

Assistência pré-natal no Brasil

Prenatal care in Brazil

El cuidado prenatal en Brasil

Elaine Fernandes Viellas ¹
 Rosa Maria Soares Madeira Domingues ²
 Marcos Augusto Bastos Dias ³
 Silvana Granado Nogueira da Gama ¹
 Mariza Miranda Theme Filha ¹
 Janaina Viana da Costa ¹
 Maria Helena Bastos ¹
 Maria do Carmo Leal ¹

Abstract

This study aims to describe prenatal care provided to pregnant users of the public or private health services in Brazil, using survey data from Birth in Brazil, research conducted from 2011 to 2012. Data was obtained through interviews with postpartum women during hospitalization and information from hand-held prenatal notes. The results show high coverage of prenatal care (98.7%), with 75.8% of women initiating prenatal care before 16 weeks of gestation and 73.1% having six or more number of appointments. Prenatal care was conducted mainly in primary health care units (89.6%), public (74.6%), by the same professional (88.4%), mostly physicians (75.6%), and 96% received their hand-held prenatal notes. A quarter of women were considered at risk of complications. Of the total respondents, only 58.7% were advised about which maternity care service to give birth, and 16.2% reported searching more than one health service for admission in labour and birth. Challenges remain for improving the quality of prenatal care, with the provision of effective procedures for reducing unfavourable outcomes.

Prenatal Care; Maternal and Child Health; Maternal-Child Health Services

Resumo

O estudo tem por objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012. As informações foram obtidas por meio de entrevista com a puérpera durante a internação hospitalar e dados do cartão de pré-natal. Os resultados mostram cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) tendo 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. O pré-natal foi realizado, sobretudo, em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal. Um quarto das gestantes foi considerado de risco. Do total das entrevistadas, apenas 58,7% foram orientadas sobre a maternidade de referência, e 16,2% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto. Desafios persistem para a melhoria da qualidade dessa assistência, com a realização de procedimentos efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.

Cuidado Pré-Natal; Saúde Materno-Infantil; Serviços de Saúde Materno-Infantil

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

² Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

E. F. Viellas
 Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1.480, 8º andar, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
 elaine.viellas@gmail.com

Introdução

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais ^{1,2}. Segundo recomendações do Ministério da Saúde ³, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade ^{4,5,6}. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nato ^{7,8}.

Dados de abrangência nacional relativos à assistência pré-natal no Brasil são escassos. As informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) demonstram um aumento da cobertura pré-natal no país, alcançando valores próximos a 100% em 2011 (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 01/Jul/2013). Entretanto, esse sistema só permite a análise do número de consultas realizadas, além de se restringir às gestações que resultaram num nascido vivo. O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SispreNatal (<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>), implantado no ano 2000, permitiria acesso a outras informações, como idade gestacional no início da assistência pré-natal, exames de rotina, vacinação antitetânica, número de consultas de pré-natal e consulta puerperal. Porém, esses dados não estão disponíveis para consulta regular e apresentam problemas de sub-registro ⁹. O único trabalho que avaliou a assistência pré-natal utilizando dados desse sistema para o conjunto do país foi feito com gestantes inscritas nos dois primeiros anos do programa (2001 e 2002), quando menos de 30% das gestantes se encontravam cadastradas ¹⁰.

Estudos específicos, como a *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (PNDS), também fornecem dados sobre a assistência pré-natal no país, quando abordam essa temática. A última, realizada em 2006 ¹¹, revelou 80,9% de cobertura pré-natal com seis ou mais consultas, elevada realização de exames e de fornecimento de cartão de pré-natal. No entanto, esse estudo se baseia apenas na entrevista com as mulheres, sem verificação do cartão de pré-natal, estando também mais sujeita a viés de memória, por incluir gestações ocorridas nos últimos cinco anos.

Considerando a importância de dados nacionais que permitam uma melhor avaliação da assistência prestada, o objetivo deste estudo é analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados no Brasil, tendo em vista a sua adequação conforme alguns parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde ¹², sua forma de organização e relação com outros serviços do sistema de saúde, bem como o perfil das usuárias dos serviços de pré-natal.

Metodologia

Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 sujeitos. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vasconcellos et al. ¹³. Na primeira fase do estudo, foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar e extraídos dados do prontuário da puérpera e do recém-nato e fotografados os cartões de pré-natal da puérpera. Entrevistas telefônicas foram realizadas aos antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto para a coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais. Informação detalhada sobre a coleta de dados é relatada em do Carmo Leal et al. ¹⁴. Apesar de o estudo principal ser uma coorte, neste artigo serão apresentados somente os resultados da primeira fase da pesquisa, mediante um recorte seccional.

Para a avaliação da assistência pré-natal, foi verificada a cobertura dessa assistência (realiza-

ção de pelo menos uma consulta de pré-natal); as razões referidas para a não realização da mesma; a proporção de gestantes com início precoce do pré-natal (até a 16ª semana gestacional) e as razões referidas para seu início tardio; o número de consultas realizadas; a proporção de gestantes com cartão de pré-natal no momento da admissão para o parto e de resultados de exames [glicemia, urina (EAS) e ultrassonografia] registrados nesse cartão; o recebimento de informações sobre o trabalho de parto, sinais de risco na gravidez e aleitamento materno. Para as mulheres que apresentaram cartão da gestante, considerou-se a idade gestacional na primeira consulta de pré-natal e o total de consultas registradas. Para as mulheres que não apresentaram cartão, utilizou-se a informação obtida durante a entrevista materna¹⁵.

Também foi verificada a forma de estruturação dos serviços de pré-natal segundo fonte de pagamento (público ou privado), tipo de unidade de saúde onde a mulher realizou a maioria das consultas de pré-natal (atenção básica ou ambulatório hospitalar), profissional que prestou a assistência pré-natal na maioria das consultas (médico ou enfermeiro) e continuidade da assistência (mesmo profissional durante toda a assistência pré-natal ou não).

A integração da assistência pré-natal a outros serviços da rede de saúde foi aferida pela proporção de gestantes consideradas de risco encaminhadas e atendidas em serviços de referência; a proporção de gestantes orientadas sobre o local de internação para o parto; a proporção das que foram atendidas nesses serviços; e a necessidade de busca de mais de um serviço no momento da internação para o parto (denominada “peregrinação”).

