

Assistência pré-natal entre adolescentes no extremo sul do Brasil: adequação e fatores associados

Juraci Almeida Cesar ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0864-0486>

Luana Patricia Marmitt ³

 <https://orcid.org/0000-0003-0526-7954>

Janáina Salomão Saavedra ²

 <https://orcid.org/0000-0002-5456-2127>

Raúl Andrés Mendoza-Sassi ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-4641-9056>

^{1,4} Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. Rua Visconde de Paranaguá, 102 - 4º andar. Centro. Rio Grande, RS, Brasil. CEP: 96.203-900. E-mail: juraci.a.cesar@gmail.com

² Área de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde. Universidade do Oeste de Santa Catarina. Flor da Serra, SC, Brasil.

Resumo

Objetivos: estimar a realização de pré-natal adequado entre adolescentes no extremo sul do Brasil e identificar fatores associados à sua ocorrência ao longo de 13 anos.

Métodos: em 2007, 2010, 2013, 2016 e 2019, entrevistadoras previamente treinadas aplicaram na maternidade questionário único, padronizado à todas as parturientes residentes no município de Rio Grande, RS. Considerou-se como tendo realizado pré-natal adequado a puérpera que iniciou consultas no primeiro trimestre da gravidez, realizou 6+ consultas e 2+ exames para HIV, sífilis e qualitativo de urina. Utilizou-se teste qui-quadrado para comparar proporções, regressão de Poisson na análise multivariável e razão de prevalências (RP) como medida de efeito.

Resultados: dentre as 12.645 parturientes identificadas, 2.184 (17,3%) eram adolescentes. Destas, 35,2% (IC95%=33,2%-37,2%) realizaram pré-natal considerado adequado, variando de 13,8% (10,8%-16,7%) em 2007 a 52,5% (46,8%-58,1%) em 2019. A análise ajustada mostrou maior RP à realização de pré-natal adequado entre aquelas de maior idade (18-19 anos), de cor da pele branca e parda, vivendo com companheiro, com 9+ anos de escolaridade, que sofreram aborto, primíparas e não fumantes.

Conclusões: houve substancial melhora na cobertura de pré-natal adequado no período estudado, mas ainda muito aquém do desejado. A melhoria destes índices depende de alcançar adolescentes de menor idade, pior escolaridade, cor da pele preta, vivendo sem companheiro, múltiparas e fumantes.

Palavras-chave *Pré-natal, Adolescentes, Fatores de risco, Avaliação dos serviços de saúde*



Introdução

A assistência pré-natal é essencial para o bem-estar materno-infantil desde a gestação até os primeiros anos de vida.¹ Orientações e cuidados recebidos nesse período, além de reduzirem a morbimortalidade nesses grupos populacionais, contribuem para o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.^{1,2}

A idade materna é um importante fator a ser considerado quando da realização do pré-natal.³ Mães adolescentes (<20 anos) apresentam riscos maiores à ocorrência de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas em relação às demais.^{3,4} Além disso, a ocorrência de baixo peso ao nascer, prematuridade e condições neonatais graves é muito mais frequente nos seus filhos.^{3,4} Comumente, adolescentes que engravidam apresentam pior nível socioeconômico.³⁻⁶

A maioria dos estudos que avalia assistência pré-natal coloca todas as adolescentes em uma única categoria e as comparam às demais idades. No geral, seus indicadores são sempre os piores, sobretudo em relação àquelas de 20-29 anos.⁶⁻⁸

Apesar disso, e de responderem por quase 20% dos partos no Brasil,⁸ é raro encontrar estudo avaliando a assistência pré-natal somente entre adolescentes.^{3,9,10} No geral, tanto faz ter 12 ou 19 anos que acabam sendo tratadas como se fossem iguais.⁶⁻⁸

Além disso, os vários critérios utilizados¹¹⁻¹³ para avaliar adequação do pré-natal são complexos demais, o que dificulta sua utilização pelos profissionais de saúde em nível de atenção primária em saúde (APS). Por esta razão, criou-se um critério de fácil aplicação baseado na idade gestacional de início das consultas, no número de consultas e de exames laboratoriais realizados. O presente artigo tem por objetivo estimar a realização de pré-natal adequado entre adolescentes no extremo sul do Brasil e identificar fatores associados à sua ocorrência ao longo de 13 anos.

