

Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011*

doi: 10.5123/S1679-49742016000200006

Assessment of the adequacy of prenatal care according to family income in Aracaju, Sergipe State, Brazil, 2011

Renata Alves da Silva Carvalho¹

Victor Santana Santos²

Cláudia Moura de Melo³

Ricardo Queiroz Gurgel²

Cristiane Costa da Cunha Oliveira³

¹Secretaria Municipal de Saúde, Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, Aracaju-SE, Brasil

²Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Aracaju-SE, Brasil

³Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Aracaju-SE, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a adequação do cuidado pré-natal oferecido às gestantes usuárias de serviços de saúde em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil, segundo a renda familiar. **Métodos:** estudo transversal com 322 mulheres residentes no município de Aracaju que tiveram filhos nascidos em novembro e dezembro de 2011; os dados foram coletados mediante aplicação de questionários, incluindo número de consultas, procedimentos técnicos e laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde; a adequação do pré-natal foi avaliada segundo os critérios do Ministério; utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparar as proporções entre as variáveis categóricas. **Resultados:** o cuidado pré-natal foi considerado inadequado para 89,1% das mulheres estudadas, sem diferença estatística para inadequação do pré-natal segundo a renda familiar ($p=0,323$). **Conclusão:** foi evidenciada baixa adequação do cuidado pré-natal, independentemente da renda familiar da gestante, quando utilizados os parâmetros do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal; Qualidade da Assistência à Saúde; Renda; Desigualdades em Saúde; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to assess the adequacy of prenatal care offered to pregnant health service users in Aracaju, Sergipe State, Brazil, according to family income. **Methods:** this was a cross-sectional study with 322 women living in the city of Aracaju whose children were born in November and December 2011; data were collected using questionnaires, including number of consultations, technical and laboratory procedures recommended by the Brazilian Ministry of Health (MoH); adequacy of prenatal care was assessed according to MoH criteria; chi-square test was used to compare proportions between categorical variables. **Results:** prenatal care was considered inadequate for 89.1% of women, with no statistical difference for inadequacy of prenatal care according to family income ($p=0.323$). **Conclusion:** low adequacy of prenatal care was found when applying MoH parameters, regardless of pregnant women's family income.

Key words: Prenatal Care; Quality of Health Care; Income; Health Inequalities; Cross-Sectional Studies.

* O presente estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Edital AUX-PE-PROSUP 2203/2010: Processo nº 23038009763/201. O artigo foi baseado na dissertação de Mestrado de Renata Alves da Silva Carvalho, intitulada 'Avaliação das desigualdades na mortalidade infantil e assistência pré-natal em Aracaju/SE/Brasil', apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, em Aracaju-SE, no ano de 2013.

Endereço para correspondência:

Renata Alves da Silva Carvalho – Av. Dr. Sílvio Cabral de Santana, nº 500, Condomínio Guilhermino Resende, casa 89, Bairro Aruana, Aracaju-SE, Brasil. CEP: 49000-239
E-mail: renata.luca.2013@gmail.com

Introdução

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde materno-infantil, pois permite a identificação de fatores de risco para a gravidez e possibilita seu gerenciamento.¹ O acompanhamento adequado do pré-natal está associado a melhores desfechos perinatais¹ e à redução da mortalidade materna e infantil.²

Os procedimentos preconizados para a assistência pré-natal, entretanto, variam entre as regiões do mundo. Países desenvolvidos têm adotado o padrão tradicional, que recomenda maior número de consultas (mínimo de 11 consultas) e exporta esse modelo para alguns países de baixa e média renda.³ Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera menor número de consultas (mínimo de quatro) para gestações de risco habitual, se o cuidado fornecido for de boa qualidade, e os problemas detectados, rápida e devidamente tratados.⁴

