



Fatores associados a assistência pré-natal adequada em Pernambuco

Factors associated with adequate prenatal care in Pernambuco

Factores asociados al adecuado control prenatal en Pernambuco

Juliana de Castro Nunes Pereira¹, Suzana Lins da Silva¹, Pedro Israel Cabral de Lira², Malaquias Batista Filho¹, Pedro Tadeu Álvares Costa Caminha de Azevedo³, Ana Carolina Pereira de Crasto Britto Martins³, Célio Alves Cavalcanti Neto³, Maria Cristina dos Santos Figueira³, Eliane Mendes Germano Lins³, Maria de Fátima Costa Caminha¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados a assistência do pré-natal adequado no estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudo de base populacional, observacional, de corte seccional, com objetivos descritivos e analíticos. Foram utilizados dados secundários extraído do banco de dados da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição. Compreenderam os fatores associados as variáveis sociodemográficas, ambientais, obstétricas e biológicas. Após critérios de elegibilidade, a amostra de mães foi estimada em 880 mulheres. **Resultados:** Foram prevalentes as mulheres na faixa etária de 25 a 35 anos, com ensino médio completo, que não trabalhavam e com renda *per capita* menor que meio salário mínimo. As variáveis idade da primeira gravidez e distância à unidade de saúde mantiveram associação com adequação da assistência pré-natal. **Conclusão:** Conclui-se que os fatores associados a variável desfecho foram apenas idade da primeira gravidez e distância à unidade de saúde, e que os demais fatores sociodemográficos, obstétricos e biológicos, refletem a desigualdade social mostrando que os grupos socialmente mais vulneráveis recebem assistência pré-natal deficiente.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Saúde da Mulher, Gestantes, Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with adequate prenatal care in the state of Pernambuco. **Methods:** Population-based, observational, cross-sectional study with descriptive and analytical objectives. Secondary data extracted from the database of the IV State Health and Nutrition Survey were used. They understood the factors associated with sociodemographic, environmental, obstetric and biological variables. After eligibility criteria, the sample of mothers was estimated at 880 women. **Results:** Women aged between 25 and 35 years old, with complete secondary education, who did not work and with a per capita income of

¹ Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE.

² Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE.

³ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.

less than half a minimum wage, were prevalent. The variables age at first pregnancy and distance to the health unit maintained an association with adequacy of prenatal care. **Conclusion:** It is concluded that the factors associated with the outcome variable were only age at first pregnancy and distance to the health unit, and that the other sociodemographic, obstetric and biological factors reflect social inequality, showing that the most socially vulnerable groups receive prenatal care. -handicapped birth.

Keywords: Prenatal care, Women's Health, Pregnant women, Maternal and child health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados al adecuado control prenatal en el estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudio de base poblacional, observacional, transversal, con objetivos descriptivos y analíticos. Se utilizaron datos secundarios extraídos de la base de datos de la IV Encuesta Estatal de Salud y Nutrición. Comprendieron los factores asociados a variables sociodemográficas, ambientales, obstétricas y biológicas. Después de los criterios de elegibilidad, la muestra de madres se estimó en 880 mujeres. **Resultados:** Predominaron las mujeres con edad entre 25 y 35 años, con estudios secundarios completos, que no trabajaban y con renta per cápita inferior a medio salario mínimo. Las variables edad al primer embarazo y distancia a la unidad de salud mantuvieron asociación con la adecuación del prenatal. **Conclusión:** Se concluye que los factores asociados a la variable resultado fueron solo la edad al primer embarazo y la distancia a la unidad de salud, y que los demás factores sociodemográficos, obstétricos y biológicos reflejan la desigualdad social, mostrando que los grupos socialmente más vulnerables reciben atención prenatal. Navidad para discapacitados.

Palabras clave: Atención prenatal, Salud de la mujer, Embarazadas, Salud maternoinfantil.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal pode ser definida como cuidados que visam prevenir, identificar e corrigir anormalidades maternas ou fetais. Além disso, trata-se de oportunidade para orientações sobre gravidez, parto, atendimento ao recém-nascido e promoção de suporte psicológico. O início precoce desses cuidados é importante para o diagnóstico, intervenções de condições vulneráveis e redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (TAKELAB T, et al., 2019; BRASIL, 2016).

O pré-natal deve assegurar o desenvolvimento da gestação e permitir o parto de um recém-nascido saudável, sem complicações para a saúde materna, com abordagem inclusive, para aspectos psicossociais mediante atividades educativas e preventivas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda ainda, o mínimo de oito consultas pré-natais, afim de reduzir a mortalidade perinatal e proporcionar uma experiência mais positiva e centrada no cuidar integral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, preconiza atividades que garantem o acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera adequados, sendo necessário a realização de exames laboratoriais, vacinação, atividades educativas e consultas de pré-natal e puerpério (BRASIL, 2002).

