

Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013

Débora Nunes Mario ¹
Lilian Rigo ¹
Karine de Lima Sírío Boclin ¹
Lygia Maria Mouri Malvestio ¹
Deniz Anziliero ¹
Bernardo Lessa Horta ²
Fernando César Wehrmeister ³
Jeovany Martínez-Mesa ¹

Abstract *This study aimed to assess the adequacy of prenatal care in Brazil associated with socio-demographic determinants. The study included a data analysis from the National Health Research performed in Brazil in 2013. Two outcomes on the adequacy of prenatal care were assessed: the Kessner index modified by Takeda index that, in addition to the former, assessed whether blood pressure and weight were measured in all appointments, as well as the performance of blood and urine tests and ultrasound. Both quality indicators were assessed for Brazil and for its macro-regions. According to Outcome 1, 80.6% of women received adequate prenatal care. When adding the performance of tests (Outcome 2), the rate dropped to 71.4%. Adequate prenatal care was more frequent among white women who performed prenatal care in the private health sector. The northern region had the lowest rate of adequate prenatal care, while the southeast region showed the highest rates. Despite the extensive coverage, prenatal care in Brazil still presents inequities and low service quality, especially for women from the poorest regions of the country.*

Key words *Inequity, National health research, Quality of prenatal care*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação do cuidado pré-natal no Brasil associado a determinantes sociodemográficos. A pesquisa consistiu em uma análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil em 2013. Foram avaliados dois desfechos sobre a adequação do pré-natal, o índice de Kessner modificado por Takeda que, além de levar em consideração esse índice, avaliou se houve aferição da pressão arterial e do peso em todas as consultas, realização de algum exame de sangue e urina e ultrassom. Ambos indicadores de qualidade foram avaliados para o Brasil e também pelas macrorregiões do país. De acordo com o desfecho 1, 80,6% das mulheres realizaram o pré-natal adequado. Ao adicionarmos a realização de exames (Desfecho 2) o percentual foi 71,4%. O pré-natal adequado foi mais frequente entre as mulheres de cor branca e que realizaram o pré-natal na rede privada. A região norte apresentou as menores frequências de pré-natal adequado, enquanto a região sudeste as maiores. Apesar da ampla cobertura, o pré-natal no Brasil ainda apresenta iniquidades e baixa qualidade no atendimento, especialmente entre mulheres das regiões mais pobres do país.*

Palavras-chave *Iniquidade, Pesquisa nacional de saúde, Qualidade do pré-natal*

¹ Curso de Medicina, Escola de Saúde, Faculdade Meridional IMED. R. Senador Pinheiro, Vila Rodrigues. 99070-220 Passo Fundo RS Brasil. debora_alves6@hotmail.com

² Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas RS Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFPel. Pelotas RS Brasil.

Introdução

O início precoce do pré-natal, assim como sua condução de forma adequada, é importante para garantir a saúde e reduzir a morbidade e mortalidade da mãe e do feto¹⁻⁴.

A cobertura do pré-natal no Brasil foi reforçada por programas governamentais como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2000, o qual teve como objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido^{5,6}. De acordo com esse programa, um pré-natal adequado deve ser iniciado até o quarto mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames de sangue e de urina. Complementarmente a esse plano, o governo brasileiro lançou em 2011 o programa Rede Cegonha com a proposta de melhorar ainda mais o acesso e a qualidade dos cuidados para as gestantes, reduzindo a mortalidade materna, em especial nas regiões norte e nordeste⁷⁻⁹. Em 2013, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Cadernos de Atenção Básica Primária número 32, relacionado à atenção ao pré-natal de baixo risco, voltado para apoiar as equipes de saúde envolvidas na Rede Cegonha³.