As variáveis relacionadas à assistência pré-natal foram analisadas segundo características maternas: macrorregião de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste), idade (10-14 anos, 15-19 anos, 20-34 anos, 35 e mais), escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio, Ensino Superior ou mais), raça/cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela, indígena), situação conjugal (vive ou não com o companheiro), gestações anteriores (0, 1, 2, 3 ou mais) e ocorrência de desfechos negativos em gestações anteriores (definido como a ocorrência de pelo menos uma das seguintes condições: natimorto, neomorto, prematuro, baixo peso, hipertensão e/ou diabetes, 3 ou mais abortos).

Variáveis relacionadas ao planejamento da gestação atual e à satisfação da gestante com essa gravidez também foram utilizadas para análise dos desfechos “cobertura do pré-natal”,

“motivos para a não realização do pré-natal”, “início precoce”, e “motivos para o início tardio do pré-natal”.

Não saber que estava grávida; problemas pessoais (não querer a gravidez, não saber que o pré-natal é importante, dificuldade financeira, dificuldade relacionada ao trabalho/escola, e falta de apoio para comparecer ao serviço); e barreiras de acesso (dificuldade para o agendamento da consulta, problemas com horário de atendimento e com os profissionais do serviço e dificuldade de transporte) foram as principais categorias utilizadas para explicar a não realização do pré-natal e seu início tardio.

Os dados de cartão de pré-natal e das orientações recebidas no pré-natal foram analisados apenas segundo macrorregião de residência da entrevistada.

A ponderação dos dados foi calculada pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada puérpera na amostra. Para assegurar que as estimativas fossem semelhantes ao número de nascimentos da população amostrada em 2011, um procedimento de calibração foi utilizado em cada estrato de seleção. Dessa forma, os resultados apresentados são estimativas para a população estudada (2.337.476 de partos), baseados na amostra de 23.894 puérperas entrevistadas.

Realizou-se análise para amostras complexas para inclusão de efeito de desenho, dado que foi utilizado na amostragem por conglomerados, com aplicação do teste estatístico qui-quadrado com significância de 0,05, para verificar diferenças entre proporções. O pacote utilizado foi SPSS versão 17 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), parecer nº 92/2010. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações. Antes da realização de cada entrevista, foi obtido consentimento digital após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Das puérperas elegíveis selecionadas para participar do estudo, 5,7% não foram entrevistadas, sendo as principais causas recusa ou alta precoce, sendo substituídas por outras da mesma unidade, resultando na entrevista de 23.894 mulheres.

As puérperas entrevistadas apresentavam média de idade de 25,7 anos, sendo 18,2% adolescentes e 10,5% com 35 ou mais anos. A maioria referia ter raça/cor da pele parda, com amarelas e indígenas correspondendo a uma proporção

muito pequena do total da amostra (1,1% e 0,4%, respectivamente). Metade das entrevistadas apresentava Ensino Fundamental e 8,9% Ensino Superior. Mais de 80% referiam viver com o companheiro, 41,5% estavam na primeira gestação e 15% tinham três ou mais gestações anteriores. Das mulheres que já haviam engravidado anteriormente, aproximadamente um terço apresentou desfechos negativos em gestações anteriores. Menos da metade das puérperas referiu ter planejado a gestação atual, 9,6% revelaram que ficaram insatisfeitas quando souberam que estavam grávidas e 2,3% referiram ter tentado interromper a gestação atual (Tabela 1).

A realização da assistência pré-natal no Brasil foi de 98,7%, sendo superior a 90%, independentemente da característica materna. Coberturas menores foram observadas em puérperas residentes na Região Norte, indígenas, com menor escolaridade, sem companheiro e com maior número de gestações. Mulheres com desfechos anteriores negativos, que não queriam engravidar, que ficaram insatisfeitas com a gestação atual, e que referiam ter tentado interromper a gravidez também apresentaram mais baixas coberturas de assistência pré-natal (Tabela 1).

No país, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1%

tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde (Tabela 1).

A proporção de mulheres com início precoce do pré-natal e com número suficiente de consultas foi similar à observada para a cobertura pré-natal: menor em residentes nas regiões Norte e Nordeste, em puérperas com menor escolaridade, sem companheiro, com maior número de gestações prévias, que não desejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação atual e que tentaram interromper a gestação. Mulheres com desfechos negativos anteriores iniciaram o pré-natal mais tardiamente e tiveram menor número de consultas do que mulheres que não tiveram esses desfechos. Adolescentes e mulheres de raça/cor preta também apresentaram baixa proporção de início precoce do pré-natal e de número de consultas realizadas.

Barreiras de acesso e problemas foram as razões mais frequentes para a não realização do pré-natal (43,2% e 40,6%, respectivamente). Em mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste e em puérperas com menor escolaridade predominaram barreiras de acesso, enquanto mulheres sem companheiro e aquelas que tentaram interromper a gestação referiram mais problemas pessoais para não ter feito pré-natal. Ainda que sem significância estatística, indígenas apresen-

Tabela 1

Distribuição proporcional das características maternas segundo a cobertura da assistência pré-natal, início precoce e número de consultas realizadas em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

Exposição/Desfecho	Entrevistas realizadas	Assistência pré-natal	Valor de p	Início precoce	Valor de p	Número de consultas de pré-natal			Valor de p
						1-3	4-5	≥ 6	
Região									
Norte	9,6	97,5		64,4		16,2	26,4	57,3	
Nordeste	28,9	98,5		73,7		11,3	23,2	65,6	
Sudeste	42,5	98,8		78,5		7,1	13,1	79,7	
Sul	12,5	99,5		78,8		7,4	14,8	77,8	
Centro-oeste	6,5	98,7	0,006	78,0	< 0,001	6,3	17,3	76,4	< 0,001
Idade (anos)									
10-14	1,0	97,2		51,7		26,0	22,3	51,7	
15-19	18,2	98,5		66,7		13,5	24,1	62,4	
20-34	70,4	98,7		77,5		8,2	16,7	75,2	
35 ou mais	10,5	98,7	0,304	82,0	< 0,001	6,9	13,6	79,4	< 0,001
Raça/cor da pele									
Branca	33,8	99,2		80,8		7,3	12,9	79,8	
Preta	8,6	98,1		69,2		13,4	19,6	67,1	
Parda	56,1	98,5		73,8		9,6	20,5	69,9	
Amarela	1,1	98,3		76,6		7,7	16,8	75,5	
Indígena	0,4	95,0	0,001	70,3	< 0,001	19,7	14,3	66,0	< 0,001