No Brasil, a atenção pré-natal segue as recomendações do Ministério da Saúde⁵ e tem como objetivo reduzir a mortalidade materno-infantil no país. De acordo com o Ministério, a atenção pré-natal deve ser acolhedora, sem intervenções desnecessárias, iniciada durante o primeiro trimestre de gestação e com a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal (ao menos uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação). A atenção pré-natal também deve prever (i) exame clínico-obstétrico (medidas de peso; pressão arterial; altura uterina; palpação obstétrica; palpação de mamas; exame especular; ausculta fetal), (ii) exames laboratoriais solicitados já na primeira consulta (tipagem sanguínea; hemoglobina/hematócrito; glicemia; VDRL [*venereal disease research laboratory test*, teste sorológico para sífilis]; urina tipo 1; *anti-human immunodeficiency virus test*, teste anti-vírus da imunodeficiência humana [anti-HIV]) e, ao se aproximar a 30^a semana de gestação, (iii) novamente glicemia, VDRL, urina tipo 1 e anti-HIV, além de HbsAg.⁵ Tais recomendações têm o objetivo de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal.^{5,6}

Apesar dos avanços na quantidade de consultas pré-natais no Brasil, estudos realizados na região Sul do país têm demonstrado inadequações no cuidado pré-

natal – p. ex., dificuldades de acesso, baixo número de consultas, início tardio e realização incompleta dos procedimentos preconizados –,^{7,8} principalmente relacionadas às condições de vida das mulheres.⁷ Fatores sociais adversos e baixa condição de vida têm sido associados a baixa qualidade do pré-natal.⁹

O acompanhamento adequado do pré-natal está associado a melhores desfechos perinatais e à redução da mortalidade materna e infantil.

As desigualdades em saúde materno-infantil são observadas com frequência, especialmente nos países de renda média e baixa.⁹ O presente estudo avaliou a adequação do cuidado pré-natal oferecido às gestantes usuárias de serviços de saúde no município de Aracaju, estado de Sergipe, Brasil, segundo a renda familiar.

Métodos

Estudo transversal com mulheres que tiveram filhos nascidos vivos entre os meses de novembro e dezembro de 2011 e que eram residentes no município de Aracaju, capital do estado de Sergipe, região Nordeste do Brasil. Em 2011, Aracaju possuía uma população de 579.563 habitantes, sendo 208.060 mulheres em idade fértil e um total de 9.742 nascidos vivos.¹⁰ A rede de Atenção Básica local contava com 43 unidades básicas de saúde – UBS – estruturadas para o cuidado pré-natal de risco habitual, além de um centro de referência para os casos de alto risco.

Os critérios de inclusão no estudo foram: gestação única, acima de 36 semanas, pré-natal realizado em Aracaju e endereço cadastrado no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do município. Os nascidos vivos estimados para o ano de 2011 foram 8.959, e o Sinasc notificou 9.742 nascimentos em Aracaju, sendo considerada satisfatória a cobertura local do sistema.¹⁰

Para a estimativa de tamanho da amostra, foi estabelecida uma proporção esperada de adequação do pré-natal de 40% entre mulheres de menor renda e de 60% entre mulheres de maior renda. Tomado esse parâmetro, considerando-se um nível de 95% de confiança, poder de 90% e razão de 2:1 (não-expostos: expostos), a amostra foi estimada em 314 mulheres.

A seleção das mulheres, realizada de forma aleatorizada, a partir dos endereços disponíveis nas declarações de nascidos vivos, foi gerada no programa Excel 14.0 e respeitou a estratificação dos 39 bairros cobertos pelos 4 polos de saúde, conforme a organização das regiões de saúde de Aracaju, totalizando 322 mulheres. Incluiu-se os nascidos nos meses de novembro e dezembro de 2011 com a intenção de reduzir o viés recordatório durante as entrevistas, realizadas em janeiro de 2012.

As entrevistas aconteceram no domicílio das mulheres selecionadas mediante aplicação de questionário estruturado, constituído de perguntas referentes à situação socioeconômica, demográfica, rotinas de procedimentos e exames realizados no pré-natal. Assistentes de pesquisa treinados realizaram as entrevistas, após a obtenção de consentimento informado por escrito. Com o intuito de diminuir a possibilidade de viés recordatório do estudo, durante a entrevista, era solicitado a todas as mulheres o cartão da gestante, bem como os resultados dos exames realizados no pré-natal. Todas as mulheres apresentaram o cartão da gestante ou os resultados dos exames realizados, independentemente do estrato de renda ou tipo de serviço utilizado.