Avaliações sistemáticas têm avaliado a adequação do pré-natal segundo critérios utilizados pelo PHPN e Rede Cegonha, como o número de consultas e exames laboratoriais, e estas têm demonstrado que quando os parâmetros utilizados por esses programas são analisados em conjunto, há inadequações. Alguns fatores possuem estreita relação com a adequação do pré-natal, como região do país, local de moradia (zona rural ou urbana) e renda familiar¹⁰⁻¹².

As informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) são utilizadas para subsidiar a formulação das políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, alinhadas às estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil¹³. Em relação aos dados coletados sobre pré-natal na PNS, é possível demonstrar uma visão geral da qualidade do pré-natal no Brasil e, assim, poder contribuir para melhorar a assistência às gestantes, melhorando os resultados e diminuindo os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal¹⁴.

Com os programas governamentais supracitados, o acesso ao pré-natal no Brasil foi am-

pliado quase que universalmente, entretanto a qualidade desses atendimentos ainda apresenta inadequações e iniquidades¹⁰.

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação do pré-natal no Brasil assim como suas associações com determinantes sociodemográficos e de saúde, a partir de dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde em 2013.

Metodologia

Os dados utilizados nestas análises são provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um inquérito domiciliar, conduzido no Brasil em 2013, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹³.

A população da PNS foi constituída por adultos com idades de 18 anos ou mais, residentes em domicílios particulares de todo o território nacional. Utilizou-se amostragem por conglomerados em três estágios, tendo como unidade primária os setores censitários, os domicílios como unidades secundárias e o morador adulto, selecionado de cada domicílio como unidade terciária para responder o questionário aplicado pela PNS. A taxa de não respondentes da PNS foi de 8,1%.

A amostra utilizada para a presente análise foram todas as mulheres, com 18 anos ou mais, que relataram ter feito acompanhamento pré-natal durante a última gravidez no período entre 28/07/2011 e 27/07/2013, totalizando 1851 mulheres.

As informações utilizadas para avaliar a qualidade do pré-natal foram: *Fez 6 ou mais consultas pré-natais (não/sim); Com quantas semanas de gravidez a Sra. iniciou o pré-natal?; Mediram a pressão arterial em todas as consultas (não/sim); Mediram o peso em todas as consultas (não/sim); Durante o pré-natal fez exames de sangue (não/sim); Durante o pré-natal fez exame de urina (não/sim); Durante o pré-natal fez algum ultrassom (não/sim)*. A partir destas variáveis, foi construído e avaliado o desfecho qualidade do pré-natal de duas formas. A primeira baseada no índice de Kessner modificado por Takeda¹⁵, que define pré-natal adequado aquele que começar até a 20ª semana de gestação, com pelo menos seis visitas de pré-natal¹⁵ (Desfecho 1). Uma segunda análise foi feita considerando como adequado o pré-natal que, além de ter preenchido os critérios do Desfecho 1, incluiu a aferição da pressão arterial e do peso em todas as consultas,

além da realização de exame de sangue e de urina e algum ultrassom durante a gravidez, denominado como Desfecho 2.

Ambos indicadores de qualidade foram avaliados para o Brasil e macrorregiões brasileiras (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), segundo cor da pele (branca, preta, amarela parda, indígena), escolaridade (sem instrução, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), idade (18-19, 20-29, 30-39, 40 anos ou mais), consultas feitas no SUS (todas ou algumas, nenhuma) e profissional que atendeu a maioria das consultas (médico, não médico).

Na análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado de Person, e na análise multivariável utilizou-se a regressão de Poisson bruta e ajustada, com variância robusta, obtendo-se as Razões de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para ajuste de confusão todas as variáveis exploratórias entraram no modelo, e somente permaneceram aquelas que apresentaram valor-p <0,20 (backward stepwise). Todas as análises foram realizadas em Stata 12 utilizando o comando svy, considerando a amostragem complexa utilizada na PNS 2013.

