



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE**



JULIANA TEIXEIRA NUNES

**QUALIDADE E EQUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO
ENTRE ADOLESCENTES**

TERESINA

2017

JULIANA TEIXEIRA NUNES

**QUALIDADE E EQUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO
ENTRE ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Linha de Pesquisa:
Análise de Situações de Saúde

Orientadora:
Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes

TERESINA

2017

JULIANA TEIXEIRA NUNES

**QUALIDADE E EQUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO
ENTRE ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ___/___/___

Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes (UFPI)
Presidente

Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino (UFC)
1ª Examinador

Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso (UFPI)
2ª Examinador

Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (UFPI)
Examinador Suplente

A Deus,
Aos meus pais, Pedro e Rosalina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ser meu fiel guardião fortalecendo diariamente minha fé na possibilidade de realizar essa conquista. Obrigada, Senhor, pela determinação, discernimento e sabedoria que me concedeu, pois estes foram valores essenciais para obtenção do êxito em mais essa jornada.

Aos meus pais, Pedro e Rosalina, base de minha existência, pelo amor incondicional e dedicação empreendida ao longo de suas vidas a fim de garantir minha formação educacional. Também por me ensinarem os verdadeiros valores humanos, mesmo diante de todas as adversidades da vida. Sou eternamente grata a vocês.

Aos meus irmãos, Vanessa e Matheus, pelas energias positivas sempre.

Ao meu amado Jairo, pelo amor, companheirismo e incentivos ao longo de cada etapa, tornando mais fáceis de serem enfrentadas as muitas dificuldades encontradas ao longo do caminho.

Aos professores que contribuíram para minha formação ao longo desta jornada. À Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes, por todas as contribuições a este estudo.

À banca examinadora, Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso, Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino e Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, pelo tempo dispensado e por contribuírem para o aprimoramento deste trabalho.

À Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva, pela disponibilidade em todos os momentos que precisei de suas valiosas contribuições, também pelos ensinamentos ao longo da minha formação acadêmica e docente, sendo exemplo de professora, profissional e ser humano.

Às adolescentes que participaram deste estudo, pela disponibilidade em responder aos questionamentos necessários ao desenvolvimento desta pesquisa. Às colegas Maria Eugênia e Débora Cristina, pelo trabalho árduo compartilhado durante a coleta dos dados. Ao Alberto Ibiapina e Zeferino Neto, pelo apoio estatístico no desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus amigos, em especial meu amigo Iwyson, pelo carinho e apoio constantes. Aos queridos colegas de turma de mestrado pelo presente que foi, durante esta caminhada, conhecê-los e compartilhar experiências, conhecimentos e apoio mútuo, importantes para a conclusão deste trabalho.

A todos, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

NUNES, J. T. **Qualidade e Equidade da assistência pré-natal e pós-parto entre adolescentes**. 2017. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2017.

INTRODUÇÃO: A qualidade da assistência pré-natal e pós-parto constitui importante indicador de saúde materno-infantil, indispensável à condução saudável da gestação. Variáveis sociodemográficas, econômicas e reprodutivas somadas à gravidez na adolescência, são determinantes sobre o nível de adequação da assistência pré-natal e pós-parto recebida pelas jovens. **OBJETIVO:** Analisar a qualidade e a equidade da assistência pré-natal e pós-parto entre adolescentes. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado com adolescentes puérperas, nas cinco maternidades de Teresina-Piauí. A amostra, probabilística estratificada proporcional, foi calculada conforme a demanda de partos entre adolescentes ocorridos nessas instituições em 2012 (N=3.386), resultando em 483 entrevistadas. A coleta dos dados ocorreu de abril a junho de 2014, por meio de entrevista baseada em formulário pré-testado e consulta ao cartão da gestante. Investigaram-se 16 procedimentos técnicos, dez referentes ao pré-natal e seis ao pós-parto. O índice de qualidade da assistência considerou: início do pré-natal até 12ª semana gestacional, número de consultas realizadas ≥ 6 e realização de pelo menos 14 procedimentos técnicos. Para associação da equidade, as jovens foram divididas em quatro quartis de renda e três grupos de risco gestacional. O banco de dados foi construído no programa Epi.info 6.04 e analisado no *software* SPSS versão 17.0. Realizaram-se análises: univariada, por meio de estatística descritiva e bivariada, adotando-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, com nível de significância $p \leq 0,05$. **RESULTADOS:** Predominaram jovens com média de 17,9 anos, não brancas (88,0%), em união estável/casadas (75,8%), menor escolaridade (79,5%), sem atividade remunerada (90,5%), pertencentes ao primeiro quartil de renda (52,0%). O perfil reprodutivo foi representado por jovens primíparas (85,7%) e intervalo interpartal inferior a 24 meses (51,4%). O serviço público foi majoritário entre jovens dos menores quartis ($p < 0,05$). Cerca de metade iniciou o pré-natal no 1º trimestre e realizou o mínimo de seis consultas. Os procedimentos técnicos do pré-natal com menores coberturas foram: exames ginecológico (49,1%) e das mamas (23,6%), especialmente para jovens dos menores quartis de renda ($p < 0,05$). Os procedimentos técnicos do pós-parto alcançaram baixas coberturas para todos os quartis de renda. A qualidade da assistência pré-natal e pós-parto alcançou nível adequado para apenas 8,7% das jovens e melhor resultado entre aquelas com maiores quartis de renda (10,7% e 13,3%, respectivamente). Também foi insatisfatória a qualidade da assistência para jovens de alto risco gestacional, em que apenas 0,6% obtiveram atendimento pré-natal /pós-parto adequado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi alta a inadequação da assistência pré-natal e pós-parto, relacionada tanto ao número de consultas e início tardio do acompanhamento como, principalmente, à insuficiente realização de procedimentos essenciais às consultas. A elevada inadequação da assistência entre jovens de menor renda e que possuem risco gestacional ratifica a Lei dos Cuidados Inversos, realidade vivenciada por jovens em situações de iniquidades. Desigualdades no cuidado demonstram ser ainda presentes, fortalecendo a necessidade de políticas voltadas à redução de fatores condicionantes dessas disparidades, em prol da assistência à saúde mais equânime.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Período pós-parto. Qualidade da assistência à saúde. Equidade em saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

NUNES, J. T. **Quality and equity of prenatal and postpartum care among teenagers.** 2017, 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2017.

INTRODUCTION: Quality of prenatal and postpartum care is an important maternal and infant health indicator, indispensable to maintaining a healthy pregnancy. Socio-demographic, economic and reproductive variables in addition to adolescent pregnancy are determinant on the level of suitability of prenatal and postpartum care received by the teenagers. **OBJECTIVE:** To analyze quality and equality of prenatal and postpartum care among teenagers. **METHODOLOGY:** Cross-sectional study with teenagers during the postpartum period in five maternity hospitals from Teresina. We used a proportionate stratified random sampling, according to the number of deliveries among teenagers in these hospitals in 2012 (N=3,386), resulting in 483 interviews. Data collection happened from April to June 2014, by an interview with structured and pretested form, and consult of the pregnant card. 16 technical procedures were investigated, where 10 were regarding prenatal and 6 regarding postpartum care. The index of quality of care has considered: start of prenatal care up to 12 weeks of pregnancy, number of consults ≥ 6 and at least 14 technical procedures performed. For equity assessment, the teenagers were divided into four quartiles of crescent income and three groups according to pregnancy risk score. Data were entered on Epi.info 6.04 and analyzed on SPSS 17.0 for Windows. Univariate analyses were performed by using descriptive statistics and bivariate by using chi-square and Pearson's, with significance level of 95% ($p \leq 0.05$). **RESULTS:** The mean age of participants predominantly was 17.9 years, not white (88.0%), in stable union/married (75.8%), low scholarity (79.5%), with no gainful activity (90.5%) and belonging to the first quartile of familiar income (52.0%). Reproductive profile was represented by primiparous teenagers (85.7%) and those with previous pregnancy had an interpregnancy interval lower than the recommended by the Ministry of Health (51.4%). Public services was majority among teenagers from the lower quartiles ($p < 0,05$). Prenatal technical procedures with lower coverage were: gynecological exam (49.1%) and breast exam (23.6%), obtaining the worst coverage for teenagers from the two lower quartiles of income ($p < 0,05$), whereas blood pressure measurement, prescription of iron replacement and blood exam have had almost universal coverages. Postpartum technical procedures have reached unsatisfactory coverages for all income quartiles. Quality of prenatal and postpartum care was unsatisfactory, reaching adequate level for only 8.7% of those, with better results among teenagers from higher income quartiles (10.7% and 13.3%, respectively). Quality of care was also unsatisfactory for teenagers with high pregnancy risk, where only 0.6% received appropriate prenatal and postpartum care. **FINAL CONSIDERATIONS:** The index of inadequacy of prenatal and postpartum care was high, regarding not only the low mean of consults and late start of follow-up but also mainly the insufficient performance of technical procedures, essential during the consults. Elevated inadequacy of care among teenagers from lower income quartiles and higher pregnancy risk group confirms the inverse care law, reality of teenagers who live iniquity situations. Inequalities in the care are still present, strengthening the need policies focused on reducing factors that condition these disparities, in favor of a unanimous care.