Para as mulheres que realizaram o pré-natal no setor público, mesmo tendo-se observado o cartão da gestante (ou os resultados dos exames), os dados coletados durante a entrevista foram confrontados com os dados disponíveis nos registros do Programa de Saúde da Mulher, não se observando diferença entre ambas fontes de informações. Entretanto, não foi possível realizar o mesmo confronto entre essas informações para as mulheres que realizaram pré-natal no setor privado.

As variáveis estudadas foram:

- idade (em anos: ≤ 18 ; 19 a 34; ≥ 35);
- cor da pele (branca, parda, negra);
- escolaridade (em anos de estudo: < 4 ; 5 a 8; ≥ 9);
- situação conjugal na gravidez (com ou sem companheiro);
- número de gestações (primigesta; 2 a 3; ≥ 4);
- abortamento anterior (sim; não);
- tipo de assistência pré-natal (público; privado; ambos);
- renda familiar (em salários mínimos); e
- adequação do cuidado pré-natal (inadequado; adequado).

A composição dos estratos de renda foi estabelecida por quantidade de salários mínimos que a família

recebia à época do pré-natal. A classificação da renda foi feita por estratos, dividida em quatro categorias: até 1 salário mínimo; > 1 a 2; > 2 a 3; acima de 3 salários. O valor do salário mínimo no período de realização do estudo era de R\$ 545,00.

Para avaliar a adequação do cuidado pré-natal, foram utilizados os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, estabelecendo-se – neste estudo – como cuidados adequados aqueles iniciados no primeiro trimestre, com um mínimo de seis consultas e os seguintes procedimentos técnicos e exames realizados durante o pré-natal:

- medidas de peso;
- pressão arterial;
- altura uterina;
- palpação de mamas;
- exame ginecológico;
- suplementação com sulfato ferroso;
- esquema vacinal antitetânico completo; e
- pelo menos dois exames de sangue (hemoglobina; hematócrito; tipagem sanguínea; glicemia em jejum), urina tipo 1, sorologia para HIV (pelo menos uma), hepatite B e sífilis.⁵

O esquema de vacinação contra o tétano foi considerado completo (i) quando as mulheres receberam três doses da vacina, (ii) quando completaram o esquema durante a gestação ou (iii) quando foram previamente vacinadas com esquema completo e, ademais, receberam uma única dose pelo menos duas semanas antes do parto.

Embora o estudo tenha se realizado em 2011, época da publicação das recomendações da estratégia Rede Cegonha, estas ainda não tinham sido implantadas em Aracaju. Sendo assim, optou-se por utilizar como critério o elenco de procedimentos técnicos definidos pelo Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério, do Ministério da Saúde, vigente em 2011.⁵

As mulheres também foram questionadas sobre a realização de ultrassonografia e exame citopatológico (ambos recomendados pelo Ministério: a ultrassonografia, se disponível; e o citopatológico, se necessário), e se receberam orientações quanto à amamentação, cuidados com as mamas e com o recém-nascido. Estas informações não fizeram parte das análises para avaliação da adequação/inadequação do pré-natal, sua descrição visou tão-somente aumentar o conhecimento acerca de outros cuidados com a mulher e a educação em saúde. A análise dos dados foi realizada

com o apoio do *software* SPSS versão 20. Variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências relativas. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar a proporção entre as variáveis categóricas, com nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (Protocolo nº 060711), e sua realização, condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas respondentes.

Resultados

Foram entrevistadas 322 mulheres que haviam realizado pré-natal em Aracaju no ano de 2011: 53,4% delas tinham renda familiar de até 1 salário mínimo; 22,0% entre 1 e 2 salários; 5,6% entre 2 e 3 salários; e 18,9%, renda acima de 3 salários mínimos.

A idade das mulheres variou de 13 a 43 anos, com média de 26,8 ($\pm 6,5$) anos, sendo 11,8% adolescen-

tes e 14,3% com 35 anos ou mais. A maioria referiu ter cor da pele parda (60,2%); 81,7% das mulheres possuíam 5 a 8 anos de estudo; 88,8% apresentavam companheiro fixo durante o pré-natal; 44,7% eram primigestas; e 77,3% referiram nunca ter abortado (Tabela 1).