Métodos

Este artigo faz parte dos inquéritos regulares denominados Estudos Perinatais de Rio Grande, RS, conduzidos neste município a cada três anos com o objetivo de monitorar os serviços de assistência à gestação e ao parto ali oferecidos.⁷ O primeiro deles foi realizado em 2007, depois em 2010, 2013, 2016 e, o mais recente, em 2019.

Rio Grande é município litorâneo localizado no extremo sul gaúcho. Dista 300 km de Porto Alegre e 250 km da divisa com o Uruguai. Nestes 13 anos, sua população passou de 195 mil para 211 mil habitantes. O agronegócio e a atividade portuária seguem como base da sua economia, embora entre 2008-13 tenha experimentado um certo “boom econômico” com a montagem de

plataformas de petróleo, atividade esta extinta em 2016. A rede pública de saúde é formada por dois hospitais, sendo um totalmente público, quatro ambulatorios de especialidades médicas e 36 unidades básicas de saúde.

Para fazer parte dos estudos perinatais, a puérpera deveria residir em área urbana ou rural do município, ter parido entre 01/01 e 31/12 dos anos de realização dos inquéritos e o seu filho ter alcançado pelo menos 500 gramas ao nascer e/ou 20 semanas de idade gestacional. Àquelas que não obedeciam a estes critérios foram excluídas do estudo. Trata-se, portanto, de um estudo censitário. Estas puérperas, quando ainda no hospital e em até 48 horas após o parto, responderam questionário único, dividido em blocos, incluindo desde o planejamento da gravidez até o pós-parto imediato.

Estes questionários foram sempre aplicados por quatro entrevistadoras previamente treinadas no mês anterior ao início da coleta de dados. Esta aplicação se deu por meio de visitas diárias às maternidades e enfermarias durante todos os dias da semana, incluindo finais de semanas e feriados.

Nos inquéritos de 2007 a 2013, utilizou-se questionário físico. Nestas ocasiões, eram codificados e revisados pelas próprias entrevistadoras e entregues na sede do estudo. As questões abertas eram, então, codificadas, revisadas e duplamente digitadas por diferentes profissionais e na ordem inversa. Esta etapa foi feita por meio do *EpiData 3.1*.¹⁴ A comparação dos bancos de dados e posterior correção feita no *Epi Info*.¹⁵

Nos inquéritos de 2016 e 2019, a entrada de dados ocorreu de forma simultânea durante a entrevista utilizando-se de *tablets* e do aplicativo REDCap (*Research Electronic Data Capture*).¹⁶ Ao final de cada dia de trabalho, os questionários eram descarregados no servidor central e, então, revisados. A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico *Stata versão 12*.¹⁷

O desfecho deste estudo foi constituído pela realização de pré-natal adequado, que compreendia iniciar as consultas no primeiro trimestre de gestação, realizar seis ou mais consultas e ser submetida a pelo menos dois testes para HIV, sífilis e qualitativo de urina. Estas informações foram obtidas a partir de informação prestada pela mãe e/ou constantes na Carteira da Gestante. Apesar da maioria das variáveis ser autoexplicativa, vale esclarecer que renda familiar se refere a soma dos valores recebidos por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior a entrevista. Estes valores foram obtidos em reais e depois, quando da análise, foram convertidos em salários-mínimos. A cor da pele foi classificada pela própria entrevistadora. De acordo com o manual de instruções, quem não era de cor da pele preta ou branca foi classificada como parda. Escolaridade se refere ao número de anos de estudos completados com aprovação.

A análise multivariável foi realizada por meio da regressão de Poisson, com ajuste da variância robusta¹⁸ e obedecendo a modelo hierárquico previamente estabelecido (Tabela 1).¹⁹ A medida de efeito utilizada foi razão de prevalências (RP) com seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). A análise ajustada incluiu todas as variáveis presentes no modelo com *p*-valor de até 0,20 na associação com o desfecho. Assim, todas as variáveis com até este *p*-valor foram mantidas no modelo para ajuste dos níveis seguintes (superiores). Os testes de Wald de heterogeneidade ou de tendência linear foram empregados para exposições ordinais.²⁰

Todos os protocolos de pesquisas foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande, este vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob os seguintes números: inquérito de 2007 (parecer 05369/2006); 2010 (parecer 06258/2009); 2013 (parecer 02623/2012); 2016 (parecer 0030-2015) e 2019 (parecer 278/2018).