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Exposição/Desfecho	Entrevistas realizadas	Assistência pré-natal	Valor de p	Início precoce	Valor de p	Número de consultas de pré-natal			Valor de p
						1-3	4-5	≥ 6	
Escolaridade materna									
Ensino Fundamental incompleto	26,6	96,9		64,2		16,4	26,2	57,4	
Ensino Fundamental completo	25,6	98,8		72,0		9,5	20,5	70,0	
Ensino Médio completo	39,0	99,5		82,3		5,8	12,8	81,5	
Ensino Superior completo e mais	8,9	100,0	< 0,001	91,8	< 0,001	2,2	6,9	90,9	< 0,001
Situação conjugal									
Sem companheiro	18,6	96,9		64,2		15,4	21,0	63,5	
Com companheiro	81,4	99,1	< 0,001	78,4	< 0,001	7,8	17,0	75,2	< 0,001
Número de gestações anteriores									
Nenhuma	41,5	99,4		79,6		7,0	16,0	77,0	
1	28,0	98,9		77,9		8,7	16,1	75,2	
2	15,5	99,0		71,9		11,0	19,3	69,7	
3 ou mais	15,0	95,9	< 0,001	64,9	< 0,001	14,3	24,4	61,3	< 0,001
Desfechos negativos anteriores									
Não	72,2	98,4		74,0		9,9	18,7	71,4	
Sim	27,8	97,4	0,025	70,5	0,002	12,8	20,1	67,2	0,002
Desejava engravidar									
Queria engravidar	44,6	99,5		84,7		5,6	13,7	80,7	
Queria esperar mais tempo	25,5	98,9		74,0		8,6	19,3	72,1	
Não queria engravidar	29,9	97,2	< 0,001	63,7	< 0,001	15,1	22,7	62,2	< 0,001
Sentimentos em relação à gravidez									
Satisfeita	69,4	99,2		80,9		6,8	15,3	77,9	
Mais ou menos satisfeita	21,0	97,8		65,7		12,5	24,0	63,5	
Insatisfeita	9,6	96,6	< 0,001	60,2	< 0,001	19,2	22,0	58,9	< 0,001
Tentou interromper a gravidez									
Não	97,7	98,8		76,3		8,9	17,6	73,5	
Sim	2,3	94,2	< 0,001	53,4	< 0,001	20,9	27,8	51,3	< 0,001
Total (amostra nacional)	100,0	98,7		75,8		9,2	17,8	73,1	

* Valores ponderados segundo plano amostral.

taram proporção três vezes maior de barreiras de acesso do que mulheres de raça/cor branca (Tabela 2).

Já a dificuldade para o diagnóstico da gravidez foi a principal razão referida para o início tardio do pré-natal (46,6%), seguido por problemas pessoais (30,1%) e barreiras de acesso (23,2%) (Tabela 3). As razões para o início tardio do acompanhamento pré-natal variaram segundo carac-

terísticas das mulheres. Barreiras de acesso foram três vezes mais relatadas por indígenas do que por mulheres brancas, sendo também três vezes maior em residentes na Região Norte quando comparada às regiões Sul e Sudeste. Verificou-se também um gradiente nas barreiras de acesso segundo escolaridade e número de gestações, sendo maior nas mulheres de menor escolaridade e com maior número de gestações. Problemas

Tabela 2

Distribuição proporcional das características maternas e os principais motivos para a não realização do pré-natal em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

Exposição/Desfecho	Motivos para a não realização do pré-natal			Valor de p
	Não sabia que estava grávida	Problema pessoal	Barreira de acesso	
Região				
Norte	7,0	24,5	68,4	
Nordeste	15,3	29,3	55,4	
Sudeste	18,4	55,7	25,9	
Sul	24,2	54,2	21,6	
Centro-oeste	25,5	38,6	35,9	< 0,001
Idade (anos)				
10-14	20,3	20,5	59,2	
15-19	10,0	31,3	58,7	
20-34	17,2	44,7	38,1	
35 ou mais	20,5	34,9	44,5	0,293
Cor da pele				
Branca	27,0	42,0	31,0	
Preta	14,5	30,9	54,6	
Parda	14,0	42,0	44,0	
Amarela	-	77,9	22,1	
Indígena	-	14,5	85,5	0,317
Escolaridade materna				
Ensino Fundamental incompleto	10,9	37,3	51,8	
Ensino Fundamental completo	19,1	43,1	37,8	
Ensino Médio completo	33,6	50,2	16,2	
Ensino Superior completo e mais	-	-	-	0,009
Situação conjugal				
Sem companheiro	16,4	59,4	24,2	
Com companheiro	15,6	27,2	57,2	< 0,001
Número de gestações anteriores				
Nenhuma	22,2	37,5	40,3	
1	15,0	38,1	46,9	
2	17,4	37,7	44,9	
3 ou mais	14,2	43,9	41,9	0,944
Desfechos negativos anteriores				
Não	9,5	42,4	48,2	
Sim	23,5	39,5	36,9	0,118
Desejava engravidar				
Queria engravidar	8,4	41,9	49,6	
Queria esperar mais tempo	18,7	36,4	44,8	
Não queria engravidar	16,7	42,3	41,0	0,686
Sentimentos em relação à gravidez				
Satisfeita	15,7	33,9	50,4	
Mais ou menos satisfeita	16,3	42,4	41,4	
Insatisfeita	17,0	49,1	33,9	0,607
Tentou interromper a gravidez				
Não	17,8	37,4	44,8	
Sim	-	73,3	26,7	0,004
Total (amostra nacional)	16,2	40,6	43,2	

* Valores ponderados segundo plano amostral.

possíveis foram referidos com maior frequência por mulheres sem companheiro, que não queriam engravidar, insatisfeitas com a gravidez ou que tentaram interromper a gravidez. Proporção elevada de primigestas referiu a razão “não saber que estava grávida” para ter iniciado o pré-natal tardiamente (Tabela 3).

