

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS PRÉ-
NATAIS DO SUS EM ARACRUZ – ES.**

LARISSA SPINASSÉ FELÍCIO

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre, junho de 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS PRÉ-
NATAIS DO SUS DE ARACRUZ-ES.**

LARISSA SPINASSÉ FELÍCIO

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2013.

CIP - Catalogação na Publicação

Spinasse Felicio, Larissa

FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DO SUS EM ARACRUZ - ES. / Larissa Spinasse Felicio. -- 2013.

58 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Saúde da Mulher. 3. Promoção da Saúde. I. dos Santos Rosa, Roger, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Orientador

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. João Werner Falk

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Álvaro Vigo

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais, que dosam Amor, Carinho e Amizade numa quantidade infinitamente necessária de ser retribuída.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e às pessoas de bem que Ele coloca em meu caminho:

À minha mãe e ao meu pai, que nunca mediram esforços para me apoiar e entenderam o meu isolamento constante. E algumas pessoas especiais, avós: Jaime e Gema, Jamili, Jacimara, Jane, Cilene e Patrícia, pelas palavras de apoio e incentivo;

Ao meu orientador Prof. Roger dos Santos Rosa por aceitar esse desafio, por compartilhar seu conhecimento científico, humano e ético e me conduzir proporcionando amadurecimento pessoal e profissional;

Às minhas amigas Rayana Pavesi Mattos, Luana Fernandes Gomes, Rejane Modenesi Sirtoli, Danielle Pelissari Baiocco, Priscila Vescovi pelas tantas negativas aos encontros, convites e momentos para dedicar-me a pesquisa;

À Dona Ilse Kafer, que sempre me acolheu com tanto carinho, mês a mês nas visitas a Porto Alegre nestes dois anos, transformando o pensionato num ambiente com espírito de lar, e pelas vezes que mesmo sem vaga me abrigava em sua casa;

De forma especial à minha querida amiga Rosiane Scarpatti Toffoli com quem eu tenho o prazer de trabalhar ao longo desses anos, pelo incentivo, pela convivência, pela amizade, exemplo de ser humano que se tornou para mim;

À Aline Corbellari Zamprogno pela afinidade em tão pouco tempo, se tornando mais que uma companheira de trabalho, um amiga, uma referência para meu trabalho, me ajudando tanto;

À Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz, por propiciar as condições para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: CENÁRIO ATUAL	14
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	18
2.3 FATORES SÓCIODEMOGRÁFICOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	21
2.3.1 Relacionados à idade	21
2.3.2 Relacionados à cor da pele	22
2.3.3 Relacionados ao grau de escolaridade	23
2.3.4 Relacionados à ocupação	24
2.3.5 Relacionados à renda familiar	24
2.3.6 Relacionados ao estado conjugal	25
2.4 FATORES DA HISTORIA REPRODUTIVA INFLUENCIÁVEIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo Geral	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4 REFERÊNCIAS	29
5 ARTIGO ORIGINAL	35
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
ANEXOS	52
APÊNDICE	54

ABREVIATURAS E SIGLAS

APNCUI Adequacy Prenatal Care Utilization Index

CPS/FGV Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas

ESF Estratégia Saúde da Família

FHMSC Fundação Hospital Maternidade São Camilo

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PACS Programa Agente Comunitário de Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PN-AM Pré-Natal do Amparo Materno

PNDS Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade(s) Básica(s) de Saúde

WHO World Health Organization

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acompanhamento pré-natal de boa qualidade impacta na morbimortalidade materno-infantil. A frequência a sete ou mais consultas pré-natais é considerada suficiente para provocar impactos positivos, porém é necessário entender e atuar sobre possíveis fatores frequentemente apontados como associados ao absenteísmo. **OBJETIVOS:** Investigar os fatores associados ao não comparecimento às consultas de pré-natal, oferecidas pelo SUS em Aracruz-ES. **MÉTODOS:** Amostra de 261 puérperas que realizaram pré-natal em Aracruz- ES, entre janeiro e março de 2013. Visitou-se a cada dois dias a maternidade do hospital do município para a coleta de dados por meio de questionário padronizado e complementadas e/ou confirmadas com os dados do cartão de pré-natal e prontuários. As associações foram examinadas por análise multivariada com base na dicotomização do desfecho (6 ou menos versus 7 ou mais consultas pré-natais), e por regressão de Poisson com variância robusta (amplitude de consultas de 0 a 14), considerando como preditores variáveis sócio-demográficas e relacionadas à história reprodutiva. **RESULTADOS:** A análise multivariada revelou que o absenteísmo (6 ou menos consultas) às consultas pré-natais diferiu significativamente entre as mulheres separadas/ divorciadas (OR 1,83 IC 95% 1,08-3,10) e indígenas (OR 2,07 IC 95% 1,05-4,10) em relação às casadas e brancas. Houve diferença também em relação ao trimestre da gestação de início do pré-natal (OR 2,74 IC95% 1,83-3,96 no segundo trimestre e OR 4,81 IC95% 3,42-6,75 no terceiro) Contudo, a associação com situação conjugal e cor de pele não foi confirmada pela regressão de Poisson robusta, apenas com o trimestre da gestação de início do pré-natal. **CONCLUSÕES:** Os fatores mais associados ao absenteísmo (6 ou menos consultas) às consultas pré-natais foram sociodemográficos que possibilitam intervenções específicas. A pesquisa também demonstra a relevância de se captar as gestantes precocemente.

Palavras chaves: Cuidado Pré-natal, Saúde da Mulher, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prenatal quality impacts on morbidity and maternal and infant mortality. Seven or more prenatal visits is considered sufficient to produce positive impacts but it is necessary to understand possible factors associated with absenteeism. **OBJECTIVES:** To investigate factors associated with non-attendance to antenatal consultations offered by SUS in Aracruz-ES. **METHODS:** A sample of 261 postpartum women who received prenatal care in Aracruz-ES, from January up to March 2013. Data were collected every two days at the city maternity hospital through a standardized questionnaire and supplemented and / or confirmed with the data card and prenatal records. Associations with the outcome (7 or more visits) were examined by multivariate analysis based on dichotomized outcome (7 or more visits versus less than 7) and Poisson regression with robust variance (range of consultations 0-14) considering socio-demographic variables and related to reproductive history as predictors. **RESULTS:** Multivariate analysis revealed that absenteeism (less than 7) at prenatal visits differed significantly for women separated / divorced (OR 1.83 95%CI 1.08 to 3.10) and for Indians (OR 2.07 95%CI 1.05 to 4.10) who presented higher risk than that married women and white. There was also a difference in the quarter of pregnancy (OR 2.74 95%CI 1.83-3.96 for the 2nd quarter and OR 4.81 95%CI 3.42-6.75 for the 3rd). However, the association with marital status and skin color was not confirmed by the robust Poisson regression - only the quarter of pregnancy. **CONCLUSIONS:** Factors most associated with pre-natal care (7 or more visits) are mainly sociodemographic that enable specific interventions. The research also shows the importance of capturing the pregnant early.

Key-words: Prenatal care, Woman Health, Health Promotion.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Fatores associados ao absenteísmo às consultas pré-natais do SUS de Aracruz-ES”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 14 de agosto de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Os seguintes documentos de apoio estão apresentados no anexo e apêndice: aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, autorização do hospital para a realização da pesquisa, roteiro da entrevista e termo de consentimento livre e esclarecido.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata de um estudo relacionado à Assistência Pré-natal, com o foco na busca por fatores associados ao não comparecimento em consultas pré-natais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Aracruz-ES.

A motivação que deu origem a esse estudo iniciou-se a partir da inserção da autora, no âmbito da Gestão Municipal, como coordenadora da estratégia “Rede Cegonha” a partir de 2011. Sendo assim, foi possível analisar mais intimamente as várias relações que compõem a Rede da Atenção à Saúde da Mulher-Gestante-Criança no município.

A respeito do local do estudo, vale destacar que o município de Aracruz é o único do Espírito Santo com população indígena, localiza-se na Região Central do estado e possui uma população de 83.834 habitantes¹. Desta população, 27.316 são mulheres em idade fértil (15 a 45 anos), segundo dados do Sistema TabNet². O município apresenta uma cobertura populacional da ESF de 78,83% que se encontra adscrita e dividida entre 25 equipes lotadas em 19 Unidades Básicas de Saúde, além de contar com um hospital filantrópico, referência para os municípios de João Neiva e Ibirapu para gestações com risco habitual.

Neste sentido, a definição de um conceito sobre pré-natal torna-se necessária, até mesmo para esclarecer a respeito do que entendemos como tal.

Definido como uma ferramenta que garante uma gestação sem riscos e uma criança saudável, o pré-natal tem objetivos baseados no acompanhamento gestacional que assegure a evolução e desenvolvimento da gestação, além do parto de um saudável recém-nascido, sem impactos na saúde materna, abordando para tanto, aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas³.

Posto isso, ressalta-se a necessidade de efetivação das consultas com a garantia de acesso universal, tanto no acompanhamento individual quanto no meio familiar das gestantes, efetivando assim, ações de promoção de melhorias nos estilos de vida e saúde, detecção contínua do risco materno e perinatal, preparo para o parto, vínculo com a maternidade, além de práticas que incentivem o aleitamento e os cuidados no pós-parto e puerpério.

Estudos têm demonstrado que uma política de assistência pré-natal bem executada conduz a minimização de taxas de mortalidade e morbidade perinatal⁴, bem como dos índices de partos pré-termos⁵.

No Brasil, entre as políticas, programas e ações que reforçam a tendência assertiva dos cuidados com a saúde materna e o ciclo gravídico, destaca-se a implantação do Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, mais recentemente, a Rede Cegonha.

Lançada em 2011 pelo Governo Federal, a Rede Cegonha visa o atendimento de qualidade a todas as brasileiras desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. Para tanto, sustenta-se em quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral a saúde da criança; e sistema logístico.

Assim sendo, esta pesquisa tem por foco o componente Pré-natal, que compreende ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, oferecendo ainda condições que qualifiquem o acesso prestado às gestações⁶.

Vale ressaltar que a centralidade da escolha neste componente teve como principal justificativa a vinculação da pesquisadora, que pode dessa forma observar com maior propriedade, proximidade e clareza as implicações do componente no seguimento da tríade pré-natal/parto/puerpério, ampliando o olhar interessado sobre uma realidade em que nem sempre o ideal e o real se encontram.

Segundo recomendações de organismos oficiais de saúde, o controle pré-natal deve ser executado de maneira universal, tendo seu início precocemente (captação da gestante) e sua manutenção, estando para tanto integrado com as demais áreas preventivas e curativas, além de obedecer um número mínimo de consultas conforme preconizado⁷.

Em concordância com o apresentado, a Portaria GM/MS nº 2.669, de 03 de novembro de 2009, restabelece objetivos e metas, inseridas no Pacto pela Vida, visando à redução da mortalidade materno infantil, através da ampliação do acesso às consultas pré-natais voltados para cada cenário local⁸. Para tanto, preconiza-se sete ou mais consultas de pré-natal para o município de Aracruz.

Dessa maneira, esta pesquisa justifica-se visto que a investigação focada na atenção pré-natal coloca em destaque a estrutura, os processos e os resultados dos serviços de saúde que podem refletir o desempenho de áreas de atenção à saúde mutuamente dependentes, como a organização da porta de entrada, os protocolos de cuidado, o sistema de agendamento de consultas, a qualidade e o acesso à serviços de laboratório e outros meios diagnósticos.