Quanto ao tipo de prestador da assistência, 58,4% fizeram pré-natal no serviço público, 35,4% no privado e 6,2% fizeram pré-natal em ambos os serviços. A maior parte das mulheres de menor renda fez pré-natal no serviço público (86,6%), enquanto as de maior renda foram acompanhadas em serviços particulares (93,4%) ($p < 0,001$). Quanto ao ingresso no pré-natal, 79,5% das gestantes afirmaram ter iniciado o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação. Entretanto, apenas 67,4% das gestantes pertencentes à primeira categoria de renda iniciaram as consultas no primeiro trimestre ($p < 0,001$), e 76,4% afirmaram ter realizado ≥ 6 consultas de pré-natal; as gestantes pertencentes às categorias de maior renda

Tabela 1 – Distribuição das características relacionadas à mãe de acordo com a renda familiar no município de Aracaju, Sergipe, 2011

Características	Renda familiar (%)					p-valor ^b
	Total (%)	≤ 1 SM ^a	$> 1-2$ SM ^a	$> 2-3$ SM ^a	> 3 SM ^a	
Faixa etária (em anos)						$< 0,001$
≤ 18	11,8	17,4	9,9	0,0	1,6	
19 a 34	73,9	74,4	76,1	77,8	68,9	
≥ 35	14,3	8,1	14,1	22,2	29,5	
Cor da pele						0,040
Branca	22,7	15,7	23,9	44,4	34,4	
Parda	60,2	64,5	54,9	44,4	59,0	
Negra	17,1	19,8	21,1	11,1	6,6	
Escolaridade (em anos de estudo)						$< 0,001$
≤ 4	5,9	11,0	0,0	0,0	0,0	
5 a 8	81,7	88,4	95,8	88,9	44,3	
≥ 9	12,4	0,6	4,2	11,1	55,7	
Com companheiro	88,8	83,7	91,5	100,0	96,7	0,011
Número de gestações						0,051
Primigesta	44,7	38,4	49,3	50	55,7	
2 a 3	40,7	41,3	42,3	44,4	36,1	
≥ 4	14,6	20,3	8,5	5,6	8,2	
Aborto anterior						0,074
Sim	22,7	25,0	28,2	5,6	14,8	
Não	77,3	75,0	71,8	94,4	85,2	

a) SM: salário mínimo, com valor de R\$ 545,00 em 2011

b) Teste do qui-quadrado

apresentaram maiores percentuais de consultas ($p < 0,001$). Houve baixa frequência de mulheres que realizaram exame ginecológico (41,9%), com menores proporções entre as mulheres de menor renda (29,1%) (Tabela 2).

Com relação aos procedimentos técnicos preconizados pelo Ministério da Saúde, 99,4% tiveram a pressão arterial aferida; 98,1%, altura uterina verificada; 97,8% foram pesadas; em 63,4%, foi realizada a palpação das mamas; 96,3% receberam suplementação com sulfato ferroso; e 97,2% possuíam esquema vacinal completo. Não houve diferença estatística entre as proporções dos procedimentos técnicos anteriormente mencionados, segundo a renda familiar (Tabela 2).

Quanto aos exames laboratoriais obrigatórios, 82,0% realizaram hemograma e dosagem de glicose, com menores proporções entre mulheres de

menor renda quando comparadas às de maior renda (77,3% *versus* 91,8%; $p = 0,038$). A sorologia para sífilis (VDRL) foi realizada por 46,9% das mulheres entrevistadas; e a sorologia para HIV, por 57,5%. O sumário de urina foi realizado por 73,0% das entrevistadas, em menores proporções entre as mulheres de menor renda e maiores proporções no grupo de maior renda (65,7% *versus* 91,8%; $p = 0,001$). A ultrassonografia obstétrica foi realizada em 84,9% das mulheres da primeira categoria de renda e em 100% das mulheres das duas faixas de maiores rendas ($p = 0,001$) (Tabela 2).