A PNS recebeu aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde em 26 de junho de 2013. As entrevistadas que fizeram parte da amostra concordaram em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características da amostra. A maioria das mulheres participantes fizeram 6 ou mais consultas de pré-natal (84,0%), no SUS (72,5%), foram captadas com menos de 20 semanas de gravidez (92,6%), sendo atendida na maioria das vezes por médicos (71,6%). Foi aferida a pressão arterial e verificado o peso em todas as consultas na maioria das mulheres (92,2% e 92,0% respectivamente).

Durante o pré-natal, a maior proporção realizou (ao menos uma vez) exames de sangue (97,3%), de urina (98,1%) e ultrassom (99,7%). Quanto às variáveis sociodemográficas, 50,6% das mães possui entre 20 e 29 anos de idade, 49,9% se auto declara parda e 47,2% possui o ensino médio completo (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências de pré-natal adequado, para o Brasil, e sua distribuição por macrorregiões brasileiras. A pre-

Tabela 1. Caracterização da amostra de mulheres que tiveram algum parto no período de 28/07/2011 a 27/07/2013 (N=1851). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Brasil, 2013.

Variáveis	N(%)
Fez 6 ou mais consultas	
Não	357 (16,0)
Sim	1494 (84,0)
Gravidez captada com 20 semanas ou menos	
Não	144 (7,4)
Sim	1707 (92,6)
Mora com companheiro	
Não	405 (19,0)
Sim	1446 (81,0)
Consultas feitas no SUS	
Todas ou algumas	1389 (72,5)
Nenhuma	462 (27,5)
Profissional que atendeu a maioria das consultas	
Profissional não médico	594 (28,3)
Médico	1257 (71,6)
Mediram a pressão arterial em todas as consultas	
Não	188 (7,8)
Sim	1663 (92,2)
Mediram o peso em todas as consultas	
Não	174 (8,0)
Sim	1677 (92,0)
Durante o pré-natal fez exame de sangue	
Não	50 (2,7)
Sim	1801 (97,3)
Durante o pré-natal fez exame de urina	
Não	52 (1,9)
Sim	1799 (98,1)
Durante o pré-natal fez algum ultrassom	
Não	11 (0,3)
Sim	1793 (99,7)
Cor da pele	
Branca	593 (40,2)
Preta	167 (8,6)
Amarela	24 (1,1)
Parda	1052 (49,9)
Indígena	15 (0,2)
Escolaridade	
Sem instrução	133 (0,6)
Ensino fundamental	608 (30,2)
Ensino médio	852 (47,2)
Ensino superior	325 (16,8)
Idade em anos	
18 – 19	148 (9,2)
20 – 29	972 (50,6)
30 – 39	662 (36,2)
40 ou mais	69 (3,9)

valência no Brasil de pré-natal adequado foi de 80,6% e 71,4% quando analisado como Desfecho 1 e Desfecho 2, respectivamente. Pode-se notar que existiu diferença entre as macrorregiões,

Tabela 2. Qualidade do pré-natal no Brasil e macrorregiões. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (N=1851). Brasil, 2013.

Avaliação do pré-natal	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Valor-p*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Desfecho 1 (Captação até 20 semanas e 6 ou mais consultas realizadas)	80,6 (77,6; 83,6)	69,5 (62,5; 76,5)	76,1 (70,6; 81,6)	86,3 (80,8; 91,7)	82,7 (76,2; 90,2)	80,0 (73,1; 86,9)	0,005
Desfecho 2 (Captação até 20 semanas, 6 ou mais consultas realizadas, ter medida de pressão arterial e peso em todas as consultas, ter feito exame de sangue, exame de urina e ao menos um ultrassom)	71,4 (68,1; 74,7)	57,1 (49,7; 64,4)	64,8 (58,6; 70,9)	78,5 (72,7; 84,4)	76,0 (67,5; 84,4)	70,5 (63,0; 78,1)	<0,001

IC95% - intervalo de confiança de 95%. *Teste χ^2 quadrado.

sendo que as maiores prevalências de pré-natal adequado segundo os dois critérios de qualidade foram encontradas na região Sudeste (Desfecho 1= 86,3%; Desfecho 2= 78,5%, respectivamente), enquanto as menores foram encontradas na região norte (Desfecho 1= 69,5%; Desfecho 2 = 57,1%, respectivamente).