Ainda no Brasil, o acesso aos cuidados pré-natais no primeiro trimestre da gestação constitui um indicador de avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) (LUZ LA, et al., 2018). Apesar do aumento significativo do número de consultas, persistem altos índices de mortalidade materna e neonatal por causas preveníveis, especialmente entre mulheres das regiões mais pobres do país, o que sugere falha desse serviço, apesar do reconhecimento prioritário dessas áreas (MARIO DN, et al., 2019).

A mortalidade materna e perinatal tratam-se de indicadores da realidade social em diferentes regiões do mundo, sobretudo naquelas menos desenvolvidas, configurando um problema de saúde pública. A maioria das mortes relacionadas à gravidez é evitável, o que demonstra a necessidade de programas de prevenção

e promoção da saúde, além da identificação e implementação de estratégias para abordar os múltiplos fatores contribuintes desse problema (PETERSEN EE, et al., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em Pernambuco a razão de mortalidade materna é de 75,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, estando acima da média nacional de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos e dos limites considerados aceitáveis pela OMS de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e as principais causas de óbitos foram consideradas evitáveis, o que aponta para a necessidade de qualificar a atenção obstétrica no estado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; CARVALHO PI, et al., 2020).

As regiões Norte e Nordeste representam a menor prevalência na qualidade do atendimento pré-natal no Brasil, com características sociodemográficas distintas das regiões Sul e Sudeste. Em Recife, capital Pernambucana, o perfil sociodemográfico e mortalidade materna estão diretamente ligados a baixa qualidade pré-natal, com mortes de puérperas negras, sem companheiros e com falhas assistenciais (MARIO DN, et al., 2019; CARVALHO PI, et al., 2020).

Dessa forma, este estudo teve o objetivo analisar os fatores associados a assistência do pré-natal adequado no estado de Pernambuco.

MÉTODOS

Estudo de base populacional, observacional, de corte seccional, descritivos e analítico. Foram utilizados dados secundários extraídos do banco de dados IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizadas no estado de Pernambuco no ano de 2016. Esses inquéritos ocorrem a cada 10 anos. Sendo assim, as informações mais atuais estão presentes na IV PESN.

Essa pesquisa objetivou atualizar e ampliar o diagnóstico da situação de saúde, nutrição, alimentação, condições ambientais, socioeconômicas e prestação de assistência à saúde à população no Estado de Pernambuco, com ênfase no grupo materno-infantil.

Descreve tendências temporais, geográficas e sociais, prestação de cuidados básicos de saúde e outros fatores associados aos desfechos de interesse. A amostra, do tipo probabilística, é representativa dos estratos geográficos urbana e rural.

Os instrumentos de coleta de dados incluíram os formulários de identificação do domicílio; dos moradores do domicílio; descrição do domicílio e renda; registro da criança e mulher em idade reprodutiva, registro de morbidade da criança; registro do consumo alimentar da família e das crianças; registro antropométrico e registro clínico-laboratorial.

Na população do estudo foi incluído o universo de mães de crianças menores de cinco anos residentes no Estado do Pernambuco no ano de 2016. No caso das mães com mais de um filho menor de cinco anos, para o estudo atual, foi considerada a assistência pré-natal referente à última gestação. Foram excluídas as mães adotivas, entendidas como aquelas que não gestaram, mas assumiram a função materna da criação dessas crianças.

Foram descartados os dados dispostos de forma incompleta nos formulários, com vistas não influenciarem na validade interna do estudo. Foram considerados incompletos, para fins de análise, os formulários em que 5% ou mais das informações de interesse foram perdidas. Após critérios de elegibilidade, a amostra de mães da IV PESN foi estimada em 880 mulheres.

Compreenderam as variáveis de análise explicativas as sociodemográficas (escolaridade, trabalho materno, renda *per capita*, regime de ocupação, número de moradores no domicílio, estrato geográfico, tipo de moradia, piso, visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e distância a unidade de saúde), ambientais (abastecimento de água, água tratada, destino dos dejetos e destino do lixo), obstétricas (idade da primeira gravidez, número de gestações, número de filhos, filhos nascidos nos últimos doze meses, morte de filho < de um ano nos últimos doze meses) e biológicas (idade materna, idade da menarca, cor/raça materna, aferição de pressão arterial).