Estudos de avaliação de atenção pré-natal empregam indicadores de utilização do serviço, isolados ou combinados, modificados ou não, acerca do número de consultas e o período de início do pré-natal. Segundo Silveira e Santos⁹, as medidas combinadas mais frequentemente escolhidas são o Índice de Kessner¹⁰, o APNCUI (Adequacy Prenatal Care Utilization Index) e o Índice de Kotelchuck¹¹.

Tendo isso, a presente investigação se propõe a estudar os fatores associados ao absenteísmo às consultas pré-natais no âmbito do Sistema Único de Saúde, especificamente no município de Aracruz.

Para que os objetivos desse estudo fossem atingidos, centralizou-se nos fatores socioeconômicos e relacionados à vida reprodutiva das gestantes, com o intuito de apontar fatores relacionados ao descumprimento da realização do mínimo de sete consultas pré-natais e apontar quais estratégias e ações devem ser priorizadas para garantir a qualificação da Atenção Pré-natal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: CENÁRIO ATUAL

Com o intuito de alinharmos a marco teórico aos objetivos a que este trabalho se propõe, realizou-se uma revisão na literatura brasileira com a finalidade de traçarmos um panorama a respeito das ações e políticas de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, assim como fatores que levam as gestantes a não adesão aos cuidados durante o ciclo reprodutivo.

Em estudo realizado no ano de 2009, pelo Ministério da Saúde (MS), o qual analisou de forma ampla a situação da saúde no Brasil, ressalta que a proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas passou de 44% no ano de 2000 para 56% no ano de 2007. No que tange a meta do milênio de reduzir a Razão de Mortalidade Materna até 2015 a 35 óbitos de mulheres a cada 100.000 nascidos vivos, esse índice caiu de 140 em 1990 para 75 em 2007. No ano de 2010 este índice foi de 61,7 a cada 100.000 nascidos vivos. As razões de mortalidade materna, consideradas aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estão entre 10 e 20 mortes maternas/100.000 nascidos vivos¹².

Sobre esse aspecto ressalta-se que a meta do milênio do país de diminuir a taxa de mortalidade infantil para 15,7 no ano de 2015 foi atingida no ano de 2011. Entretanto, ainda se faz necessário aumentar os esforços para reduzir óbitos neonatais, especialmente na primeira semana de vida, que apresentam forte ligação com o pré-natal¹².

Associado a isso, observa-se uma cobertura da assistência pré-natal no Brasil baixa, apesar do crescente aumento nas últimas décadas. Entretanto, as desigualdades no uso desta assistência ainda persistem, principalmente quando estas estão afastadas dos centros urbanos. O percentual de mulheres residindo na zona rural que não realizam o pré-natal ainda é considerado alto. Há também grandes diferenças na cobertura segundo regiões geográficas. Na região Nordeste, o Maranhão é um dos estados onde o percentual de mulheres que não realizam pré-natais é mais elevado¹³.

Além disso, diferenças estatisticamente significante entre regiões ($p=0,000$) e situação de residência ($p=0,001$) mostram que a assistência ao pré-natal é ainda pior no Norte e Nordeste do país, onde, respectivamente 35% e 27,7% das gestantes não tiveram direito de acesso aos cuidados na gestação garantido, bem como 29,2% das residentes no meio rural. A obtenção do número mínimo de consultas também se mostrou significativamente associada às características socioeconômicas e demográficas das mães (faixa etária, ordem do filho, cor da pele, anos de estudo, classificação econômica) e ao tipo de serviço de saúde utilizado. Entretanto, após todos estes fatores serem avaliados simultaneamente em um modelo logístico

multivariado, mantiveram-se como diferenciais significantes: macrorregião ($p < 0,001$), tipo de serviço ($p = 0,019$), anos de estudo ($p = 0,006$), classificação econômica ($p = 0,002$) e ordem de nascimento ($p = 0,022$). Apresentaram melhor situação do que a encontrada no Norte, as regiões Sudeste (OR=2,3 e IC95%:1,5;3,6), Sul (2,2 e IC95%:1,4;3,5) e Centro-Oeste (2,1 e IC95%:1,5,3,0)¹⁴.

Corroborando com a afirmativa das desigualdades geográficas e sociais nas taxas de morbidade e mortalidade no país, o estudo de Victora e outros autores¹⁵ afirmam que em 2006, a taxa de mortalidade infantil da região Nordeste era 2,24 vezes mais alta que a da região Sul, embora essa desigualdade tenha diminuído.

Já em relação aos fatores étnicos brasileiros, observam-se aspectos diferenciadores, como o fato de pessoas que identificam sua raça ou cor da pele como parda ou preta tendem a pertencer a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade, e existem desigualdades nas condições de saúde (como a prevalência de hipertensão) entre pessoas de diferentes raças ou cor de pele. Entretanto, no caso de outros indicadores, como a auto avaliação do estado de saúde, os desfechos são essencialmente semelhantes após o ajuste para a posição socioeconômica. Por mais que raça e classe social também estejam relacionadas com a saúde em outros países, os meios pelos quais as relações raciais afetam a saúde dos brasileiros são diferentes¹⁵.

Em outra pesquisa de Victora e outros autores¹⁵, por meio de uma revisão sistemática, demonstrou-se que as taxas de mortalidade são mais elevadas no Nordeste e no Norte do país, e que as menores taxas estão no Sul e Sudeste. Além disso, o estudo evidenciou também a importância da intensificação de ações que priorizam a redução da mortalidade infantil no Brasil, a fim de efetivar a equidade entre as regiões, uma vez que o Norte e o Nordeste e, particularmente, as áreas rurais, ainda apresentam coeficientes muito elevados¹⁵.

Dessa forma tem-se que reduções subsequentes da mortalidade infantil dependerão, em grande parte, reduzir as mortes devidas a causas perinatais. Melhorias na cobertura e, especialmente, na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto, são necessidades urgentes. Outra intervenção, com um possível impacto importante sobre a mortalidade infantil, é a promoção do planejamento familiar¹⁶.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2010 reafirma que as complicações da gravidez, parto e pós-parto matam mais de meio milhão de mulheres ao ano em todo o mundo, havendo cerca de outros 10 milhões que ficam com sequelas das complicações sofridas no período. Destaca também que existem sinais de progresso, mesmo

em áreas mais críticas, com mais mulheres em idade reprodutiva ganhando acesso a cuidados prestados por profissionais de saúde¹⁷.

Corroborando com estes quesitos, a literatura aponta que mulheres grávidas que recebem assistência no início da gestação e comparecem a mais consultas de pré-natal tendem a apresentar melhores resultados maternos e perinatais comparado às gestantes que o iniciam tardiamente ou as que tiveram as consultas mais concentradas em um único trimestre¹⁸.

O total de consultas de pré-natal preconizado pela OMS não deve ser inferior a seis, e qualquer número abaixo desta cifra já é considerado como atendimento deficitário¹⁹.

Aumann e Baird preconizam a frequência mensal de visitas pré-natal, começando quando dos primeiros sinais de gravidez até a 30ª semana. Após, uma visita quinzenal até a 36ª semana, e semanalmente a partir da 37ª semana até o parto. Referem serem benéficas à gestante, visitas semanais no início da gestação, até a observação dos batimentos fetais, na tentativa de estabelecer a idade gestacional com maior acurácia²⁰.

Nesse sentido a pesquisa de Cesar e outros autores, um estudo transversal com gestantes do serviço público e privado das de Rio Grande e Rio Grande do Sul, verificou que as gestantes atendidas no setor público mostraram vantagem significativa no que diz respeito à cobertura para vacinação antitetânica e suplementação com sulfato ferroso.

Outro resultado que chamou atenção foi o fato do pré-natal oferecido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), portanto do SUS, apresentar vários indicadores de cobertura superiores ao seu correspondente no setor privado²¹.

Em uma análise longitudinal que utilizou dados de todas as 27 unidades federativas do Brasil, entre 1990 e 2002, os autores revelaram a importante contribuição do ESF no descenso da mortalidade infantil em nosso País, estimando que um aumento de 10% na cobertura da ESF poderia levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil²².

A efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, tais como o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso; a vacinação antitetânica também foi demonstrada por meio de revisões sistemáticas^{23,24,25}.

Em estudos como o de Soares e outros autores, que analisava os fatores associados ao desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas, o fator mais importante para o desconhecimento do status de HIV da gestação foi o baixo número de consultas pré-natais, que gerou um aumento da prevalência do desfecho em 66%²⁶.

Já no estudo realizado por Silveira e outras autores, que avaliou os diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal, considerou como indicador de

qualidade do cuidado pré-natal a realização do exame de urina. Nas 4.163 gestantes analisadas, a prevalência da não realização deste exame foi de 3%. Na análise multivariada verificou-se que mulheres negras, pobres, de baixa escolaridade, solteiras, e que realizaram menos de seis consultas de pré-natal tiveram aumentada a chance de não realizar este exame, ou seja, a quantidade de consultas de pré-natal esteve fortemente associada com o desfecho: 35,5% das mulheres com até uma consulta de pré-natal não realizaram exame de urina em contraste com 1,1% daquelas com sete ou mais consultas²⁷.

Contudo, a forte associação entre fazer pré-natal pelo SUS e a não realização do exame de urina desapareceu após o ajuste, indicando que o local de atendimento não parece ser o fator mais importante no tipo de cuidado pré-natal oferecido, mas sim as características da própria paciente como cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico e estado civil. A associação com o número de consultas, embora menor, permaneceu após o ajuste, mostrando que este resultado não pode ser totalmente explicado por cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico e estado civil. Novamente, o papel da informação sobre a importância do comparecimento ao pré-natal deve ser enfatizado à população²⁷.

Em conclusão, o presente estudo sugere que mulheres mais pobres, negras, de baixa escolaridade e sem companheiro devem ser alvo de ações mais específicas para obterem um cuidado pré-natal adequado.

A escolaridade materna mostrou associação inversa com o desfecho, assim como a cor, considerando-se que 6,1% das mulheres negras não realizaram o exame, comparado com 2,1% entre as brancas ($p < 0,001$). O fato de não viver com marido/companheiro também esteve associado com o desfecho ($OR=2,2$), assim como ter trabalhado durante a gestação²⁷.

Outro fator inerente à assistência pré-natal, que pode contribuir para o abandono do acompanhamento e, conseqüentemente, para o aumento da mortalidade neonatal, é a falta de vínculo das gestantes com o serviço de saúde.

Uma pesquisa realizada por equipe da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em nível nacional, detectou falha nos atendimentos provenientes da falta de vínculo na atenção pré-natal para cerca de 20% dos casos estudados. Comprovou-se que a criação de vínculo com a gestante favorece sua adesão ao pré-natal, reduz o risco de abandono ou faltas às consultas²⁸.

No estudo de Pereira e outros autores, a dificuldade de acesso também foi entendida como dificuldade em inscrever-se no serviço, relacionando-se ao acesso tardio. Os autores apontaram as barreiras institucionais, como a má organização do serviço, pouca informação e

divulgação do mesmo, número insuficiente de profissionais capacitados e excesso de demanda como agravantes para início tardio do acompanhamento pré-natal²⁹.