Na Tabela 3 são apresentadas as prevalências do Desfecho 1 segundo as categorias das diferentes variáveis exploratórias, e também as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Em relação a cor da pele, as maiores prevalências de pré-natal adequado foram encontradas entre as mulheres brancas (87,8%). No que diz respeito à escolaridade, as maiores prevalências de pré-natal de qualidade foram descritas entre aquelas com nível médio (86,8%). Segundo a idade, as maiores prevalências de pré-natal adequado foram descritas em mulheres entre 30-39 anos (87,5%). Maiores prevalências foram encontradas entre aquelas mulheres que não realizaram nenhuma consulta no SUS (92,7%) e entre aquelas que foram atendidas por médico na maioria das consultas (92,7%).

A idade da participante, a escolaridade e o tipo de profissional que atendeu a maioria das consultas perderam sua associação com o desfecho, após ajuste entre elas e para cor da pele (Tabela 3). A idade e o profissional que atendeu a maioria das consultas não permaneceram no modelo ajustado. As probabilidades de um pré-natal adequado foram menores entre mulheres que relataram cores de pele que não a branca, Aquelas que não realizaram nenhuma consulta da pré-natal pelo SUS apresentaram uma probabilidade 1,14 vezes maior de ter feito pré-natal de qualidade comparadas com as usuárias do SUS.

Na Tabela 4 são apresentadas as análises de adequação do pré-natal levando-se em conta a realização de exames e procedimentos além de ter sido iniciado cedo e ter feito 6 consultas ou mais (Desfecho 2). A prevalência de pré-natal adequado foi maior entre as mulheres brancas (80,1%); com maior escolaridade (ensino médio e superior 79,0% e 75,6%, respectivamente), com idades entre 30 - 39 anos (79,1%), nas que não realizaram suas consultas pelo SUS (86,7%) e entre aquelas que consultaram com médico (75,4%).

Após ajuste para confusão, a associação com o profissional que atendeu o pré-natal não permaneceu e a variável saiu do modelo ($p = 0,275$) (Tabela 4). As probabilidades de um pré-natal adequado foram menores entre mulheres de cor da pele não branca quando comparadas com as

Tabela 3. Prevalências (%) e razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, da qualidade do pré-natal (Desfecho 1). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (N=1851). Brasil, 2013.

Variáveis	Prevalência	Valor-p*	Bruto RP (IC95%)	Valor-p**	Ajustado RP (IC95%)	Valor-p**
Mora com companheiro						
Não	75,6	0,099	1,00	0,131	1,00	0,584
Sim	81,8		1,08 (0,98; 1,20)		1,03 (0,93; 1,13)	
Cor da pele						
Branca	87,8	<0,001	1,00	<0,001	1,00	0,010
Preta	76,9		0,88 (0,77; 1,00)		0,90 (0,80; 1,02)	
Amarela	75,2		0,86 (0,59; 1,24)		0,88 (0,61; 1,26)	
Parda	75,6		0,86 (0,80; 0,93)		0,90 (0,84; 0,97)	
Indígena	77,3		0,88 (0,70; 1,10)		0,93 (0,78; 1,11)	
Escolaridade						
Sem instrução	71,3	<0,001	1,00	0,001	1,00	0,197
Ensino fundamental	70,9		0,99 (0,79; 1,25)		1,01 (0,81; 1,27)	
Ensino médio	86,8		1,22 (0,98; 1,51)		1,18 (0,96; 1,45)	
Ensino superior	83,9		1,18 (0,94; 1,47)		1,03 (0,82; 1,29)	
Idade em anos						
18 – 19	72,6	0,006	1,00	0,013	1,00	0,151
20 – 29	77,6		1,07 (0,90; 1,27)		1,03 (0,88; 1,21)	
30 – 39	87,5		1,20 (1,02; 1,42)		1,12 (0,96; 1,31)	
40 ou mais	75,0		1,03 (0,79; 1,34)		1,00 (0,79; 1,28)	
Consultas feitas no SUS		<0,001		<0,001		<0,001
Todas ou algumas	76,1		1,00		1,00	
Nenhuma	92,7		1,22 (1,14; 1,30)		1,14 (1,06; 1,23)	
Profissional que atendeu a maioria das consultas	76,1	<0,001	1,00	0,001	1,00	0,275
Profissional não médico	92,7		1,16 (1,06; 1,27)		1,05 (0,96; 1,16)	
Médico						