Embora mais de 90% das puérperas tenham referido o recebimento de cartão de pré-natal durante seu acompanhamento, apenas 72,1% o apresentaram na admissão hospitalar para o parto, sendo as menores proporções observadas nas regiões Norte e Centro-oeste. Mais de 80% dos cartões analisados apresentavam registro da primeira rotina de exames (glicemia e EAS), enquanto o resultado da segunda glicemia só foi observado em 39,2% dos casos. As regiões Norte e Nordeste apresentaram a menor proporção de registro de todos os exames (Tabela 4).

No país, 98,2% das puérperas referiram ter realizado exame de ultrassonografia no pré-natal, sendo a menor proporção observada na Região Norte. A proporção de registro do resultado desse exame no cartão de pré-natal foi menor, estando disponível em 62,8% dos cartões analisados, com um quarto das ultrassonografias realizadas antes da 14ª semana gestacional. As maiores proporções de registro de ultrassonografia realizadas no início da gestação foram encontradas nas regiões Sul e Sudeste (Tabela 4).

Em relação às informações recebidas no pré-natal (Tabela 4), as orientações sobre aleitamento materno e sobre sinais de risco na gestação foram referidas por mais de 60% das puérperas, enquanto orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto foram citadas por 41,1%. Orientações sobre sinais de início do trabalho de parto e sobre sinais de risco foram mais referidas por mulheres residentes na Região Sul, e em menor proporção por residentes na Região Norte. Orientações sobre práticas benéficas para o parto foram mais frequentes na Região Centro-oeste, que junto com a Região Nordeste apresentou as maiores proporções de orientação sobre aleitamento materno.

Quanto à fonte de pagamento da assistência pré-natal (Tabela 5), verificou-se que a maioria das consultas foi realizada em serviços públicos, sendo a realização do pré-natal nesses serviços mais frequente em residentes nas regiões Norte e Nordeste, em mulheres de menor idade e escolaridade, de raça/cor preta ou indígena, sem companheiro, com maior número de gestações e com desfechos negativos anteriores.

As consultas de pré-natal foram realizadas principalmente em unidades de atenção básica (89,6%). Maior proporção de consultas em unidades hospitalares foi observada em mulheres

de maior idade e escolaridade, e com desfechos negativos anteriores.

Quanto ao profissional que realizou a maioria das consultas do pré-natal, 75,6% das gestantes foram atendidas por um profissional médico, sendo possível notar a existência de um gradiente segundo idade e escolaridade: quanto maior a idade da gestante e a sua escolaridade, maior a proporção de atendimento por médicos. Em contrapartida, nas regiões Norte e Nordeste, metade das gestantes teve atendimento pré-natal realizado por enfermeiros. Mulheres com três ou mais gestações e com desfechos negativos anteriores foram atendidas em maior proporção por enfermeiros, quando comparadas àquelas com menor número de gestações e sem desfechos negativos (Tabela 5).

Analisando a continuidade da assistência pré-natal, constatou-se que 11,6% das mulheres referiram não ter sido acompanhadas pelo mesmo profissional ao longo da gestação. Novamente, um gradiente em relação à escolaridade pôde ser notado: quanto maior o nível educacional da mulher, maior a proporção de atendimento pelo mesmo profissional. Adolescentes com idade entre 10 e 14 anos, mulheres com menor número de gestações e residentes na Região Nordeste também apresentaram maior proporção de acompanhamento pelo mesmo profissional de saúde. Embora sem diferença significativa, ressalta-se que quase um quinto das indígenas não foi acompanhado pelo mesmo profissional durante a gestação (Tabela 5).

A Tabela 6 apresenta os fatores associados ao risco gestacional e à rede de assistência ao parto no país. Um quarto das puérperas entrevistadas referiu que a gestação foi classificada como de risco, especialmente aquelas pertencentes aos extremos etários (adolescentes com idade inferior a 15 anos e mulheres com 35 ou mais anos de idade), com 3 ou mais gestações anteriores, e aquelas com desfechos negativos anteriores. Ao necessitar de atendimento em um serviço de referência, apesar de a maioria das gestantes de risco ter referido que o obteve, 11,5% afirmaram que conseguiram o atendimento com dificuldade.

Aproximadamente 60% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto. Mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste, as adolescentes, particularmente aquelas entre 10-14 anos de idade, e as puérperas de menor escolaridade foram as que menos relataram ter recebido essa orientação, enquanto mulheres brancas e primigestas foram as que mais receberam (Tabela 6). Das que foram orientadas, 84,5% tiveram o seu parto assistido na maternidade indicada. Mulheres residentes na Região Sul, de maior escolaridade,

Tabela 3

Distribuição proporcional das características maternas e os principais motivos para a realização tardia da primeira consulta de pré-natal em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

Exposição/Desfecho	Motivos para o início tardio do pré-natal			Valor de p
	Não sabia que estava grávida	Problema pessoal	Barreira de acesso	
Região				
Norte	29,7	27,1	43,2	
Nordeste	43,6	32,6	23,7	
Sudeste	52,8	32,1	15,1	
Sul	61,3	25,9	12,8	
Centro-oeste	49,5	24,5	26,0	< 0,001
Idade (anos)				
10-14	36,0	44,7	19,3	
15-19	46,6	30,6	22,8	
20-34	46,2	29,9	23,9	
35 ou mais	54,7	25,2	20,0	0,497
Cor da pele				
Branca	54,8	29,6	15,5	
Preta	41,2	35,6	23,2	
Parda	44,3	29,6	26,1	
Amarela	43,9	14,6	41,5	
Indígena	35,9	18,0	46,1	0,003
Escolaridade materna				
Ensino Fundamental incompleto	37,7	32,7	29,6	
Ensino Fundamental completo	49,5	30,1	20,5	
Ensino Médio completo	60,8	25,5	13,7	
Ensino Superior completo e mais	75,9	15,6	8,4	< 0,001
Situação conjugal				
Sem companheiro	46,1	38,9	15,0	
Com companheiro	46,9	26,1	27,0	< 0,001
Número de gestações anteriores				
Nenhuma	53,4	27,2	19,4	
1	51,1	26,3	22,5	
2	43,4	33,2	23,4	
3 ou mais	35,7	35,5	28,8	0,002
Desfechos negativos anteriores				
Não	41,7	34,3	24,0	
Sim	47,7	24,8	27,5	0,021
Desejo de engravidar				
Queria engravidar	37,9	26,8	35,2	
Queria esperar mais	52,0	27,1	20,9	
Não queria engravidar	47,0	33,1	19,9	< 0,001
Sentimentos em relação à gravidez				
Satisfeita	50,5	23,1	26,4	
Mais ou menos satisfeita	47,0	30,7	22,3	
Insatisfeita	35,3	48,3	16,4	< 0,001
Tentou interromper a gravidez				
Não	48,1	28,6	23,2	
Sim	20,5	56,5	22,9	< 0,001
Total (amostra nacional)	46,6	30,1	23,2	

* Valores ponderados segundo plano amostral.