Resultados

A Tabela 2 mostra que mais da metade das adolescentes tinha 18 e 19 anos e cerca de dois terços viviam com companheiro, eram de cor da pele branca e possuíam sete ou mais anos de escolaridade. Uma em cada sete delas possuía renda familiar inferior a um salário mínimo mensal (SMM) e havia exercido trabalho remunerado durante a gestação. Pelo menos três quartos delas não planejaram a gravidez, estavam tendo filho pela primeira vez e realizaram pré-natal no setor público; 15% (328) foram classificadas como tabagistas. Cerca de 20% (492) mencionaram estar em tratamento para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou depressão, decorrentes ou não da gravidez, enquanto a média de realização de pré-natal adequado ao longo destes 13 anos foi de 35,3% (770) (IC95%= 33,2%-37,2%), variando de 13,8% (71) (10,8%-16,7%) em 2007 a 52,5% (159) (46,8%-58,1%) em 2019.

A Tabela 3 mostra que a prevalência de realização de pré-natal adequado variou de 19,7% (13) para aquelas com

idade entre 11 e 15 anos até 41,6% (286) entre aquelas com 9+ anos de escolaridade. Na análise ajustada obedecendo a modelo hierárquico previamente definido, mantiveram-se significativamente associadas ao desfecho as variáveis idade da mãe, cor da pele, vivia com companheiro, escolaridade da mãe, ocorrência prévia de aborto, paridade e tabagismo na gestação. A RP à realização de pré-natal adequado entre adolescentes com 18-19 anos e cor da pele branca em relação àquelas de 11-15 anos e cor da pele preta foi 1,78 (1,02-3,10) e 1,45 (1,13-1,85), respectivamente. Viver com companheiro e possuir 9+ anos de escolaridade mostraram RP=1,32 (1,12-1,55) e 1,73 (1,22-2,46) em comparação àquelas sem companheiro e que possuíam até quatro anos de escolaridade. A RP para realização de pré-natal adequado entre aquelas que sofreram aborto atingiu 1,49 (1,15-1,95), enquanto entre primíparas alcançou 1,72 (1,41-2,11). Entre gestantes não fumantes, a RP à realização de pré-natal adequado foi 1,36 (1,11-1,67) em relação às fumantes.

Discussão

Ao longo destes 13 anos, a cobertura de pré-natal adequado entre adolescentes aumentou cerca de quatro vezes, passando de 13,8% em 2007 para a 52,5% em 2019, mas quase metade delas ainda não realiza pré-natal minimamente adequado. As maiores razões de prevalências à realização de pré-natal adequado foram observadas entre àquelas de maior idade, cor da pele branca e parda, que viviam com companheiro, de maior escolaridade, que sofreram aborto, primíparas e não fumantes.

A assistência pré-natal tem melhorado no Brasil, sobretudo nas últimas duas décadas.²¹ Além de o seu início ser praticamente universal, a proporção daquelas que realiza pré-natal considerado adequado, independente do critério utilizado, tem aumentado em diferentes localidades e regiões.^{6,8,21} Esta melhora pode ser atribuída, sobretudo, à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF).⁸ Em Rio Grande, não parece ter sido diferente. Nesses 13 anos, o número de equipes da ESF saltou de 10 para 26, e sua implantação ocorreu, principalmente, em

Tabela 1

Modelo hierárquico de análise para realização de pré-natal adequado entre adolescentes em Rio Grande, RS, 2007-19.			
Determinantes	Nível	Tipo de variável	Variável
Proximal	I	Demográficas	idade, cor da pele e se vive com companheiro
		Socioeconômicas	Escolaridade, renda familiar, se exerceu trabalho remunerado durante a gestação e se o marido está empregado
Intermediário	II	Reprodutivas	Ocorrência prévia de aborto, Paridade, planejamento da gravidez
		Utilização de serviços de saúde	Local de realização do pré-natal, se fez parto pelo SUS
		Hábitos de vida	Tabagismo e consumo de álcool durante a gestação
Distal	III	Morbidade	Hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão, anemia ou corrimento vaginal
		Desfecho	Realização de pré-natal adequado entre adolescentes

Tabela 2

Distribuição das puérperas adolescentes de acordo com algumas de suas características e assistência pré-natal recebida em cada um dos inquéritos. Rio Grande, RS, 2007-2019.