Orientações dos profissionais de saúde quanto à amamentação, cuidados com o recém-nascido e cuidados com as mamas foram atendidas por 75,8%, 73,6% e 70,5% das mulheres, respectivamente, segundo as informações coletadas (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas ao cuidado pré-natal de acordo com a renda familiar no município de Aracaju, Sergipe, 2011

Variável	Renda familiar ^a (%)					p-valor ^b
	Total (%)	≤1 SM ^a	>1-2 SM ^a	>2-3 SM ^a	>3 SM ^a	
Tipo de assistência pré-natal						<0,001
Público	58,4	86,6	47,9	16,7	3,3	
Privado	35,4	8,7	40,8	72,2	93,4	
Ambos	6,2	4,7	11,3	11,1	3,3	
Iniciou no primeiro trimestre de gestação						
Sim	79,5	67,4	90,1	100,0	95,1	<0,001
Número de consultas						
≥6	76,4	65,1	85,9	88,9	93,4	<0,001
Procedimentos técnicos						
Pressão arterial	99,4	98,8	100,0	100,0	100,0	0,639
Altura uterina	98,1	98,3	98,6	100,0	96,7	0,780
Peso	97,8	96,5	100,0	100,0	98,4	0,331
Palpação de mamas	63,4	59,3	69,0	55,6	70,5	0,262
Exame ginecológico	41,9	29,1	50,7	55,6	63,9	<0,001
Submetidas, no mínimo, 2 vezes aos seguintes exames						
Hemograma e glicemia	82,0	77,3	81,7	94,4	91,8	0,038
VDRL ^c	46,9	46,5	54,9	27,8	44,3	0,192
Anti-HIV ^d	57,5	59,3	66,2	44,4	45,9	0,070
Urina	73,0	65,7	71,8	83,3	91,8	0,001
Outros procedimentos						
Utilizou sulfato ferroso	96,3	96,5	98,6	94,4	93,4	0,450
Realizou esquema antitetânico	97,2	98,3	95,8	100,0	95,1	0,433
Ultrassonografia obstétrica	91,6	84,9	98,6	100,0	100,0	0,001

a) SM: salário mínimo, com valor de R\$ 545,00 em 2011.

b) Teste do qui-quadrado

c) VDRL: *veneral disease research laboratory test*, teste sorológico para sífilis.

d) Anti-HIV: *anti-human immunodeficiency virus test*, teste anti-vírus da imunodeficiência humana (HIV).

No geral, de acordo com os critérios adotados, a assistência pré-natal foi inadequada para 89,1% das mulheres que realizaram o pré-natal em Aracaju, independentemente da renda familiar. O cuidado pré-natal foi adequado para: 8,1% das mulheres com renda familiar inferior a 1 salário mínimo; 12,7% com renda familiar >1-2 salários; 11,1% com renda >2-3 salários; e para 16,4% daquelas com renda familiar acima de 3 salários. Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa para a adequação do cuidado pré-natal entre as categorias de renda ($p=0,323$). Quando observado por tipo de prestador de serviço, o cuidado pré-natal foi adequado para 8,5% das mulheres acom-

panhadas no serviço público e para 14,9% daquelas atendidas no setor privado, sem diferença significativa estatisticamente (Tabela 4).

Discussão

Em 2011, a cobertura da Estratégia Saúde da Família em Aracaju era de 92,5% e a taxa de cobertura de planos de saúde de 34,9%.¹¹ Apesar de a Rede de Atenção Básica do setor público ter apresentado uma boa cobertura, o cuidado pré-natal foi considerado inadequado para uma elevada proporção de mulheres do município, quando adotados os parâmetros e

Tabela 3 – Orientações relacionadas ao cuidado pré-natal de acordo com a renda familiar no município de Aracaju, Sergipe, 2011

Variável	Renda familiar ^a (%)					p-valor ^b
	Total (%)	≤1 SM ^a	>1-2 SM ^a	>2-3 SM ^a	>3 SM ^a	
Recebeu orientação quanto à amamentação	75,8	72,7	78,9	94,4	75,4	0,194
Recebeu orientação quanto aos cuidados com o recém-nascido	73,6	74,4	71,8	77,8	72,1	0,942
Recebeu orientação quanto aos cuidados com a mama	70,5	68,6	74,6	77,8	68,9	0,703

a) SM: salário mínimo, com valor de R\$ 545,00 em 2011.
b) Teste do qui-quadrado

Tabela 4 – Adequação do cuidado pré-natal de acordo com o tipo de assistência pré-natal e a renda familiar no município de Aracaju, Sergipe, 2011