Além disso, de acordo com Tsunechiro, Bonadio e Oliveira³⁰, a qualidade do pré-natal está associada à qualidade do acolhimento. Se, dentro do termo acolhimento, for considerado o primeiro contato da gestante com o programa de assistência pré-natal, a marcação da reunião de aconselhamento, os fatores que interfiram neste momento, como extravio/perda de prontuário, desencontro de informações e dificuldade para a marcação, podem desestimular a gestante e interferir na credibilidade e valorização do pré-natal, gerando um acompanhamento inadequado.

Em outro estudo, os autores Corrêa, Bonadio e Tsunechiro²⁶ também evidenciam que a facilidade de acesso geográfico aos serviços de saúde é outro fator a ser considerado na atenção pré-natal. As gestantes residentes nas zonas sul e centro-sul da cidade de São Paulo foram as que apresentaram maior proporção de adequação (57,4%); provavelmente porque esses locais são de fácil acesso a maternidade filantrópica da cidade de São Paulo (Pré-Natal do Amparo Maternal — PN-AM), pela proximidade ou pela oferta de transporte público³¹.

Morais e outros autores, em um estudo para determinar a eficácia da assistência pré-natal, com respeito às visitas (número e momento da primeira), sobre a idade gestacional e peso fetal ao nascimento, observou que à medida que aumentava o número de visitas pré-natais, maior era a idade gestacional dos fetos ao nascimento. Quando a paciente não realizou nenhuma visita, apenas 63,6% delas tiveram seus filhos com idade gestacional superior a 37 semanas, ao passo que o número de visitas sendo igual ou superior a 6, os fetos a termo totalizaram mais de 90%³².

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Ao longo desses anos, Políticas, Programas e Ações voltadas ao cuidado com a saúde materna e o ciclo gravídico vem sendo implantadas no Brasil, destacando-se a do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, a Humanização do Pré-natal e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e mais recentemente a Rede Cegonha⁶.

Em 1984 o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que deveriam prover ações relacionadas à

gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério.

As diretrizes deste programa aderiam aos princípios da reforma sanitária: descentralização, hierarquização, regionalização e equidade na atenção, bem como a participação social.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, no final dos anos 1990, propôs uma nova política para assistência ao pré-natal, parto e puerpério. A Portaria/GM nº 569 de 1/06/2000 instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que preconizava que a primeira consulta pré-natal fosse realizada antes de a mulher completar 120 dias de gestação³³. Para gestantes de baixo risco, o Programa recomendava no mínimo seis consultas pré-natais, sendo uma no 1º trimestre da gestação, duas no 2º e três no 3º³³.

Desde 2000³³, o Ministério da Saúde definiu como diretrizes para a adequada assistência do pré-natal:

- (a) meta de, no mínimo, seis consultas de pré-natal;
- (b) início de acompanhamento pré-natal o mais cedo possível;
- (c) distribuição das consultas de pré-natal durante a gravidez: no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre;
- (d) solicitação de exames complementares considerados obrigatórios;
- (e) realização do exame obstétrico durante o pré-natal;
- (f) realização de atividades educativas durante o pré-natal: participação de pelo menos um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata;
- (g) orientação quanto à amamentação e o parto;
- (h) vacinação antitetânica;
- (i) coleta de exame citopatológico de colo uterino.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência, como a sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde³³.

No contexto atual, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e reduzir a taxa de morbimortalidade, o Ministério da Saúde implantou no âmbito do SUS – a Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011⁶.

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem

como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis⁶.

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico. Dentre as ações de atenção a saúde do componente pré-natal está à realização de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com captação precoce destas gestantes, desenvolvendo uma qualificação da atenção. Esta atenção abrangeria desde o acolhimento às intercorrências na gestação, o acesso ao pré-natal de alto risco, a realização de exames de pré-natal em tempo oportuno, a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local de realização do parto, a qualificação do sistema e da gestão da informação (SISPRENATAL), a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, a prevenção e o tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites, até o auxílio para as gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto⁶.

A Rede Cegonha prevê a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, bem como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante e a Casa do Bebê, e os Centros de Parto Normal, que funcionarão em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento. Antevê também o deslocamento até o local das consultas de pré-natal, e para se deslocarem até a maternidade, quando forem dar à luz⁶.

Dessa forma tem-se que a Rede Cegonha visa à alteração do modelo de Atenção (boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento) e a implantação de casas de gestante e do bebê. A Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha. Atualmente, estão criados e regulamentados no país os Centros de Parto Normal intra e perihospitalar. Ainda não são as Casas de Parto, mas já existem os Centros de Parto Normal³⁴.

2.3 FATORES SÓCIODEMOGRÁFICOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

2.3.1 Relacionados à idade

Considerando mulheres em idade fértil o grupo de mulheres que se encontram na faixa etária de 10 a 49 anos, muitos estudos associam a importância da idade com as complicações relativas aos desfechos da gravidez, principalmente entre as adolescentes.

Na pesquisa de Goldenberg e outros autores, em Minas Gerais, a proporção de frequência de pré-natal acima de seis consultas foi de 40,0% entre as adultas, sendo significativamente menor entre as adolescentes, sendo na de 15-19 anos de 29% e na de 10-14 anos 12%³⁵.

Ressaltados os reduzidos níveis de frequência adequada ao pré-natal na faixa de 10 a 14 anos de idade, tais resultados reafirmam a relevância da atenção ao adolescente como questão de saúde pública³⁵.

Além disso, indicaram variações significativas da chance de ocorrência de desfechos perinatais nas faixas etárias consideradas, evidenciando que a frequência adequada ao pré-natal, sem dúvida, confere proteção à ocorrência de complicações da gravidez, em geral, e na adolescência, em particular³⁵.

Essas considerações em torno do caráter protetor da frequência adequada ao pré-natal, de um lado, e dos indicativos da exposição “intrínseca” da idade às complicações relativas aos desfechos considerados, de outro, confirmaram a hipótese de concentração da presença de prematuridade e baixo peso ao nascer nas idades mais jovens e, em particular, na adolescência precoce³⁵.

A pesquisa de Xavier e outros autores que teve um achado importante no estudo o cenário de vulnerabilidade individual e programática das adolescentes mais jovens, demonstrou pouca inserção em programas de saúde sexual e reprodutiva – necessidades contraceptivas não atendidas, início do pré-natal tardio, número reduzido de consultas pré-natais³⁶.

Em outra pesquisa, um estudo de corte transversal de Pereira e outros autores, que se baseou na análise dos registros de 2.062 gestantes do livro de pré-natal do Centro de Paranoá-DF, entre janeiro de 2004 a julho de 2005, analisou a associação entre a inadequação (5 ou menos consultas e iniciado antes do sexto mês) do uso da assistência pré-natal e o efeito das variáveis independentes. Constatou que se fosse considerado um grupo de adolescentes (10 a 19 anos) e outro de adultos (acima de 20 anos), o risco relativo para as adolescentes era de

1,3019 e com $p < 0,001$; caso a divisão seja entre gestantes até 24 anos e outras entre 25 a 42 anos, o risco relativo foi de 1,1949²⁹.

No modelo final para a regressão logística multivariada, as mães com menos de 14 anos tiveram mais chance de ter acesso tardio ao pré-natal do que as que têm idades maiores (35 a 42 anos). As mães de 15 a 34 anos não têm diferença estatisticamente significativa em relação às mães com menos de 14 anos, ou seja, o acesso ao pré-natal é semelhante²⁹.

Numa pesquisa com corte transversal realizada em três maternidades do nordeste do Brasil, foram entrevistadas 250 puérperas adolescentes (< 20 anos) e 250 puérperas adultas jovens (20 a 30 anos). Verificou-se que entre as puérperas adolescentes há um percentual significativamente maior ($p < 0,05$) de primiparidade, baixa renda familiar, baixa escolaridade e pouca assistência no pré-natal, em relação às adultas jovens. As puérperas menores que 20 anos desse estudo tiveram resultado ainda pior, já que 54,8% delas deixaram de fazer o pré-natal adequadamente³⁷.

Em 1993, Osis e outros autores realizaram uma pesquisa com um grupo de mulheres que estavam grávidas entre 1987/88 no estado de São Paulo. Esses autores não observaram diferenças estatísticas entre os grupos mulheres que fizeram seis ou mais consultas com relação à idade na última gravidez³⁸.

Coimbra e outros autores realizaram um estudo transversal em amostra sistemática, estratificada por maternidades, dos nascimentos hospitalares no município de São Luís (MA), no período de março de 1997 a fevereiro de 1998. Avaliaram indicadores socioeconômicos e demográficos, saúde reprodutiva, morbidade na gravidez e utilização de serviços pré-natais em 2.831 puérperas. Dentre os resultados encontrados, foi observado que o fato da mãe ter menos de 18 anos de idade foi considerado um fator de proteção (OR: 0,55, IC 95%: 0,34-0,88) à inadequação do uso da assistência pré-natal³⁹.

Na PNDS, em 2006, a realização do número mínimo de seis consultas comparando as gestantes adolescentes e as de 20 anos ou mais, não demonstrou diferenças estatisticamente significativas para o número mínimo de seis consultas de pré-natal¹⁴.

2.3.2 Relacionados à cor da pele

Em relação à cor de pele muitos estudos correlacionam esta variável com renda familiar e escolaridade. Em uma pesquisa realizada com mulheres do Sul do Brasil, com relação à escolaridade e à renda familiar, constatou-se diferenças estatisticamente significativas e com tendência linear. As mulheres brancas apresentaram em média 8,8 anos

de escolaridade, valor superior tanto para as mulheres “pardas” (6,9 anos), como para as negras (6,6 anos).

A renda familiar evidenciou mais esses diferenciais: as mulheres brancas apresentavam renda familiar cerca de 1,5 vezes maior do que as pardas e 2,5 maior do que as negras⁴⁰.

Em um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que discutia a relação entre a etnia e o acesso aos serviços de apoio ao pré-natal, a partir da ótica da gestante negra, e analisava as relações percebidas por esta gestante, foi relatado pelas gestantes negras que elas não se sentiam percebidas nem valorizadas em suas especificidades pelos profissionais de saúde, o que dificulta o acesso ao serviço⁴¹.

2.3.3 Relacionados ao grau de escolaridade

A pesquisa realizada por Neri cita que o mais relevante determinante da desigualdade e da pobreza no país é a educação. Esta realidade foi confirmada pela desigualdade entre a distribuição da proporção de frequentadores de curso superior para diferentes grupos de renda: na classe AB, 47,67% da população frequenta ou já frequentou curso superior, enquanto esta proporção foi de 2,44% na classe E⁴².

Em outra pesquisa no Sul do país, a partir de uma análise por regressão logística, a escolaridade mostrou-se como forte determinante da adequação do pré-natal ($p=0,0148$). Quanto maior a escolaridade da gestante, mais precoce foi à busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas realizadas⁴³.

Na pesquisa realizada por Osis e outros autores, as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal foram principalmente aquelas que tinham maior escolaridade (68%), apresentando associação estatisticamente significativa ($p < 0,0006$) entre as tinham mais que 1º grau completo do que aquelas com até o 1º grau (ensino fundamental)³⁸.

Quando Coimbra e outros autores analisaram a associação entre a inadequação (5 ou menos consultas e iniciado após o 6º mês) do uso da assistência pré-natal e o efeito das variáveis independentes, a baixa escolaridade materna (menos de nove anos) associou-se à inadequação do uso da assistência ($p < 0,001$)³⁹.