Características	Ano do inquérito (%)					Média
	2007	2010	2013	2016	2019	2007-2019
Idade da mãe (anos) ($p=0,371$)						
11 – 15	3,3 (17)	3,6 (16)	2,8 (13)	2,4 (11)	3,0 (9)	3,0% (66)
16 – 17	46,3 (239)	42,0 (187)	43,8 (203)	43,2 (197)	40,0 (112)	43,0% (930)
18 – 19	50,4 (260)	54,5 (242)	53,5 (248)	54,4 (248)	60,1 (182)	54,0% (1180)
\bar{x} (DP)	17,3 (1,4)	17,4 (1,5)	17,4(1,4)	17,5 (1,4)	17,5(1,5)	17,4 (1,4)
Vivia com companheiro ($p=0,005$)	65,1 (336)	68,1 (303)	75,4 (350)	65,8 (300)	69,3(93)	68,6% (1499)
Cor da pele ($p=0,006$)						
Branca	66,7 (344)	65,6 (292)	59,3 (275)	62,7 (286)	73,3 (222)	65,0% (1419)
Parda	19,8 (102)	23,6 (105)	27,4 (127)	25,0 (114)	18,5 (53)	22,9% (501)
Preta	13,6(70)	10,8 (48)	13,4 (62)	12,3 (56)	9,2 (28)	12,1% (264)
Escolaridade da mãe ($p<0,001$)						
1-4	8,9 (46)	7,4 (33)	7,3 (34)	3,5 (16)	3,0 (09)	6,3% (138)
5-8	59,7 (308)	64,9 (289)	64,0 (297)	65,6 (299)	54,5 (165)	62,2% (1358)
9 ou mais	31,4 (162)	27,6 (123)	28,7 (133)	30,9 (141)	42,6 (129)	31,5% (688)
\bar{x} (DP)	7,3(2,3)	7,4 (2,2)	7,4 (2,2)	7,8 (2,1)	8,1 (2,1)	7,6 (2,2)
Renda familiar em salários mínimos ($p<0,001$) (n=2015)						
<1	19,2(95)	16,1 (6,5)	5,0 (22)	11,0 (43)	16,4 (47)	13,5% (272)
1 - 1,9	43,2 (214)	47,5 (192)	46,9 (206)	49,9 (195)	53,2 (152)	47,6% ((959)
2 - 3,9	29,1 (144)	30,0 (121)	41,2 (181)	31,5 (123)	28,3 (81)	32,3% (650)
<4 ou mais	8,5 (42)	6,4 (26)	6,8 (30)	7,8 (30)	2,1 (06)	6,7% (134)
Mediana	1,4	1,5	1,9	1,7	1,4	1,6
Trabalharam para fora de casa durante a gravidez ($p=0,014$)	13,2 (68)	18,0 (80)	15,7 (73)	17,5 (80)	13,2 (40)	15,6% (341)
Se companheiro estava desempregado ($p<0,001$) (n=2032)	24,4 (151)	19,1 (111)	9,5 (66)	31,0 (164)	24,9 (205)	78,4% (1594)
Tabagismo antes e durante a gestação ($p<0,001$)	21,1 (109)	18,4 (82)	14,0 (65)	9,9 (45)	8,9 (27)	15,0% (328)
Não planejaram a gravidez ($p=0,015$)	72,7 (375)	74,4 (331)	75,9 (352)	73,5 (335)	82,4 (251)	75,3% (1644)
Paridade ($p=0,002$)						
1	76,6 (395)	76,6 (341)	85,6 (397)	78,5 (358)	75,9 (230)	78,8% (1721)
2 ou mais	23,4 (121)	23,4 (104)	14,4 (67)	21,5 (98)	24,1 (73)	21,2% (463)
Ocorrência prévia de aborto ($p=0,082$)	8,3 (43)	5,6 (25)	5,0 (23)	4,6 (21)	4,9 (15)	5,8% (127)
Setor onde fez pré-natal ($p=0,001$)						
Público	79,8 (394)	79,1 (334)	77,4 (350)	82,1 (368)	89,6 (259)	81,0% (1705)
Privado	20,2 (100)	20,9 (88)	22,6 (102)	17,9 (80)	10,4 (30)	19,0% (400)
Realizaram pré-natal considerado adequado* ($p<0,001$)	13,8 (71)	31,9 (142)	43,8 (203)	42,8 (195)	52,5 (159)	35,3% (770)
Total (n)	23,6 (516)	20,4 (445)	21,3 (464)	20,9 (456)	13,9 (303)	100,0% (2184)