Variável	Adequação do pré-natal ^a		p-valor ^b
	Adequado (%)	Inadequado (%)	
Tipo de assistência pré-natal			0,625
Público	8,5	91,5	
Privado	14,9	85,1	
Ambos	10,0	90,0	
Renda familiar (em salários mínimos)			0,323
≤1 ^c	8,1	91,9	
>1-2 ^c	12,7	87,3	
>2-3 ^c	11,1	88,9	
>3 ^c	16,4	83,6	

a) Critério do Ministério da Saúde: seis ou mais consultas; início no primeiro trimestre; foram pesadas; tiveram a pressão arterial verificada; medida da altura uterina; mamas palpadas; exame ginecológico e pelo menos dois exames de sangue realizados (hemoglobina, hematócrito e glicemia de jejum), sumário de urina, HIV (uma sorologia) e VDRL; uso de sulfato ferroso; e esquema vacinal antitetânico completo.
b) Teste do qui-quadrado
c) Salário mínimo, com valor de R\$ 545,00 em 2011.

procedimentos técnicos preconizados pelo Ministério da Saúde, independentemente do caráter – público ou privado – prestador da assistência.

A caracterização da população estudada, levando em consideração dados sociodemográficos, revelou maiores proporções de gestantes adolescentes, da cor parda, com poucos anos de estudo, sem companheiro, situadas nos grupos de menor renda. Esse quadro social também foi encontrado em outros estudos, realizados em diferentes regiões do Brasil.^{7,12,13} A ausência do companheiro durante a gestação vem sendo associada à inadequação de cuidados pré-natais;¹² neste estudo, observou-se que mulheres de menor renda apresentaram maior proporção de ausência de companheiro. É sugerido que o companheiro presente signifique melhor apoio à mulher em seu período pré-natal, podendo gerar consequências positivas em seu autocuidado. Sendo assim, de parte da equipe de Saúde da Família, políticas de saúde relacionadas à mulher durante a gestação devem incluir especial atenção ao parceiro.

A maioria das entrevistadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, sendo que as gestantes de menor renda iniciaram o pré-natal mais tardiamente. Possivelmente, esse atraso deve-se a barreiras socioeconômicas e demográficas que dificultam o uso adequado do pré-natal, como foi demonstrado no estudo realizado por Viellas e colaboradores¹³ no Brasil, entre 2011 e 2012.

Com relação aos procedimentos técnicos, verificou-se elevada frequência da aferição da pressão arterial, altura uterina e peso, utilização de sulfato ferroso e aplicação do esquema vacinal antitetânico completo em todos os grupos de renda. Estes achados corroboram os de outros estudos,^{8,14} permitindo deduzir que tais procedimentos estão incorporados à rotina profissional, mesmo que nenhum deles tenha atingido a totalidade. Cabe lembrar que a palpação das mamas, o exame ginecológico e o exame citopatológico foram realizados em menor proporção entre as mulheres de menor renda familiar. Outros estudos têm demonstrado que gestantes com menor escolaridade, menor renda familiar e que realizaram o pré-natal no serviço público de saúde foram as menos examinadas,^{7,15-17} indicando um determinismo das desigualdades sociais no atendimento pré-natal.⁷

Em Aracaju, o Programa Mamãe Coruja garante a oferta dos exames laboratoriais em blocos, de acordo

com a normatização do Ministério da Saúde. O fato de ter-se observado, entre os estratos de renda, diferenças significativas na realização dos exames de sangue e urina, mais presentes nas mulheres de melhor condição econômica, traz à tona a dificuldade de adesão da gestante à realização de tais exames mais de uma vez durante o pré-natal. Observa-se, inclusive, uma diminuição na realização de exames de rotina pré-natal no último trimestre de gestação. Resultados indicativos de baixa realização de exames laboratoriais também foram encontrados por Gonçalves e cols.⁷