A análise dos dados foi realizada com auxílio do *software* Stata 12.1. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa, e as numéricas através da medida de dispersão. A associação entre a variável desfecho e variáveis categóricas explicativas foi analisada pelo teste qui-quadrado. Para comparação da variável numérica independente e a variável dependente, utilizaram-se os testes t de Student ou o teste de Mann-Whitney.

A identificação de possíveis fatores associados à assistência pré-natal adequada (sim/não) foi realizada mediante o ajuste de modelos de regressão logística, uni e multivariadas, com opção de erro padrão robusto. As variáveis que apresentaram significância estatística com valor de $p \leq 0,20$ nas análises univariadas foram previamente selecionadas para a análise multivariada.

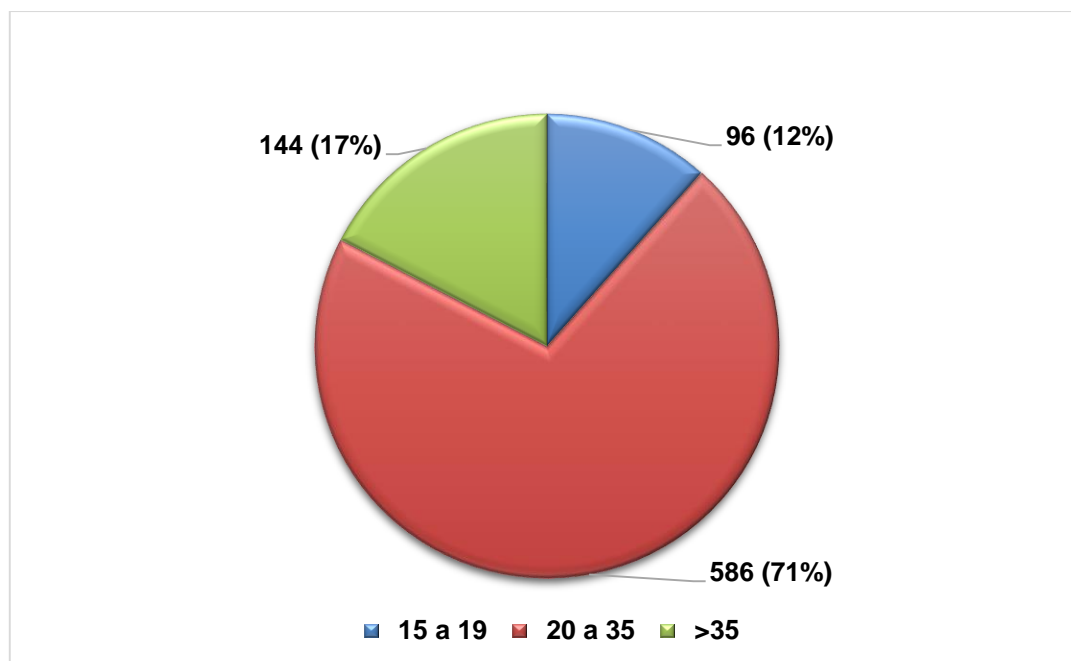
Foi calculada a significância estatística de cada variável, as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, os respectivos Intervalos de Confiança (CI) de 95%, bem como o nível de significância estatística, cujo valor será estabelecido em $<0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira em reunião ordinária ocorrida em 12 de dezembro de 2019, com parecer número 3.763.801 e CAAE: 26428919.3.0000.5201.

RESULTADOS

No que diz respeito a caracterização da amostra da PESN de 2016, houve prevalência de mulheres na faixa etária de 25 a 35 anos (71%) (**Gráfico 1**). Com ensino médio completo (38,3%), que não trabalhavam (77,8%) e com renda *per capita* menor que meio salário mínimo (86,1%).

Gráfico 1 – Faixa etária de gestantes no estado de Pernambuco em 2016.



Fonte: Pereira JCN, et al., 2023.

A idade da menarca predominou entre 12 e 15 anos (75,6%), com primeira gravidez entre 15 e 19 anos (50,3%), e entre dois e três filhos (49,3%). Quanto ao estrato geográfico 71% eram da zona urbana, 97,8% residiam em casa com número de moradores que variava de quatro a cinco pessoas (48,0%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição de frequência de fatores sociodemográficos, obstétricos e biológicos, no estado de Pernambuco em 2016.