Desfecho 1: captação até 20 semanas e 6 ou mais consultas realizadas; * Teste qui-quadrado. ** Teste de Wald. RP - razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%

brancas, sendo as de cor parda as de menor probabilidade. Comparadas com as mulheres sem instrução aquelas com algum grau de instrução apresentaram maiores probabilidades de pré-natal de qualidade, sendo as maiores entre aquelas com ensino médio. Após ajuste a idade não mais esteve associada com a adequação do pré-natal, mas foi mantida no modelo para controle de confusão. A probabilidade de ter um pré-natal adequado entre mulheres que não fizeram nenhuma consulta pelo SUS foi 15% maior quando comparada com aquelas usuárias do SUS.

Discussão

As análises aqui realizadas sugerem uma frequência elevada de cobertura de pré-natal no Brasil. Entretanto, quando se inclui nos critérios de qualidade a aferição da pressão arterial e do peso em todas as consultas, realização de exame

de sangue e de urina além de realização de ao menos um ultrassom durante a gravidez, essa frequência diminuiu. Além disso, apesar da elevada cobertura, os achados apontam para a existência de iniquidades no atendimento pré-natal relacionadas principalmente à cor da pele e também com a região do país.

Estudo recente, realizado por Tomasi et al.¹⁶ com a totalidade das unidades básicas de saúde (UBS) registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, localizadas nas zonas urbana e rural dos 5.565 municípios do Brasil, além do Distrito Federal, destacou que 89% de mulheres adscritas às equipes das UBS realizaram 6 ou mais consultas durante seu pré-natal. No entanto ao serem incluídas informações sobre situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, procedimentos de exame físico, orientações fornecidas e exames complementares realizados, a frequência de pré-natal adequados caiu para 15%. Ou seja, apesar do número de consultas

Tabela 4. Prevalências (%) e razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, da qualidade do pré-natal (Desfecho 2). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (N=1851). Brasil 2013.

Variáveis	Prevalência	Valor-p*	Bruto RP (IC95%)	Valor-p**	Ajustado RP (IC95%)	Valor-p**
Mora com companheiro						
Não	64,9	0,058	1,00	0,078	1,00	0,584
Sim	72,9		1,12 (0,99; 1,28)		1,03 (0,93; 1,13)	
Cor da pele						
Branca	80,1	<0,001	1,00	<0,001	1,00	0,011
Preta	71,5		0,89 (0,76; 1,04)		0,90 (0,80; 1,02)	
Amarela	63,7		0,79 (0,50; 1,26)		0,88 (0,61; 1,26)	
Parda	64,6		0,81 (0,73; 0,88)		0,91 (0,84; 0,97)	
Indígena	66,2		0,83 (0,54; 1,26)		0,93 (0,78; 1,11)	
Escolaridade						
Sem instrução	54,9	<0,001	1,00	<0,001	1,00	0,263
Ensino fundamental	60,3		1,10 (0,81; 1,49)		1,00 (0,80; 1,26)	
Ensino médio	79,0		1,43 (1,08; 1,91)		1,16 (0,95; 1,43)	
Ensino superior	75,6		1,38 (1,02; 1,85)		1,02 (0,82; 1,27)	
Idade em anos						
18 – 19	61,8	0,005	1,00	0,003	1,00	0,151
20 – 29	67,8		1,10 (0,89; 1,35)		1,03 (0,88; 1,21)	
30 – 39	79,1		1,27 (1,04; 1,56)		1,12 (0,95; 1,31)	
40 ou mais	69,3		1,12 (0,83; 1,52)		1,00 (0,79; 1,28)	
Consultas feitas no SUS		<0,001		<0,001		<0,001
Todas ou algumas	65,6		1,00		1,00	
Nenhuma	86,7		1,32 (1,22; 1,43)		1,15 (1,06; 1,23)	
Profissional que atendeu a maioria das consultas		<0,001		0,001		0,275
Profissional não médico	61,4		1,00		1,00	
Médico	75,4		1,22 (1,09; 1,38)		1,05 (0,96; 1,16)	