Apesar da importância dos exames sorológicos para garantir a boa vitalidade do conceito, evitar sequelas ou mortalidade perinatal, verificou-se, no presente estudo, baixa frequência da realização de sorologia para HIV e sífilis, independentemente da renda familiar. Este achado, também visto em outros municípios brasileiros,^{7,18,19} constitui uma grande deficiência dos serviços de Saúde Pública, não obstante a necessidade e os meios para sua realização encontrarem-se bem normatizados. Estudo publicado em 2015 revelou uma cobertura dos testes de detecção da infecção pelo HIV (considerando-se a realização de apenas um exame) superior a 80% em todo o Brasil, embora regionalmente desigual: o Norte e o Nordeste do país ainda representam os menores percentuais dessa cobertura, 69,9% e 68,4% respectivamente.²⁰

O baixo percentual de realização de exames para sorologia de HIV e sífilis encontrado neste estudo implica o questionamento de uma subvalorização de exames laboratoriais necessários para a detecção de patologias que influenciam, sobremaneira, a morbidade e mortalidade perinatal. Pesquisas têm mostrado que a ausência de informações e esclarecimento pré e pós-testes, por parte dos profissionais de saúde, tem provocado a baixa adesão das gestantes aos exames sorológicos.^{21,22}

Embora, à época do estudo, o exame de ultrassonografia obstétrica fosse preconizado durante a gestação desde que houvesse a disponibilidade de sua realização, a maioria das mulheres de menor renda e todas as mulheres de maior renda realizaram-no. A priorização desse procedimento na rotina do pré-natal também foi demonstrada em outros estudos.^{15,18} Gonçalves e *et al.* supõem que sua maior frequência de realização, em detrimento de outros exames, se deva ao fato de a ecografia não ser invasiva e permitir à mãe o conhecimento do sexo do feto.¹⁵ A partir de 2011, a Rede Cegonha passou a recomendar a ultrassonografia como parte da rotina de pré-natal, reconhecendo esse exame como o melhor método para

definição da idade gestacional; e para o diagnóstico da vitalidade fetal, principalmente em gestações sob suspeição de malformações, quando passíveis de intervenções que diminuem o risco de mortalidade perinatal.²³

Em Aracaju, a adequação do cuidado pré-natal foi baixa, independentemente do prestador do serviço (se público ou privado) ou da renda da mulher. Aqui também, trata-se de uma situação semelhante à encontrada por estudos realizados em outros municípios brasileiros.^{20,24-28}

A despeito da constatação desta pesquisa, estudos recentes têm demonstrado maior adequação do cuidado pré-natal quando realizado pelo setor público da Saúde, em unidades de Saúde da Família.^{29,30} Esses dados só reforçam o fato de que, para o adequado acompanhamento pré-natal, é necessário que se cumpram os procedimentos técnicos e exames laboratoriais recomendados pelo Ministério da Saúde, porque permitem a identificação precoce de intercorrências e possibilitam intervenções com poder de minimizar o risco de morbimortalidade materna e perinatal.^{13,25-27}

O presente estudo apresenta algumas limitações. Os dados coletados e analisados referem-se a mulheres que realizaram pré-natal em Aracaju e que tiveram nascidos vivos acima de 36 semanas de gestação, não configurando a realidade de outros municípios de Sergipe ou do Brasil.

Os procedimentos de verificação da pressão, altura uterina e peso foram considerados adequados desde que realizados, em qualquer idade gestacional. De fato, trata-se de procedimentos a serem realizados em todas as consultas de pré-natal.

Ainda, não se pode deixar de lado a possibilidade da ocorrência de viés recordatório, comum à aplicação de questionários, ainda que minimizado graças à apresentação do cartão da gestante (ou dos

resultados de exames) durante a entrevista de todas as mulheres participantes.

Por fim, ainda que se tenha entrevistado puérperas, com filhos nascidos nos dois últimos meses de 2011, é evidente que o pré-natal dessas mães ocorreu no decorrer daquele ano, sendo, dessa forma, uma amostra satisfatória.