Variáveis	n (%)
Escolaridade materna (Total = 824)	
Nunca frequentou/Fundamental Incompleto	103 (12,5)
Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	209 (25,4)
Fundamental 2 completo/Ensino Médio incompleto	196 (23,8)
Ensino Médio completo ou mais	316 (38,3)
Trabalho materno (Total = 825)	
Sim	183 (22,2)
Não	642 (77,8)
Renda per capita (SM=880,00) (Total = 864)	
<0,5	744 (86,1)
0,5 a 0,9	98 (11,3)
≥1	22 (2,5)
Idade da menarca (Total = 775)	
<12	148 (19,1)
12 a 15	586 (75,6)
≥16	41 (5,3)
Idade da primeira gravidez (Total = 784)	
≤14	75 (9,6)
15 a 19	394 (50,3)
20 a 35	311 (39,7)
36 a 39	4 (0,5)
Número de gestações (Total = 795)	
Nenhuma	1 (0,1)
1	223 (28,1)
2 a 3	386 (48,6)
≥4	185 (23,3)
Número de filhos (Total = 795)	
Nenhum	2 (0,3)
1	274 (34,5)
2 a 3	392 (49,3)
≥4	127 (16,0)
Filho nascido vivo nos últimos 12 meses (Total = 794)	
Sim	231 (29,1)
Não	563 (70,9)
Morte de filho < 1 ano nos últimos 12 meses (Total = 793)	
Sim	21 (2,6)
Não	772 (97,4)
Estrato geográfico (Total = 879)	
Urbana	624 (71,0)
Rural	255 (29,0)

Nota: SM= Salário mínimo no ano de 2016: R\$880,00. **Fonte:** Pereira JCN, et al., 2023.

Na **Tabela 2** observa-se análise univariada referente ao desfecho assistência pré-natal adequada, as variáveis idade materna, escolaridade, renda *per capita*, idade da primeira gravidez, morte de filho, visita do ACS e distância à unidade de saúde apresentaram $p < 0,20$ e compôs posteriormente o modelo multivariado, descrito na **Tabela 3**.

Tabela 2 - Análise univariada de fatores associados a assistência pré-natal adequada no ano de 2016.

Variável	Amostra	PN adequado	RP** IC95%	Valor p
	N	N (%)		
Idade materna (anos) (N = 826)				0.030
15 a 19	94	37 (39.4)	1.0(Ref.)	
20 a 35	569	295 (51.8)	1.32 (1.01 - 1.71)	0.040
>35	136	79 (58.1)	1.48 (1.11 - 1.97)	0.008
Cor/Raça (N = 880)				0.353
Branca	289	147 (50.9)	1.0(Ref.)	
Parda	493	253 (51.3)	1.01 (0.88 - 1.16)	0.903
Negra/Amarela/Indígena	57	23 (40.4)	0.79 (0.57 - 1.11)	0.176
Escolaridade (N = 824)				0.023
Nunca frequentou/Fundamental Incompleto	94	42 (44.7)	1.0(Ref.)	
Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	204	91 (44.6)	1.00 (0.76 - 1.31)	0.991
Fundamental 2 completo/Ensino Médio incompleto	190	101 (53.2)	1.19 (0.92 - 1.55)	0.193
Ensino Médio completo ou mais	309	177 (57.3)	1.28 (1.00 - 1.64)	0.047
Trabalho materno (N = 825)				0.360
Sim	180	98 (54.4)	1.07 (0.92 - 1.25)	0.360
Não	618	313 (50.6)	1.0(Ref.)	
Renda per capita (SM=880,00) (N = 864)				0.141
<0,5	708	353 (49.9)	0.75 (0.55 - 1.02)	0.068
0,5 a 0,9	97	53 (54.6)	0.82 (0.58 - 1.17)	0.269
≥1	21	14 (66.7)	1.0(Ref.)	
Idade da menarca (N = 775)				0.819
<12	146	73 (50.0)	0.98 (0.69 - 1.37)	0.890
12 a 15	567	300 (52.9)	1.03 (0.76 - 1.41)	0.837
≥16	41	21 (51.2)	1.0 (Ref.)	
Idade da primeira gravidez (N = 784)				< 0.001
≤14	71	30 (42.3)	1.0 (Ref.)	
15 a 19	380	186 (48.9)	1.16 (0.87 - 1.55)	0.322
20 a 35	308	178 (57.8)	1.37 (1.03 - 1.82)	0.033
36 a 39	4	4 (100.0)	2.37 (1.80 - 3.11)	< 0.001
Número de gestações (N = 794)				0.849
1	220	115 (52.3)	1.0(Ref.)	
2 a 3	379	193 (50.9)	0.97 (0.83 - 1.14)	0.749
≥4	174	93 (53.4)	1.02 (0.85 - 1.23)	0.816
Morte de filho < 1 ano nos últimos 12 meses (N = 793)				0.104
Sim	21	14 (66.7)	1.29 (0.95 - 1.76)	0.104
Não	751	387 (51.5)	1.0(Ref.)	
ACS* (N = 871)				0.177
Sim	603	313 (51.9)	1.11 (0.95 - 1.30)	0.177
Não	234	109 (46.6)	1.0(Ref.)	
Distância à Unidade de Saúde (tempo) (N = 872)				< 0.001
≤12 minutos	551	284 (51.5)	1.0(Ref.)	
13 a 60 minutos	275	128 (46.5)	0.90 (0.78 - 1.05)	0.184
Acima de 60 minutos	12	10 (83.3)	1.62 (1.24 - 2.11)	< 0.001

Nota: *Agente Comunitário de Saúde; ** RP – Razão de Prevalência.