Desfecho 2: captação antes das 20 semanas, 6 ou mais consultas realizadas, ter medida de pressão arterial e peso em todas as consultas, ter feito exame de sangue, exame de urina e ao menos um ultrassom.

* Teste qui-quadrado ** Teste de Wald. RP - razão de prevalências; IC95% - intervalo de confiança de 95%

durante o pré-natal ser adequado, sua qualidade estaria muito abaixo do ideal, considerando-se os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Os autores ainda encontraram piores índices de qualidade do pré-natal entre as mães jovens (principalmente entre mães adolescentes) e entre aquelas com menor renda.

Em nosso estudo foram utilizados como marcadores de condição socioeconômica e demográfica a idade, a escolaridade e a cor da pele. Embora nas análises brutas tanto a escolaridade quanto a cor da pele apresentaram-se associadas aos dois desfechos de qualidade do pré-natal, ao serem ajustadas mutuamente o efeito da escolaridade desapareceu. Entende-se, desta forma, que a variável cor da pele tenha sido um melhor marcador de posição socioeconômica e demográfica na avaliação da qualidade do pré-natal, sendo destacadas maiores frequências de pré-natal inadequado entre mulheres com cor da pele

parda e preta comparadas àquelas com a cor da pele branca. Entretanto, vale salientar que estudos realizados em coortes no Brasil apontam a associação entre o baixo nível de escolaridade e inadequação da assistência pré-natal^{17,18}.

A relação entre cor/raça e qualidade do pré-natal não está completamente esclarecida na literatura, alguns estudos não descrevem a associação¹⁶, enquanto outros destacam a cor da pele (preta ou parda) como fator de risco para o cuidado pré-natal inadequado^{19,20}. Estes dados vão ao encontro de pesquisas sobre discriminação racial por parte de profissionais de saúde com mulheres não brancas que encontraram: menor acesso ao uso de anestésico no parto vaginal, independente do grau de escolaridade entre mulheres de cor preta²⁰; menor realização de testes Papanicolau em mulheres pardas e pretas comparadas às brancas, tanto no setor público quanto no privado, apesar de terem a mesma

frequência de consultas ginecológicas²¹; e maior risco de cirurgia de esterilização entre mulheres pardas comparadas as brancas, independente de outras características sociodemográficas²². Ainda, pode-se verificar que as mulheres não brancas geralmente pertencem a classe socioeconômica menos favorecida, inclusive, concentram-se em regiões menos desenvolvidas do país^{19,23}.

No entanto, o efeito de confundimento residual da posição socioeconômica também poderia explicar as piores condições de pré-natal entre não brancas encontrado no presente estudo, tendo em vista que marcadores de posição socioeconômica que poderiam auxiliar na explicação da desigualdade de cor da pele na qualidade do pré-natal, como por exemplo renda e ocupação, não foram incluídos nas análises.

Além das menores proporções de pré-natal adequado entre mulheres com cor da pele parda ou preta, os nossos resultados demonstram que a proporção de pré-natal adequado apresentou importantes diferenças segundo macrorregiões brasileiras com as menores prevalências sendo encontradas nas regiões norte e nordeste.