Tabela 4

Percentual de recebimento e apresentação do cartão da gestante, de registro do resultado de exames e de realização de práticas educativas no pré-natal por região do país em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

Variáveis	Região					Valor de p	Total (amostra nacional)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste		
Tem cartão de pré-natal							
Não	2,1	5,1	3,7	2,9	5,8		4,0
Sim	97,9	94,9	96,3	97,1	94,2	0,130	96,0
Apresentou cartão do pré-natal							
Não	35,6	31,6	21,8	20,0	54,8		27,9
Sim	64,4	68,4	78,2	80,0	45,2	< 0,001	72,1
Registro do resultado da 1ª glicemia (no cartão)							
Sem registro	21,8	22,7	16,0	10,9	16,5		17,6
Com registro	78,2	77,3	84,0	89,1	83,5	< 0,001	82,4
Registro do resultado da 2ª glicemia (no cartão)							
Sem registro	67,4	71,5	58,4	44,2	61,1		60,0
Com registro	32,6	28,5	41,6	55,8	38,9	< 0,001	39,2
Registro do resultado do EAS (no cartão)							
Sem registro	21,7	17,2	13,6	7,6	14,9		14,5
Com registro	78,3	82,8	86,4	92,4	85,1	< 0,001	85,5
Registro de resultado de ultrassonografia (no cartão)							
Sem registro	55,3	43,2	28,5	26,9	60,3		37,2
Com registro < 14 semanas	12,3	17,6	33,3	35,2	18,0		26,0
Com registro ≥ 14 semanas	32,4	39,2	38,1	37,8	21,7	< 0,001	36,8
Realização de ultrassonografia							
Não	7,0	2,1	0,6	1,3	1,5		1,8
Sim	93,0	97,9	99,4	98,7	98,5	< 0,001	98,2
Recebeu informação sobre Início do trabalho de parto							
Não	53,5	49,1	51,5	42,5	46,1		49,5
Sim	46,5	50,9	48,5	57,5	53,9	0,002	50,5
Sinais de risco na gravidez							
Não	43,2	39,0	38,6	28,9	36,5		37,8
Sim	56,8	61,0	61,4	71,1	63,5	< 0,001	62,2
Atividades para facilitar o parto							
Não	60,5	56,9	61,3	57,0	53,2		58,9
Sim	39,5	43,1	38,7	43,0	46,8	0,020	41,1
Amamentação na 1ª hora de vida							
Não	34,1	29,4	42,1	34,7	30,9		36,0
Sim	65,9	70,6	57,9	65,3	69,1	< 0,001	64,0

* Valores ponderados segundo plano amostral.

de, idade, com companheiro e maior número de gestações foram as que mais tiveram o parto na maternidade indicada, sendo esse valor de praticamente 100% entre as indígenas.

Antes de conseguir internação onde o parto foi realizado, 16,2% das mulheres buscaram assistência em outra maternidade (Tabela 6). A maioria dessas mulheres procurou apenas um serviço antes do atual, mas 15% referiram ter

procurado de dois até seis unidades de saúde antes de conseguir a internação. As principais razões citadas foram ausência de condições de atendimento (40%), por falta de médicos, insumos e equipamentos; não haver vaga para a gestante e/ou o bebê (29,5%); e situação de risco clínico e/ou obstétrico (19,4%). Outras questões como a unidade não prestar assistência ao parto (3%); baixa qualidade de atendimento, inclusive

Tabela 5

Distribuição proporcional das características maternas segundo a fonte de pagamento e o perfil da assistência prestada na maioria das consultas de pré-natal em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

Exposição/Desfecho	Fonte de pagamento		Valor de p	Tipo de unidade de saúde		Valor de p	Categoria profissional		Valor de p	Continuidade do cuidado profissional	Valor de p
	Público	Privado		Atenção Básica	Ambulatório hospitalar		Médico	Enfermeiro			
Região											
Norte	88,1	11,9		93,3	6,7		49,6	50,4		86,3	
Nordeste	78,0	22,0		87,2	12,8		48,4	51,6		91,1	
Sudeste	71,5	28,5		90,1	9,9		91,9	8,1		88,4	
Sul	67,4	32,6		89,5	10,5		95,2	4,8		86,4	
Centro-oeste	74,9	25,1	< 0,001	90,8	9,2	0,104	89,4	10,6	< 0,001	82,9	0,003
Idade (anos)											
10-14	94,9	5,1		91,3	8,7		58,2	41,8		91,0	
15-19	92,1	7,9		91,0	9,0		64,1	35,9		86,5	
20-34	72,3	27,7		89,8	10,2		77,5	22,5		88,6	
35 ou mais	58,6	41,4	< 0,001	83,4	16,6	< 0,001	83,9	16,1	< 0,001	89,8	0,007
Cor da pele											
Branca	61,3	38,7		89,6	10,4		86,6	13,4		89,1	
Preta	89,3	10,7		88,6	11,4		70,3	29,7		86,4	
Parda	80,4	19,6		89,8	10,2		69,7	30,3		88,3	
Amarela	72,6	27,4		84,0	16,0		76,4	23,6		89,6	
Indígena	86,0	14,0	< 0,001	87,5	12,5	0,446	64,4	35,6	< 0,001	81,9	0,094
Escolaridade materna											
Ensino Fundamental incompleto	94,8	5,2		91,7	8,3		59,9	40,1		86,3	
Ensino Fundamental completo	88,6	11,4		89,9	10,1		73,6	26,4		86,9	
Ensino Médio completo	65,2	34,8		87,7	12,3		82,5	17,5		89,4	
Ensino Superior completo e mais	18,4	81,6	< 0,001	83,1	16,9	< 0,001	96,4	3,6	< 0,001	94,2	< 0,001
Situação conjugal											
Sem companheiro	83,7	16,3		89,7	10,3		73,4	26,6		87,8	
Com companheiro	72,6	27,4	< 0,001	89,5	10,5	0,829	76,1	23,9	0,017	88,5	0,386
Número de gestações anteriores											
Nenhuma	70,5	29,5		89,9	10,1		76,3	23,7		89,1	
1	71,1	28,9		90,1	9,9		77,9	22,1		88,7	
2	79,3	20,7		89,9	10,1		75,3	24,7		88,1	
3 ou mais	88,3	11,7	< 0,001	87,7	12,3	0,076	69,4	30,6	< 0,001	86,0	0,014
Desfechos negativos anteriores											
Não	76,3	23,7		90,4	9,6		76,1	23,9		88,1	
Sim	80,9	19,1	< 0,001	86,8	13,2	< 0,001	72,5	27,5	0,006	87,3	0,433
Total (amostra nacional)	74,6	25,4		89,6	10,4		75,6	24,4		88,4	