Keywords: Prenatal care. Postpartum period. Quality health care. Health equity. Health evaluation.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição da amostra por instituição segundo população considerada. Teresina-PI, Brasil. 2012. **31**
- Tabela 2** – Distribuição das características sociodemográficas e econômicas das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. **36**
- Tabela 3** – Distribuição das características reprodutivas das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. **37**
- Tabela 4** – Análise da qualidade técnica da assistência pré-natal, conforme renda familiar total das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. **39**
- Tabela 5** – Análise da qualidade técnica da assistência pós-parto, conforme quartis de renda familiar das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. **41**
- Tabela 6** – Análise da qualidade da assistência pré-natal e pós-parto, conforme os quartis de renda familiar e escores de risco gestacional das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. **42**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ABO | Tipagem sanguínea |
| ACOG | Colegiado Americano de Ginecologia e Obstetrícia |
| APNCU | Índice de Adequação do Uso do Pré-Natal |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DPP | Data Provável do Parto |
| DUM | Data da Última Menstruação |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IG | Idade Gestacional |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IOM | Institute of Medicine |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PI | Piauí |
| PMAQ | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| Rh | Fator Rhesus |
| RN | Recém-Nascido |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Science</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPI | Universidade Federal do Piauí |
| VDRL | Venereal Disease Research Laboratory |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 GERAL | 13 |
| 2.2 ESPECÍFICOS | 13 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 3.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO ENTRE ADOLESCENTES | 14 |
| 3.2 RECOMENDAÇÕES PARA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO | 17 |
| 3.2.1 Procedimentos técnicos da assistência pré-natal e pós-parto | 19 |
| 3.3 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO NO BRASIL..... | 22 |
| 3.4 EQUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO NO BRASIL..... | 26 |
| 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 30 |
| 4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO | 30 |
| 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO | 30 |
| 4.3 VARIÁVEIS | 31 |
| 4.3.1 Independentes | 31 |
| 4.3.1.1 Dados sociodemográficos, econômicos e reprodutivos..... | 31 |
| 4.3.2 Dependentes | 32 |
| 4.3.2.2 Dados do pré-natal e procedimentos técnicos | 32 |
| 4.3.2.3 Procedimentos técnicos do pós-parto | 32 |
| 4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS..... | 33 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 33 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS | 35 |
| 5 RESULTADOS | 36 |
| 6 DISCUSSÃO | 43 |
| 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES E INIQUIDADES DA ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES | 43 |
| 6.2 ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO E EQUIDADE CONFORME RENDA FAMILIAR..... | 47 |
| 6.3 ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO E EQUIDADE CONFORME ESCORE DE RISCO GESTACIONAL | 56 |
| 6.4 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 61 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS | 66 |
| APÊNDICE | 78 |
| ANEXOS | 84 |

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades das condições de saúde da população têm sido relatadas como resultado das disparidades sociais e econômicas, reveladas por indicadores como a escolaridade, a renda e o local de moradia, os quais determinam tanto o acesso, quanto a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, o que influencia diretamente nos indicadores de saúde materno-infantil (KASSAR et al., 2006; GONÇALVES; CESAR; SASSI, 2009). No Brasil, os altos índices de morbimortalidade infantil em grupos de baixa renda refletem as condições de saúde reprodutiva e a qualidade da assistência perinatal disponíveis aos grupos com acesso praticamente exclusivo aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012; KASSAR et al., 2013).

Quando a gravidez ocorre ainda na adolescência, a vulnerabilidade social decorrente de iniquidades (socioeconômica, de acesso à saúde e cultural) potencializa os riscos sobre os resultados obstétricos (CESAR et al., 2011). Durante essa fase da vida, numa situação de vulnerabilidade socioeconômica associada à falta de estrutura emocional, as jovens mães podem ser levadas à autonegligência diante dos cuidados necessários a uma gestação saudável (LANGILLE, 2007; FINER; ZOLNA, 2014).

No Brasil, o sistema de saúde tem ampliado o acesso à população de menor renda aos serviços de saúde desde a criação das Equipes de Saúde da Família em 1994, obtendo significativa melhora na cobertura do pré-natal. Pesquisas nacionais apontam 80,9% de cobertura em 2006 e 98,7% em 2014, entretanto, a mais recente evidencia desigualdades na qualidade do acesso. Enquanto há discreta diferença nas coberturas das regiões Sul e Sudeste, no Norte e no Nordeste as discrepâncias são significativas para grupos menos favorecidos economicamente, com piores indicadores entre adolescentes de baixa escolaridade e indígenas (BRASIL, 2009; VIELLAS et al., 2014).

Em estudo de abrangência nacional, parturientes de melhor condição socioeconômica, atendidas em regiões mais desenvolvidas e que podem pagar pelo serviço privado, revelaram sentir-se mais satisfeitas durante a assistência ao parto, incluindo melhor atendimento e relacionamento com o profissional, o que reflete o lapso no princípio da equidade (D'ORSI et al., 2014). Percebe-se que o sistema tem se expandido, porém, situações de inadequação na assistência à saúde e

desigualdade de acesso persistem, demonstrando que os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos beneficiados pelo sistema, tendo em vista que os serviços de saúde alcançam maiores coberturas e níveis de qualidade nos grupos populacionais mais favorecidos economicamente (COSTA et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; D'ORSI et al., 2014).

A assistência pré-natal de qualidade é essencial para a saúde materna e neonatal, visto que compreende um conjunto de ações para promoção da saúde e atividades que visam à redução de eventuais riscos para mãe e filho, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, permitindo intervenções oportunas. A existência de falhas na assistência e no acesso ao pré-natal, como a realização incompleta dos procedimentos básicos, o início tardio e insuficiente número de consultas, podem afetar na sua efetividade como mecanismo protetor da saúde perinatal (DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

O Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas pré-natal para uma gestação a termo, com início no 1º trimestre da gestação, com inclusão de orientações sobre amamentação, suplementação alimentar com ácido fólico e sulfato ferroso e realização de todos os exames de rotina e exames clínico-obstétricos em todas as consultas (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013a). Estas recomendações podem ser consideradas como indicadores da qualidade da assistência pré-natal prestada pelos serviços de saúde.

A qualidade do pré-natal tem sido avaliada por meio do número de consultas e idade gestacional de ingresso no serviço de saúde (GONÇALVES; CESAR; SASSI, 2009; DOMINGUES et al., 2012), porém, assistência pré-natal de qualidade não significa somente o maior número de consultas. Tem sido comprovado que, em gestações de baixo-risco, poucas consultas pré-natais bem conduzidas são tão eficazes quanto um número maior, desde que sejam realizadas as demais ações complementares recomendadas pelo Ministério da Saúde (WHO, 2005; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013a).

A pesquisa Nascer no Brasil, de alcance nacional, indicou cobertura de atenção pré-natal praticamente universal de 98,7%, com níveis elevados em todas as regiões. No entanto, foram evidenciadas falhas na adequação dessa assistência, com apenas 60,6% das mulheres tendo iniciado o pré-natal antes da 12ª semana e 73,1% tendo realizado o número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; e VIELLAS et al., 2014). Mulheres que não realizaram pré-

natal ou tiveram seu início tardio, atribuíram como fator causal principal a barreira do acesso, sendo esse fator mais frequente entre as adolescentes das regiões Norte e Nordeste, em especial entre aquelas com menor escolaridade e sem companheiro (VIELLAS et al., 2014). A literatura confirma a crescente cobertura pré-natal nas diversas regiões do Brasil independente da qualidade, revelando que apesar do aumento no acesso, as falhas na atenção à gestante persistem, principalmente entre as mulheres de condição socioeconômica vulnerável (COSTA et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; ANVERSA et al., 2012).

Dessa forma, há indícios de que tem se mantido no Brasil a ideia dos cuidados inversos descrita por Hart em 1970, em que a população marginalizada é a que menos recebe atendimento dos serviços de saúde em detrimento dos grupos de condições mais elevadas (HART, 1971). Diante disso, surge o propósito de analisar a assistência pré-natal e pós-parto segundo critérios socioeconômicos, reprodutivos e procedimentos técnicos realizados em adolescentes de Teresina, Piauí.

O objeto do estudo é, portanto, a qualidade e equidade da assistência pré-natal e pós-parto entre adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a qualidade e a equidade da assistência pré-natal e pós-parto entre adolescentes de Teresina, Piauí.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e reprodutivos;
- Analisar a qualidade técnica da assistência pré-natal e pós-parto quanto aos procedimentos realizados;
- Verificar associação da qualidade da assistência pré-natal e pós-parto com renda e escore de risco gestacional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO ENTRE ADOLESCENTES

Importantes desigualdades têm sido identificadas na qualificação da assistência pré-natal, parto e pós-parto destinadas a adolescentes (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015). Tem sido apontada alta proporção de inadequação da assistência pré-natal e elevada peregrinação das mulheres em busca de assistência ao parto devido a falhas ocorridas no serviço de referência e contrarreferência durante a assistência pré-natal, principalmente entre aquelas de cor preta, baixa escolaridade e renda, sem trabalho e sem companheiro (GAMA et al., 2004; BERNARDES et al., 2014; VIELLAS et al., 2014).

A ampliação da cobertura do pré-natal no Brasil para quase universal não foi acompanhada na mesma amplitude pela redução das disparidades na assistência oferecida (VIELLAS et al., 2014; D'ORSI et al., 2014). Gestantes adolescentes, especialmente as mais jovens, têm apresentado início tardio na assistência e menor número de consultas realizadas, além da insuficiência na realização de exames imprescindíveis durante o pré-natal (GAMA et al., 2004; HUESTON; GEESEY; DIAZ, 2008; SILVEIRA et al., 2008; CESAR et al., 2011; DOMINGUES et al., 2015).

Essa situação de desigualdade é preocupante, visto que há razões para acreditar que os recém-nascidos (RN) de mães adolescentes apresentam maiores taxas de baixo peso e prematuridade ao nascer em comparação às mulheres com faixa etária superior a 20 anos (KLEIN, 2005; SANTOS et al., 2014). Não é totalmente esclarecido se esses fatos estão relacionados à idade materna ou a fatores ambientais e comportamentais, sugerindo que a associação desses aspectos à falta de cuidados pré-natais, o uso de drogas e outras substâncias, menor escolaridade e condições de pobreza, favorecem essas e outras complicações (HUESTON; GEESEY; DIAZ, 2008; SANTOS et al., 2014).

Possíveis riscos aumentados para complicações perinatais entre filhos de mães adolescentes, em especial quando incluída a inadequação da assistência pré-natal e parto recebida, têm sido evidenciados (HUESTON; GEESEY; DIAZ, 2008; SANTOS et al. 2014). A literatura, há duas décadas, destaca que quanto menores as condições socioeconômicas, aliadas à falta de planos de saúde e à falta de orientação sobre os serviços pré-natais disponíveis, mais significativas são as

barreiras de acesso e uso inadequado do pré-natal durante a gravidez pelas adolescentes (KINSMANN, 1992).

Estudo americano com adolescentes que realizaram pré-natal de 1978 a 2003 revelou evolução no acompanhamento precoce e redução das taxas de atendimento tardio ao longo dos anos, sendo acompanhadas de melhorias no financiamento do setor, no entanto persistiam parcelas de adolescentes iniciando o pré-natal tardiamente (LONG; MARQUIS, 1998; HESSOL; VITTINGOFF; FUENTES-AFFLICK, 2004). A falha ou ausência de acompanhamento pré-natal refletem desfechos desfavoráveis para a gestação, tais como baixo peso e prematuridade ao nascer e até mesmo a ocorrência de aborto, tendo maior impacto sobre as mulheres que não recebem esses cuidados ou os realizam muito tardiamente (GRAVENA et al., 2013; SANTOS et al., 2014).