Rodrigues Filho, Costa e Ieno em pesquisa realizada no estado da Paraíba, afirmaram que o uso adequado e intensivo do pré-natal está intimamente relacionado com características socioeconômicas, como a alta escolaridade da mãe, ou seja quanto mais elevado o nível educacional da mãe, maior e a utilização de serviços de pré-natal, entretanto, vale ressaltar

que a que a variável dependente (assistência pré-natal) utilizada foi binária, codificada zero (nenhuma consulta) ou um (uma ou mais consultas)⁴⁴.

O mesmo resultado teve o estudo com corte transversal do Centro de Paranoá- DF, quando no modelo final para a regressão logística multivariada, com relação ao grau de instrução encontrou diferença significativa, mas considerou que mães não alfabetizadas tiveram mais chance de apresentar acesso tardio do que as que têm algum grau de alfabetização²⁹.

2.3.4 Relacionados à ocupação

Os estudos quando relacionaram o pré-natal com ter trabalho remunerado ou não, em sua maior parte apresentaram alguma significância estatística nos resultados entre as com trabalho remunerado e sem trabalho remunerado.

Num estudo transversal com 301 gestantes atendidas, em 2009, em uma maternidade de São Paulo, as gestantes que não tinham trabalho remunerado mostraram-se em maior proporção de pré-natal insatisfatório, com 73,9% vs. 26,1% com trabalho ($p=0,0001$). Além disso, as mulheres sem vínculo empregatício iniciaram mais tardiamente o pré-natal⁴⁵.

Na pesquisa com um grupo de mulheres que estavam grávidas entre 1987/88 no estado de São Paulo, realizada por Osis e outros autores, não houve diferenças estatísticas significativas entre os grupos mulheres que fizeram seis ou mais consultas com relação a ter ocupação ou não³⁸.

2.3.5 Relacionados à renda familiar

Em pesquisa realizada por NERI a partir dos dados do PNAD/ IBGE, o Brasil atingiu em 2012 o menor nível de desigualdade desde 1960, apesar da crise na Europa. De acordo com a pesquisa "De volta ao País do Futuro" do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/FGV), o índice de Gini – que varia de 0 a 1, sendo menos desigual, mais próximo de zero, caiu 2,1% de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, chegando a 0,5190⁴².

Quando Coimbra e outros autores analisaram a associação entre a inadequação (5 ou menos consultas e iniciado antes do 6 mês) do uso da assistência pré-natal e o efeito das variáveis independentes, a baixa renda familiar (< 3 salários mínimos) associou-se à inadequação do uso da assistência ($p< 0,001$)³⁹.

Na pesquisa realizada no estado do da Paraíba, Rodrigues Filho, Costa e Ieno concluíram que o uso adequado e intensivo do pré-natal está intimamente relacionado com características socioeconômicas. Esses autores encontraram que a existência de privadas mais adequadas e de residências construídas com tijolos tinha efeito positivo sobre a utilização do cuidado pré-natal, vale ressaltar que a variável dependente (assistência pré-natal) foi binária, codificada zero (nenhuma consulta) ou um (uma ou mais consultas)⁴⁴.

Já no ano de 2006, a pesquisa de Pereira e outros autores no modelo final para a regressão logística multivariada, não obteve associação estatisticamente significativa para renda familiar. Na amostra estudada, a renda havia sido categorizado entre as que recebiam até 1,5 salário mínimo e as que recebiam mais 1,5 salários mínimos. Ressalta-se que 42% delas recebiam até 1,5 salários mínimos²⁹.

2.3.6 Relacionados ao estado conjugal

O estado civil ou estado conjugal é a situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou a sociedade conjugal. De acordo com as leis brasileiras existem cinco tipos de estado civil: solteiro, casado, separado, viúvo, e união estável. Os demais termos são usados coloquialmente e não têm valor jurídico. A estabilidade da situação conjugal da gestante é reconhecidamente um componente que deve ser valorizado, sobretudo no período gravídico puerperal.

Em um estudo transversal Correa e outros autores, a partir de uma amostra de 301 gestantes atendidas em uma maternidade de São Paulo, concluiu que as gestantes com parceiro tiveram 83,7% de adequação ao pré-natal. Entre aquelas sem parceiro, a proporção de pré-natal insuficiente foi quase o dobro ($p=0,0257$)⁴⁵.

Na pesquisa realizada por Osis e outros autores, as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal foram principalmente aquelas que viviam com um companheiro (56,5%). As sem companheiro tiveram percentagem de 37,4% ($p < 0,0008$). O autor destaca que viver com parceiro fixo, em matrimônio legal ou não, foi importante indicador de início precoce e maior número de consultas, mas não se mostrou associado ao comparecimento ou não ao pré-natal³⁸.

Quando Coimbra e outros autores, analisaram a associação entre a inadequação (5 ou menos consultas e iniciado antes do 6 mês) do uso da assistência pré-natal e o efeito das variáveis independentes, a ausência de companheiro apresentava risco 1,48 (IC95%:1,22-1,80) maior do que tinham companheiro para pré-natal inadequado³⁹.

2.4 FATORES DA HISTORIA REPRODUTIVA INFLUENCIÁVEIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Segundo o IBGE, existem diferenças no padrão de fecundidade entre as mulheres com condições de rendimento familiar mais favorável e aquelas em condições mais precárias⁴⁹. Entre as mulheres mais pobres em idade reprodutiva, cerca de 74% delas já possuíam pelo menos um filho nascido vivo. Já entre aquelas com rendimento familiar de dois salários mínimos ou mais, a proporção era de 49,2%⁴⁶.

Além disso, foi notado, na Síntese de Indicadores Sociais de 2006, uma redução da taxa de fecundidade total da população feminina de 2,5 em 1995 para 2,1 em 2005, com ligeiro aumento do número de nascidos vivos de mães adolescentes entre 15 e 17 anos, passando de 6,8% em 2004 para 7,1% em 2005, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país⁴⁶.

O aumento da gravidez nessa fase da vida traz preocupação, considerando que neste momento os jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação aos estudos e melhor ingresso no mercado de trabalho.

Em outro estudo que tratava do perfil das adolescentes no estado do Rio de Janeiro, com relação ao uso de métodos contraceptivos antes da gestação, observou-se que 31,2% das adolescentes não faziam uso; 27,7% utilizavam o anticoncepcional hormonal oral; 21,4%, o preservativo masculino; 2,7%, o preservativo masculino e o anticoncepcional hormonal oral; e 0,9% utilizava o método da tabela. Assim, do total 52,7% adolescentes faziam uso de algum método contraceptivo antes da gestação⁴⁷.

Em pesquisa no Sul do país, a alta paridade materna associou-se de modo inverso à qualidade da atenção pré-natal. Quanto maior o número de gestações prévias, pior foi o acompanhamento pré-natal, segundo os parâmetros de qualidade utilizados na pesquisa em Caxias do Sul/RS⁴³.

Pela análise por regressão logística, a paridade materna mostrou-se como forte determinante da adequação do pré-natal ($p=0,0008$). Quanto maior o número de filhos, menor foi o número de consultas de pré-natal pela gestante e mais tardio foi o seu início⁴³.

Trevisan e outros autores consideraram que este achado permite aventar duas hipóteses: talvez, quanto mais filhos, mais a mulher se considere auto-suficiente para lidar com as futuras gestações, ou, então, os acompanhamentos pré-natais nas gestações anteriores não convenceram essas mulheres de sua importância⁴³.

Em 2008, Kogan, numa pesquisa no Hawaii, demonstrou que a alta paridade (quatro ou mais) apareceu como fator de risco de inadequação. O autor considera possível que as mães multíparas, que têm maior experiência, sintam-se mais seguras durante a gravidez e deem menor importância ao pré-natal. Da mesma forma, mulheres mais jovens e primíparas podem buscar o pré-natal com maior frequência, devido à sua menor experiência⁴⁸.

Já no estudo de Osis e outros autores, em relação à idade gestacional em que foi feita a primeira consulta e o número total de consultas, observou-se que as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal foram principalmente aquelas que tinham um filho vivo por ocasião da entrevista (61%, $p < 0,0003$) e as com dois ou três (58%)³⁸.

Quando Coimbra e outros autores analisaram a associação entre a inadequação (5 ou menos consultas e iniciado antes do 6 mês) do uso da assistência pré-natal e o efeito das variáveis independentes, a alta paridade apresentava risco 1,58 (IC95%:1,01-2,45) maior para as gestantes com mais de cinco filhos, e 0,84 (IC95%:0,70-1,00) para as que tinham de 2-4 filhos, comparando-as com as que só tinham um filho vivo. No entanto, o fato da mãe apresentar algum episódio mórbido foi um fator de proteção à inadequação do uso da assistência pré-natal³⁹.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar fatores associados ao não comparecimento às consultas de pré-natal, mínimo de 7 (sete), oferecidas pelo SUS em Aracruz-ES.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o absenteísmo às consultas (seis ou menos) de pré-natal no município de Aracruz;
- Avaliar a associação entre o absenteísmo às consultas (seis ou menos) de pré-natal e características socioeconômicas e demográficas;
- Avaliar a associação entre o absenteísmo às consultas (seis ou menos) e variáveis referentes à vida reprodutiva das mulheres.

4 REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico 2010 [acesso em 01 mar 2013]. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 12 abr. 2013.
3. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): A Organização: 2002.
4. Kunzel W. The birth survey in Germany-education and quality control in perinatology. *Eur J Obstet. Gynecol Reprod Biol* 1994; 54: 13-20.
5. Lopez TR, Ramirez MS, Martinez JDA. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2 nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex* 1994;62: 185-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal, Brasil MS, (2000).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669, de 03 de novembro de 2009 reestabelece objetivos e metas, inseridas no Pacto pela Vida. Brasília, 2009.
9. Ribeiro VS, Silva AA, Barbieri MA, Bettiol H, Aragão VM, Coimbra LC, et al. Infant mortality: comparison between two birth cohorts from Southeast and Northeast, Brazil. *Rev Saude Publica* 2004 Dec;38(6):773-9.
10. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores. *Publicacion Cientifica* 1992; 534:555-8.
11. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care index. *Am J Pub Health* 1994; 84(9):1414-21.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Brasil 2009 –Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: MS;2010. [acessado 2013 mai. 26]; [cerca de 49 p.]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf
13. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro International Inc. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996). 2ª. ed. Rio de Janeiro: 1999.

14. Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: DIFERENCIAIS regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2009]. cap. 8, p. 151-68. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
15. Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
16. Victora, CG; Barros, FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *Sao Paulo Med. J.*, São Paulo, v. 119, n. 1, Jan. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802001000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2013.
17. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO; 2010.[cited 2011 Jul 5]; [about 55 p.]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
18. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowter C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. Apoio às gestantes; p.10-3.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
20. Aumann GME, Baird MM. Screening for the highrisk pregnancy. In: Knuppel R.A., Drukker J.E.High-risk pregnancy. A team approach. Philadelphia:W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1986; p.3-23.

