais institucionalizado.

Por fim, recomenda-se avançar no estudo para identificar os fatores dificultadores e limitantes que impedem o cumprimento dos critérios para um pré-natal adequado.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. H. V. et al. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2019; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>.

AYRES, J. R. M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JUNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M.; CARVALHO, Y.M.; organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 375-416.

AYRES, J. R. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.; organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-40.

AYRES, J. R. M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JUNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: BENEDETTO, E.S.; SILVEIRA, E. **Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança**. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 68 - 84, jan./jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você - acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): terceiro ciclo. Brasília: MS; 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_s_b_3ciclo.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Manual para o trabalho de campo PMAQ - 3º ciclo (Avaliação Externa) orientações gerais**. Brasília: MS; 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_de_campo_pmaq_3_ciclo.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre a criação da **Rede Cegonha**. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2011 jun 24; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre a criação do **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2000 jun 1; [citado 2019 ago 25]; Seção 1:4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº32). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 1.645, de 02 de outubro de 2015: Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300323, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nPmLzV5YVxzzvtqH5wDVqKj/?lang=pt&format=pdf>

Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

DOMINGUES R. M. S. M.; DIAS M. A. B.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; THEME-FILHA, M. M.; TORRES, J. A.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 37, p.140-7, 2015.

FLORES, T. R. et al. Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 02, fev., 2021; Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.26792019>>.

MARIO, D.N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2019; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. In: Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

NEVES, R.G. et al. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 29, n. 1, e2019019, 2020; Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100008>>.

OLIVEIRA, A. C. M.; BARROS, A. M. R.; FERREIRA, R. C. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 37, n. 11, p. 505-511, 2015.

PEREIRA, R. A., TELES, J.N., COSTA, C. M. A importância do ácido fólico e sulfato ferroso na gestação. **Revista Extensão**, v.3, n.1, 2019.

POLGLIANE, R. B., LEAL, Mdo. C., AMORIM, M. H.; ZANDONADE, E.; SANTOS NETO, E. T. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Cienc Saude Colet**. v.19, n.7, p. 1999-2010, 2014.

REIS, S. N., Paiva, I. G., Ribeiro, L. C. C., Galvao, E. L., Guedes, H. M. Adequação da assistência ao pré-natal para mulheres do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais - Brasil. **Mundo da Saúde**, 2021.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 33, n. 3, 2017; Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>>.

WHO. **Maternal Mortality**. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, ago., 2014; Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia**. Geneva: WHO; 2008.