

## Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005

Associated factors to later access to prenatal care of Health Center #1 of Paranoá, Brazil, 2005

Paulo Henrique Gonçalves Pereira<sup>1</sup>  
Ana Graziela Santana Antón<sup>1</sup>  
Werciley Saraiva Vieira Junior<sup>1</sup>  
Rodrigo A. de Deus Domingues<sup>1</sup>  
Andresa Lima Melo<sup>1</sup>  
Camila Souza Farias<sup>1</sup>  
Tiago Ferreira Paula<sup>1</sup>  
Ricardo Pereira de Carvalho<sup>1</sup>  
Paulo Roberto de Araújo<sup>1</sup>  
Rodolfo Bregon de Godoy<sup>1</sup>  
Gilson Maestrini Muza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Brasil

<sup>2</sup> Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Brasil

### Correspondência

Paulo Henrique Gonçalves Pereira  
SQSW 504 bloco F apto 403  
Setor Sudoeste  
Brasília, Distrito Federal, Brasil  
70673-506  
phaulo00@yahoo.com.br

Recebido em 4/abril/2006  
Aprovado em 18/julho/2006

### Resumo

**Objetivo:** conhecer os fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal pelas gestantes no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá.

**Métodos:** estudo de corte transversal dividido em duas etapas: a primeira etapa baseou-se na análise dos registros do livro de pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, no período de janeiro de 2004 a julho de 2005 constando de 2.062 gestantes; a segunda etapa considerou a análise de 76 gestantes entrevistadas no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá no período de agosto a setembro de 2005.

**Resultados:** das 2.062 gestantes inscritas no livro de pré-natal pouco mais de 50% acessaram tardiamente o pré-natal. A maioria encontrava-se na faixa etária de 20 a 34 anos; 9,1% não eram alfabetizadas; 66,8% eram procedentes da área de abrangência do centro de saúde. A baixa escolaridade e ser adolescente estão associados ao início tardio do pré-natal. Das gestantes entrevistadas verificou-se que 15,8% acessaram tardiamente o pré-natal e apenas a dificuldade em inscrever-se no serviço estava associada ao início tardio do pré-natal.

**Conclusões:** atributos como baixa escolaridade, idade precoce e dificuldade de acesso são entraves importantes que dificultam o acesso precoce ao pré-natal. Problemas institucionais como número insuficiente de profissionais de saúde e a falta de informações sobre os serviços do centro de saúde também dificultam o acesso precoce ao pré-natal.

**Palavras chave:** cuidado pré-natal, saúde materno-infantil, fatores socioeconômicos, acesso aos serviços de saúde.

### Abstract

**Objective:** to know the associated factors to later access to prenatal care by the pregnant women in Health Center #1 of Paranoá, Brazil, 2005.

**Methods:** transversal study divided in two steps. The first step was the analysis of the Prenatal book records of Health Center #1 in Paranoá (Brazil) from January 2004 to July 2005, totalizing 2.062 records; the second one analyzed 76 pregnant women interviewed in this Health Center from August to September 2005.

**Results:** from 2,062 women inscribed in Prenatal book, little more than 50% accessed the prenatal care lately. The majority was 20 to 34 years old; 9.1% were not alphabetized; 66.8% live in the area assisted by the Health Unit. Low education and age (teenagers) were associated to later access to prenatal care. Only 15.8% from the pregnant women interviewed accessed lately the prenatal care, and just difficult in access was associated to these conditions.

**Conclusion:** socio-demographic factors, like low education and youth, and difficult in access were important barriers that impaired the early access to prenatal care. Institutional problems, like reduced number of health workers and lack of information about Health Primary Center's service also impair the early access to prenatal care.

**Key words:** prenatal care, maternal and child health, socioeconomic factors, health services accessibility.

## Introdução

A importância do acesso e da qualidade da assistência à saúde é comprovada na evolução favorável dos indicadores de saúde em nosso país<sup>1</sup>. A assistência pré-natal envolve um conjunto de componentes que tem como objetivo a promoção da saúde da mulher gestante e do feto, assegurando uma evolução normal da gravidez, preparando a mãe para o parto, o puerpério e a lactação normais. Assim, pode-se identificar mais rapidamente as situações de risco para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal<sup>1,2</sup>.