Reforçando outros estudos nacionais^{24,25}, nos dois desfechos avaliados aqui, as mulheres das regiões norte e nordeste apresentaram as menores frequências de pré-natal adequado, enquanto a região sudeste seguida da região sul apresentaram as maiores frequências. Desta forma, fica evidente a existência de iniquidade regionais no acesso ao atendimento pré-natal de qualidade e que não se pode avaliar os resultados dos programas do Ministério da Saúde, como o PHPN, no Brasil como um todo, mas em cada macrorregião isoladamente.

Em municípios pobres do norte e nordeste do Brasil, entre 2002 e 2005, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal aumentou de 42% para 52%, e os exames de ultrassonografia pélvica aumentou de 44% para 64%². Um estudo realizado em áreas pobres dessas regiões, atendidas pela Pastoral da Criança, mostrou que aproximadamente 85% das mães dessas crianças fizeram pelo menos uma consulta pré-natal, dois terços dos quais também começou no primeiro trimestre da gravidez. No entanto, pouco mais de 40% realizou seis ou mais consultas durante a gravidez. Uma porcentagem significativa de mães não foi submetida a exames laboratoriais e clínicos básicos durante a gestação²⁶. Isto sugere que a expansão dos serviços de saúde não está sendo acompanhada pela melhoria na sua qualidade.

Também apresentaram piores índices as mães que fizeram suas consultas pelo SUS. Assim, pa-

rece evidente a existência de iniquidades no atendimento pré-natal de qualidade, apesar da elevada cobertura. Os achados do presente estudo apontam para o fato de que no Brasil a atenção ao pré-natal no setor público é de menor qualidade quando comparado com o setor não público (privado e suplementar). Tais diferenças foram descritas previamente por outros estudos^{17,27,28}. Essa situação reflete iniquidades no acesso ao pré-natal de qualidade. Isto provavelmente não seria totalmente reflexo direto da falta de recursos materiais e humanos para a assistência médica e sim de falta de engajamento e treinamento das equipes para a atenção pré-natal de qualidade. O Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido ao longo das últimas décadas ações e programas para melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal no SUS. Assim, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) surge como uma iniciativa para melhorar o acesso e a cobertura ao pré-natal de qualidade e também a assistência ao parto e ao atendimento neonatal no país, recomendando intervenções sabidamente benéficas para o binômio mãe-filho²⁹. Dessa forma, alguns avanços podem ser observados, como exemplo a redução na mortalidade infantil e materna nos últimos anos⁹. O programa Rede Cegonha, lançado em 2011 pelo ministério da saúde, é mais uma tentativa de melhorar a qualidade do pré-natal no país e o acesso ao planejamento familiar, especialmente nas regiões mais carentes. O programa consta de quatro componentes: 1) atenção pré-natal; 2) atenção ao parto e nascimento; 3) atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança; 4) sistema logístico referente ao transporte sanitário e regulação³⁰. Os dados utilizados nesta análise foram coletados em 2013. Mesmo não sendo o objetivo do presente estudo realizar uma avaliação formal da Rede Cegonha, os dados sugerem que ainda não foram alcançados os objetivos de qualidade do pré-natal no SUS, sendo ainda necessário o emprego de esforços para esse fim.

Ao adicionarmos a aferição de pressão arterial, pesagem, realização de exame de sangue, urina e ultrassom ao índice de Takeda¹⁵, entendemos que estas variáveis são classificadas como de elevado grau de recomendação para um pré-natal adequado, fazendo parte das recomendações que faz o Ministério da Saúde do Brasil mediante a própria Rede Cegonha^{7,8}. O Ministério recomenda no Caderno de Atenção Básica para atenção ao Pré-Natal de baixo risco⁶, a realização dos exames de laboratório que permitam realizar intervenções precoces na população de grávidas. É possível detectar doenças infecciosas como sífilis,

HIV, toxoplasmose e hepatite B, além de infecção urinária, anemia, diabetes e prevenir conflito Rh⁶. A realização do exame de urina também entra na lista de exames de alto grau de recomendação devido às infecções urinárias serem mais recorrentes em gestantes, e propiciarem o parto prematuro ou sepse neonatal assim como outras alterações dentre elas a microalbuminúria³¹.