Estudos brasileiros têm relatado, ao longo dos anos, a possibilidade de que os efeitos de uma assistência pré-natal inadequada sejam mais incisivos entre adolescentes, sendo nesta fase que os prejuízos da atenção precária demonstram ser mais intensos, repercutindo tanto na saúde materna e infantil quanto na vida social e relacionamentos interpessoais. (GAMA et al., 2002; GRAVENA et al., 2013; MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014; SANTOS et al., 2014). Isto porque, frequentemente, a gravidez precoce ocorre nos grupos de adolescentes socialmente excluídas, menos favorecidas economicamente, desprovidas de apoio familiar, do companheiro e da sociedade (GAMA et al., 2004; GOMES et al., 2008; MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014).

Assim como o estudo americano, no Brasil, tem-se evidenciado há mais de duas décadas que as gestantes adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal, o que leva à realização de menor número de consultas, quando comparadas às mulheres com mais de 20 anos (GAMA et al., 2004). Estudo realizado com mais de dez mil puérperas adolescentes mostrou ampla cobertura e baixa adequação no pré-natal, com menos da metade das adolescentes tendo realizado o mínimo de seis consultas ou iniciado o pré-natal ainda no primeiro trimestre (GAMA et al., 2004).

Pesquisas realizadas em São Paulo-SP e Pelotas-RS também apontaram forte associação entre menor idade materna, baixo grau socioeconômico, grau de escolaridade e más condições de vida (moradia, acesso à água encanada) ao menor número de consultas de pré-natal (PUCCINI et al., 2003; VICTORA et al., 2010). Em Porto Alegre-RS, identificou-se que além das características maternas e do não

convívio com o pai da criança, o papel da gravidez indesejada ou não planejada é considerado forte barreira à utilização dos serviços de pré-natal, estando associado a sua inadequação (BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009). A satisfação da mulher com sua gravidez é também fator determinante sobre o uso da assistência pré-natal, pois as adolescentes ao vivenciarem o sentimento de medo da exclusão e do estigma social, são muitas vezes sujeitas à baixa satisfação com a própria gravidez e, conseqüentemente, a não procurar pela assistência (BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009).

Estudo realizado em Teresina-PI mostrou que a qualidade do pré-natal oferecido a adolescentes não foi satisfatória, sugerindo que a baixa adequação da assistência, traduzida pelo início tardio e número insuficiente de consultas nesse grupo, estaria relacionada, principalmente, ao conhecimento tardio da gravidez, dificuldade de acesso, conflitos para assumir a gestação e comunicar os familiares, além do desconhecimento da importância dessa assistência (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Embora órgãos de saúde brasileiros tenham investido ao longo dos anos em políticas de incentivo à saúde da mulher, estudos recentes remontam aos mesmos achados de anos anteriores, quanto aos fatores associados à inadequação da assistência pré-natal entre as adolescentes (BRASIL, 2000; GAMA et al., 2002; BRASIL, 2004; GAMA et al., 2004; COIMBRA et al., 2003; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012; FONSECA et al., 2014). Reforça-se que, apesar da ampla cobertura, grande proporção de mulheres adolescentes, pobres, sem apoio familiar e sem companheiro ainda apresenta falhas na assistência recebida no pré-natal, em todos os seus aspectos (COIMBRA et al., 2003; FONSECA et al., 2014; VIELLAS et al., 2014).

A marcante vulnerabilidade para riscos perinatais e maternos sobre adolescentes, principalmente as que vivem em condições de iniquidades e que realizam com menor frequência cuidados pré-natais, a despeito das mulheres mais velhas, tem sido discutida. Todavia, torna-se mais preocupante o fato dessa desigualdade vir aumentando a cada ano, sendo esta população foco de importância para a saúde pública (PARTRIDGE et al., 2012; FONSECA et al., 2014).

3.2 RECOMENDAÇÕES PARA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO

A adequação da assistência pré-natal é fortemente moldada pela maneira pela qual a utilização desse serviço é medida (KOTELCHUCK, 1994). Existem várias recomendações, protocolos e orientações para garantir assistência ao pré-natal, parto e pós-parto qualificadas. Até hoje, índices internacionais propostos em 1973 por Kessner e reformulado em 1994 por Kotelchuck são amplamente utilizados na literatura nacional e internacional (KESSNER et al. 1973; KOTELCHUCK, 1994; BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Proposto há várias décadas como parte de estudo americano sobre mortalidade infantil, apoiado pelo Instituto de Medicina (IOM), o índice de Kessner permanece entre os principais indicadores de adequação da assistência pré-natal nos Estados Unidos (KESSNER et al., 1973; SMITH et al., 2015). Esse índice considera informações sobre o mês de início do pré-natal e o número de consultas realizadas após o início do acompanhamento, com ajuste para a idade gestacional, e depois rigorosamente unifica essas informações em um indicador com três níveis de adequação (adequado, intermediário e inadequado).

O índice de Kessner considera como adequada a assistência pré-natal que compreende o início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação e a realização de nove consultas de pré-natal ou mais para uma gravidez a termo. Alguns autores modificaram este índice, adaptando-o, após estudos mostrarem que a realização de menor número de consultas com qualidade para gestação a termo e de baixo risco pode ser tão eficaz quanto realizá-las em maior número (TAKEDA, 1993; VILLAR et al., 2001).

Outra crítica ao uso desse índice ressalta que, embora Kessner e colaboradores denominem seu índice como “Índice de Adequação do Pré-natal”, sua medida não indica informações sobre a adequação do conteúdo clínico do pré-natal, pois apenas considera informações quantitativas para sua formulação (TAKEDA, 1993; KOTELCHUCK, 1994).

O índice de Kotelchuck, proposto cerca de duas décadas mais tarde, foi denominado Índice de Adequação do Uso do Pré-Natal (APNCU) e se propôs a desenvolver um algoritmo alternativo ao criado por Kessner na tentativa de minimizar as falhas identificadas. Assim, o índice APNCU tenta caracterizar o uso da assistência em duas dimensões distintas: a adequação levando em consideração o

início do pré-natal e a adequação dos serviços recebidos uma vez que o pré-natal já tenha sido iniciado (KOTELCHUCK, 1994).

A primeira dimensão considerada pelo índice APNCU mensura o período de início do acompanhamento (1° e 2° mês; 3° e 4° mês, 5° e 6° mês ou do 7° ao 9° mês) da gestação. A ausência de realização do pré-natal agrupa-se nesta dimensão na categoria de cuidados tardios ou inadequados. A segunda dimensão considera a adequação dos serviços recebidos, incluindo as consultas pré-natais durante todo o acompanhamento pré-natal, sendo o número esperado de consultas baseado nos padrões recomendados pelo Colegiado Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG, 1965). O número ideal de consultas deve ser calculado de acordo com a idade gestacional e o período de início do pré-natal, podendo ser ajustada para cada mulher (KOTELCHUCK, 1994). Por exemplo, uma gestante de 40 semanas teria como recomendação pelo índice APNCU e pela ACOG 14 visitas de pré-natal, e caso o acompanhamento tenha iniciado no quarto mês gestacional (atraso de três meses), passa a se considerar como recomendado somente 11 visitas. Enquanto isso, para a gestante a termo com idade gestacional de 38 semanas, o ideal seriam doze consultas pré-natais (ACOG, 1965; KOTELCHUCK, 1994). Assim, ambas as dimensões de adequação dos cuidados de pré-natal recebidos podem ser resumidas em um único índice de adequação.

Assim, o índice APNCU considera como tardio o acompanhamento pré-natal iniciado após o quarto mês de gravidez ou a realização de menos de 50% das visitas recomendadas. Nesse sentido, início da assistência pré-natal até o quarto mês aumenta a possibilidade de qualificação da assistência (KOTELCHUCK, 1994).

Apesar de o APNCU ser uma tentativa de aprimoramento do índice de Kessner, este também sofre críticas. Revisão sistemática de estudos utilizou esses índices para avaliar a adequação pré-natal, destacando que melhorar os resultados da assistência ao parto, assim como reduzir as complicações perinatais e a morbimortalidade infantil, pode depender de outras características da assistência pré-natal que não são levadas em consideração por ambos os índices (como o conteúdo qualitativo das consultas e a periodicidade delas), visto que deveriam ser muito mais abrangentes e complexos que seus meros valores quantitativos (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, realiza uma série de recomendações

objetivas e mais abrangentes, incluindo novos critérios de adequação para as necessidades de atenção específicas às gestantes, recém-nascidos e à mãe no pós-parto (BRASIL, 2000). Com base neste programa, foram elaboradas políticas, manuais e protocolos com recomendações para a assistência qualificada e humanizada à gestante nos diversos ciclos da gravidez (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a).

Os esforços realizados desde a implantação do PHPN, mantidos com a Rede Cegonha desde 2011, propõem-se a reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, mediante a adoção de medidas que melhorem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011a). Assim, o Ministério da Saúde recomenda realização da primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre da gestação, mais precisamente até a 12^a semana (2006a; 2013a). Também preconiza a realização de alguns procedimentos básicos, incluindo número mínimo de seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, além da realização de uma consulta de puerpério até quarenta e dois dias pós-parto.

3.2.1 Procedimentos técnicos da assistência pré-natal e pós-parto

No Brasil, a recomendação ministerial para a rotina pré-natal é a realização de exames laboratoriais na primeira consulta e repetição de alguns destes na trigésima semana da gestação. Entre os exames preconizados estão: tipagem sanguínea do sistema ABO-Rh, teste VDRL para sífilis, sumário de urina, urocultura, glicemia de jejum, exame de sangue para hematócrito e hemoglobina, testagem anti-HIV, sorologia para toxoplasmose e hepatite B, todos na primeira consulta e a repetição dos testes para sífilis, sumário de urina, urocultura, glicemia de jejum, anti-HIV, toxoplasmose e hepatite B na trigésima semana (AMORIM; MELO, 2009a; AMORIM; MELO, 2009b; BRASIL, 2013a; DOMINGUES et al., 2015). Outros procedimentos podem ser acrescentados à rotina mínima, tais como exame protoparasitológico, colpocitologia oncótica, sorologia para rubéola e ultrassonografia obstétrica (BRASIL, 2006a; AMORIM; MELO, 2009a; AMORIM; MELO, 2009b; BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde preconiza também a realização de atividades educativas, vacinação antitetânica e contra hepatite B com dose imunizante para as gestantes sem esquema vacinal comprovado, classificação de risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes e realização de encaminhamentos às gestantes de alto risco, cujo atendimento deve acontecer em unidade de saúde referenciada para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar (FEBRASGO, 2006; BRASIL, 2013^a; BRASIL, 2014). O próprio Ministério da Saúde apresenta indicadores de processo que avaliam a adequação da assistência à gestante prestada, com base nas recomendações apresentadas (BRASIL, 2011a; 2013a).