21. Cesar JA, Sutil Andréa T., Santos Gabriela B, Cunha Carolina F., Mendoza-Sassi Raúl A.. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2012 Nov [cited 2013 June 01] ; 28(11): 2106-2114. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100010>.
22. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.
23. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32:563-9.
24. Coimbra L, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1195-202.
25. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11:257-63.
26. Soares Marcelo de Lima, Oliveira Maria Inês Couto de, Fonseca Vânia Matos, Brito Alexandre dos Santos, Silva Kátia Silveira da. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2013 May [cited 2013 May 18] ; 18(5): 1313-1320. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500016>.
27. Silveira Mariângela F, Barros Aluísio J D, Santos Iná S, Matijasevich Alicia, Victora Cesar G. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2013 Apr 28] ; 42(3): 389-

395. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300001>.
28. Almeida CAL, Tanaca OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saude Publica*. 2009; 43:98-104.
29. Pereira PHG *et al*. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. **Comun Ciênc Saúde**. 2006, 17(2): 101-110.
30. Tsunehiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Acolhimento: fator diferencial no cuidado natal. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8 (SIBRACEN). Ribeirão Preto. EERP-USP, 2002. p. 160.
31. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm., USP*, 2011; 45(6):1293-1300, pag. 1298.
32. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]*. 2010 Aug [cited 2013 Apr 28]; 44(4): 667-676. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400010>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2013 mai. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para a implantação e habilitação de Centro de parto normal (CPN), no âmbito do SUS.
35. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]*. 2005 Aug [cited 2013 May 31] ; 21(4): 1077-1086. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400010>.

36. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2013 May 18] ; 18(4):1161-1171. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000400029&lng=en&nrm=iso. access on 20 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>.
37. Kassir SB., Lima MC., Albuquerque MFM, Barbieri MA, Gurgel RQ. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [serial on the Internet]. 2006 [cited 2013 Abr 24] ; 6(4): 397-403. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400006>.
38. Osis MJD et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1993, 27 (1): 49-53.
39. Coimbra LC et al. Fatores associados à inadequação do uso da Assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, 2003, 37(4):456-62. Outros estudos também demonstram a associação entre o nível de escolaridade e assistência pré-natal
40. Olinto Maria Teresa Anselmo, Olinto Beatriz Anselmo. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2000 Dec [cited 2013 Apr 27]; 16(4): 1137-1142. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400033&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400033>.

41. Guedes; CRP; Garcia LH. A precariedade no atendimento o pré-natal: percepções de gestantes negras, 2011.
42. Neri, M. A Nova Classe Média: o lado brilhante dos pobres. FGV, Rio de Janeiro 2010.
43. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2013 Apr 28]; 24(5): 293-299. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000500002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>
44. Rodrigues J Filho, Costa W, Ieno GML. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. Rev. Saúde Pública, 1994, 28:284-9.
45. Correa, CRH; Bonadio, IC; Tsunehiro, MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600003&lng=en&nrm=iso. access on 31 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600003>.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Departamento de População e indicadores sociais. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro (RJ); 2006.
47. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes no pré-natal. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 99-107 Spindola T, Silva LFF, pag.102.
48. Kogan MD, Alexander GR, Mor, JM, Kieffer EC. Ethnic-specific predictors of prenatal care utilisation in Hawaii. Paediatr Perinat Epidemiol, 1998, 12(Suppl1):152-62.

5 ARTIGO ORIGINAL

FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DO SUS DE ARACRUZ-ES.

FACTORS ASSOCIATED WITH ABSENTEEISM CONSULTATIONS OF PRE-NATAL-SUS ARACRUZ-ES.

Larissa Spinassé Felício¹, Roger dos Santos Rosa¹

1. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (UFRGS)

Correspondência:

Larissa Spinassé Felício

Rua Jeferson Gomes, 30, Barra do Sahy.

Aracruz, ES – CEP: 29198-109

E-mail: larissafelicio@hotmail.com

A ser submetido para a Revista Brasileira de Epidemiologia

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acompanhamento pré-natal de boa qualidade impacta na morbimortalidade materno-infantil. A frequência a sete ou mais consultas pré-natais é considerada suficiente para provocar impactos positivos, sendo necessário entender e atuar sobre possíveis fatores frequentemente apontados como associados ao absenteísmo. **OBJETIVOS:** Investigar os fatores associados ao não comparecimento às consultas de pré-natal, oferecidas pelo SUS

em Aracruz-ES. MÉTODOS: Amostra de 261 puérperas que realizaram pré-natal em Aracruz- ES, entre janeiro e março de 2013. Visitou-se a cada dois dias a maternidade do hospital do município para a coleta de dados por meio de questionário padronizado e complementadas e/ou confirmadas com os dados do cartão de pré-natal e prontuários. As associações foram examinadas por análise multivariada com base na dicotomização do desfecho (6 ou menos versus 7 ou mais consultas pré-natais), e por regressão de Poisson com variância robusta (amplitude de consultas de 0 a 14), considerando como preditores variáveis sócio-demográficas e relacionadas à história reprodutiva. RESULTADOS: A análise multivariada revelou que o absenteísmo (6 ou menos consultas) às consultas pré-natais diferiu significativamente entre as mulheres separadas/ divorciadas (OR 1,83 IC 95% 1,08-3,10) e indígenas (OR 2,07 IC 95% 1,05-4,10) em relação às casadas e brancas. Houve diferença também em relação ao trimestre da gestação de início do pré-natal (OR 2,74 IC95% 1,83-3,96 no segundo trimestre e OR 4,81 IC95% 3,42-6,75 no terceiro) Contudo, a associação com situação conjugal e cor de pele não foi confirmada pela regressão de Poisson robusta, apenas com o trimestre da gestação de início do pré-natal. CONCLUSÕES: Os fatores mais associados ao absenteísmo (6 ou menos consultas) às consultas pré-natais foram sociodemográficos que possibilitam intervenções específicas. A pesquisa também demonstra a relevância de se captar as gestantes precocemente.

Palavras chaves: Cuidado Pré-natal, Saúde da Mulher, Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 569, de 20 de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O PHPN objetiva o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Busca promover a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência, como a sua organização e regulação no âmbito do SUS¹.

Reafirmando esse processo, a Portaria GM/MS n.º 2.669, de 03 de novembro de 2009, restabeleceu objetivos e metas, inseridas no Pacto pela Vida, visando à redução da mortalidade materna e infantil, através da ampliação do acesso as consultas pré-natais. Para tanto, fixou-se o mínimo de sete ou mais consultas de pré-natal².

No contexto atual, para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e reduzir a taxa de morbimortalidade, foi criada a Rede Cegonha através da Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Essa portaria estabelece uma organização a partir de quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e atenção integral a saúde da criança; e Sistema Logístico³.

O foco desta pesquisa está no componente Pré-natal, compreendendo ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, oferecendo ainda condições que qualifiquem o acesso prestado às gestações³. Objetiva-se investigar os fatores associados ao absenteísmo às consultas pré-natais inseridas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no município de Aracruz-ES. O estudo centralizou-se nos fatores socioeconômicos e relacionados à vida reprodutiva das gestantes, com o intuito de apontar fatores relacionados à não realização do mínimo preconizado de sete consultas de pré-natal.

Vale ressaltar que a centralidade da escolha neste componente teve como principal justificativa a vinculação da pesquisadora, uma vez que ao participar, *in loco*, como referência municipal da Rede Cegonha, pode-se observar com maior propriedade, proximidade e clareza as implicações deste componente no segmento da tríade pré-natal-parto-puerpério, ampliando o olhar interessado sobre uma realidade em que nem sempre o ideal e o real se encontram.

Associado a isso e de acordo com a “Sala de Situação”⁴ (aplicativo disponibilizado via site do Ministério da Saúde), observa-se no município de Aracruz-ES uma cobertura de 78,8% da Estratégia de Saúde da Família, fortalecendo o processo de ampliação e qualificação da assistência prestada à gestante.

Tal cenário demonstra a relevância na realização de pesquisas como esta, que identifiquem fatores que contribuam para a redução do absenteísmo nas consultas pré-natais e apontem alternativas para a melhoria da qualidade do acesso e da assistência na Atenção Básica na fase do ciclo reprodutivo.

MÉTODOS

Esta pesquisa teve um caráter transversal e foi realizada no município de Aracruz, no norte do estado do Espírito Santo, localizado a 84 quilômetros da capital do estado, Vitória, com 1.435 Km². O município possui, segundo dados do IBGE de 2010, uma população de 83.834 habitantes, com estimativa para 2012 de 84.429 habitantes. O município apresenta

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,77, considerado de padrão médio, e apresenta o maior percentual da população com escolaridade no 2º ciclo fundamental, ou seja, 57,8% deles realizaram ensino médio. Além disso, a taxa de analfabetismo é 7,7% com o maior percentual na faixa etária acima de 70 anos.

O município conta atualmente com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de uma Unidade com três equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e quatro Pontos de Apoio. Há 25 equipes de estratégia de saúde da família (ESF), das quais 11 equipes de saúde Bucal (ESB) que incluem três de Saúde Bucal Indígena (ESBI). Em todas as Unidades de Saúde são ofertadas as consultas de pré-natal, realizadas de forma intercalada entre o enfermeiro e o médico. A Unidade de Saúde composta por equipe de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) funciona anexa ao Programa de Referência do Pré-natal de Alto-Risco, sendo as gestantes deste território atendidas pelos ginecologistas do Programa.

Com o objetivo de conhecer os fatores relacionados ao absenteísmo às consultas de pré-natal no município, foram entrevistadas 261 puérperas que tiveram filhos vivos ou natimortos no município de Aracruz- ES, no período de janeiro a março de 2013, na maternidade do município.

Para estimar o tamanho amostral mínimo, considerando uma prevalência de puérperas que realizam seis ou menos consultas de 30% do total/ ano e para precisão de 5%, a amostra seria de 654 puérperas. Corrigindo este valor para o tamanho da população alvo (1345), a amostra estimada foi de 261 puérperas. Dessa forma, no período de coleta de dados previsto, a amostra estudada foi de 261 puérperas.

O instrumento de coleta dos dados consistiu de questões sobre as condições sócio-demográficas e relacionadas à vida reprodutiva baseado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS). Para caracterização da renda familiar foi utilizado o critério da ABA-ABIPEME⁵.

As informações sobre as variáveis do estudo foram coletadas por meio de questionário padronizado e complementadas e/ou confirmadas com os dados do cartão de pré-natal e prontuários. Todo o processo de coleta de dados foi realizado por LSF.

O perfil socioeconômico das gestantes utilizou as variáveis: idade, cor da pele, grau de escolaridade, ocupação, renda familiar, e estado conjugal que foram categorizadas segundo referências da PNDS.

Em relação à história reprodutiva, foi considerado o número de gestações anteriores, ocorrência de abortos e natimortos, paridade, número de filhos, idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal (confirmada pela ultrassonografia) e a ocorrência de morbidades

durante a gravidez, o que foi avaliado pelo relato da paciente.

A variável desfecho foi o número de consultas pré-natais realizadas. O desfecho foi tratado tanto de forma dicotômica, que foi comparecer a pelo menos sete consultas ou não, quanto de forma discreta (amplitude de 0 a 14) O dado foi questionado à puérpera e confirmado e/ ou alterado conforme informação obtida no cartão da gestante.

Após a coleta, os questionários foram revisados e os dados digitados em planilha Excel ® (com dupla digitação) e analisados utilizando o Programa SPSS® versão 16.0. A descrição dos dados foi realizada utilizando medidas de tendência central e de variabilidade. Frequências e percentuais foram usados para as variáveis categóricas. Para avaliar normalidade das variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk e Mann-Whitney, usados para comparar locação das variáveis quantitativas. Para variáveis categóricas, as proporções foram comparadas utilizando o teste baseado na estatística X^2 de Pearson.