Entre os indicadores de qualidade da assistência pré-natal inclui-se a taxa de cobertura do programa, realização de seis ou mais consultas de pré-natal, início no primeiro trimestre de gestação e realização dos exames laboratoriais<sup>3</sup>. Com relação ao pré-natal é importante avaliar sua qualidade técnico-científica, facilidade de acesso pela população, adequação, efetividade e satisfação do paciente quanto à qualidade do atendimento<sup>4</sup>.

No Brasil, no ano de 1998, a razão declarada de mortalidade materna foi de 65,8 por cem mil nascidos vivos, sendo que a mortalidade perinatal ainda persiste como a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil ainda observada no país<sup>5</sup>. As principais causas de mortalidade perinatal nos países em desenvolvimento, tais como asfixia intra-uterina e intraparto, baixo peso ao nascer, afecções respiratórias, infecções e

prematuridade, são na maioria das vezes passíveis de intervenção. Já nos países desenvolvidos, a prematuridade extrema e a malformação congênita, principais causas de mortalidade perinatal, são de difícil prevenção<sup>6</sup>. Além da influência sobre a mortalidade infantil perinatal e neonatal, a assistência pré-natal contribui para prevenir a mortalidade materna. Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, visando melhorar a qualidade da assistência perinatal e garantir o acesso aos serviços de saúde<sup>7</sup>.

O sucesso do pré-natal depende, em grande parte, do momento em que se inicia e do número de consultas realizadas. Desse modo, o início precoce é um dos fatores analisados quando se avalia a adequação da assistência pré-natal<sup>7</sup>.

Considerando a importância do pré-natal na redução da mortalidade materna e neonatal<sup>5</sup>, o Ministério da Saúde lançou em 2000 a Política Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, propondo, assim, critérios marcadores de desempenho e qualidade de assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros para os municípios que aderirem a esta política<sup>3</sup>.

O objetivo deste estudo é conhecer os fatores socioeconômicos e demográficos associados ao acesso tardio pelas gestantes que procuraram atendimento pré-natal no Centro de Saúde nº1 do Paranoá.

## Casuística e métodos

Estudo de corte transversal realizado com gestantes atendidas no Centro de Saúde nº 1 da Região Administrativa do Paranoá/Distrito Federal. O Paranoá conta com uma população de cerca de 50 mil pessoas atendidas por serviços de água, energia elétrica, esgoto e telefone. A região administrativa abrange, além do núcleo urbano, 10 núcleos rurais e três agrovilas, que possuem uma população de sete mil habitantes. Algumas de suas características sociodemográficas são: Índice de Desenvolvimento Humano de 0,785, que corresponde a um valor médio; 4,5% da população não-alfabetizados; renda domiciliar média de 1.361 reais (5,2 salários mínimos) e *per capita* de 316 reais (1,2 salários mínimos); população feminina em idade fértil (10 a 49 anos) de 14.432, correspondendo a 69,9% da população feminina e a 36,4% da população total do Paranoá<sup>8</sup>.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram analisados os registros do Livro de Pré-Natal que compreende o período de janeiro de 2004 a julho de 2005 do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá. Nesse registro são anotadas as seguintes variáveis: endereço, idade gestacional, grau de instrução, planejamento da gestação e tabagismo. A definição de acesso tardio ao pré-natal seguiu as orientações do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento<sup>3</sup>, em que é considerado como tal o pré-natal iniciado após a 16ª semana de gestação refletindo negativamente a qualidade do serviço prestado.

Na segunda etapa, foram aplicados questionários às gestantes que participaram das reuniões de acolhimento de agosto a setembro de 2005. Esse questionário foi construído buscando explorar questões que poderiam influenciar no acesso tardio ao pré-natal: a distância entre o local de moradia e o centro de saúde, nível de escolaridade, número de gestações anteriores, estado civil, realização de pré-natal em gestações anteriores, acesso ao Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (Praia), dificuldade em ingressar no serviço de pré-natal

e a qualidade do serviço prestado pelo centro de saúde. Nele, havia também questões abertas em que as gestantes respondiam o porquê de acessarem o pré-natal tardiamente e quais as dificuldades de ingressarem no serviço. Não foi possível testar esse questionário.