Fonte: Pereira JCN, et al., 2023.

No modelo final, após análise multivariada mantiveram associação com a adequação da assistência pré-natal as variáveis “idade da primeira gravidez” e “distância da Unidade de Saúde” ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Análise multivariada de fatores associados a assistência pré-natal adequada no ano de 2016.

Variável	Modelo inicial		Modelo final	
	RP** (IC95%)	p	RP** (IC95%)	p
Idade materna (anos)		0.191		
15 a 19	1.0			
20 a 35	1.21 (0.91 - 1.59)			
>35	1.33 (0.97 - 1.83)			
Escolaridade		0.102		
Nunca frequentou/Fundamental Incompleto	1.0			
Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	1.01 (0.77 - 1.33)			
Fundamental 2 completo/Ensino Médio incompleto	1.21 (0.93 - 1.58)			
Ensino Médio completo ou mais	1.25 (0.96 - 1.62)			
Renda per capita (SM=880,00)		0.399		
<0,5	0.82 (0.61 - 1.10)			
0,5 a 1	0.82 (0.58 - 1.15)			
≥1	1.0			
Idade da primeira gravidez		< 0.001		< 0.001
≤14	1.0		1.0	
15 a 19	1.02 (0.76 - 1.36)		1.14 (0.86 - 1.52)	
20 a 35	1.10 (0.81 - 1.49)		1.38 (1.04 - 1.84)	
36 a 39	1.79 (1.27 - 2.52)		2.40 (1.83 - 3.15)	
Morte de filho < 1 ano nos últimos 12 meses		0.095		
Sim	1.29 (0.96 - 1.73)			
Não	1.0			
ACS*		0.247		
Sim	1.10 (0.94 - 1.29)			
Não	1.0			
Distância à Unidade de Saúde (tempo)		0.001		0.001
≤12	1.0		1.0	
13 a 60	0.96 (0.83 - 1.12)		0.96 (0.83 - 1.12)	
Acima de 60	1.71 (1.27 - 2.30)		1.72 (1.27 - 2.35)	

Nota: *Agente Comunitário de Saúde; ** RP – Razão de Prevalência.

Fonte: Pereira JCN, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Ao descrever os fatores associados a assistência pré-natal no estado de Pernambuco, foi possível observar um amplo e diversificado retrato do perfil do cuidado prestado no pré-natal. Quanto as variáveis sociodemográficas, o presente estudo evidenciou que as gestantes tinham, em sua maioria, 20 a 35 anos, ensino médio completo, residiam em zona urbana, com dois a três filhos, não trabalhavam e tinham renda menor que meio salário mínimo. Em pesquisa que verificou a adequação da assistência pré-natal de acordo com as características maternas no Brasil, observou-se menor adequação em mulheres mais jovens, de pele preta, múltiparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado, com menos anos de estudo, de classes econômicas mais baixas (DOMINGUES R, et al., 2015).

Resultados semelhantes também foram evidenciados em estudo sobre perfil epidemiológico e a mortalidade materna em Manaus, sua maioria eram mulheres jovens de 20 a 29 anos, sem profissão específica e solteiras. Esses índices permitem traçar um panorama das condições de vida desfavoráveis de uma determinada parcela da população feminina, que apresentam dificuldade ao acesso a serviços de saúde

e uma baixa qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA AS, et al., 2022). Em relação a idade materna, sabe-se do maior risco gestacional nos extremos da vida reprodutiva. Nas gestações que ocorrem antes dos 15 anos ou após os 35 anos, estudos relatam maior proporção de mortalidade perinatal com causas associadas a baixo peso ao nascer, prematuridade e malformações congênitas (HÜSEYİN ÇAM H, et al., 2020; NWOKORO UU, et al., 2020; HUSSAMY DJ, et al., 2019).

A idade materna também apresenta uma associação estatisticamente significativa com o número de consultas pré-natais, as mães com idade entre 10 a 17 anos tem cerca de duas vezes mais chances de realizarem de 0 a 3 consultas, este baixo número de consultas acarreta maiores riscos obstétricos e neonatais (PANTOJA IN, et al., 2021). No Brasil, a gravidez na adolescência chega aproximadamente a 25%, sendo comuns em regiões pouco desenvolvidas. A prevenção e o controle da gestação na adolescência, e fatores que impedem a mortalidade materna devem ser estratégias consideradas para a redução desses índices (OLIVEIRA AS, et al., 2022).