A recomendação ministerial também determina realização de procedimentos técnicos concernentes a cada consulta de pré-natal, incluindo o cálculo da data da última menstruação (DUM), método de escolha para calcular a idade gestacional (IG); da data provável do parto (DPP), preferencialmente na primeira consulta; a avaliação do estado nutricional mediante o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e ganho de peso gestacional; técnicas de medidas do peso e da altura da gestante; controle da pressão arterial e o exame clínico obstétrico que compreende palpação obstétrica, exame das mamas, ausculta dos batimentos cardíacos, registro dos movimentos fetais e medida da altura uterina da gestante (BRASIL, 2006a; FEBRASGO, 2006; MELO et al., 2007; BRASIL, 2013a). Estes procedimentos devem ser repetidos a cada consulta, com exceção da DPP, e vir acompanhado de orientações e fornecimento de informações à mulher sobre sua situação gestacional.

Além de detalhar os procedimentos técnicos a serem realizados, o Ministério da Saúde enfatiza a importância de componentes relativos ao conteúdo das consultas de pré-natal ao longo desse acompanhamento. Tais conteúdos correspondem às atividades de: acolhimento, apoio, orientação realizadas desde a primeira consulta quanto à própria importância do pré-natal, repouso, realização de atividades físicas e nutrição adequada, suplementação alimentar com ácido fólico e sulfato ferroso entre outras recomendações (BRASIL, 2006a; FEBRASGO, 2006; BRASIL, 2013a; SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Outro importante componente da assistência pré-natal, que deve ser realizado prioritariamente desde a primeira consulta da gestante, é a classificação de risco gestacional (BRASIL, 2006a; 2011; 2013). A importância desse componente está em identificar os prováveis riscos aos quais cada mulher está exposta, o que

permite orientações, condutas preventivas e encaminhamentos que promovam adequada atenção pré-natal à gestante (BRASIL, 2011a; MARTINELLI et al., 2014).

A classificação do risco gestacional deve ser realizada a cada consulta, incluindo a análise de fatores de risco relacionados a características individuais e aspectos sociodemográficos, assim como situações patológicas e reprodutivas prévias (BRASIL, 2006a; FEBRASGO, 2006; BRASIL, 2013a). São considerados fatores de risco: idade materna inferior a 15 anos ou superior a 35 anos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, condições físicas da mulher como baixo peso, altura inferior a 1,45 metros e IMC indicando subnutrição ou sobrepeso, além de antecedentes reprodutivos de risco como: nuliparidade ou multiparidade, intervalo interpartal inferior a dois anos, intercorrências em gestações anteriores e presença de comorbidades associadas (FEBRASGO, 2006; BRASIL, 2013a).

O preparo para o parto e pós-parto também é ponto essencial nas políticas nacionais, a ser orientado com base em planejamento individual à gestante quanto ao local de referência para o parto, intercorrências na gestação, transporte, orientações de incentivo ao parto normal e aleitamento materno, recursos necessários ao parto e recém-nascido, além do apoio familiar e social (BRASIL, 2006a; 2011; 2013; DOMINGUES et al., 2015).

Após a resolução da gravidez, a maioria das mulheres encontra-se em estado especial, de exacerbada fragilidade e sensibilidade, momento também em que ocorre dependência absoluta do RN à mãe (WINNICOTT, 1994; BRASIL, 2013). Enfatiza-se a importância do profissional prestar informações e orientações que reforcem os cuidados essenciais à mulher quanto ao pós-parto e ao recém-nascido, que incluem o aleitamento materno, alimentação, sono, condições psicoemocionais da puérpera, higiene do bebê e planejamento familiar (BRASIL, 2013a).

A realização dessas atividades qualitativas é de suma importância, pois tornam a mulher protagonista de sua própria gestação e potencializa seu autoconhecimento (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCOM, 2010). Além do mais, a realização dessas atividades contribui significativamente para a qualificação da assistência pré-natal e pós-parto (CASTRO; MOURA; SILVA, 2012).

3.3 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO NO BRASIL

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde tem sido campo de estudo de diversos pesquisadores e uma necessidade do público contratante que recebe esses serviços e para isso, os métodos de avaliação são baseados em indicadores, cujas variáveis investigadas representam os padrões de qualidade (REIS et al., 1990). Embora vários pesquisadores tenham se dedicado a desenvolver métodos para avaliação da qualidade dos serviços, Avedis Donabedian é o autor que tem se sobrepulado na proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1966; FLEXNER, 1940; PORTERFIELD, 1976; SONIS, 1984; REIS et al., 1990; ANVERSA et al., 2012; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012; SILVA et al., 2013).

Donabedian propôs como método de avaliação da qualidade dos serviços a teoria dos sistemas, que considera como elementos a estrutura, o processo e os resultados. A avaliação do processo constitui as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, incluindo métodos e procedimentos adotados, sendo orientada principalmente pela avaliação da atuação profissional diante dos cuidados prestados à população (DONABEDIAN, 1978).

Nesse sentido, o autor define que o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de êxito dos profissionais em exercer suas funções com competência, reduzindo falhas no processo de trabalho; e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua de forma que os desvios dos padrões ideais de qualidade possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1978).

Nessa perspectiva, a qualidade da assistência pré-natal e pós-parto constitui-se em uma avaliação de processo, que tem sido realizada mediante um conjunto de condutas prestadas pelo profissional durante as consultas pré-natais, no período que compreende o parto e o puerpério (VICTORA et al., 2010; ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2015).

Vários autores no Brasil têm se dedicado a estudar a adequação e a equidade da atenção pré-natal nas diversas regiões brasileiras (HALPERN et al., 1998; PUCCINI et al., 2003; NEUMANN et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005; GONÇALVES; CESAR; SASSI, 2009; ANVERSA et al., 2012; VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015). Os indicadores de avaliação utilizados variam nas

pesquisas, sendo reformulados e adaptados de acordo com as recomendações nacionais vigentes.

Estudo de abrangência nacional recente demonstrou que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é alta, tendo em vista que apenas 1,3% das gestantes brasileiras em 2011 e 2012 não realizaram pré-natal (VIELLAS et al., 2014). Todavia, ao se medir a adequação dos cuidados prestados, percebe-se que os níveis de inadequação e falhas na assistência pré-natal são elevados (ALMEIDA, BARROS, 2005; VIELLAS et al., 2014; D'ORSI et al., 2014; FURTADO, 2014).

Apesar de apenas a pesquisa *Nascer no Brasil* (VIELLAS et al., 2014) avaliar a atenção à gestante em amplitude nacional, estudos de menor abrangência desenvolvidos em diferentes regiões brasileiras confirmam a elevada cobertura da assistência à gestante a despeito da qualidade dessa assistência, que permanece insatisfatória em várias regiões. Isso é demonstrado por indicadores que apontam a permanência das altas disparidades no acesso e na qualidade da assistência pré-natal, com desvantagens principalmente para as regiões mais pobres (COIMBRA et al., 2007; RIBEIRO et al., 2009; VICTORA et al., 2010; ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Achados recentes revelam que a adequação da assistência pré-natal ainda é baixa. No Brasil, apenas cerca de 76,0% das mulheres iniciaram o acompanhamento no período recomendado e somente 73,1% realizaram o número de consultas preconizado para a idade gestacional (VIELLAS et al., 2014). Os valores da inadequação nacional, refletem os encontrados em diversas regiões do país (COUTINHO et al., 2010; VICTORA et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; CORREA et al., 2013), especialmente quando são incluídos parâmetros que incluem o conteúdo das consultas como exames de rotina, procedimentos técnicos básicos e orientações sobre o parto e recém-nascido. Nesses casos, nota-se significativa queda no nível de adequação da assistência prestada para menos de 10% (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

Gestantes adolescentes, especialmente as de idade inferior a 15 anos, têm apresentado piores indicadores da assistência pré-natal, com início mais tardio e menor número de consultas realizadas, quando comparados aos de mulheres mais velhas (GAMA et al., 2004; VIELLAS et al., 2014). Somado a isto, mulheres de maior risco gestacional, com desfechos negativos em gestações anteriores, também estão

entre os grupos com indicadores de inadequação da assistência pré-natal (XAVIER et al., 2013; FONSECA et al., 2014).

Os motivos para o início tardio no pré-natal, com conseqüente realização de número insuficiente de consultas, estão entre as barreiras já mencionadas como: o desconhecimento da gravidez por dificuldade no acesso destas mulheres aos métodos de detecção e o fato da gravidez não ter sido planejada e, muitas vezes, ser indesejada (VIELLAS et al., 2014).

Fatores mais distais como o nível educacional, renda e cor da pele são apontados como determinantes na qualidade da atenção prestada à gestante, comprovando que as mulheres com baixa escolaridade, menor renda e não brancas estão mais vulneráveis a ter acesso inadequado ao pré-natal (MIRANDA et al., 2010; GONÇALVES; CESAR; SASSI; VICTORA et al., 2010; FONSECA et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). Isto porque, provavelmente, além da falta de conhecimento ou menor esclarecimento sobre seus direitos de acesso à saúde, o que as tornam menos exigentes ao serviço que estão recebendo, dificilmente podem pagar pelo serviço privado devido sua condição socioeconômica desfavorável (HUESTON; GEESEY; DIAZ, 2008; MENDONZA-SASSI et al., 2010; VICTORA et al., 2010; CESAR et al., 2011).

Percebe-se que o acesso dificultado dessas mulheres aos serviços de saúde mais qualificados tende a perpetuar-se, haja vista terem pior nível de escolaridade permanecem em situação de vulnerabilidade, refletindo suas condições de vida às gerações subsequentes, que tendem, conseqüentemente, a percorrer o mesmo caminho de iniquidades e falhas na atenção à saúde (GOMES et al., 2008).

O nível de adequação dos serviços prestados também pode estar relacionado ao tipo de serviço de saúde que realiza a assistência, revelando melhores índices no serviço prestado pelas instituições privadas em detrimento do serviço público (VICTORA et al., 2010; CESAR et al. 2011). Mulheres que utilizam os serviços públicos apresentam características diferentes da população que utiliza o serviço privado, entre as usuárias do serviço público predominam adolescentes, de classe econômica e escolaridade mais baixas, sem apoio familiar ou do companheiro e múltiparas, fatores também relacionados ao início mais tardio na assistência pré-natal e a não realização de procedimentos e exames recomendados, levando ao menor grau de adequação (VICTORA et al., 2010; SANTOS et al., 2015).