As entrevistas foram feitas às segundas e quintas-feiras após a reunião de aconselhamento em grupo de gestantes no centro de saúde. Previu-se uma amostra de conveniência de aproximadamente 480 gestantes, pois a princípio esperava-se uma média de 25 a 30 gestantes por reunião de aconselhamento para um período de coleta de 2 meses e 18 oportunidades de coleta de dados. O número de entrevistas obtidas, no entanto, ficou bem abaixo do esperado, devido aos seguintes aspectos: no primeiro dia de entrevistas houve recusa da maioria das gestantes, sendo que apenas cinco aceitaram ser entrevistadas; a média de gestantes por reunião de aconselhamento esteve bem abaixo do esperado (devido a problemas do laboratório local e por falta de profissionais de saúde passou-se a marcar apenas 16 consultas para cada dia de aconselhamento e parte das gestantes não compareceram à reunião); a coleta de dados prevista para ocorrer em 18 reuniões de aconselhamento foi realizada somente em 11 oportunidades, em 4 não havia disponibilidade na agenda dos pesquisadores e em outras 3 não foi possível, pois em uma dessas a reunião aconteceu em outro turno e nas outras duas não houve a reunião.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a realização das entrevistas foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido.

Após o término da coleta de dados, tanto do Livro de Pré-natal quanto das entrevistas realizadas com as gestantes, os registros foram armazenados e analisados no programa Epi Info 2000, versão 3.3.2. Para a verificação de associação estatística, foram usados os testes de

qui-quadrado para os dados do Livro de Pré-natal e de Fisher para os dados obtidos das entrevistas (esse teste foi utilizado em função do valor pequeno da frequência em alguns casos), sendo estatisticamente significativo valores de  $p < 0,05$  com um intervalo de confiança de 95%. Considerando a variável dependente o acesso ao pré-natal, que pode ser precoce ou tardio (variável categorizada), utilizou-se a regressão logística multivariada com seleção de variáveis pelo método *stepwise* utilizando o software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0.

## Resultados

### 1 Livro de Pré-natal

O total de registros encontrados utilizando-se o Livro de Pré-natal do período citado foi de 2.062 com uma média de 17,1 por dia de aconselhamento ao pré-natal. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Os dados revelam que apenas 38% das gestantes acessaram o pré-natal no período adequado, chama atenção que mais de 50% das gestantes acessaram o pré-natal após a 16ª semana de gestação. As faixas etárias predominantes foram de 20 a 24 anos e 25 a 34 anos, juntas representando 74,2% do total da amostra. Nota-se, contudo, que 23 adolescentes engravidaram com idade entre 10 e 14 anos e 313 com idade entre 15 e 19 anos.

Em relação à escolaridade, houve predomínio de mulheres com mais de 4 anos de estudo (59,1%), porém preocupa o fato de que 37,3% das gestantes ou são não-alfabetizadas ou possuem menos de 4 anos de escolaridade.

Quanto ao local de procedência, cerca de dois terços da amostra (66,8%) vieram do próprio Paranoá, cidade em que se localiza a unidade básica de saúde. O não planejamento da gestação foi o mais prevalente (77,3%). O hábito de fumar esteve presente em apenas 9,3% das gestantes.

Na análise bi-variada, buscou-se associação entre o acesso ao pré-natal (variável dependente) e as

Tabela 1

Variáveis do Livro de Pré-natal utilizado no Centro de Saúde do Paranoá. Brasil, 2005.

Variável	n	%
<b>Acesso ao pré-natal</b>		
Precoce	783	38,0
Tardio	1.100	53,3
ND*	179	8,7
<b>Faixas etárias (anos)</b>		
10 a 14	23	1,1
15 a 19	313	15,2
20 a 24	768	37,2
25 a 34	763	37
35 a 42	152	7,4
ND*	43	2,1
<b>Grau de instrução</b>		
Não alfabetizada	188	9,1
Menos de 4 anos de estudo	581	28,2
Mais de 4 anos de estudo	1.219	59,1
ND*	74	3,6
<b>Procedência</b>		
Paranoá	1.378	66,8
Del Lago	194	9,4
Itapuã	134	6,5
Outros	330	16
ND*	26	1,3
<b>Tipo de gravidez</b>		
Planejada	94	4,6
Não-planejada	1.593	77,3
ND*	375	18,2
<b>Tabagismo</b>		
Fumante	192	9,3
Não-fumante	1.815	88,0
ND*	55	2,7
<b>Total</b>	<b>2.062</b>	<b>100,0</b>

\* ND: Dados não disponíveis

variáveis escolaridade, idade, planejamento da gravidez, tabagismo e distância do local de moradia ao centro de saúde (variáveis independentes). Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa quanto à escolaridade e à idade. Quando considerados dois grupos: um não-

Tabela 2

Análise dos fatores associados ao acesso tardio ao Centro de Saúde do Paranoá. Brasil, 2005.