Em pesquisa que averiguou o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil e sua associação com características sociodemográficas das mulheres, as gestantes adolescentes apresentam desvantagens sociais e econômicas, o que desencadeou um início tardio a assistência pré-natal. O baixo poder aquisitivo se destacou como um fator associado à inadequação do pré-natal por parte desse público (SALDANHA BL, et al., 2020).

Quando se trata do fator associado, escolaridade materna, a mesma está diretamente relacionada ao aumento do número de consulta e a escolha do tipo de parto (ANDRADE SG, et al., 2018). A educação pode favorecer com que as mulheres compreendam a importância dos serviços de pré-natal e as capacita a decidir sobre a utilização dos serviços de saúde. Da mesma forma, acredita-se que mulheres mais instruídas podem ser mais capazes de realizar de forma integral o pré-natal, uma vez que possuem conhecimento e atitude favorável em relação ao se cuidar.

Referente a área que residem, a maioria das gestantes residiam na zona urbana. Apesar de as diferenças entre os espaços rurais e urbanos no Brasil serem cada vez menores, são ainda bastante significativas no que concerne ao acesso a alguns bens e serviços fundamentais. Considerando-se que nas áreas rurais há menor acesso a serviços essenciais como saúde e educação. Diante disto, a assistência pré-natal oferecida no contexto rural é menos adequada quando comparada ao contexto urbano, no que se refere a situação socioeconômica e ao acesso a ações preconizadas pelo Programa de Humanização Parto e Nascimento (CARDOSO LSN, et al., 2013).

A quantidade de filhos predominante na pesquisa foi entre dois e três, em estudo realizado em Belo Horizonte com 206 mulheres, mais de 50% possuíam dois ou mais filhos. Este fator associado a outros pontos de vulnerabilidade como baixa escolaridade e idade materna, leva estas mulheres ao baixo conhecimento das práticas de educação em saúde, com despreparo quanto ao planejamento familiar e autocuidado (AVELAR FC, et al., 2021).

O Ministério da Saúde afirma que todas as mulheres têm direito ao acesso de informações e métodos para ter ou não filhos, entretanto as informações fornecidas à população, são consideradas ineficaz pelos Serviços de Saúde (BRASIL, 2013). Pesquisadores relatam que o planejamento familiar está associado à educação em saúde como um instrumento para prevenção de uma gravidez indesejada, o enfermeiro por sua vez, atua como mediador entre o serviço e a população, buscando melhores estratégias para garantia dos direitos em saúde sexual e reprodutiva (SOUSA FLL, et al., 2021).

As gestantes analisadas na pesquisa apresentavam baixa renda e na sua maioria não trabalhavam. Estes fatores representam um indicador de saúde, já que menores condições econômicas remetem a uma maior restrição de acesso aos serviços de saúde e recursos de prevenção. Assim, a renda é um fator que poderá influenciar no planejamento da gestação, bem como na realização do pré-natal (OLIVEIRA MAM, et al., 2014). Estudo com mulheres economicamente mais carentes encontrou correlação positiva entre baixa qualificação e sobrecarga de funções domésticas, que acarreta mais dificuldades, seja em conseguir um emprego, ou em manter-se empregada (PARADA CMGL e TONELE VLP, 2009).

Referente a assistência pré-natal, estudos que avaliam a qualidade do cuidado pré-natal são realizados em todo o mundo, como no distrito de Wogera na Etiópia, onde 32,7% receberam pré-natal de boa qualidade, em Lusaka, na Zâmbia 47,1%, no Kaki, região do Nepal com 43% e Indonésia com 29% de assistência adequada. Essas variações, possivelmente, podem ser devidas a diferenças na qualidade das abordagens de medição do cuidado pré-natal, desenhos de estudos, períodos, ambientes e culturas (KASSAW A, et al., 2020; KATEMBA BM, et al., 2018; BASTOLA P, et al., 2018; AZHAR K, et al., 2020).

Pesquisa brasileira, realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre qualidade da atenção pré-natal, foi evidenciado cuidados clínicos inadequados em 60% das grávidas na Região Norte, 66% na Região Nordeste e 65% no Centro-oeste (GUIMARÃES WSG, et al., 2018). Em outro estudo, foi relatado maior razão de chance de adequação do pré-natal para mulheres residentes nas regiões Sul e Sudeste. Quando se trata apenas da região Nordeste a menor frequência de pré-natal adequado foi observada no Estado do Acre e a maior Rio Grande do Norte (DOMINGUES R, et al., 2015).