No entanto, há resultados mais favoráveis da realização do pré-natal em serviços públicos da atenção básica. Nesse sentido, enfatizam-se os esforços

realizados no sentido de melhorar o processo de trabalho na rede pública de saúde com a participação de agentes comunitários de saúde, o que promove significativa melhora na busca ativa das gestantes, levando-as a iniciarem o acompanhamento o mais precocemente possível. Assim, também se torna possível estabelecer com os profissionais do serviço melhor vínculo, contribuindo para melhorar o nível qualitativo do conteúdo das consultas (ANVERSA et al., 2012; BERNARDES et al., 2014).

Apesar das principais falhas responsáveis pela inadequação da assistência pré-natal oferecidas às gestantes estarem centradas na baixa média de realização de consultas e início tardio do acompanhamento, é evidente a queda da qualidade da assistência quando é incluída na análise a realização dos procedimentos técnicos básicos recomendados na rotina de pré-natal. Dentre esses procedimentos destacam-se os exames laboratoriais, clínico ginecológico e obstétrico, suplementação alimentar com sulfato ferroso e ácido fólico, imunização antitetânica e ainda, as valiosas orientações prestadas durante cada consulta até o momento da resolução do parto (GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009; RIBEIRO et al., 2009; VIELLAS et al., 2014; SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Tem sido insatisfatória a realização dos exames de rotina segundo os protocolos nacionais, demonstrando baixo percentual entre as gestantes em diversos estudos (ANVERSA et al., 2012; VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015). É indiscutível a importância da realização de exames clínicos e laboratoriais durante a gestação, visto que estes são o melhor meio para prevenir, identificar e corrigir possíveis anormalidades que possam afetar a saúde da mãe ou do bebê.

Quanto às orientações prestadas durante a assistência à gestante, é certo que uma gama de temas deveria ser abordada a fim de esclarecer dúvidas, informar à gestante quanto a questões sobre o parto, pós-parto e o recém-nascido e estimular práticas benéficas à saúde do binômio mãe e filho, tais como o aleitamento materno e o estímulo ao parto normal. Entretanto, é insuficiente o nível de orientações recebidas ao se avaliar a assistência pré-natal, evidenciando o déficit no papel dessa assistência na preparação da mulher para o parto e para a amamentação (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o Brasil conseguiu alcançar notável cobertura na assistência pré-natal para níveis quase universais, refletindo sucesso na ampliação do acesso, entretanto, desafios persistem no sentido de melhorar a qualidade dessa assistência. Tornam-se necessários incentivos às políticas públicas

de saúde já existentes, a fim de que as recomendações para realização de todos os procedimentos considerados essenciais sejam efetivadas e atendidas pelos profissionais e ainda, sejam de conhecimento das principais envolvidas, as usuárias dos serviços. Assim, melhorias na qualidade da assistência pré-natal para os níveis considerados ideais reduziriam as taxas de morbimortalidade materna e infantil, assim como minimizariam significativamente as desigualdades em saúde.

3.4 EQUIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO NO BRASIL

A equidade tem sido defendida como princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) e um de seus principais desafios desde que este conceito foi adotado pela legislação do SUS e Leis Complementares. Tendo em sua definição diversas interpretações, na saúde equidade remete à ideia de igualdade na oportunidade de acesso; tratar de forma desigual os desiguais e de forma igual todos os iguais, o que quer dizer atender àqueles que mais necessitam, segundo grupos específicos, grupos de risco e condições socioeconômicas, com maior atenção, a fim de reduzir todas as desigualdades (GRANJA; ZOBOLI; FRANCOLLI, 2013).

O alcance do nível adequado de saúde e qualidade de vida, distribuído de forma igualitária e equânime também é objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2010). No entanto, efetivar a equidade como princípio permanece um grande desafio para as políticas públicas e para os gestores do sistema, nas áreas da educação, habitação e, especialmente, na área da saúde pública (TRAVASSOS; CASTRO, 2008; GRANJA; ZOBOLLI; FRANCOLLI, 2013).

As desigualdades em saúde estão profundamente ligadas ao acesso e à acessibilidade que as pessoas têm aos serviços de saúde, o que inclui determinantes sociais como a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema, a operacionalização do próprio serviço e determinantes individuais como as características da população, abrangendo: renda, nível educacional, plano de saúde e estrutura social (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Dessa forma, acesso representa a facilidade ou dificuldade do usuário em estabelecer contato com o serviço, enquanto acessibilidade é a facilidade ou dificuldade do prestador em ofertar efetivamente o serviço ao usuário (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

É relevante mencionar que embora haja divergentes interpretações, os conceitos de acesso e uso dos serviços de saúde estão interligados à equidade, visto que juntos refletem o grau de facilidade com que os indivíduos podem acessar e, conseqüentemente, utilizar os serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; FURTADO, 2014). O uso refere-se ao contato direto ou indireto que o usuário irá estabelecer com os serviços do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A possibilidade de o indivíduo realizar melhor uso dos serviços de saúde está relacionada à oportunidade de acesso que ele irá ter. Assim, à medida que são diminuídas as barreiras geográficas, financeiras, sociais e individuais, aumentam-se as chances de busca do usuário pelo serviço, melhorando tanto o acesso quanto o uso deste (FURTADO, 2014).

Nessa perspectiva, o uso dos serviços de saúde e o acesso estabelecido refletem a qualidade e a equidade com que estes serviços são ofertados à população, uma vez que estes conceitos devem expressar a igualdade de oportunidades em saúde inerentes ao direito de todo cidadão (BARATA et al., 2007).

O padrão de acesso aos serviços de saúde entre adolescentes, especialmente relacionados à gestação e ao parto, tem demonstrado ser mais baixo se comparado ao de mulheres adultas (FURTADO, 2014). Além disso, a qualidade e a equidade do acesso oferecido pelos serviços de saúde são determinadas por variáveis sociodemográficas e econômicas como a escolaridade, a renda, o local de moradia, o estado civil entre outras características maternas (PUCCINI et al., 2003; VICTORA et al., 2010; FURTADO, 2014).

No que diz respeito ao acesso de gestantes à assistência pré-natal e ao parto, os achados reforçam a persistência das disparidades sociais, com inadequação no acesso em 3,2% e 33,3% por adolescentes e jovens, respectivamente. A mesma pesquisa, referente ao Nordeste brasileiro, evidenciou que as principais barreiras associadas ao acesso inadequado ao pré-natal e ao parto foram situação conjugal instável ou ausente, ausência de trabalho remunerado e de seguro de saúde (FURTADO, 2014).

A teoria denominada Lei dos Cuidados Inversos, descrita em 1971, afirmava que a assistência à saúde era distribuída entre as classes sociais de forma desigual, acreditando ser decorrente de má distribuição historicamente primitiva e ultrapassada. Ressaltou ainda, que indivíduos pertencentes a classes socioeconômicas mais elevadas sabiam fazer melhor uso dos serviços de saúde e, por isso, tendiam a

receber melhor atenção do especialista, ocupar leitos em hospitais mais bem qualificados, ter acesso à cirurgia eletiva e, ainda, obter melhor atendimento materno e infantil, enquanto os grupos de menor renda recebiam esses cuidados de forma inversa (HART, 1971).

Após mais de quatro décadas da proposição da Lei dos Cuidados Inversos, vários pesquisadores têm continuado a afirmar sua aplicabilidade sobre a saúde materno-infantil, mostrando que gestantes com menor renda familiar, baixa escolaridade e em piores situações de vida têm menos acesso ao pré-natal de qualidade (VICTORA et al., 1996; HALPERN et al., 1998; VICTORA et al., 2010; ANVERSA et al., 2012; VIELLAS et al., 2014). Pesquisas apontam para melhores padrões de cuidados no pré-natal e parto, na cobertura e acesso aos serviços de saúde e nas intervenções preventivas e curativas entre grupos mais favorecidos economicamente (VICTORA et al., 2003; BOERMA et al., 2008; VICTORA et al., 2010).

A fim de verificar a associação do risco gestacional com a renda materna, pesquisa realizada no Rio de Janeiro-RJ, em 2008, confirmou a vulnerabilidade de mulheres de baixa renda, constatando associação entre baixa renda familiar e maior ocorrência de malformações fetais (XAVIER et al., 2013). Os resultados do estudo carioca mostraram cerca de dois terços da população vivendo com renda máxima de três salários mínimos e 8,0% em extrema pobreza, sendo que a maior ocorrência de gravidez em adolescentes menores de 15 anos concentrou-se nesse último grupo, que vivia com menos de um salário mínimo. Há nesses grupos de menor renda maior associação a malformações fetais devido a carências nutricionais e ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal (XAVIER et al., 2013).

Fator marcante na vulnerabilidade das jovens menores de 15 anos é a desinformação sobre saúde sexual e reprodutiva e baixa escolaridade para a idade (XAVIER et al., 2013). Merece atenção o fato de que estas jovens, quando em situações de extrema pobreza e vulnerabilidade, tornam-se mais expostas à precariedade no acesso aos serviços de saúde, situações de violência, exploração sexual e exposição a doenças sexualmente transmissíveis (SANTOS, 2006; TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010). Enfatiza-se a pouca inserção dessa população em programas de saúde sexual e reprodutiva, sendo as carências contraceptivas, início do pré-natal tardio, número reduzido de consultas e baixa qualidade técnica do pré-natal a representação do cenário de vulnerabilidade no qual estas se inserem.

Essas iniquidades socioeconômicas refletem o que ocorre em muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, no qual o setor privado de serviços de saúde é usado por famílias que podem pagar pelo seguro de saúde privados ou por atendimentos particulares (VICTORA et al., 2010). As vantagens são significativas para gestantes atendidas no setor privado em relação ao público, o que, possivelmente, se deve ao fato de que ao possuírem melhor nível socioeconômico, maiores são as possibilidades de compra de serviços e busca por cuidados, destacando-se melhor assistência durante o pré-natal, especialmente em termos de início, quantidade de consultas e exames clínicos realizados (CESAR et al., 2011).

Estudo realizado com coorte brasileira em 2010 identificou que 58% das mulheres do quintil mais alto de renda utilizaram o setor privado para atenção pré-natal em contraposição a apenas 6% do quintil mais pobre (VICTORA et al., 2010). Observou-se também que o setor privado tendeu a possuir melhores instalações e maior tempo individual para consulta do que o setor público, assim como seus profissionais da saúde também eram mais bem remunerados, o que pode repercutir na qualidade da assistência à saúde oferecida (VICTORA et al., 2010; CESAR et al., 2011). Além disso, é maior a satisfação de mulheres com o atendimento em geral e com o desempenho dos profissionais durante o acompanhamento pré-natal nos serviços privados, refletindo a desigualdade na assistência, se comparado à satisfação de gestantes que utilizam o serviço público e que não podem pagar pelo serviço privado (D'ORSI et al., 2014).