* Valores ponderados segundo plano amostral.

Tabela 6

Distribuição proporcional das características maternas segundo o risco gestacional e a rede de assistência ao parto em uma amostra nacional de puérperas. Brasil, 2011-2012 *.

Exposição/Desfecho	Gestação de risco	Valor de p	Atendida em serviço de referência			Valor de p	Orientação sobre maternidade de referência	Valor de p	Parto na maternidade indicada	Valor de p	Peregrinação para o parto	Valor de p
			Não	Sim, com dificuldade	Sim, sem dificuldade							
Região												
Norte	22,3		10,6	9,7	79,8		49,4		86,9		16,9	
Nordeste	25,0		7,9	14,4	77,7		54,7		80,8		25,1	
Sudeste	24,6		10,1	10,3	79,6		61,8		83,7		12,8	
Sul	25,4		6,3	8,1	85,7		64,0		92,3		6,5	
Centro-oeste	22,5	0,820	10,8	17,9	71,2	0,275	59,7	0,001	86,0	< 0,001	16,5	< 0,001
Idade (anos)												
10-14	42,6		6,8	10,1	83,0		48,1		78,9		21,2	
15-19	20,4		9,4	12,4	78,2		52,5		82,2		21,3	
20-34	22,9		9,6	11,3	79,1		60,0		84,5		15,4	
35 ou mais	39,1	< 0,001	6,9	12,1	81,0	0,931	61,9	< 0,001	87,9	0,005	12,5	< 0,001
Cor da pele												
Branca	24,7		10,9	12,9	76,2		62,7		87,6		12,2	
Preta	27,0		9,0	10,2	80,8		55,5		79,6		19,6	
Parda	23,8		8,2	11,1	80,7		56,9		83,2		18,1	
Amarela	29,0		2,8	3,9	93,4		57,8		77,4		19,8	
Indígena	28,9	0,268	-	24,3	75,7	0,537	53,8	< 0,001	98,1	< 0,001	9,4	< 0,001
Escolaridade materna												
Ensino Fundamental incompleto	25,9		12,9	10,3	76,8		52,1		82,5		20,7	
Ensino Fundamental completo	23,8		6,4	10,3	83,3		56,3		81,9		18,5	
Ensino Médio completo	24,1		8,7	12,7	78,6		62,2		84,6		14,0	
Ensino Superior completo e mais	23,5	0,368	4,2	15,5	80,4	0,128	70,8	< 0,001	94,2	< 0,001	5,9	< 0,001
Situação conjugal												
Sem companheiro	24,4		13,4	13,0	73,7		56,7		80,7		18,1	
Com companheiro	24,5	0,938	8,1	11,2	80,8	0,164	59,2	0,078	85,3	0,001	15,8	0,042
Número de gestações anteriores												
Nenhuma	19,8		8,1	12,9	79,1		59,8		83,8		17,6	
1	22,8		10,4	10,0	79,6		59,1		83,7		15,1	
2	28,1		8,6	13,3	78,1		57,5		87,5		14,6	
3 ou mais	36,0	< 0,001	9,2	10,1	80,8	0,826	56,2	0,036	85,1	0,030	16,1	0,012
Desfecho negativo anterior												
Não	22,1		8,7	10,1	81,2		57,5		85,7		14,8	
Sim	40,5	< 0,001	10,4	11,7	77,8	0,607	58,9	0,305	83,4	0,070	16,3	0,121
Total (amostra nacional)	24,4		9,0	11,5	79,5		58,7		84,5		16,2	

* Valores ponderados segundo plano amostral.

com relato de maltrato (2,7%); e perfil da unidade procurada, com restrições ao atendimento conforme característica da gestante, como, por exemplo, a gestante ser adolescente ou primípara (4%), também foram citados embora em menor frequência (dados não apresentados em tabela). Na Tabela 6, verifica-se que a peregrinação das mulheres no momento da internação para o parto foi mais frequente em residentes na Região Nordeste do país; em pardas, pretas ou amarelas; em adolescentes; nas mulheres de menor escolaridade; naquelas sem companheiro; e nas que se encontravam na primeira gravidez.

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas. Contudo, a adequação dessa assistência é ainda baixa: 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional e apenas 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto, dados também observados em outros estudos nacionais ^{5,6,9,10,16,17}. Utilizando-se a recomendação atual da Rede Cegonha ¹⁸, adotados também em outros países ^{19,20}, de que o início do pré-natal seja realizado até a 12ª semana gestacional, o início precoce se reduz para 60,6%. Quando outros parâmetros são incluídos, como a realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento, verificou-se que menos de 10% das gestantes receberam os procedimentos recomendados (dado não mostrado em tabela), valor semelhante ao encontrado em outros estudos que adotaram parâmetros similares de avaliação ^{5,6,9}.