A associação entre os fatores socioeconômicos e relacionados à vida reprodutiva e o absenteísmo às consultas (seis ou menos) de pré-natal foi testada utilizando-se regressão de Poisson com variância robusta, levando-se em consideração variáveis que, segundo a literatura, poderiam interferir nos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS (Parecer 179.434) e teve o consentimento escrito da instituição sediadora, a Fundação Hospital Maternidade São Camilo (FHMSC). Todas as entrevistadas concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se aos dados obtidos através das entrevistas feitas com 261 puérperas internadas no período de janeiro a março de 2013, na Fundação Hospital Maternidade São Camilo.

Segundo a Tabela 1, verifica-se que as puérperas foram predominantemente jovens, na faixa etária de 19 a 34 anos (69,7%). A média de idade materna foi 24,8 (dp= 6,7) anos, com idade mínima de 14 e máxima de 43 anos.

Quanto à cor da pele, a cor parda predominou, representando 65,1% de todas as puérperas. Houve apenas 4 (1,5%) puérperas da população indígena na amostra embora na população geral do município representem 3,7% do total.

No nível de escolaridade, 39,5% das puérperas tinham e/ou estavam cursando entre a 4ª e 8ª série. O número de puérperas analfabetas e/ou com escolaridade até 3ª série, que somaram 70 mulheres, representou 26,8% da amostra.

Conforme mencionado anteriormente, as puérperas foram classificadas segundo o questionário do índice da ABA-BIPEME⁵, o qual considera para a sua classificação o nível de escolaridade e posse de bens materiais. Desta forma tem-se que mais da metade da população amostral (73,9%) estava na classe C, e 21,1% na Classe D.

Quanto à situação conjugal, 79% das mulheres referiram ter um parceiro fixo, englobando as casadas (25,7%) ou em união estável (53,3%). Apenas 12,7% declaravam-se solteiras ou viúva.

Também se observa que mais da metade das puérperas (59%) não tinham trabalho remunerado durante esta gestação. Porém, 73,9% referiram que já haviam trabalhado por algum momento antes da gravidez.

A caracterização do absenteísmo às consultas (seis ou menos) de pré-natal no município de Aracruz foi apresentada por 36% das puérperas. A maior parte das gestantes realizou sete ou mais consultas de pré-natal, representando 64% da amostra. A média de consultas foi de 7,4 (dp= 2,4), com o mínimo encontrado de nenhuma consulta e o máximo de 14 consultas.

Com relação às características socioeconômicas e demográficas, as variáveis cor da pele e situação conjugal mostraram diferença estatística significativas com a variável desfecho.

As gestantes que iniciaram o acompanhamento do pré-natal, fizeram-no, em média, com 12 semanas de gestação (dp= 6,03). A maioria (58,2%) iniciou precocemente, ou seja, até a 12ª semana. Deste percentual, 73,1% realizou sete ou mais consultas, enquanto entre as que iniciaram o pré-natal a partir da 13ª semana o percentual é de 26,9%, e zero para as que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre de gestação.

Foi detectada diferença estatisticamente significativa entre o número de consultas dicotomizadas (6 ou menos versus 7 ou mais) e o trimestre em que a puérpera iniciou o pré-natal. Verificou-se um risco de 2,74 (IC 95% 1,89-3,96) vezes maior para o desfecho (seis ou menos), para as que iniciaram o pré-natal a partir da 13ª semana, e de 4,8 (IC 95% 3,42-6,75) vezes para as que iniciaram o pré-natal a partir da 25ª semana, ou seja, no 3º trimestre de gravidez, comparadas as que iniciaram no 1º trimestre.

Estes resultados foram confirmados na análise de regressão de Poisson com variância robusta, bruta e ajustada, conforme Tabela 4.

Evidencia-se que quanto mais cedo se inicia o pré-natal maior é a possibilidade de acompanhamento durante o mesmo. Trata-se de fator de proteção para as gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º e 2º trimestre realizar as consultas de pré-natal. Foram respectivamente os seguintes resultados: no 1º trimestre, OR 0,599 (IC 95% 0,544-0,654) e para o 2º trimestre, OR 0,390 (IC 95% 0,314-0,465).

Já foi mencionado anteriormente que um dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde na Rede Cegonha é a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta até 120 dias da gestação.

Quanto à presença de morbidade referida (Tabela 2), 55,2% das entrevistadas afirmaram não haver nenhum tipo de problema durante o pré-natal. Contudo das 117 (44,8%) que relataram alguma morbidade, 64,1% indicaram tratar-se de infecção do trato urinário.

Nos dados da Tabela 3, apresenta-se a caracterização da amostra, segundo as variáveis obstétricas, observou-se que prevaleceram as primigestas (nulíparas), 36,8%, e a média do número de gestações foi de 1,4 (dp = 1,6). Destaca-se ainda que 9,6% das mulheres estavam na quarta gestação e uma na décima segunda. Relatam história de abortamento 38 puérperas (14,6%) e 4 (1,5%) de natimorto.

Os resultados demonstraram que entre as gestantes indígenas, o risco de não atingir a assiduidade preconizada no pré-natal foi 2,07 (IC 95% 1,05-4,10) vezes maior quando comparado com as gestantes de cor de pele branca.

Porém essa diferença estatística não foi confirmada pela regressão de Poisson, que leva em consideração todo o espectro de distribuição do desfecho.

Outra variável apontada neste estudo como fator associado ao absenteísmo às consultas pré-natais foi a situação conjugal de separada e/ou divorciada. Observa-se que gestantes nessa condição apresentam um risco 1,83 vezes (IC95% 1,08-3,10) maior de não conseguir realizar as consultas quando comparado com as casadas.

Nos dados da Tabela 3, apresentam-se variáveis obstétricas relacionadas ao número mínimo de sete consultas realizadas e a respectivas associações. A tabela resume os resultados dos modelos uni e multivariáveis para o desfecho de menos de sete consultas de pré-natal, no qual se demonstrou não haver associação estatisticamente significativa.

Nota-se que após o teste de regressão de Poisson, na Tabela 4, a situação conjugal de união estável representou fator de proteção para a realização de sete ou mais consultas (OR - 0,096 IC 95% -0,147 - -0,045), porém o mesmo não foi observado se a situação conjugal fosse casada. Essa distinção dificulta a sustentação que o desfecho favorável decorra da presença de um companheiro. Quando classificadas em com ou sem companheiro, não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

O objetivo central desta pesquisa foi identificar fatores associados ao não comparecimento às consultas pré-natais e que dessa forma inviabilizaram a realização de sete ou mais consultas, conforme o preconizado.

Constatou-se que 36% das puérperas que não realizaram o pré-natal no período estudado não efetivaram 7 ou mais consultas, enquanto 64% cumpriram este parâmetro.

O percentual vai ao encontro do resultado da meta municipal de Aracruz, do ano de 2012, quando a meta da proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete ou mais consultas fosse de 80%, porém o resultado foi de 69,13%.

O índice de cobertura de pré-natal no ano de 2011, foi de 66,4% no município. Porém já se alcançou cobertura mais elevada no ano de 2010, quando 74% das mulheres com nascidos vivos realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

Segundo dados do DATASUS^{6,7}, em 2010 a taxa de mortalidade infantil foi de 9,9/1000 nascidos vivos. Essa taxa é muito superior à de 2007 que foi de 6,39/1000 e 2008 que foi de 6,90/1000 nascidos vivos. Já para o ano de 2011, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 8,6 mortes por 1000 nascidos vivos. O componente neonatal representou 85% desses óbitos, o que significa uma relação direta com a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e aos cuidados com o recém-nascido.

Uma das variáveis apontadas neste estudo como fator associado ao absenteísmo às consultas pré-natais foi a situação conjugal de separada e/ou divorciada. Gestantes nessa condição apresentam um risco 1,83 vezes maior de não conseguir realizar as consultas quando comparado com as casadas, ainda que a regressão de Poisson, após os ajustes, enfraquece o poder desta associação, alguns autores encontraram o mesmo resultado inicial.

Além disso, a estabilidade da situação conjugal da gestante é reconhecidamente um componente que deve ser valorizado, sobretudo no período gravídico puerperal. Em estudo realizado em São Luís (MA), a ausência de companheiro para a mulher foi um fator socioeconômico associado à inadequação da assistência pré-natal. As gestantes com parceiro tiveram 83,7% de adequação ao pré-natal, mas entre aquelas sem parceiro, a proporção de pré-natal insuficiente foi quase o dobro ($p=0,0257$)⁸.

Se em algumas famílias, após a descoberta da gravidez, não há pressão para o casamento, em outras, a única possibilidade de a gestante ter sua dignidade recuperada é

através da união, ainda que esta não corresponda a um desejo do casal, principalmente quando estas estão na adolescência. Muitas vezes, a própria gestação é vista pela adolescente como a possibilidade de concretizar o sonho do casamento e alcançar autonomia econômica e emocional em relação à família de origem⁹.

O fato de não ter companheiros pode ser resultado de um fator cultural que não foi capturado. Numa mentalidade conservadora, a presença de um companheiro consiste na razão para a formação de uma família, o que facilita a adesão aos cuidados com a gestação.

Pode-se postular que a mulher solteira, independentemente da sua escolaridade, demora mais em aceitar a gestação e tem menos conhecimentos acerca do que fazer em caso de ficar grávida. Isto poderia explicar o início mais tardio das consultas pré-natais e, conseqüentemente o menor número de consultas.

Estes resultados também foram encontrados nas pesquisas de Correa¹⁰, Osis¹¹, Coimbra¹² e outros autores.

Na pesquisa por Osis¹¹ e outros autores, as correlações demonstraram que as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal foram principalmente aquelas que viviam com um companheiro (56,5%). As sem companheiro tiveram percentagem de 37,4% ($p < 0,0008$). O autor destaca ainda que viver com parceiro fixo, em matrimônio legal ou não, foi importante indicador de início precoce e maior número de consultas, mas não se mostrou associado ao comparecimento ou não ao pré-natal.

Quando Coimbra e outros autores¹² analisaram a associação entre a inadequação (5 ou menos consultas e iniciado antes do 6 mês) do uso da assistência pré-natal e o efeito das variáveis independentes, a ausência de companheiro apresentava risco 1,48 (IC95% 1,22-1,80) maior do que tinham companheiro para pré-natal inadequado.

Outra associação estatisticamente significativa foi o fato da gestante ser indígena. Entre as gestantes indígenas, o risco de não atingir a assiduidade preconizada no pré-natal foi 2,07 vezes maior quando comparado com as gestantes de cor de pele branca. Porém também não foi confirmada pela regressão de Poisson, que leva em consideração todo o espectro de distribuição do desfecho.

Durante a revisão de literatura não foram encontradas pesquisas com resultados de associações estatisticamente significativas para cor de pele.

Analisa-se ainda uma discrepância nesta variável cor de pele, uma vez que a baixa adesão ao pré-natal não está vinculada à cobertura assistencial.

O município de Aracruz possui uma população de 3.032 indígenas, sendo 90,5% da etnia tupiniquim, pertencentes as Aldeias de Caieiras Velha, Irajá, Pau-Brasil e Comboios, e

9,5% da etnia Guarani nas Aldeias de Boa Esperança, Piraqueaçu e Três Palmeiras, totalizando 809 famílias.

Há quatro equipes de saúde indígena que cobrem 100% dessa população em termos de Atenção Básica à Saúde.