Percebe-se que embora muitos anos tenham se passado da implantação de políticas de atenção à saúde da mulher como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, e especificamente à gestante, com o PHPN, em 2000, os problemas de adequação persistem, tornando-se mais preocupantes se comparados entre grupos populacionais em diferentes condições socioeconômicas (BRASIL, 1984; BRASIL, 2000; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a; CESAR et al., 2011; VICTORA et al., 2011; FONSECA et al., 2012; BERNANDES et al., 2014).

Nessa perspectiva, é plausível a ideia de que mulheres mais vulneráveis para riscos maternos e perinatais são as que têm menor frequência nos cuidados pré-natais, fortalecendo ainda nos dias atuais a teoria de Hart a respeito dos “cuidados inversos”, na qual a disponibilidade da assistência à saúde varia inversamente às demandas de cuidados da população (HART, 1971).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo é uma adaptação de estudo anteriormente realizado em Criciúma, Santa Catarina (NEUMANN et al., 2003). Trata-se de estudo transversal, parte integrante do projeto: “Relação entre atividade física na gestação e o tipo de parto entre adolescentes”, executado de 2013 a 2015 por pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI), realizado em cinco maternidades, nomeadas de A-E, sendo quatro públicas e uma privada, em Teresina, Piauí. As maternidades foram selecionadas por representarem todas as instituições que realizam parto do município.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A coleta de dados ocorreu durante internação pós-parto de adolescentes, com idade de 10 a 19 anos, que finalizaram a gestação de nascido vivo, há pelo menos 6 horas, nas últimas 24 horas anteriores à coleta de dados.

Foram excluídas do estudo puérperas que não portavam o cartão da gestante consigo ou anexado ao prontuário no momento da coleta. Utilizou-se uma ficha de identificação da participante a fim de verificar a possibilidade de sua inclusão na pesquisa (APÊNDICE A).

A amostra, do tipo probabilística estratificada proporcional (MEDRONHO, 2005), foi distribuída de acordo com a demanda das instituições participantes, conforme mostra Tabela 1. O cálculo amostral foi realizado no aplicativo Epi info 6.04d (DEAN et al., 1994), tomando-se por base o número total de adolescentes que deram à luz a recém-nascido vivo em 2012, nas cinco maternidades selecionadas para o estudo (N=3.376), na proporção esperada de atividade física satisfatória durante a gravidez de 50% - variável dependente utilizada no projeto base, visto que não se conhecia a prevalência do evento em estudo (LUCHESA; CHAVES NETO, 2011). Considerou-se o intervalo de confiança de 95%, precisão esperada de 5%, efeito do desenho de 1.4 e nível de significância de 5%. O tamanho da amostra mínima resultante foi de 483 puérperas.

Tabela 1. Distribuição da amostra por instituição segundo população considerada. Teresina-PI, Brasil. 2012.

| Instituição | População | | Amostra | |
|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | N | % | n | % |
| A | 300 | 8,9 | 43 | 8,9 |
| B | 233 | 6,9 | 33 | 6,9 |
| C | 311 | 9,2 | 44 | 9,2 |
| D | 203 | 6,0 | 29 | 6,0 |
| E | 2.329 | 69,0 | 334 | 69,0 |
| Total | 3.376 | 100,0 | 483 | 100,0 |

Para os cálculos de análise da amostra, o número considerado foi o do conjunto amostral e não o da análise individual de cada instituição. A fim de garantir a aleatoriedade de seleção da amostra, não se realizou sorteio individual entre as participantes devido à média diária de internação de adolescentes ser baixa, chegando a não ocorrer nenhum caso nas instituições de menor porte, o que prolongaria o alcance da amostra mínima necessária. Por isso, optou-se pelo sorteio de quatro dias da semana em que os dados seriam coletados com todas as puérperas das últimas 24 horas (que tivesse dado à luz há pelo menos 6 horas).

4.3 VARIÁVEIS

4.3.1 Independentes

4.3.1.1 Dados sociodemográficos, econômicos e reprodutivos

- Faixa etária materna;
- Cor da pele;
- Situação conjugal;
- Religião;
- Nível de escolaridade;
- Atividade remunerada, ocupação ou profissão;
- Quartil de renda familiar;
- Tipo de residência;
- Número de cômodos na residência;
- Número de coabitantes na residência;
- Local de residência.
- Número de gestações anteriores;

- Intervalo interpartal da última gestação à atual;
- Número de filhos nascidos vivos;
- Número de filhos vivos atualmente.

4.3.1.2 Dados para obtenção da equidade

- Quartil de renda familiar (obtidos a partir da renda familiar)
- Escore de risco gestacional (obtido a partir da idade, número de partos e intervalo interpartal).

4.3.2 Dependentes

4.3.2.1 Dados para obtenção da qualidade da assistência

- Qualidade da assistência pré-natal e pós-parto (obtida a partir do número de consultas, início da assistência e procedimentos técnicos realizados no pré-natal e pós-parto);

4.3.2.2 Dados do pré-natal e procedimentos técnicos

- Tipo de serviço da realização do pré-natal;
- Número de consultas realizadas em cada trimestre da gestação;
- Número total de consultas;
- Número total de procedimentos técnicos realizados (aferição de peso, altura uterina, pressão arterial, data da última menstruação, realização de exames, imunização e prescrição de sulfato ferroso).

4.3.2.3 Procedimentos técnicos do pós-parto

- Número total de procedimentos técnicos realizados no pós-parto (orientações gerais à mãe no hospital sobre vestuário e alimentação, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar; amamentação nas duas primeiras horas de vida).

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2014, por estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFPI, supervisionadas pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde, todos treinados e supervisionados por docente do referido programa. O formulário de coleta de dados foi previamente testado, incluindo as mesmas variáveis do estudo realizado por Neumann et al. (2003) em Criciúma-SC (APÊNDICE B). As fontes de informação foram o autorelato da participante e o cartão da gestante.

Foram coletadas informações sociodemográficas, econômicas, ambientais e antecedentes reprodutivos das adolescentes, além de variáveis relacionadas à assistência pré-natal e pós-parto. Investigaram-se dez procedimentos técnicos relacionados à assistência pré-natal e seis procedimentos voltados ao pós-parto, totalizando 16 procedimentos investigados. Estes procedimentos foram selecionados com base em estudos anteriores, por serem considerados os mínimos necessários para realização de acompanhamento pré-natal adequado (HALPERN et al., 1998; NEUMANN et al., 2003).

A partir das variáveis incluídas na pesquisa, indicadores mensurando a qualidade da assistência recebida foram construídos. O grupo de adolescentes foi subdividido em quatro grupos de acordo com a renda familiar total (1º quartil menor que 724,00 reais, 2º quartil de 724,00 a 1.449,00 reais, 3º quartil maior que 1.449,00 a 2.172,00 reais, 4º quartil maior que 2.172,00 reais).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A construção do banco de dados foi realizada no programa Epi info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), em dois bancos de modo a permitir a checagem de erro na digitação e as devidas correções. A análise estatística foi realizada utilizando-se o *software* SPSS versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foi utilizada a estatística descritiva para análise univariada dos dados, mediante a distribuição dos resultados em frequências, relativas e absolutas, e porcentagens; e posterior análise estatística bivariada, que incluiu o teste Qui-quadrado de Pearson para as tabelas de contingência. Nas tabelas 2x2 foi utilizada a correção de continuidade de Pearson, considerando-se estatisticamente significativos valores de p

iguais ou inferiores a 0,05, intervalo de confiança 95,0% (KIRKWOOD, 1999). Utilizou-se teste exato de Fischer quando a frequência esperada foi inferior a cinco (KIRKWOOD, 1999).

Foram analisados os dez procedimentos técnicos da assistência pré-natal e os seis procedimentos da assistência pós-parto como indicadores de qualidade, além das informações pertinentes sobre o início do acompanhamento e o número de consultas realizadas. Como parâmetro de qualidade da assistência utilizou-se um índice adaptado para esta pesquisa, com base nos índices de Kessner (1973), que considera o início do acompanhamento e o número de consultas como indicadores da qualidade; e o índice proposto por Almeida e Barros (2005), que além desses parâmetros considera também a realização de procedimentos técnicos e exames de rotina, sendo estes indicadores utilizados neste estudo conforme as atuais recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Assim, foram considerados para análise:

1. Pré-natal iniciado no primeiro trimestre da gestação (até 12ª semana);
2. Realização do número mínimo de seis consultas para gestação a termo (a partir de 37 semanas);
3. Realização dos dezesseis procedimentos técnicos básicos investigados.

A qualidade técnica do pré-natal e pós-parto foi considerada adequada quando as jovens realizaram 85% ou mais (14 ou mais) dos procedimentos técnicos investigados; e inadequada quando não atenderem a esta condição (quantidade inferior a 14 procedimentos técnicos no total).

A qualidade do atendimento recebido também foi verificada de acordo com a situação de risco em que foram classificadas as gestantes, que obtiveram escore de zero a três, segundo suas características reprodutivas. O escore de risco foi calculado considerando-se os antecedentes de risco:

1. Idade à época do parto (10 a 15 anos);
2. Número de partos nulo (nulípara) ou superior a três (multípara) e;
3. Intervalo interpartal menor que 24 meses.

A presença de cada um destes fatores de risco adicionou um ponto no escore de risco gestacional, podendo somar até três, variando de menor risco ao maior risco gestacional. Tais critérios classificatórios foram adaptados do estudo de Neumann et al. (2003), levando-se em consideração as recomendações atuais do Ministério da Saúde, que inclui nulípara como fator de risco, e a população do presente estudo constituir-se somente de adolescentes (BRASIL, 2006a; 2013a).

A equidade foi analisada de acordo com as variações da qualidade na assistência entre quartis de renda familiar e segundo os escores de classificação de risco gestacional das adolescentes. Desta forma, quando a qualidade adequada da assistência foi significativamente ($p \leq 0,05$) maior para os grupos dos maiores quartis de renda ou de menor risco gestacional considerou-se uma situação de inequidade da assistência (NEUMANN et al., 2003).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa foi planejada respeitando-se os aspectos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e tendo sido aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa das Instituições (ANEXOS A e B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob CAAE: 20830214.7.0000.5214 (ANEXO C).

Para cada participante do estudo foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), em que foi exposto o objetivo, benefícios e possíveis riscos da pesquisa e solicitada a sua autorização por escrito. Em caso de adolescentes menores de 18 anos, também foi entregue um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em que deveria constar a autorização da jovem assentindo participar da pesquisa, além do TCLE a ser assinado pelo seu responsável.