Barreiras diversas para a não realização do pré-natal ou para início precoce do acompanhamento foram identificadas, evidenciando as desigualdades sociais que persistem no país, com menor acesso das mulheres indígenas e pretas ²¹, daquelas com menor escolaridade ^{4,7,11}, com maior número de gestações ^{4,7,22}, e residentes nas regiões Norte e Nordeste ^{11,23}.

A elevada proporção de puérperas que justificaram não ter iniciado o pré-natal precocemente por não saber que estavam grávidas indica dificuldades no diagnóstico da gravidez e a necessidade de facilitar o acesso das mulheres a métodos diagnósticos, preferencialmente de resultado imediato, permitindo a captação mais ágil das gestantes para o acompanhamento pré-natal.

Mais da metade das mulheres entrevistadas não desejava engravidar naquele momento e um terço mostrava sentimentos negativos ou ambivalentes em relação à gestação atual. Cerca de 2% das entrevistadas, correspondendo a mais de 50 mil mulheres na amostra expandida, afirmaram ter tentado interromper a gestação atual. Essas mulheres com gestações não desejadas, bem como as mulheres sem companheiro, apresentaram menor cobertura pré-natal e início mais tardio da assistência, fato já demonstrado por Bassani et al. ²⁴ em seu estudo. Entre os motivos alegados, destacam-se a elevada proporção de problemas pessoais como justificativa para esses resultados, indicando que a melhoria da assistência pré-natal dependerá de outras ações, tais como a ampliação do planejamento reprodutivo.

Gestantes adolescentes, especialmente as muito jovens ²⁵, com menos de 15 anos, também apresentaram início mais tardio da assistência e menor número de consultas, resultados também encontrados em outros estudos ²², demonstrando a importância de estratégias diferenciadas para esse grupo etário. A própria assistência pré-natal deve ser vista com uma oportunidade de orientação para prevenir uma gravidez recorrente não planejada em adolescentes ²⁶.

Mulheres de maior risco reprodutivo, com desfechos negativos em gestações anteriores, apresentaram menor cobertura pré-natal, início mais tardio da assistência e menor número de consultas do que as mulheres sem antecedentes obstétricos de risco. Desconhecer que estava grávida foi um motivo relatado com mais frequência por essas mulheres, quando comparadas às sem risco reprodutivo, indicando problemas no diagnóstico da gravidez e na captação pelos serviços de pré-natal. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos nacionais ^{27,28} e reforçam a necessidade de que os serviços tenham mecanismos para identificar essas mulheres, que são as que mais se beneficiariam de um acompanhamento precoce e adequado.

A proporção de mulheres que recebeu cartão da gestante durante a assistência pré-natal foi elevada e semelhante à encontrada na PNDS 2006 ¹¹. Entretanto, a proporção de mulheres que apresentou cartão de pré-natal na admissão para o parto foi inferior à observada em outros estudos de âmbito nacional ²⁹ e é provavelmente decorrente da inclusão de serviços privados neste estudo, já que foram as mulheres de maior escolaridade que menos apresentaram o cartão (dado não mostrado em tabela).

Apesar de o registro do resultado dos exames da primeira rotina ter sido elevado, não alcançou 100% em nenhuma das regiões do país, semelhante ao encontrado na PNDS 2006 ¹¹, sendo o

preenchimento do segundo exame muito baixo, inferior a 40%, tendo apenas a Região Sul um desempenho um pouco melhor (55,8%). Ressalta-se que o principal objetivo dos exames de rotina do pré-natal é a identificação de intercorrências na gravidez com intervenções oportunas para preservar a saúde da mulher e do feto, sendo o cartão de pré-natal um dos principais instrumentos de comunicação entre as equipes de assistência pré-natal e ao parto, quanto aos problemas identificados e às condutas adotadas. A menor proporção de resultados de exames de ultrassonografia registrados no cartão, em relação ao referido pelas mulheres, sugere problemas no registro dos resultados, que possivelmente são comuns a outros exames de pré-natal. Apesar da cobertura elevada de exames de ultrassonografia, uma proporção muito pequena dos exames registrados foi realizada antes da 14ª semana gestacional, quando tal exame apresenta maior acuidade no cálculo da idade gestacional, fundamental para o monitoramento da evolução da gestação e para eventuais decisões relacionadas à interrupção dela ¹⁹.

A baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal evidencia o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação. As orientações sobre práticas para facilitar o parto, de grande relevância para a promoção do parto vaginal, apresentaram a frequência mais baixa, sendo priorizadas as orientações sobre sinais de risco, reforçando o caráter biomédico da assistência.

Quanto à forma de organização da assistência pré-natal, verifica-se que a mesma ocorre prioritariamente em serviços públicos e em unidades da atenção básica, com apenas 10,4% das mulheres tendo sido acompanhadas em ambulatorios de unidades hospitalares.

A assistência pré-natal realizada por profissionais enfermeiros ainda é restrita no país, com maior concentração no Norte e Nordeste e entre mulheres indígenas, provavelmente pela menor disponibilidade de médicos nessas regiões, particularmente nas cidades do interior. De acordo com o *Decreto nº 94.406/1987* ³⁰ sobre a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro ³. Além disso, uma das diretrizes para atenção pré-natal estabelecida pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ¹² e Rede Cegonha ¹⁸ é a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Quase 90% das puérperas referiram terem sido acompanhadas pelo mesmo profissional

durante a assistência pré-natal, indicando a continuidade da assistência, fundamental para a criação de vínculos e relação de confiança entre o profissional e a gestante e o melhor monitoramento da gestação. A fragmentação do cuidado com a realização de consultas por diferentes profissionais tem sido associada à má qualidade do pré-natal ³¹. No presente estudo, nota-se que entre as mulheres com maior escolaridade, a atenção pré-natal foi realizada quase que exclusivamente em serviços privados, por médicos, com acompanhamento pelo mesmo profissional durante toda a gestação, refletindo o padrão de organização nesse setor.