Vale destacar que em 2011, a saúde indígena, no que se refere aos cuidados primários à saúde, foi desmembrada do restante dos serviços de Atenção Básica municipais, em consonância com o Subsistema da Saúde Indígena, instituído pela Portaria nº. 9.836 de 24 de setembro de 1999¹³, ficando sob responsabilidade de uma Organização Social. Nesse processo as aldeias presentes no município de Aracruz foram vinculadas ao Distrito Sanitário¹ de Governador Valadares – MG.

Neste ano, marcado pela transição de gestão da saúde indígena, o montante de recursos financeiros destinados a essa população foi de R\$ 2,1 milhões oriundo tanto do Ministério da Saúde/SESAI (Secretaria de Saúde Indígena) quanto da FUNASA (Fundo Nacional de Saúde). Evidencia-se assim divergência entre o indicador de vinculação da gestante ao serviço com a cobertura de saúde indígena.

Este é o primeiro estudo a avaliar a influência dos fatores socioeconômicos e da vida reprodutiva no absenteísmo as consultas (seis ou menos) de pré-natal no município de Aracruz. A ausência de associações das demais variáveis com o desfecho é, em si, um resultado importante que nos conduz a outras questões que envolvem este vínculo entre gestante e equipe de estratégia de saúde da família. Permite aos envolvidos reavaliar seu processo de trabalho e discutir suas estratégias de captação de gestantes precocemente (até 120 dias), visto que esta captação corrobora de forma significativa para a realização das consultas de pré-natal.

Esses resultados permitem sugerir algumas intervenções capazes de melhorar os indicadores de saúde materno-infantil no município, além de evidenciar esforços para que todas iniciem o pré-natal precocemente, e realizem pelo menos sete consultas, completando todos os exames clínicos laboratoriais básicos, além de estimular a busca ativa de gestantes, assim como capacitações para os integrantes da Estratégia de Atenção Básica, para que a partir deste momento, crie-se um vínculo com estas para acompanhamento durante todo pré-natal.

¹ Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são unidades de responsabilidade sanitária federal correspondentes a uma ou mais terras indígenas criadas pela Lei nº. 9.836 de 24 de setembro de 1999.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa contribui na desmistificação que os fatores mais associados a um pré-natal adequado estão apenas nas diferenças socioeconômicas, ou seja, este resultado não pode ser totalmente explicado por idade, cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico e estado civil. Foge ao escopo do trabalho o aprofundamento de tais questões, mas é preciso entender que a atenção que se quer que seja aderida não está sendo garantida no momento da consulta, ou mesmo a informação sobre a importância do comparecimento ao pré-natal deve ser enfatizado à população.

Caso a qualidade do acolhimento não for garantida desde o primeiro contato da gestante, isto pode desestimular e interferir na credibilidade e valorização do pré-natal, gerando um acompanhamento inadequado ou até mesmo postergar a procura do mesmo.

Apesar dos inúmeros componentes da política voltadas para a atenção a gestante – Rede Cegonha, atenta-se para a necessidade de discussão e aprimoramento das atribuições e do perfil dos profissionais que efetivamente realizam as consultas pré-natais, não dando a devida significância à princípios como o vínculo, fundamental na garantia da qualidade da assistência à saúde prestado no âmbito do SUS.

Percebido como um Programa da Estratégia de Saúde da Família, este serviço oferecido deve ter um leque de ações garantidas à todas as gestantes, seguindo um padrão no processo de trabalho, organizado, repleto de informações importantes, de preferência com trabalhos em grupos, que motivem a gestante a voltar àquela Unidade de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2013 mai. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N. 2.669, de 03 de novembro de 2009, reestabelece objetivos e metas, inseridas no Pacto pela Vida. Brasília, 2009.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estragetica.php> Acesso em: 20 mai. 2013.

5 Brasil. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília : Ministério da Saúde; 2009c.

6 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos. Disponível em: <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sinasc/sinasc2005/sinasc2005.def>. Acesso em: 20 abr. 2013.

7 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: mortalidade geral. Disponível em: <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/SIM/SIM2006/sim2006.def>. Acesso em: 20 abr. 2013.

8 Santos ALD. Historia de Jovens Que Vivenciaram a Maternidade na Adolescência Menor [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006

9 Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(4):440-446.

10 Correa, CRH; Bonadio, IC; Tsunehiro, MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600003&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600003>.

11 Osis MJD et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1993, 27 (1): 49-53.

12 Coimbra LC et al. Fatores associados à inadequação do uso da Assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, 2003, 37(4):456-62. Outros estudos também demonstram a associação entre o nível de escolaridade e assistência pré-natal

Tabela 1 – Distribuição das gestantes, segundo as variáveis sociodemográficas, Aracruz - ES – 2013.

Variáveis	N.º consultas de pré-natal				Total		p-valor	RR	IC 95%
	<7		≥7		n	%			
	n	%	n	%					
Faixa etária							0,603		
14 a 18 anos	17	18,1	35	21,0	52	19,92	1	-	
19 a 34 anos	69	73,4	113	67,7	182	69,73	1,16	0,75-1,79	
35 a 49 anos	8	8,5	19	11,4	27	10,34	0,91	0,45-1,83	
Cor da pele							0,354**		
Branca	17	18,1	30	18,0	47	18,01	1	-	
Negra	14	14,9	21	12,6	35	13,41	1,11	0,63-1,93	
Parda	57	60,6	113	67,7	170	65,13	0,93	0,60-1,43	
Amarela	3	3,2	2	1,2	5	1,92	1,66	0,74-3,73	
Indígena	3	3,2	1	0,6	4	1,53	2,07	1,05-4,10	
Escolaridade							0,873		
Analfabeto/3ª série	27	28,7	43	25,7	70	26,82	1	-	
4ª a 8ª série	36	38,3	67	40,1	103	39,46	0,91	0,61-1,35	
EM / Superior Incompleto e completo	31	33,0	57	34,1	88	33,72	0,91	0,61-1,38	
Ocupação									
Sim	39	41,5	68	40,7	107	41,00	0,903	1,02	0,74-1,42
Não	55	58,5	99	59,3	154	59,00		1	-
Trabalhou antes da gravidez							0,657	0,92	0,64-1,32
Sim	68	72,3	125	74,9	193	73,95		1	-
Não	26	27,7	42	25,1	68	26,05			
Classe econômica							0,326		
Classe B	1	1,1	7	4,2	8	3,1	1	-	
Classe C	70	74,5	123	73,7	193	73,9	2,90	0,46-18,32	
Classe D	20	21,3	35	21,0	55	21,1	2,91	0,45-18,81	
Classe E	3	3,2	2	1,2	5	1,9	4,80	0,67-34,36	
Situação conjugal							0,269		
Casada	20	21,3	47	28,3	67	25,7	1	-	
União estável	50	53,2	89	53,6	139	53,3	1,21	0,78-1,85	
Separada/Divorciada	12	12,8	10	6,0	22	8,4	1,83	1,08-3,10	
Solteira	12	12,8	20	12,0	32	12,3	1,26	0,70-2,24	
Morava com companheiro							0,417		
Sim	72	76,6	135	80,8	94	36,02	1	-	
Não	22	23,4	32	19,2	167	63,98	1,17	0,81-1,70	
Trimestre de gestação quando iniciou pré-natal							0,000		
Primeiro	30	31,9	122	73,1	152	58,24	1	-	
Segundo	53	56,4	45	26,9	98	37,55	2,74	1,89-3,96	
Terceiro	11	11,7	0	0,0	11	4,21	4,81	3,42-6,75	
Total	94	100,0	167	100,0	261	100,0	-	-	-

Tabela 2 – Distribuição das gestantes quanto à morbidade, Aracruz – ES, 2013.

Variáveis	N	%
Morbidades na gravidez		
Sim	117	44,8
Não	144	55,2
Total	261	100,0
Tipos de morbidades		
ITU	75	64,1
Hipertensão	19	16,2
Anemia	18	15,4
Sangramento	9	7,7
Diabetes	2	1,7
Inf. Uterina	2	1,7
Hipotensão	1	0,9
Sífilis	1	0,9
Descolamento de placenta	1	0,9
Candidíase	1	0,9
Total	117	100,0

Tabela 3 – Distribuição das gestantes, segundo as variáveis obstétricas, Aracruz ES, – 2013.

Variáveis	N.º consultas de pré-natal				Total		p-valor	RR	IC 95%
	<7		≥7		n	%			
	n	%	n	%					
N.º gestações anteriores							0,529		
Nenhuma	31	33,0	65	38,9	96	36,8		0,67	0,41-1,11
Uma	28	29,8	43	25,7	71	27,2		0,82	0,50-1,35
Duas	15	16,0	26	15,6	41	15,7		0,76	0,43-1,35
Três	8	8,5	20	12,0	28	10,7		0,60	0,29-1,22
Quatro ou mais	12	12,8	13	7,8	25	9,6		1	-
Número de abortos							0,226		
Nenhum	77	81,9	146	87,4	223	85,4		0,77	0,52-1,15
Um ou mais	17	18,1	21	12,6	38	14,6		1	-
Número de natimortos							0,621*		
Nenhum	92	97,9	165	98,8	257	98,5		0,72	0,27-1,93
Um	2	2,1	2	1,2	4	1,5		1	-
Paridade							0,983		
Uma	37	39,4	69	41,3	106	40,6		0,91	0,56-1,46
Duas	27	28,7	48	28,7	75	28,7		0,94	0,57-1,54
Três	15	16,0	26	15,6	41	15,7		0,95	0,54-1,67
Quatro ou mais	15	16,0	24	14,4	39	14,9		1	-
Número de filhos							0,909		
Um	37	39,4	69	41,3	106	40,6		0,85	0,54-1,34
Dois	27	28,7	48	28,7	75	28,7		0,88	0,54-1,42
Três	14	14,9	27	16,2	41	15,7		0,83	0,47-1,47
Quatro ou mais	16	17,0	23	13,8	39	14,9		1	-
Morbidades na gravidez									
Sim	37	39,4	80	47,9	117	44,8	0,183	0,80	0,57-1,12
Não	57	60,6	87	52,1	144	55,2		1	-
Total	94	100,0	167	100,0	261	100,0	-	-	-

Tabela 4 – Número de consultas de pré-natal controlado por idade, trimestre de início de pré-natal, etnia e situação conjugal: cinco categorias (Modelo 1) e por idade, trimestre de início de pré-natal, etnia e situação conjugal: com ou sem companheiro (Modelo 2), regressão de Poisson, Aracruz - ES, 2013.

Modelo 1 (idade, trimestre de início de pré-natal, etnia e situação conjugal)			Modelo 2 (idade, trimestre de início de pré-natal, etnia e com ou sem companheiro)		
Parâmetro	Exp(B)	IC 95%	Parâmetro	Exp(B)	IC 95%
(Intercepto)	0,842	(0,645-1,098)	(Intercepto)	0,762	(0,588-0,989)
Idade	1,002	(0,997-1,006)	Idade	1,002	(0,998-1,006)
Trimestre início: 1º	1,819	(1,722-1,922)	Trimestre início: 1º	1,820	(1,735-1,909)
Trimestre início: 2º	1,476	(1,369-1,592)	Trimestre início: 2º	1,473	(1,370-1,583)
Trimestre início: 3º	1	- -	Trimestre início: 3º	1	- -
Branca	1,176	(0,908-1,523)	Branca	1,197	(0,928-1,545)
Negra	1,206	(0,931-1,562)	Negra	1,215	(0,940-1,569)
Parda	1,246	(0,973-1,596)	Parda	1,264	(0,991-1,612)
Amarela	1,024	(0,723-1,450)	Amarela	1,044	(0,738-1,478)
Indígena	1	- -	Indígena	1	- -
Casada	0,955	(0,905-1,008)	Com companheiro	1,002	(0,918-1,093)
União estável	0,908	(0,863-0,956)	Sem companheiro	1	
Separada /Divorciada	0,883	(0,775-1,006)			
Solteira	0,936	(0,837-1,048)			
Viúva	1				

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da Assistência Pré-natal no município de Aracruz ainda não atingiu as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em consonância com a realidade da saúde da mulher e da criança no Brasil. Neste aspecto, analisa-se a importância do desenvolvimento de um olhar crítico, tanto do profissional de saúde como o gestor, no que tange os cuidados no ciclo reprodutivo, principalmente em relação à captação da gestante precocemente.