5 RESULTADOS

Predominaram jovens de 17 a 19 anos (73,7%), com média de idade de 17,4 anos. A maioria das adolescentes declarou ser parda (76,4%), casada ou em união estável (75,8%), católica (71,8%), com escolaridade do analfabetismo ao ensino médio incompleto (79,5%), do lar (55,7%). Apenas 9,5% referiram executar atividade remunerada. Mais da metade das jovens residia em casas de tijolos (79,7%), com a maioria procedente de Teresina (49,5%) e renda familiar predominante no 1º quartil (52,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características sociodemográficas e econômicas das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. (n=483)

| Características sociodemográficas | N | % |
|--|------------|--------------|
| Faixa etária materna (anos) | 483 | 100,0 |
| 10-16 anos | 127 | 26,3 |
| 17-19 anos | 356 | 73,7 |
| <i>Média</i> | | 17,4 |
| <i>Mediana</i> | | 18,0 |
| <i>Desvio Padrão</i> | | 1,3 |
| Cor da pele | 483 | 100,0 |
| Branca | 58 | 12,0 |
| Parda | 369 | 76,4 |
| Negra | 56 | 11,6 |
| Situação Conjugal | 483 | 100,0 |
| Solteira | 116 | 24,0 |
| Casada/ União Estável | 366 | 75,8 |
| Divorciada | 01 | 0,2 |
| Religião | 483 | 100,0 |
| Católica | 347 | 71,8 |
| Evangélica | 69 | 14,3 |
| Não tem | 62 | 12,8 |
| Outra | 05 | 1,0 |
| Escolaridade | 483 | 100,0 |
| Analfabetismo ao Fundamental Incompleto | 186 | 38,5 |
| Fundamental Completo ao Médio Incompleto | 198 | 41,0 |
| Médio completo ao Superior Incompleto* | 99 | 20,5 |
| Atividade Remunerada | 483 | 100,0 |
| Sim | 48 | 9,5 |
| Não | 435 | 90,5 |
| Ocupação/ Profissão | 483 | 100,0 |
| Estudante | 167 | 34,6 |
| Do Lar | 269 | 55,7 |
| Trabalho autônomo ou carteira assinada | 46 | 9,5 |
| Nenhuma | 01 | 0,2 |
| Tipo de Residência | 483 | 100,0 |
| Tijolos | 385 | 79,7 |
| Taipa | 84 | 17,4 |
| Outro | 14 | 2,9 |

Continua na página seguinte

Continuação da Tabela 02

| | | |
|--|------------|--------------|
| Número de Cômodos na Residência | 483 | 100,0 |
| <i>Média</i> | | 4,9 |
| <i>Mediana</i> | | 5,0 |
| <i>Desvio Padrão</i> | | 1,9 |
| Procedência | 483 | 100,0 |
| Teresina | 239 | 49,5 |
| Cidade do interior | 199 | 41,2 |
| Cidade de outro estado | 45 | 9,3 |
| Quartil de Renda Familiar** | 482 | 100,0 |
| 1º Quartil | 251 | 52,0 |
| 2º Quartil | 189 | 39,1 |
| 3º Quartil | 28 | 5,8 |
| 4º Quartil | 15 | 3,1 |

FONTE: O autor

* Nenhuma participante teve como escolaridade Ensino Superior Completo.

** O 1º quartil: <R\$724,00; 2º quartil: ≥R\$724,00 a 1.449,00; 3º quartil: >R\$1.449,00 a 2.172,00 e 4º quartil: >R\$2.172,00.

Segundo as características reprodutivas, maioria das participantes era primigesta (77,0%), com média de 1,3 gestações, primípara (85,7%), com média de 1,2 parto resultante em nascidos vivos. O intervalo interpartal, referido pela maioria das participantes com parto anterior, foi inferior a 24 meses (51,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das características reprodutivas das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. (n=483)

| Características Reprodutivas | n | % |
|--|------------|--------------|
| Número de gestações | 483 | 100,0 |
| 1 | 372 | 77,0 |
| 2-3 | 109 | 22,6 |
| Mais de 3 | 02 | 0,4 |
| <i>Média</i> | | 1,3 |
| <i>Mediana</i> | | 1,0 |
| <i>Desvio Padrão</i> | | 0,5 |
| Número de partos nascidos vivos | 483 | 100,0 |
| 1 | 414 | 85,7 |
| 2-3 | 69 | 14,3 |
| <i>Média</i> | | 1,2 |
| <i>Mediana</i> | | 1,0 |
| <i>Desvio Padrão</i> | | 0,4 |
| Intervalo Interpartal (meses) | 109 | 100,0 |
| Inferior a 24 meses | 56 | 51,4 |
| 24 meses | 28 | 25,7 |
| 25-36 meses | 18 | 16,4 |
| 37-48 meses | 04 | 3,7 |
| 60 meses ou mais | 03 | 2,8 |
| <i>Média</i> | | 21,4 |
| <i>Mediana</i> | | 22,0 |
| <i>Desvio Padrão</i> | | 12,5 |

FONTE: O autor

Das jovens entrevistadas, pouco mais da metade iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (55,3%), havendo maior cobertura entre as pertencentes ao 2º e 3º quartil (57,7% e 64,3%, respectivamente; $p>0,05$). Aproximadamente quatro a cada cinco jovens realizou pré-natal no serviço público (89,9%), sendo este serviço majoritário entre o primeiro e o segundo quartil (98,0% e 89,9%, respectivamente), enquanto o uso do serviço privado ou de ambos aconteceu para uma a cada duas jovens do terceiro e quarto quartil (60,7% e 53,3%, respectivamente; $p<0,05$). Cerca de metade das jovens realizou o mínimo de seis consultas (56,3%), com menor resultado para o primeiro quartil (51,4%; $p=0,05$). O cruzamento das variáveis “início do pré-natal” e “número total de consultas” resultou em adequação para menos da metade das jovens (45,6%), com adequação mais elevada para os maiores quartis (64,3% e 46,7%, respectivamente; $p<0,05$) (Tabela 4).

Quanto aos procedimentos técnicos do pré-natal, a verificação da data da última menstruação foi realizada para quase totalidade das participantes (99,6%) assim como a medida da altura uterina (95,7%), sem diferenças significativas entre os quartis de renda familiar. A verificação do peso e da pressão arterial foi universal (100,0%) para todos os quartis de renda familiar. Houve diferenças significativas entre os quartis para os seguintes procedimentos do pré-natal: realização de exame ginecológico para quase metade das participantes (49,1%), com mais altas coberturas sobre 3º e 4º quartil (71,4% e 73,3%, respectivamente; $p<0,05$) e a prescrição de sulfato ferroso, que aconteceu para maioria das jovens (97,9%), alcançando totalidade no 4º quartil (100,0%; $p<0,05$). Embora não tenha havido diferenças significativas, a realização de exame de sangue e orientação sobre vacina antitetânica obteve alta cobertura (98,6% e 94,2%, respectivamente) alcançando totalidade no 3º e 4º quartil (100,0%). As orientações sobre amamentação foram relatadas por muitas jovens (64,2%), com cobertura semelhante para todos os quartis. A menor cobertura foi para a realização de exame das mamas, em que menos de um terço das jovens foi contemplada com o procedimento (23,6%), apresentando menor indicador para o 1º quartil (19,9%) e maior para o 3º quartil (28,6%), valor de $p>0,05$ (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise da qualidade técnica da assistência pré-natal, conforme renda familiar total das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. (n=483)

| Atividades | Adolescentes | | Renda Familiar Total* (%) | | | |
|---|--------------|-------|---------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| | n | % | 1º Quartil | 2º Quartil | 3º Quartil | 4º Quartil |
| <u>Pré-natal</u> | | | | | | |
| Fizeram o pré-natal | 483 | 100,0 | 251 (100,0%) | 189 (100,0%) | 28 (100,0%) | 15 (100,0%) |
| Tipo de serviço | | | | | | |
| Público | 434 | 89,9 | 246 (98,0%) | 170 (89,9%) | 11 (39,3%) | 07 (46,7%) |
| Privado/ Ambos | 49 | 10,1 | 05 (2,0%) | 19 (10,1%) | 17 (60,7%) | 08 (53,3%) |
| <i>P valor</i> | | | p<0,001 | | | |
| Iniciaram no 1º Trimestre | 267 | 55,3 | 132 (52,6%) | 109 (57,7%) | 18 (64,3%) | 08 (53,3%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,550] | | | |
| Realizaram seis ou mais consultas | 272 | 56,3 | 129 (51,4%) | 114 (60,3%) | 21 (75,0%) | 08 (53,3%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,05] | | | |
| <i>Média</i> | | | 6,03 | | | |
| <i>Desvio Padrão</i> | | | 2,30 | | | |
| Iniciaram no 1º trimestre e realizaram seis ou mais consultas (adequação do pré-natal) | 204 | 42,2 | 93 (37,1%) | 86 (45,5%) | 18 (64,3%) | 07 (46,7%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,025] | | | |
| <u>Condutas no pré-natal</u> | | | | | | |
| Verificação da data da última menstruação | 481 | 99,6 | 251 (100,0%) | 187 (98,9%) | 28 (100,0%) | 14 (99,6%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,323] | | | |
| Determinação do peso | 483 | 100,0 | 251 (100,0%) | 189 (100,0%) | 28 (100,0%) | 15 (100,0%) |
| <i>P valor</i> | | | [não se aplica] | | | |
| Medida da altura uterina | 462 | 95,7 | 238 (94,8%) | 181 (95,8%) | 28 (100,0%) | 15 (100,0%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,761] | | | |
| Medida da pressão arterial | 483 | 100,0 | 251 (100,0%) | 189 (100,0%) | 28 (100,0%) | 15 (100,0%) |
| <i>P valor</i> | | | [não se aplica] | | | |
| Exame ginecológico | 237 | 49,1 | 104 (41,4%) | 102 (54,0%) | 20 (71,4%) | 11 (73,3%) |

Continua na página seguinte

| | | | | | |
|---|------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>P valor</i> | | [p=0,001] | | | |
| Prescrição de ferro | | | | | |
| 473 | 97,9 | 248 (98,8%) | 186 (98,4%) | 24 (85,7%) | 15 (100,0%) |
| <i>P valor</i> | | [p= 0,005] | | | |
| Orientação sobre amamentação | | | | | |
| 310 | 64,2 | 159 (63,3%) | 122 (64,6%) | 19 (67,9%) | 10 (66,7%) |
| <i>P valor</i> | | [p=0,972] | | | |
| Exame de sangue | | | | | |
| 476 | 98,6 | 247 (98,4%) | 186 (98,4%) | 28 (100,0%) | 15 (100,0%) |
| <i>P valor</i> | | [p>0,5] | | | |
| Exame das mamas | | | | | |
| 114 | 23,6 | 50 (19,9%) | 52 (27,5%) | 08 (28,6%) | 04 (26,7%) |
| <i>P valor</i> | | [p=0,233] | | | |
| Orientação sobre vacina antitetânica | | | | | |
| 455 | 94,2 | 235 (93,6%) | 117 (93,7%) | 28 (100,0%) | 15 (100,0%) |
| <i>P valor</i> | | [p= 0,639] | | | |

FONTE: O autor

*1° quartil: <R\$724,00; 2° quartil: ≥R\$724,00 a 1.449,00; 3° quartil: >R\$1.449,00 a 2.172,00 e 4° quartil: >R\$2.172,00.