Neste sentido, além dos exames aqui analisados, a PNS coletou informações sobre exame de sífilis, HIV, medição do fundo uterino, ausculta de batimentos cardíacos fetais e exame das mamas, que poderiam enriquecer nosso indicador de qualidade de atendimento pré-natal e demonstrar de forma aprofundada o seu grau de adequação nas várias regiões do país. No entanto, optamos por não incluir estas informações nas análises porque a proporção de mulheres que res-

ponderam não saber se havia sido feito um tipo particular de exame foi muito alta.

Outras limitações do estudo podem ser decorrentes do fato de que algumas variáveis de interesse importantes não foram coletadas pela PNS, como por exemplo, vacinação. Além disso, a PNS é um inquérito e seus dados foram coletados de forma transversal, o que inviabiliza possíveis relações de temporalidade afetando assim a inferência em causa e efeito.

Apesar da cobertura quase universal das consultas de pré-natal, ainda é observada uma baixa qualidade da atenção à gestante, com o não cumprimento do mínimo preconizado pelo PHPN, especialmente nas regiões mais pobres do Brasil. É importante, sobretudo, garantir a capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo para que a continuidade do acompanhamento possa ser assegurada e qualificada.

Colaboradores

DN Mario, LMM Malvestio e J Martínez-Mesa: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados. DN Mario, L Rigo, D Anziliero e KLS Boclin: redação e revisão crítica do conteúdo. BL Horta e FC Wehrmeister: revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2001; 4(1):3-69.
2. Chrestani MA, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Health care during pregnancy and childbirth: results of two cross-sectional surveys in poor areas of North and Northeast Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1609-1618.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção ao pré-natal de baixo risco* Brasília: MS; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
4. Bernardes AC, da Silva RA, Coimbra LC, Alves MT, Queiroz RC, Batista RF, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:266.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada*. Brasília: MS; 2006. Caderno nº 5.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento*. Brasília: MS; 2000.
7. Brasil. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jun.
8. Brasil. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 6 out.
9. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.
10. Goudard MJ, Simões VM, Batista RF, Queiroz RC, Alves MT, Coimbra LC, Martins Mda G, Barbieri MA, Nathasje IF. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(4):1227-1238.
11. Serruyal SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(7):517-525.
12. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SG, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36(2):56-64.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação
14. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TDS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4):789-800.
15. Takeda S. *Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
16. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer TS, Fernando CV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(3):e00195815.
17. Coimbra L, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica* 2003; 37(4):456-462.
18. Rodrigues Filho J, Costa W, Ieno GML. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. *Rev Saude Publica* 1994; 28(4):284-289.
19. Leal CM, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):100-107.
20. Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal SA, Figueiroa JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol Serv Saude* 2007; 16(3):185-194.
21. Quadros CAT, Victora CG, Costa SD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(4):223-232.
22. Caetano AJ. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 344.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
24. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 37(3):140-147.
25. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl.):S85-S100.
26. Cesar JA, Gonçalves TS, Neumann NA, Oliveira Filho JA, Diziekaniak AC. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controladas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1845-1855.
27. 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 Saude Matern Infant* 2011; 11(3):257-263.
28. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2003; 3(2):187-194.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2002; 2(1):69-71.

30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Rede Cegonha*. [acessado 2017 Maio 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php
31. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(3):148-155.

Artigo apresentado em 16/10/2016

Aprovado em 21/06/2017

Versão final apresentada em 23/06/2017