* Iniciaram as consultas no primeiro trimestre de gestação, realizaram seis ou mais consultas e foram submetidas a pelo menos dois testes para HIV, sífilis e qualitativo de urina.

áreas rurais e na periferia da cidade. Isto, por certo, elevou a cobertura de pré-natal, inclusive entre as adolescentes.

Neste estudo, quanto menor a idade da adolescente, maior a probabilidade de ela não realizar pré-natal adequado. Isto é particularmente grave em Rio Grande porque, neste mesmo período, a ocorrência de partos entre aquelas com até 15 anos de idade aumentou 26% (passou de 9,7% para 12,2%).⁷ Isso favorece o surgimento de diferentes intercorrências ao longo da gestação,

complicações no momento do parto, baixo peso ao nascer, prematuridade, hospitalizações no pós-parto imediato, entre outras.^{4,6,22,23}

Adolescentes de cor da pele branca e parda apresentaram RP cerca de 40% maior à realização de pré-natal adequado em relação àquelas de cor preta. A pior cobertura observada entre puérperas de cor da pele preta vem sendo denunciada de longa data.^{24,25} No geral, gestantes de cor preta iniciam pré-natal mais tarde, realizam

Tabela 3

Prevalência por categoria e análises bruta e ajustada para fatores associados à realização de pré-natal adequado entre adolescentes no pós-parto no município de Rio Grande (RS), Brasil, 2007-2019.

Nível	Característica	Prevalência de realização de pré-natal adequado (%)	Análises (Razão de prevalências e IC95%)	
			Bruta	Ajustada
I	Idade da mãe (anos)	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,022$
	11 – 15	19,7 (13)	1,00	1,00
	16 – 17	30,9 (290)	1,57 (0,96-2,58)	1,55 (0,89-2,72)
	18 – 19	39,6 (467)	2,01 (1,23-3,29)	1,78 (1,02-3,10)
	Cor da pele	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,008$
	Branca	37,4 (531)	1,54 (1,23-1,93)	1,42 (1,09-1,85)
	Parda	34,9 (175)	1,44 (1,13-1,84)	1,45 (1,13-1,85)
	Preta	24,2 (64)	1,00	1,00
	Vivia com companheiro	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,001$
	Sim	39,4 (590)	1,50 (1,30-1,72)	1,32 (1,12-1,55)
	Não	26,3 (180)	1,00	1,00
	Escolaridade da mãe	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,002$
	0 – 4	23,2 (32)	1,00	1,00
	5 – 8	33,3 (452)	1,43 (0,89-1,73)	1,47 (1,04-2,06)
	9 ou mais	41,6 (286)	1,79 (1,15-2,18)	1,73 (1,22-2,46)
	Renda familiar mensal em salários mínimos	$p=0,174$	$p=0,174$	$p=0,383$
	<1	30,5 (83)	1,00	1,00
	1 - 3,9	35,6 (573)	1,17 (0,96-1,41)	1,09 (0,89-1,33)
	<4 ou mais	38,8 (52)	1,27 (0,96-1,68)	1,14 (0,86-1,52)
	Exerceu trabalho remunerado na gravidez	$p=0,556$	$p=0,552$	$p=0,478$
	Sim	36,7 (125)	1,05 (0,90-1,22)	0,94 (0,80-1,11)
Não	35,0 (645)	1,00	1,00	
Companheiro estava empregado	$p=0,008$	$p=0,011$	$p=0,088$	
Sim	37,9 (604)	1,22 (1,05-1,42)	1,16 (0,98-1,37)	
Não	31,1 (136)	1,00	1,00	
II	Ocorrência prévia de aborto	$p=0,670$	$p=0,666$	$p=0,003$
	Sim	37,0 (47)	1,05 (0,83-1,33)	1,49 (1,15-1,95)
	Não	35,1 (723)	1,00	1,00
	Paridade	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$
	1	38,1 (656)	1,54 (1,31-1,84)	1,72 (1,41-2,11)
	2 ou mais	24,6 (114)	1,00	1,00
	Planejaram a gravidez	$p=0,003$	$p=0,002$	$p=0,334$
	Sim	40,6 (219)	1,21 (1,07-1,37)	0,94 (0,83-1,07)
	Não	33,5 (551)	1,00	1,00
	Realizou consultas de pré-natal no serviço:	$p=0,317$	$p=0,311$	$p=0,345$
Público	36,1 (615)	1,00	1,00	
Privado	38,7 (155)	1,07 (0,94-1,23)	0,93 (0,81-1,08)	