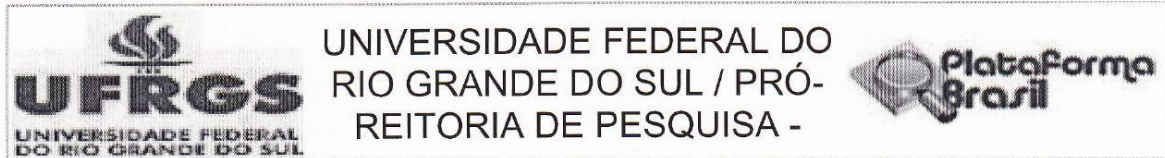
A pesquisa apontou associações quanto a situação conjugal e a etnia, revelando que gestantes em situação de divórcio/separadas assim como pertencentes à etnia indígena possuem menor assiduidade às consultas pré-natais.

Posto isto, analisamos que este estudo contribui na desmistificação que os fatores mais associados a um pré-natal adequado está apenas nas diferenças socioeconômicas. Foge ao escopo do trabalho o aprofundamento de tais questões, mas é preciso entender que a atenção que se quer que seja aderida não está sendo garantida no momento da consulta.

Apesar dos inúmeros componentes da política voltadas para a atenção a gestante – Rede Cegonha, atenta-se para a necessidade de discussão e aprimoramento das atribuições e do perfil dos profissionais que efetivamente realizam as consultas pré-natais, não dando a devida significância à princípios como o vínculo, fundamental na garantia da qualidade da assistência à saúde prestado no âmbito do SUS.

ANEXOS

Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao absenteísmo às consultas pré-natais do SUS em Aracruz - ES

Pesquisador: ROGER DOS SANTOS ROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07059512.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 179.434

Data da Relatoria: 06/12/2012

Apresentação do Projeto:

Cf. parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Cf. parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi incluída a possibilidade de constrangimento próprio do tipo de pesquisa realizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Cf. parecer anterior. Foi encaminhado o termo de ciência da pesquisa do diretor da Fundação Hospital Maternidade São Camilo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As inadequações apontadas foram solucionadas: a linguagem é mais acessível (p. ex.: em vez de "o estudo se justifica porque as taxas de absenteísmo as consultas de pré-natal estão aumentando e estas são fatores de risco para a mortalidade materno infantil", agora lemos: "o estudo se justifica porque o número de gestantes que falta às consultas ou demora para iniciar o pré-natal está aumentando, o que se constitui em um fator de risco para a mortalidade infantil". Além disso, foram incluídos riscos possíveis, como contragimento em responder às questões. Foi incluído o telefone do CEP e reduzido o número de mulheres entrevistadas para 200.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação, embora a redução no número de entrevistadas não tenha sido

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

exatamente o que foi sugerido pelo CEP. Como o critério de inclusão é "mulheres que deram à luz na Fundação Hospital Maternidade São Camilo durante 3 meses e que consentam em participar da pesquisa e assinem o TCLE" mas não existe menção do número de nascimentos que ocorrem mensalmente na instituição, a indicação de um número (seja 200 ou 1000) parece ter sido feita de forma aleatória. O melhor seria a apresentação das estatísticas referentes aos nascimentos nesta instituição e, a partir destes dados, uma inferência sobre o número potencial de mulheres a serem incluídas no estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A discutir com o comitê sobre a pertinência de encaminhar ainda para diligência em razão do número de entrevistadas ou aprovar.

Situação do Parecer:

Aprovado

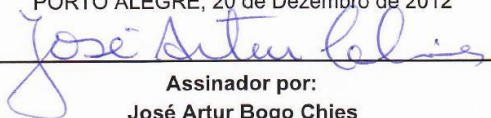
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se

PORTO ALEGRE, 20 de Dezembro de 2012



Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Nº CAEE 07059512.0.0000.5347

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE

Questionários / Formulários

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado Profissional em Epidemiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Questionário N°.

--	--	--

PROJETO: “FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DO SUS EM ARACRUZ, ES”.

A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A pessoa abaixo assinada e identificada declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada, à qual se submete de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1. Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa: o estudo se justifica porque o número de gestantes que falta as consultas ou demoram a dar início ao pré-natal está aumentando, sendo fatores de risco para a mortalidade materno infantil. Dessa forma, a pesquisa tem o objetivo de conhecer as características sociodemográficas que estão associados a esta situação;
2. Participar do estudo significa responder questionário com perguntas relativas às condições socioeconômicas e demográficas e a vida reprodutiva. Também se avaliará o cartão da gestante e exames de pré-natal. A participação do estudo não acarretará em qualquer risco;
3. Suas informações serão guardadas em sigilo. Os dados serão examinados sem os nomes, cada pessoa será identificada por um número. Os resultados serão considerados no conjunto de dados e não individuais, e, apenas nesta pesquisa.
4. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras; A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade. Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto;
5. É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, bem como de esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa;
6. No caso de mãe adolescente as mesmas informações que estão sendo fornecidas para o seu/sua pai/mãe ou responsável serão repassadas à adolescente, e a pesquisa somente será realizada se a mesma concordar; Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.
7. Nos casos em que o voluntário for analfabeto, será necessário descrever que este documento foi lido pelo pesquisador.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficam claras para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo.

A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização à coordenadora do estudo para utilizar os dados obtidos, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável (puérperas com idade inferior a 14 anos): _____

Polegar em caso de participante analfabeto:

--

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta gestante para participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela entrevista: _____

Pesquisador responsável: Mestranda Larissa Spinassé Felício / Coren: 196947 telefone: 27- 96058729.

Telefone do **Comitê de ética** em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 51 -3308-4085.



FUNDAÇÃO HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO CAMILO
ENTIDADE FILANTRÓPICA DE UTILIDADE PÚBLICA
R. MANOEL P. PINTO, 300 - SÃO CAMILO - TELEFAX: (71) 3256-9700 - CEP: 29194-210 - ARACRUZ - ES

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Edivan Guidote Ribeiro, administrador da Fundação Hospital Maternidade São Camilo, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada "*Fatores associados ao absenteísmo às consultas pré-natais do SUS em Aracruz - ES*" sob responsabilidade da pesquisadora Larissa Spinassé Felício na Fundação Hospital Maternidade São Camilo. Para isto, serão disponibilizados a pesquisadora o uso do espaço físico para realização das entrevistas, e documentos para análise: prontuário das puérperas, cartão da gestante e ultrassonografia anexadas ao mesmo.

Aracruz, 05/11/2012.

Edivan Guidote Ribeiro
Diretor administrativo

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado Profissional em Epidemiologia

DADOS COLETADOS NA ENTREVISTA COM A PUÉRPERA
Questionário N°.

--	--	--

Coletador: _____ **Data da coleta:** _____

1- Data de nascimento: ____/____/____.

2- COR DA PELE: (Em relação a cor da sua pele, como voce classificaria?)

1Branca 2Negra 3Parda 4Amarela 4Indígena 5Outra

3- GRAU DE ESCOLARIDADE DA MÃE: (Até que série que estudou com aprovação?)

1 Menos de 4 anos 2 4 a 7 anos 3 8 a 10 anos (ensino fundamental)

4 11 ou mais anos 5 Nível superior (completo) ou mais

4- OCUPAÇÃO

Além das atividades domésticas, durante o período da gravidez, você trabalhou fora do lar?

1 Sim 2 Não

4.1- Como você sabe, algumas mulheres trabalham em alguma ocupação pela qual recebem pagamento em dinheiro ou em bens. Vendem algum produto, tem um pequeno negocio ou trabalham nos negócios da família. Teve alguma dessas atividades durante a gravidez?

1 Sim 2 Não

4.2- Você já trabalhou antes da gravidez:

1 Sim 2 Não

5- RENDA FAMILIAR (CONFORME CRITÉRIO DA ABA-ABIPEME)

INSTRUÇÃO	Abipeme
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	5
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	10
Colegial Completo / Superior Incompleto	15
Superior Completo	21

ITENS DE CONFORTO FAMILIAR - CRITÉRIO Abipeme

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo:

ITENS DE POSSE	Não Tem	1	2	3	4	5	Mai s de 6
Automóvel	0	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	0	4	7	11	14	18	22
Banheiro	0	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo do carro)	0	2	3	5	6	8	9
Máquinas de lavar roupa	0	8	8	8	8	8	8
Vídeocassete	0	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	0	6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer	0	7	7	7	7	7	7
Computador							
Televisor branco e preto							

Os limites de classificação ficaram definidos:

CLASSES	CRITÉRIO Abipeme
A	89 ou mais
B	59/88
C	35/58
D	20/34
E	0/19

6- NO PERÍODO DA GESTAÇÃO ESTAVA CASADA OU EM UNIÃO COM ALGUÉM?

1 Sim, formalmente casada 2 Sim, em união com um homem 3 Sim, em união com uma mulher 4 Não estava em união

6.1- ALGUMA VEZ JÁ ESTEVE CASADA OU EM UNIÃO COM ALGUÉM?

1 Sim, formalmente casada 2 Sim, em união com um homem 3 Sim, em união com uma mulher 4 Não

6.2- ENTÃO QUAL ERA O SEU ESTADO CONJUGAL DURANTE A GRAVIDEZ: É VIÚVA, DESQUITADA, SEPARADA OU DIVORCIADA?

1 Viúva 2 Desquitada 3 Separada 4 Divorciada

6.3- O SEU MARIDO/COMPANHEIRO/COMPANHEIRA MOROU COM VOCÊ DURANTE A GRAVIDEZ OU MORA EM OUTRO LUGAR?

1 Mora com ele/ela 2 Mora em outro lugar

7- NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES: _____

2- TEVE ALGUMA GRAVIDEZ (OUTRA) QUE RESULTOU NUM ABORTO?

1 Sim 2 Não

3- TEVE ALGUM NATIMORTO (gestação com mais de 22 semanas)?

4- PARIDADE: quantos partos já realizou: _____

5- FILHOS : quantos filhos você tem: _____

6- COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ VOCÊ ESTAVA QUANDO FEZ A PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL PELA ULTRASSONOGRRAFIA? (Confirmada pela ultrassonografia).

_____ MESES OU SEMANAS NÃO SABE.....

6.1- CONFIRMADA PELA ULTRASSONOGRRAFIA?

1 Sim 2 Não

7- NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS REALIZADAS: _____
(confirmadas pelo cartão da gestante)

7.1- CONFIRMADA PELO CARTAO DA GESTANTE?

1 Sim 2 Não

8- TEVE ALGUMA MORBIDADE RELACIONADA A GESTAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL?

1 Sim 2 Não

Fonte do Questionário: Adaptado de: Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)