Variável	Risco relativo	IC 95%	p-valor
<b>Escolaridade</b>			
Não alfabetizada	1,3634	1,2428 – 1,4957	<0,001
Menos de 4 anos de estudo	1,2020	1,1142 – 1,2967	<0,001
<b>Idade</b>			
Adolescentes	1,3019	1,1998 – 1,4126	<0,001
Até 24 anos	1,1949	1,1036 – 1,2937	<0,001
<b>Tipo de gravidez</b>			
Não-planejada	1,0019	0,8282 – 1,2120	0,9842
<b>Tabagismo</b>			
Tabagista	0,9922	0,8695 – 1,1323	0,9076
<b>Distância do centro de saúde</b>			
Próxima	0,9700	0,8947 – 1,0517	0,4643

alfabetizado e outro com alguma alfabetização, para um IC 95%, o risco relativo foi de 1,3634, com  $p < 0,001$ ; quando considerados grupos com anos de estudo maior que 4 e menor que 4, para um IC 95%, o risco relativo foi de 1,2020, com  $p < 0,001$ . Quanto à idade, se for considerado um grupo de adolescentes (10 a 19 anos) e outro de adultos (acima de 20 anos), o risco relativo foi de 1,3019 e com  $p < 0,001$ ; caso a divisão seja entre gestantes até 24 anos e outras entre 25 a 42 anos, o risco relativo foi de 1,1949.

O tipo de gravidez, o tabagismo e a distância do centro de saúde (definida como local de moradia no Paranoá como próxima e as outras localidades como distante) não mostraram associação estatisticamente significativa.

O modelo final para a regressão logística multivariada foi composto pelas variáveis escolaridade e idade já que são estatisticamente significativas quando relacionadas ao acesso tardio ao pré-natal. São esses os fatores que foram testados a fim de identificar as classes que explicam ou influenciam o acesso tardio ao pré-natal.

Tomou-se como referência as mães com idades menores que 14 anos e as não alfabetizadas. Pela tabela 3, as mães com menos de 14 anos têm mais chance de ter acesso tardio ao pré-natal do que as que têm idades maiores (35 a 42). As mães

de 15 a 34 anos não têm diferença estatisticamente significativa em relação às mães com menos de 14 anos, ou seja, o acesso ao pré-natal é semelhante.

Com relação ao grau de instrução existe diferença significativa. As mães não alfabetizadas têm mais chance de apresentar acesso tardio do que as que têm algum grau de alfabetização.

## 2 Entrevistas com as gestantes

Ao final do período de coleta, foram realizadas 83 entrevistas e 7 delas foram excluídas em razão do desconhecimento da idade gestacional. A prevalência do acesso tardio ao pré-natal foi de 15,8% no total de 76 participantes. Nessa população, a média de idade foi de 26,49 anos (desvio padrão de 3,20) e a mediana foi de 25 anos. Quanto à escolaridade, 63,1% das gestantes estudaram até o Ensino Fundamental completo e, quanto à renda familiar, 42% delas recebiam até 1,5 salários mínimos.

Dentre as gestantes, 80,3% tinham companheiro fixo; 41,3% estavam trabalhando (como autônoma ou com carteira assinada) enquanto 58,7% não trabalhavam fora (ou eram donas de casa ou desempregadas). Com relação à satisfação quanto ao atendimento realizado pelo centro de saúde, 64,9% consideraram-no satisfatório (muito