III				
	Tabagismo na gestação	$p < 0,001$	$p = 0,008$	$p = 0,004$
	Sim	24,2 (80)	1,00	1,00
	Não	37,2 (690)	1,55 (1,26-1,89)	1,36 (1,11-1,67)
	Consumo de álcool na gestação	$p = 0,021$	$p = 0,034$	$p = 0,074$
	Sim	24,2 (23)	1,00	1,00
	Não	35,8 (747)	1,47 (1,03-2,12)	1,38 (0,97-1,95)
	Morbidade gestacional	$p = 0,786$	$p = 0,322$	$p = 0,414$
	Não	35,1 (594)	1,00	1,00
	Sim	35,8 (176)	1,06 (0,94-1,19)	1,05 (0,93-1,18)
	Total	35,3 (770/2184)		

*Fizeram tratamento para pelo menos uma dessas doenças durante a gravidez: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão, anemia e corrimento vaginal patológico.

Modelo ajustado:

Nível I: Ajustada para: idade da mãe, cor da pele, vivia com companheiro, escolaridade da mãe, renda familiar mensal em salários mínimos, exerceu trabalho remunerado na gravidez e se companheiro estava empregado;

Nível II: Ajustada para: idade da mãe, cor da pele, vivia com companheiro, escolaridade da mãe, renda familiar mensal em salários mínimos, se companheiro estava empregado, ocorrência prévia de aborto, paridade, planejaram a gravidez, realizou consultas de pré-natal no serviço público ou privado, fumavam antes e durante a gravidez, consumiam álcool durante a gravidez e estavam a ser tratadas de uma doença durante a gravidez.

Nível III: Ajustada para: idade da mãe, cor da pele, vivia com companheiro, escolaridade da mãe, renda familiar mensal em salários mínimos, se companheiro estava empregado, paridade, planejaram a gravidez, tabagismo na gestação, consumo de álcool durante a gestação e morbidade gestacional.

menor número de consultas, procedimentos clínicos e exames laboratoriais. Isto se mantém mesmo após ajuste para características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, comportamentais e nutricionais.^{6,8,26,27} Gestores de políticas públicas precisam enfrentar este problema de forma mais efetiva, desde a elaboração do programa até a capacitação daqueles que entregam cuidado ao usuário.²⁵

A proporção de púrpuras riograndinas que vive com companheiro é bastante similar àquela observada em diversas outras localidades no Brasil, ou seja, em torno de 75%-80%.^{6,8} Em Rio Grande, viver com companheiro favoreceu a realização de pré-natal adequado. A presença de companheiro tem se mostrado benéfica não somente à realização de pré-natal adequado, como também à redução na incidência de baixo peso ao nascer⁶, maior suplementação com ácido fólico²⁸ e sulfato ferroso.²⁹ Logo, em se tratando de assistência pré-natal, ter companheiro é benéfico à saúde materno-infantil.