Estes resultados podem estar ligados às desigualdades regionais nas condições de acesso à saúde materno-infantil, onde as diferenças sociais predominam nas regiões mais pobres do país, em comparação às regiões Sul e Sudeste, que apresentam melhores indicadores econômicos e de saúde. Quanto a avaliação deste cuidado pré-natal embora as normas técnicas disponíveis enumerem um leque de procedimentos a serem contemplados na avaliação, nota-se ausência de padronização acerca das variáveis e pontos de corte utilizados para avaliar.

Observou-se na pesquisa associação estatística entre idade da primeira gravidez e distância a unidade de saúde com adequação da atenção pré-natal. Na Nigéria no estado do Delta, resultados semelhantes foram evidenciados. O nível de utilização de serviços de saúde por gestantes adolescentes foi baixo, também ocorreu associação entre realização do pré-natal e acessibilidade da unidade de saúde, além de educação materna e estado civil da gestante (MEKWUNYEI AC e ODETOLA TD, 2020). Em Bangladesh os desafios do pré-natal estiveram associados a dificuldade em chegar às consultas pré-natais por meio de transporte local, baixa renda e pouco apoio familiar (AKTER MK, et al., 2018). Esses determinantes sociais, tais como trabalho, renda, moradia e transporte podem influenciar no acesso dessas mães as Unidades de Saúde.

A não adesão ao pré-natal e seu início tardio é um problema encontrado na saúde pública. Em uma revisão integrativa que analisou a assistência pré-natal na atenção básica, demonstrou presença de falhas na assistência a saúde, podendo incluir a dificuldade ao acesso, distância da Unidade de Saúde, planejamento familiar ineficaz, o não diagnóstico de gravidez precocemente, número de consultas inferiores a 6 e falta de acolhimento adequado, que causa impacto negativo na efetividade do serviço (NASCIMENTO DS, et al., 2021). A pesquisa retratou que gestantes entre 15 e 19 anos tiveram menor porcentagem de pré-natal considerado adequado, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a América Latina e o Caribe continuam a ser a região com a segunda maior taxa de gravidez na adolescência do mundo, com taxa estimada em 66,5 nascimentos por cada 1.000 adolescentes, superadas apenas pela África Subsaariana (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Trata-se de jovens em sua maioria pertencentes a grupos populacionais que vivem em condições de reconhecida vulnerabilidade política e social. Esses achados retratam a necessidade de apoio a programas multissetoriais de prevenção dirigidos aos grupos em situação de maior fragilidade, ações de educação em saúde eficaz, ampliação do planejamento familiar e acesso ao serviço de saúde de qualidade. As variáveis sociodemográficas são essenciais para indicar o contexto ao qual as mulheres grávidas estão inseridas. Tais achados, auxiliam no monitoramento da qualidade dos serviços ofertados, e se o mesmo é realizado de forma equânime. Os contextos sociais como baixa escolaridade, local de moradia, acesso ao saneamento, habitação e nível de renda, acarretam situações de vulnerabilidade para estas mulheres. Estes são fatores resultantes não apenas de aspectos individuais, mas necessariamente coletivos e contextuais. O estudo destacou os principais fatores associados a assistência pré-natal adequada, e demonstrou a importância de oferecer uma assistência de qualidade, com vista a promover uma saúde integral, especialmente para mulheres em risco de vulnerabilidade. Estas informações poderão contribuir para o aprimoramento do cuidado pré-natal, de forma a reduzir índices de mortalidade materno infantil que ainda ocorrem no estado de

Pernambuco e no país. Como limitação aponta-se que a pesquisa analisou a situação da assistência pré-natal apenas no estado de Pernambuco, o que pode não corresponder a realidade em outros estados brasileiros.

CONCLUSÃO

Conclui-se que na assistência pré-natal em Pernambuco houve prevalência de mulheres na faixa etária de 25 a 35 anos, com ensino médio completo, que não trabalhavam e com renda *per capita* menor que meio salário mínimo. Os fatores associados a variável desfecho foram idade da primeira gravidez e distância à unidade de saúde, os demais fatores sociodemográficos, obstétricos e biológicos, refletem a desigualdade social mostrando que os grupos socialmente mais vulneráveis recebem assistência pré-natal deficiente. Ressalta-se que é importante oferecer uma assistência pré-natal de qualidade, que vise promover a saúde materna de forma integral, especialmente em comunidades carentes, onde prevalecem os maiores fatores de risco.