Conclui-se que o pré-natal em Aracaju apresentou reduzido percentual de adequação, independentemente da situação econômica da gestante, evidenciando a baixa qualidade dos serviços prestados, tanto pelo setor público quanto pelo setor privado da Saúde. E o fato de mulheres com renda até 1 salário mínimo, predominantemente pardas e com baixa escolaridade, apresentarem maior desigualdade de acesso a consultas de pré-natal, exame ginecológico e laboratoriais (urina e sangue) aponta para a necessidade de unir esforços no sentido de melhorar a quantidade e qualidade das consultas de pré-natal oferecidas nos serviços ofertados pelo SUS, especialmente para mulheres gestantes de menor condição socioeconômica.

Contribuição dos autores

Carvalho RAS, Melo CM e Oliveira CCC contribuíram na concepção, delineamento do estudo, redação e revisão crítica de seu conteúdo.

Santos VS realizou a análise estatística, contribuiu com a redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

Gurgel RQ participou da análise dos resultados e redação do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE, *et al.* Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Feb; 10 Suppl 1:S3.
2. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, *et al.* Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014 Jul; 384(9940):347-70.
3. Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. Antenatal care in developing countries: the need for a tailored model. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006 Feb; 11(1):15-20.
4. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizán J, Farnot U, *et al.* WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001 May; 357(9268):1551-64.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília:Ministério da Saúde;2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos);(Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;Caderno nº 5).
6. Andreucci CB,Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*.2011 jun;27(6):1053-64.
7. Gonçalves CV,Cesar JA,Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.*Cad Saude Publica*. 2009 nov;25(11):2507-16.
8. Neumann NA,Tanaka OY,Victora CG,Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil.*Rev Bras Epidemiol*.2003 dez;6(4):307-18.
9. Victora CG,Matijasevich A,Silveira M,Santos I,Barros AJD,Barros FC.Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil.*Health Policy Plan*.2010 Jul;25(4):253-61.
10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde (TABNET): estatísticas vitais: nascidos vivos [Internet].Brasília:Ministério da Saúde;2015 [citado 2016 fev 24].Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde (TABNET):assistência à Saúde: Atenção Básica - Saúde da Família - desde 1998. [Internet]. Brasília:Ministério da Saúde;2015 [citado 2014 set 22].Disponível em:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>
12. Coimbra LC,Silva AAM,Mochel EG,Alves MTSSB,Ribeiro VS,Aragão VME, *et al*. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*.2003 ago;37(4):456-62.
13. 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 1:S85-S100.
14. Silva JLP,Cecatti JG,Serruya SJ.A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*.2005 mar;27(3):103-5.
15. Gonçalves CV,Costa JSD,Duarte G,Marcolin AC,Lima LCV,Garlet G,*et al*. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores.*Rev Assoc Med Bras*.2009;55(3):290-5.
16. Gonçalves CV,Costa JSD,Duarte G,Marcolin AC,Garlet G,Sakai AF,*et al*.Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil.*Cad Saude Publica*.2008 ago;24(8):1783-90.
17. 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;9:31.
18. Coutinho T,Monteiro MFG,Sayd JD,Teixeira MTB,Coutinho CM,Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 nov;32(11):563-9.
19. Koffman MD,Bonadio IC.Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo.*Rev Bras Saude Matern Infant*.2005 dez;5 supl 1:S23-32.
20. Domingues RM,Szwarcwald CL,Souza Júnior PR,Leal MC.Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study.*BMC Infect Dis*.2015 Feb;15:100.
21. Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Cien Saude Colet*. 2010 jun;15 supl 1:1217-26.
22. Matos SD,Baptista RS,França ISX,Medeiros FAL,Brito VRS.Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. *Rev Rene*. 2009 abr-jun;10(2):122-30.
23. Pereira APE,Leal MC,Gama SGN,Domingues RMSM,Schilithz AOC,Bastos MH.Determinação da

- idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30 supl 1:S59-70.
24. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012 mar;28(3):425-37.
25. Polgiane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2014 jul;19(7):1999-10.
26. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 fev;36(2):56-64.
27. Paris GE, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013 out;35(10):447-52.
28. 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 jul-set;11(3):257-63.
29. Bernardes ACF, Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RCS, Batista RFL, *et al*. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:266.
30. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. 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 abr;28(4):789-800.

Recebido em 20/09/2015
Aprovado em 05/02/2016