Não há desfecho importante em saúde materno-infantil que não sofra influência da escolaridade materna.³⁰ No geral, quanto maior o nível de escolaridade da mãe, melhor os seus indicadores de saúde e, também, dos seus filhos.^{7,29,30} Embora o efeito da escolaridade sobre a adequação do pré-natal seja mais evidente quando inclui mães de maior idade, portanto de maior escolaridade, os resultados aqui obtidos mostram que isto já se faz presente na adolescência, mesmo com poucos anos de estudo.

Adolescentes que sofreram aborto mostraram maior RP à realização de pré-natal adequado. Não se encontrou, mesmo para gestantes de qualquer idade, um único estudo que avaliasse o possível o efeito da ocorrência de aborto prévio (espontâneo ou induzido) sobre a realização de

pré-natal adequado (ou não). Nem mesmo fora do Brasil. A quase totalidade dos estudos que avalia assistência pré-natal controla apenas para características demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e comportamento, tipo de serviço (público ou privado) e, quando muito das reprodutivas, incluem apenas paridade.³¹⁻³³ É bem possível que pelo fato de terem passado por uma situação traumática, com potencial risco de morte inclusive, essas mulheres, quando de uma nova gravidez, cuidem-se mais e melhor, o que acaba resultando em um pré-natal de melhor qualidade.

A RP à realização de pré-natal adequado entre as primíparas foi substancialmente maior em relação às demais. Isto pode ser atribuído à condição clínica de primeiro parto que, por si só configura situação de risco, mas, também pela preocupação, ansiedade e novidade da parturiente e de familiares. Passado este momento, é de se supor que as gravidezes subsequentes, sobretudo se esta primeira foi bem-sucedida, o que ocorre na grande maioria das vezes, demandem menor preocupação e, por isso, as múltiparas apresentem menor RP à realização de pré-natal adequado.

Adolescentes não fumantes mostraram maior RP à realização de pré-natal adequado. Resultado similar foi observado em Aracaju, SE, onde a RP à não realização de pré-natal adequado entre fumantes alcançou 2,25 (IC95%= 1,69-2,99) em comparação às mães não fumantes.³³ Isso sugere que alguns comportamentos de risco são importantes fatores associados à utilização inadequada dos serviços de saúde, no caso o pré-natal.

Como outros tantos estudos que tratam do tema, pelo menos uma limitação precisa ser mencionada sobre a forma de obtenção das informações. A maioria delas

advém do relato da mãe e não de prontuários médicos e/ou registros hospitalares. Os dados da Carteira da Gestante foram copiados, mas somente metade delas estava de posse. Ainda assim, havia incompletude principalmente quanto a procedimentos e testes laboratoriais realizados. É possível ter ocorrido algum esquecimento e ou imprecisão para um ou outro valor referido. Isto, se por um lado não fornece informação exata, pelo menos assegura comparabilidade com outros estudos sobretudo os de base populacional, invariavelmente afetados por este problema.

Este estudo mostra que a realização de pré-natal adequado entre adolescentes melhorou consideravelmente no município, mas que há ainda muito por fazer em seu benefício visto que metade delas ainda não atingiu esta condição. Mostrou ainda que os fatores que mais contribuíram para alcançar esta condição não são exatamente os mesmos observados em relação às gestantes de maior idade e que mesmo entre as adolescentes, a magnitude do efeito varia porque elas são diferentes. Logo, tratá-las como se fossem iguais não parece razoável porque diminui o potencial impacto de intervenções e ajuda a perpetuar desigualdades. Há que priorizar as mais vulneráveis, ou continuaremos a conviver com elevados níveis de morbimortalidade materno-infantil em um país economicamente pujante, com um sistema de saúde universal, mas desigual no seu acesso.

Agradecimentos

Agradecemos pelo apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processos: 305754/2015-7 e 309570/2019-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) processo 0700090 e Programa Pesquisador Gaúcho processo 19/2551-0001732-4 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) processo 88881.337054/2019-1.