Tabela 3

Análise multivariada dos fatores associados ao acesso tardio ao Centro de Saúde do Paranoá. Brasil, 2005.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Intervalo de Confiança (95%) para EXP(B)	
							Lower	Upper
<b>Idade</b>			35,598	4	0,000			
15 a 19	- 0,138	0,583	0,056	1	0,812	0,871	- 0,138	0,583
20 a 24	- 0,706	0,573	1,518	1	0,218	0,494	- 0,706	0,573
25 a 34	- 0,944	0,573	2,715	1	0,099	0,389	- 0,944	0,573
35 a 42	-1,196	0,594	4,061	1	0,044	0,302	-1,196	0,594
<b>Escolaridade</b>			32,063	2	0,000			
Menos de 4 anos	- 0,711	0,211	11,335	1	0,001	0,491	- 0,711	0,211
Mais de 4 anos	-1,047	0,201	27,214	1	0,000	0,351	-1,047	0,201
<b>Constant</b>	1,965	0,586	11,250	1	0,001	7,136	1,965	0,586

bom ou bom), enquanto 35,1%, insatisfatório (regular, ruim ou muito ruim). Quando questionadas sobre o meio de transporte utilizado para ir às consultas, 57,9% iam a pé e 34,2% usavam o transporte coletivo. A maior parte das gestantes entrevistadas (77,6%) não eram

primigestas e 18,4% delas haviam encontrado dificuldades de acesso ao serviço de pré-natal. A tabela 4 apresenta as relações entre o acesso ao pré-natal por um grupo de gestantes atendidas no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá e as demais variáveis de estudo.

Tabela 4

Relação entre acesso ao pré-natal e demais variáveis de estudo em um grupo de gestantes do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá. Brasil, 2005.

Variáveis	Acesso ao pré-natal		p-valor
	Tardio	Precocce	
<b>Dificuldade de acesso</b>			
Sim	6 (7,9%)	8 (10,5%)	0,0067
Não	6 (7,9%)	56 (73,7%)	
<b>Gestações anteriores</b>			
Sim	8 (10,5%)	51 (67,1%)	0,2596
Não	4 (5,3%)	13 (17,1%)	
<b>Renda familiar</b>			
≥1,5 salários mínimos	5 (7,2 %)	24 (34,8 %)	0,5275
> 1,5 salários mínimos	6 (8,7%)	34 (49,3 %)	
<b>Satisfação</b>			
Insatisfatório	5 (6,8%)	21 (28,4%)	0,3254
Satisfatório	6 (8,1%)	42 (56,8%)	
<b>Situação conjugal</b>			
Sem companheiro fixo	4 (5,3%)	11 (14,5%)	0,1821
Com companheiro fixo	8 (10,5%)	53 (69,7%)	
<b>Trabalho</b>			
Com trabalho	5 (6,7%)	26 (34,7%)	0,5066
Sem trabalho	6 (8,0%)	38 (50,7%)	
<b>Meio de transporte</b>			
Transporte coletivo	2 (2,6%)	24 (31,6%)	0,1428
Outros	10 (13,2%)	40 (52,6%)	

A partir da observação dessa tabela, para um intervalo de confiança de 95%, concluímos que para esse grupo de gestantes, apenas a variável dificuldade de acesso ao serviço mostrou-se estatisticamente significativa para o início tardio do pré-natal.

## Discussão

Os dados do Livro de Pré-natal revelaram que, no período dos 18 meses estudados, 53,3% das mulheres acessaram o serviço após a 16ª semana de gestação. Essa elevada proporção de acessos tardios resulta de uma inadequação do serviço de pré-natal no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá e torna-se ainda mais relevante por atender uma população com condições socioeconômicas desfavoráveis, colocando em risco a saúde materno-infantil.

Em outros estudos com diferentes critérios, as proporções de acessos tardios foram: 65,3%<sup>5</sup> (critério de 14 semanas), 58,2%<sup>9</sup> (critério de 12 semanas), 63%<sup>10</sup> (critério de 12 semanas). Os diferentes critérios para o acesso tardio refletem a falta de unicidade do conceito de captação precoce, tornando difícil a comparação entre os resultados.

A partir da análise das cinco variáveis do Livro de Pré-natal, apenas baixa idade materna, especialmente o grupo das adolescentes, e pouca escolaridade mostraram-se associadas ao ingresso tardio. Esses dois fatores são amplamente implicados pela literatura como fatores de risco para a inadequação do pré-natal<sup>5,11,12</sup>.

O planejamento da gestação, apesar de ser apontado por Pagnini e Reichman<sup>10</sup> como o principal fator associado à época do acesso pré-natal em New Jersey (Estados Unidos), não esteve associado ao ingresso tardio. Tal fato leva ao questionamento da veracidade dessa informação, uma vez que foi uma variável um tanto negligenciada (18,2% não estavam disponíveis) e por faltar definição clara do que representa o planejamento da gravidez para a mulher.