A articulação da assistência pré-natal com outros serviços da rede de saúde evidenciou problemas – como o não atendimento, ou atendimento com dificuldade – de 1/5 das gestantes de risco encaminhadas para serviços de referência. Ainda que a diferença encontrada não tenha apresentado significância estatística, ressalta-se que as mulheres com antecedentes negativos, de maior risco para novos desfechos negativos, foram as que relataram mais dificuldades no atendimento em serviços de referência. Tais mulheres também tiveram seu acompanhamento pré-natal realizado em maior proporção por enfermeiros, evidenciando problemas na organização da assistência. Essas são as gestantes que mais se beneficiariam de um atendimento especializado, revelando dificuldades da rede de serviços para garantir o atendimento mais adequado segundo as necessidades das mulheres.

Outra falha observada foi na articulação entre os serviços de assistência pré-natal e ao parto. Foi baixa a proporção de gestantes orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto, referida por menos de 60%. A peregrinação pela busca de assistência ao parto foi elevada, superior à encontrada na PNDS 2006 ¹¹, sendo encontrada principalmente em residentes na Região Nordeste, em mulheres de menor escolaridade e em adolescentes, que também foram as que menos receberam orientação sobre a maternidade de referência e que menos conseguiram internação na maternidade indicada. O achado reflete a deficiência no sistema de referência hospitalar para o atendimento ao parto, acarretando riscos para a saúde da mulher e do bebê. De acordo com Menezes et al. ⁸, a situação torna-se ainda mais grave ao considerar que a maioria das gestantes que peregrinaram buscam assistência em outro estabelecimento pelos próprios meios. Em seu estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, apenas 1/5 das mulheres foi transportada por ambulância.

Os resultados deste estudo referem-se a mulheres com parto hospitalar, em unidades com

mais de 500 partos por ano, correspondendo a quase 80% das gestantes do país. É provável que os resultados da assistência pré-natal em gestantes com parto ocorrido no domicílio ou em trânsito, bem como aqueles ocorridos em hospitais com menor volume de internação, apresentem características diferentes, sendo esperado um acesso ainda mais limitado a uma assistência adequada.

Podemos afirmar que o Brasil foi bem sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras. Desafios persistem, todavia, para a melhora da qualidade dessa assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis. A redução da mortalidade materna e da proporção elevada de cesariana e a prevenção de agravos e dos óbitos evitáveis não serão alcançadas sem a superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez, ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação – sobretudo o das gestantes

de maior risco reprodutivo – e à utilização dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos, tais como diagnóstico e tratamento de afecções e a promoção de ações de saúde.

A integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde, por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, com garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulação de vagas, é essencial para a assistência oportuna às gestantes de risco, que apresentam riscos aumentados de desfechos negativos.

Embora a vinculação das gestantes a maternidades de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007 (*Lei nº 11.634* de 27 de dezembro de 2007³²), e seja uma recomendação da Rede Cegonha¹⁸ para integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, visando ao acolhimento das parturientes e à garantia de leito para internação, melhorias são necessárias objetivando evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequente em muitos locais do país.

Resumen

El estudio tiene por objetivo describir el cuidado prenatal ofrecido a las embarazadas por parte de los servicios de salud públicos o privados en Brasil, utilizando los datos de la encuesta Nacer en Brasil, realizada en 2011 y 2012. La información se obtuvo mediante entrevistas con las mujeres después del parto, durante la hospitalización, y la ficha prenatal. Los resultados indican una alta cobertura (98,7%), con un 75,8% de las mujeres que comenzaron la atención prenatal antes de las 16 semanas de gestación y un 73,1% que tuvieron seis o más consultas. La atención prenatal se llevó a cabo en las unidades básicas de atención (89,6%), públicas

(74,6%), por un mismo profesional (88,4%), la mayoría médicos (75,6%) y el 96% recibió una ficha prenatal. Una cuarta parte de las mujeres se consideraba en riesgo. Del total, sólo el 58,7% estaban orientadas sobre la unidad de maternidad de referencia, y el 16,2% dice que han buscado más de un servicio para el parto. Sigue habiendo problemas para mejorar la calidad de la atención, y es necesaria la realización de procedimientos efectivos para reducir los resultados desfavorables.

Atención Pré-natal; Salud Materno-Infantil; Servicios de Salud Materno-Infantil

Colaboradores

E. F. Viellas, R. M. S. M. Domingues e M. C. Leal participaram da concepção do artigo, de todas as etapas da produção e foram responsáveis pela versão final. M. A. B. Dias, S. G. N. Gama, M. M. Theme Filha, J. V. Costa e M. H. Bastos participaram da revisão crítica e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível. À Capes pelo apoio recebido relativo ao Programa de Apoio ao Pós-Doutorado no Estado do Rio de Janeiro.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Referências

- Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001; 15 Suppl 1:1-42.
- Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10 Suppl 1:S3.
- Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).
- Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:456-62.
- 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.
- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:425-37.
- Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavallini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:20-33.
- Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 553-9.
- Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1053-64.
- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1281-9.
- 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Secretaria de Políticas de Saúde Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

13. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. Cad Saúde Pública 2014; 30 Suppl:S49-58.
14. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reprod Health 2012; 9:15.
15. Santos Neto ET, Leal MC, Oliveira AE, Zendonade E, Gama SGN. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. Cad Saúde Pública 2012; 28:256-66.
16. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida ML, Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. BMC Pregnancy Childbirth 2009; 9:31.
17. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 2:S220-30.
18. Ministério da Saúde. Portaria consolidada Rede Cegonha. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf (acesada em 24/Jun/2013).
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline, march 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf> (acessado em 12/Ago/2010).
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Standards for obstetric-gynecologic services. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1985.
21. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev Saúde Pública 2005; 39:100-17.
22. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 1:S101-11.
23. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; 377:1863-76.
24. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MTA. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. Int Perspect Sex Reprod Health 2009; 35:15-20.
25. Hueston WJ, Geesey ME, Diaz V. Prenatal care initiation among pregnant teens in the United States: an analysis over 25 years. J Adolesc Health 2008; 48:243-8.
26. Viellas EF, Gama SGN, Theme Filha MM, Leal MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2012; 15:443-54.
27. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 1:S63-72.
28. Domingues RMSM. Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
29. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo Sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4):128-33.
30. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1987; 9 jun.
31. Petrou S, Kupek E, Vause S, Maresh M. Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. Soc Sci Med 2001; 52:1123-34.
32. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2007; 28 dez.

Recebido em 05/Jul/2013

Versão final reapresentada em 05/Dez/2013

Aprovado em 13/Dez/2013