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo de Estudos Integrados de Nutrição e Saúde do Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira (IMIP) e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – departamento de Nutrição, por disponibilizarem o banco de dados utilizado na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. AKTER MK, et al. The challenges of prenatal care for Bangladeshi women: a qualitative study. *International Nursing Review*. 2018; 65(4): 534-541.
2. ANDRADE SG, et al. Sociodemographic, epidemiological and obstetric profile of parturients in a hospital and maternity in Sobral, Ceará. *Rev Pre Infec e Saúde*, 2018; 1(4).
3. AVELAR FC, et al. A associação do pré-natal com diferentes desfechos perinatais em um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de coorte. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, 2021.
4. AZHAR K, et al. The influence of pregnancy classes on the use of maternal health services in Indonesia. *BMC Public Health*, 2020; 20(1): 372.
5. BASTOLA P, et al. Qualidade dos serviços de cuidados pré-natais em unidades de saúde selecionadas do distrito de Kaski, Nepal, *Jornal Internacional de Medicina Comunitária e Saúde Pública*, 2018; 5(6): 2182–2189.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres. Brasília: MS. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acessado em: 11 de fevereiro de 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: MS 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acessado em: 11 de fevereiro de 2023.
8. BRASIL. Ministério da saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Caderno de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acessado em: 12 de março de 2023.
9. CARDOSO LSM, et al. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Min Enferm.*, 2013; 17(1): 85-92.
10. CARVALHO PI, et al. Sociodemographic and assistance profile of maternal death in Recife, PE, Brazil, 2006-2017: a descriptive study. *Epidemiol. Serv. Saude Brasília*, 2020; 29(1): e2019185.
11. DOMINGUES R, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, 2015; 37: 140-147.

12. GUIMARÃES WSG, et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*, 2018; 34: e00110417.
13. HÜSEYİN ÇAM H, et al. A study of low birth weight prevalence and risk factors among newborns in a public-hospital at Kilis, Turkey. *Afr Health Sci.*, 2020; 20(2): 709-714.
14. HUSSAMY DJ, et al. Number of Risk Factors in Down Syndrome Pregnancies. *Am J Perinatol.*, 2019; 36(1): 79-85.
15. KASSAW A, et al. Quality of Prenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy*, 2020.
16. KATEMBA BM, et al. Fatores colaterais da demanda associados a serviços de atendimento pré-natal de qualidade: um estudo de caso do Distrito de Lusaka, Zâmbia, *Frontiers in Public Health*, 2018; 6: 285.
17. LUZ LA, et al. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde debate*, 2018; 42(spe2).
18. MARIO DN, et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. *Cienc Saude Colet.*, 2019; 24(3): 1223-1232.
19. MEKWUNYEI AC e ODETOLA TD. Determinants of maternal health service utilisation among pregnant teenagers in Delta State, Nigeria. *Pan Afr Med.*, 2020; 37: 81.
20. NASCIMENTO DS, et al. Assistência de enfermagem ao pré-natalna atenção básica: uma revisão integrativa. *Revista Artigos.Com.* 2021; 27: e7219.
21. NWOKORO UU, et al. Determinants of perinatal mortality in public secondary health facilities, Abuja Municipal Area Council, Federal Capital Territory, Abuja, Nigeria. *Pan Afr Med J.*, 2020; 37: 114.
22. OLIVEIRA AS, et al. Análise da morte materna na cidade de Manaus, conforme o perfil etário no período de 2011 a 2015. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(8): e10844.
23. OLIVEIRA MAM, et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. *Psicol. teor. prat.*, 2014; 16(3).
24. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, Word Health Organization, Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean World Health Organization. 2020; 1-10. Disponível em: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/final_dec_10_approved_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf. Acessado em: 18 de fevereiro de 2023.
25. PANTOJA IM, et al. Associação entre número de consultas pré-natal e as características maternas e neonatais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(10): e8843.
26. PARADA CMGL e TONELE VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2009; 13(2): 385-392.
27. PETERSEN EE, et al. Vital signs: pregnancy-related deaths, United States, 2011-2015, and strategies for prevention, 13 States, 2013-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2019; 68(18): 423-9.
28. SALDANHA BL. Dificuldades enfrentadas por gestantes adolescentes em aderir ao prenatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(9): e4160.
29. SOUSA FLL, et al. Assistência de enfermagem frente ao planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development.* 2021; 10(1): e45710110506.
30. TEKELAB T, et al. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2019; 14(9): e0222566.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>. Acessado em: 12 de fevereiro de 2023.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization. 2015; 1-92p. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=90B5E6FF8F4F1E08DFD3D62AF9F07B62?sequence=1. Acessado em: 12 de fevereiro de 2023.