A procedência também não se associou ao pré-natal tardio, no entanto deve-se ter cautela ao

interpretar essa informação. A distância entre o usuário e o serviço de saúde assim como as maneiras para transpô-la são fatores que influenciam o acesso ao atendimento, especialmente quando se consideram populações de baixa renda<sup>13</sup>. Como a amostra representou apenas as gestantes que acessaram o serviço, uma porção de gestantes, especialmente as que moram nas zonas rurais da região administrativa do Paranoá, foram excluídas desta análise, justificando possivelmente o resultado encontrado. Estudo realizado no Estado da Paraíba corrobora essa hipótese ao evidenciar que residir em zona rural é um fator que contribuiu para a inadequação da assistência pré-natal (41,6% das mães residentes em zona rural não receberam nenhuma assistência)<sup>14</sup>.

Em relação aos dados das entrevistas, a amostra de conveniência apresentou apenas 15,8% de acessos tardios ao pré-natal. Esse número contradiz o valor encontrado pela análise do Livro de Pré-natal (53,3%) provavelmente por dois motivos. O primeiro seria a ausência de gestantes adolescentes que integram essa amostra, já que o pré-natal dessa população é realizado no Hospital Regional do Paranoá. Dessa maneira, excluiu-se um grupo de risco para acesso tardio. O segundo seria o tamanho reduzido da amostra, uma vez que a média de entrevista por dia foi de 6,9, enquanto 17,1 foi a média de atendimentos diários encontrada no Livro de Pré-natal.

Em relação às variáveis analisadas, apesar de nessa amostra não terem tido associação estatisticamente significativa, renda familiar<sup>1,7,10</sup>, gestações anteriores<sup>2,5,7</sup>, satisfação pelo atendimento<sup>15</sup>, situação conjugal<sup>7,16,17</sup>, trabalho<sup>16</sup> e meio de chegada ao serviço<sup>13</sup> são implicados por outros estudos como fatores que se associam ao acesso tardio ou que dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Apenas dificuldade de acesso, entendida como dificuldade em inscrever-se no serviço, relacionou-se com acesso tardio. Tal fato evidencia problemas quanto à disponibilidade e à organização do serviço de pré-natal no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá que comprometem a

qualidade de um serviço essencial da atenção básica.

As respostas à pergunta “Por que só agora procurou o pré-natal?” podem ser agrupadas em três categorias: realização do pré-natal em outro serviço (em outras localidades ou em serviços particulares), problemas familiares (esconder a gravidez da família, conflitos com o cônjuge) e dificuldades de acesso ao serviço, sendo esta a justificativa mais relevante. Em resposta à pergunta “Quais dificuldades você teve para iniciar o pré-natal?”, as respostas podem ser agrupadas em: demora na realização dos exames confirmatórios, informações desencontradas, cancelamento de reuniões, extravio ou perda de prontuários e dificuldade para marcação, sendo esta a queixa mais referida. Essas respostas reforçam a importância da organização do serviço como um importante fator para adequação do pré-natal<sup>16</sup>. Portanto, assim como características referentes à gestante, como idade e escolaridade, interferem na época de início e de qualidade do pré-natal, questões institucionais também são bastante relevantes.

A alta incidência de início tardio do acompanhamento pré-natal condiz, como já referido, com outros estudos e contradiz o estabelecido pelos organismos oficiais de saúde, que recomendam, dentre outros fatores, um início precoce como determinante do sucesso da assistência. O baixo índice de procura precoce retrata uma falta de conhecimento e conscientização da população sobre a importância da assistência pré-natal como fator protetor da saúde materno-fetal e redutor dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Esse resultado indica a necessidade de esforços adicionais dos serviços de saúde, abrangendo atividades na comunidade que antecedam a chegada da gestante ao centro de saúde<sup>18</sup>. Deve-se investir em campanhas educativas voltadas não só às gestantes como para todas as mulheres em idade fértil, com o fim de esclarecer acerca da importância de um pré-natal adequado e dos critérios de adequação (que inclui não apenas o início precoce, mas também a periodicidade e um

número mínimo de consultas). Dentre essa população feminina, deve-se dar destaque às adolescentes, pois é na gestação dessa faixa etária que os prejuízos de um pré-natal inadequado são mais evidentes<sup>12</sup>, tanto no plano socioeconômico (atraso e abandono escolar, interferindo no futuro profissional) como no biológico (aumento do risco de hemorragia, baixo peso ao nascer e prematuridade)<sup>19</sup>.