Contribuição dos autores

Cesar JA: delineou o estudo, análise dos dados, redação do manuscrito. Saavedra JS e Marmitt LP: auxiliaram na análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito. Mendoza-Sassi RA: auxiliou na interpretação dos dados, redação do manuscrito. Os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. World Health Organization. WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016. [acesso em 2022 Mai 2]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2022 Mar 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
3. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Bommarito K, Madden T, Olsen MA, *et al.* Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Matern Child Health J.* 2015 Jun; 19 (6): 1202-11.
4. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, *et al*; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG.* 2014 Mar; 121 (Suppl. 1): 40-8.
5. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos-Neto ET. Gravidez na adolescência no Brasil: fatores associados à idade materna. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2021; 21 (4): 1065-74.
6. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, *et al.* Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (Supl.): S85-100.
7. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Marmitt LP. Evolution of care during pregnancy and childbirth in the extreme south of Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2021 Aug; 55: 50.
8. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33 (3): e00195815.
9. Vaz RF, Monteiro DLM, Rodrigues NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000–2011. *Rev Assoc Med Bras.* 2016; 62 (4): 330-5.
10. 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.
11. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health.* 1994; 84: 1414-20.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): DOU de 8 de junho de 2000. Seção 1, p. 4-6. [acesso em 2022 Mar 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

13. 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.
14. Lauritsen JM, editor. EpiData data entry, data management and basic Statistical Analysis System. Odense (DK): EpiData Association; 2000–2008 [acesso em 2017 Oct 20]. Disponível em: <http://www.epidata.dk>
15. Dean A, Arner T, Sunki G, Friedman R, Lantinga M, Sangam S, *et al.* Epi Info™, a database and statistics program for public health professionals. Atlanta (USA): CDC; 2011.
16. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research Electronic data capture (REDCap): a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009 Apr; 42 (2): 377-81.
17. Stata Corp. Stata statistical software: release 11.2. College Station (TX): Stata Corporation; 2011.
18. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003 Oct; 3: 21.
19. Victora CG, Huttly SH, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26 (1): 224-7.
20. Kirkwood BR, Sterne JAC. Essentials of medical statistics. 2ª ed. Londres: Blackwell Scientific Publications; 2003.
21. França GV, Restrepo-Mendez MC, Maia MF, Victora CG, Barros AJD. Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. *Int J Equity Health.* 2016; 15: 149.
22. GBDCM 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016 Oct; 388 (10053): 1725-74.
23. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Arredondo-López B, Colomino-Ceprián S, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Maternal age and pregnancy, childbirth and the puerperium: obstetric results. *J Clin Med.* 2019 May; 8 (5): 672.
24. Leal MC, Gama SG, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39: 100-7.
25. Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan.* 2010; 25 (4): 253-61.
26. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2019; 19 (1): 43-52.
27. Holand BL, Fonseca SG, Drehmer M, Bosa VL. Adequacy of prenatal care considering nutritional assistance in Southern Brazil: Maternal Cohort Study. *Cad Saúde Pública.* 2021 Jul 5; 37 (6): e00130320.
28. Lunet N, Rodrigues T, Correia S, Barros H. Adequacy of prenatal care as a major determinant of folic acid, iron, and vitamin intake during pregnancy. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (5): 1151-7.
29. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. The Epidemiology of Inequality: A Longitudinal Study of 6000 Brazilian Children. São Paulo, Brazil: CEBES-HUCITEC; 1988.
30. Farias-Antunez S, Simões VMF, Cardoso VC, Silveira MFD. Sociodemographic profile of primiparous mothers from nine birth cohorts in three Brazilian cities. *Cad Saúde Pública.* 2021 May 14; 37 (4): e00057520.
31. Silva EPD, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. *Rev Saúde Pública.* 2019; 53: 43.
32. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, *et al.* Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. *Ciêns Saúde Colet.* 2019; 24: 1223-32.
33. Ribeiro ER, Guimarães AM, Bettiol H, Lima DD, 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 Jul; 22; 9: 31.

Recebido em 14 de Julho de 2022

Versão final apresentada em 16 de Maio de 2023

Aprovado em 17 de Maio de 2023

Editor Associado: Gabriela Sette