Quanto à dificuldade de acesso, chamam atenção as barreiras institucionais, mostrando que o acesso tardio vai além de fatores maternos e inclui deficiências do serviço de saúde. A assistência pré-natal deve cobrir toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde e ser universal. É responsabilidade dos organismos de saúde assegurar materiais e profissionais suficientes para que todas as gestantes insiram-se no acompanhamento pré-natal no período considerado adequado. Além disso, de acordo com Tsunehiro et al.<sup>15</sup>, a qualidade do pré-natal está associada à qualidade do acolhimento. Se, dentro do termo acolhimento, for considerado o primeiro contato da gestante com o programa de assistência pré-natal, a marcação da reunião de aconselhamento, os fatores que interfiram neste momento, como extravio/perda de prontuário, desencontro de informações e dificuldade para a marcação, podem desestimular a gestante, interferir na credibilidade e valorização do pré-natal, gerando um acompanhamento inadequado.

## Conclusões

Apesar das claras e persistentes recomendações da Organização Mundial de Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde e do Ministério da Saúde, o acesso tardio ao pré-natal continua uma realidade nefasta em populações de baixa renda, como é o caso deste estudo realizado no Paranoá. Deste estudo podemos concluir que:

- Atributos individuais como a idade precoce e pouca escolaridade são aspectos importantes na compreensão desse fenômeno.

- Barreiras institucionais, como a má organização do serviço, pouca informação e divulgação do serviço, número insuficiente de profissionais capacitados e excesso de demanda, agravam ainda mais uma situação já dramática.
- O aumento da escolaridade e melhores programas de geração de renda, aliados à reorganização e humanização do serviço repercutirão favoravelmente em um acesso precoce ao atendimento pré-natal.

Este estudo reflete a realidade de um serviço oferecido à população pela SES-DF. Ele identifica somente as falhas do serviço analisado, o Centro de Saúde nº 1 do Paranoá. No entanto, seus resultados e conclusões podem servir de base para a formulação de políticas que visem melhorar o atendimento prestado no Distrito Federal uma vez que a população do Paranoá compartilha muitas características com populações de outras regionais de saúde. Constitui também um estudo pioneiro na avaliação desse tipo serviço na área de saúde básica da mulher na SES-DF, servindo de ponto de partida, tanto metodológica como referencialmente, para estudos posteriores.

## Referências

1. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo em 1996. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(1): 35-45.
2. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 1993;27:49-53.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento. Brasília, 2000.
4. Costa COM, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescente. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35(2):177-184.
5. Trevisan MR, de Lorenzi DRS, de Araújo N.M, Ésber R. Perfil da assistência pré-natal entre usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002; 24(5):293-299.
6. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*. 2002; 36(6): 759-772.
7. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(4): 456-462.
8. Secretaria de Planejamento, Coordenação e Parcerias do Distrito Federal. Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios. Brasília, 2004.
9. Moura ERF, Holanda JR, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19 (6):1971-99.
10. Pagnini DL, Reichman NE. Psychosocial Factors and the Timing of Prenatal Care Among Women in New Jersey's HealthStart Program. *Family Planning Perspectives*. 2000; 32(2):56-64.
11. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003; 25(10):717-724.
12. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20 (Supl 1): S1001-1111.
13. Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl 2): 298-309.
14. Rodrigues Filho J, Costa V, Ieno GML. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1994; 28(4):284-9.
15. Tsunehiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-

- natal. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8 (SIBRACEN). Ribeirão Preto. EERP-USP, 2002. p. 160.
16. Wiemann CM, Berenson AB, Pino LG, McCombs SL. Factors associated with adolescents' risk for late entry into prenatal care. *Family Planning Perspectives*. 1997; 29(6): 273-6.
  17. Melnikow J, Alemagno SA, Rottman C, Zyzanski SJ. Characteristics of Inner-City Women Giving Birth with Little or no Prenatal Care: A Case-Control Study. *Journal of Family Practice*. 1991; 32:283-288.
  18. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(3):487-492.
  19. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(4):1077-1086.