** Teste Qui-quadrado de Pearson/ Exato de Fisher (p valor ≤0,05)

Quanto aos procedimentos técnicos da assistência pós-parto, maioria das jovens teve o RN colocado para mamar nas duas primeiras horas após o nascimento (77,4%), com variação de 64,3% para as do 3º quartil a 80,5% para as do 1º quartil (p>0,05).

Quanto às orientações recebidas na maternidade logo após o parto, houve menor cobertura em relação às orientações sobre vestuário (11,6%) e sobre planejamento familiar (7,9%), com baixa frequência para todos os quartis, com variações de 9,5% no 2º quartil a 28,6% no 3º quartil quanto ao vestuário e de 0,0% no 3º quartil a 8,5% no 2º quartil quanto ao planejamento familiar (p>0,05). A cobertura quanto às orientações sobre alimentação para a mãe no hospital também foram baixas para todos os quartis (24,8%; p>0,05).

Orientações sobre cuidados com o recém-nascido foram prestadas para 40,2% das jovens, com maior cobertura para as do 3º e 4º quartil (64,3%; 40,0%, p>0,05). Orientações sobre aleitamento materno foram providas na maternidade para pouco mais da metade das adolescentes (51,8%), alcançando cobertura

aproximada entre os quartis, sendo maior no 3º (57,1%) e menor no 4º quartil (40,0%) e $p > 0,05$ (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise da qualidade técnica da assistência pós-parto, conforme quartis de renda familiar das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. (n=483)

| Atividades | Adolescentes | | Renda Familiar Total* (%) | | | |
|--|--------------|------|---------------------------|----------------|---------------|---------------|
| | n | % | 1º Quartil | 2º Quartil | 3º Quartil | 4º Quartil |
| Colocada para mamar até 2 horas após o nascimento | 374 | 77,4 | 202 (80,5%) | 143 (75,7%) | 18 (64,3%) | 11 (73,3%) |
| <i>P valor**</i> | | | [p=0,194] | | | |
| Orientação sobre alimentação para a mãe no hospital | 120 | 24,8 | 58 (23,1%) | 45 (23,8%) | 13 (46,4%) | 4 (26,7%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,069] | | | |
| Orientação sobre vestuário | 56 | 11,6 | 28 (11,2%) | 18 (9,5%) | 08 (28,6%) | 2 (13,3%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,044] | | | |
| Orientação sobre cuidados com o recém-nascido | 194 | 40,2 | 99 (39,4%) | 71 (37,6%) | 18 (64,3%) | 6 (40,0%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,065] | | | |
| Orientação sobre planejamento familiar | 38 | 7,9 | 21 (8,4%) | 16 (8,5%) | 0 (0,0%) | 1 (6,7%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,455] | | | |
| Orientação sobre aleitamento materno | 250 | 51,8 | 136 (54,2%) | 92 (48,7%) | 16 (57,1%) | 6 (40,0%) |
| <i>P valor</i> | | | [p=0,484] | | | |

FONTE: O autor

*1º quartil: <R\$724,00; 2º quartil: ≥R\$724,00 a 1.449,00; 3º quartil: >R\$1.449,00 a 2.172,00 e 4º quartil: >R\$2.172,00.

** Teste Qui-quadrado de Pearson/ Exato de Fisher (p valor ≤0,05)

Após a análise da qualidade da assistência pré-natal e pós-parto, evidenciou-se que esta foi inversamente proporcional ao quartil de renda, com adequações variando de 7,6% para o 1º quartil a 13,3% para o 4º quartil, e com médias de procedimentos de 10,3 e 11,1 para as jovens do 1º e 3º quartil, respectivamente. Foi considerado adequado o pré-natal de apenas 8,7% do total das jovens (Tabela 6). A qualidade da assistência pré-natal e pós-parto entre grupos de

jovens segundo o risco gestacional teve baixa adequação para todas. O nível de adequação geral foi de 8,7%. Tendo o nível de adequação variado de 0,2% para as jovens de escore de risco 0 (menor risco) a 7,9% para as jovens de escore de risco 1 (risco habitual). As jovens do grupo de maior risco, escore 2 e 3, obtiveram nível de adequação de apenas 0,6%. As médias de procedimentos variaram pouco, mas foram maiores para jovens com maior risco gestacional ($p>0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Análise da qualidade adequada da assistência pré-natal e pós-parto, conforme quartis de renda familiar e escore de risco gestacional das jovens. Teresina-PI, Brasil. 2014. (n=483)

| Quartil de Renda* | Adolescentes | | Qualidade da assistência | | | |
|---------------------|--------------|--------------|-----------------------------------|-------------|-----------------------------------|-------|
| | n | % | Qualidade do atendimento adequada | | Procedimentos técnicos realizados | |
| | | | n | % | Min-Máx | Média |
| 1º Quartil | 251 | 52,0 | 19 | 7,6 | 5-16 | 10,3 |
| 2º Quartil | 189 | 39,1 | 18 | 9,5 | 6-15 | 10,4 |
| 3º Quartil | 28 | 5,8 | 03 | 10,7 | 8-15 | 11,1 |
| 4º Quartil | 15 | 3,1 | 02 | 13,3 | 8-16 | 10,7 |
| <i>P valor**</i> | | | | [p=0,774] | | |
| Total | 483 | 100,0 | 42 | 8,7% | | |
| Escore de Risco *** | n | % | n | % | Min-Máx | Média |
| 0 | 24 | 5,0 | 01 | 0,2 | 7-14 | 9,8 |
| 1 | 405 | 83,9 | 38 | 7,9 | 5-16 | 10,4 |
| 2 a 3 | 54 | 11,2 | 03 | 0,6 | 7-15 | 10,4 |
| <i>P valor</i> | | | | [p=0,465] | | |
| Total | 483 | 100,0 | 42 | 8,7% | | |

FONTES: O autor

* 1º quartil: <R\$724,00; 2º quartil: ≥R\$724,00 a 1.449,00; 3º quartil: >R\$1.449,00 a 2.172,00 e 4º quartil: >R\$2.172,00.

** Teste Qui-quadrado de Pearson/ Exato de Fisher (p valor ≤0,05)

*** Consideraram-se fatores de risco: idade à ocasião do parto (≤15 anos); ser nulípara ou múltipara (> 3 partos) e intervalo interpartal <24 meses. Cada fator presente somou um ponto no escore de risco gestacional conforme critérios de Neumann et al. (2003) e Brasil (2013a).

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES E INEQUIDADES DA ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES

A caracterização das jovens apresentada é semelhante à de outros estudos nacionais (RIBEIRO et al., 2009; ANVERSA et al., 2012; VIELLAS et al., 2014). A rápida queda da fecundidade, observada nas últimas décadas, entre grupos de mulheres adultas e a elevação entre as mais jovens somada à iniciação sexual cada vez mais precoce, são fatores contribuintes para a ampliação na proporção de adolescentes grávidas (VICTORA et al., 2011; MOURA; GOMES, 2014), principalmente entre as de menor renda familiar (CESAR et al., 2008; CESAR et al., 2011; DOMINGUES et al., 2015).

O estudo *Nascer no Brasil*, que investigou variáveis relativas à gestação, parto e puerpério das mulheres brasileiras em 2011 e 2012, constatou além da baixa adequação da assistência pré-natal, que importantes desigualdades foram verificadas, visto que maior proporção da assistência pré-natal inadequada foi encontrada entre as mulheres adolescentes, não brancas, com menor escolaridade, sem companheiro e trabalho remunerado, oriundas de grupos socioeconômicos menos favorecidos residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015). Tais achados ocorreram também em diversas localidades brasileiras (BASSANI et al., 2009; BERNARDES et al., 2014; FONSECA et al., 2014)

A literatura demonstra a existência de padrões diferentes no atendimento às mulheres segundo as características sociais e econômicas (CESAR et al., 2012; SANTOS et al., 2015; FURTADO; GOMES; GAMA 2016). Menor realização de consultas, procedimentos básicos e início tardio do acompanhamento pré-natal foram identificados entre mulheres mais pobres e não brancas, sugerindo não somente associação destes resultados às desigualdades socioeconômicas, mas também a outros tipos de barreiras como, por exemplo, custos com transporte e deslocamento, a disponibilidade de horários para atendimento devido ao trabalho e o tempo despendidos para realização das consultas ou, ainda, barreiras culturais e fatores educacionais, que resultam em mulheres mais pobres e negras com maior

índice de acompanhamento tardio do pré-natal (VICTORA et al., 2010; GROSS et al., 2012; TOMLINSOM et al., 2014; SANTOS et al., 2015).

Questões ético-raciais, que apontam maiores desvantagens e inadequações da assistência em saúde às mulheres negras se comparadas às brancas, confirmam apontamentos já descritos por outros autores de que a dimensão socioeconômica não contempla o conjunto de desigualdades a que estão expostas as mulheres negras, pois, além disso, destacam-se as diferenças socioeconômicas que se acumulam ao longo da vida de sucessivas gerações (CHOR; LIMA, 2005; GOMES et al., 2008). Assim, reforça-se a necessidade de incentivo às políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais em todos os setores, especialmente na assistência à saúde.

Estudo realizado com coorte de Pelotas-RS enfatiza que mulheres ricas e brancas são mais propensas a participar do setor privado (VICTORA et al., 2010). As mulheres que utilizam o setor público apresentam perfil diferente, com maior proporção de gestantes adolescentes, mais pobres e não brancas (DOMINGUES et al., 2015; SANTOS et al., 2015). Nesse sentido, pode-se afirmar que os serviços provenientes do setor privado resultam não só em maior número de consultas, como maior propensão ao início do pré-natal no primeiro trimestre, maior acesso aos procedimentos técnicos, exames de rotina, prescrições e orientações em geral (VICTORA et al., 2010; DOMINGUES et al., 2013; DOMINGUES et al., 2015).

Foi elevada a frequência de jovens com nível educacional baixo, tendo poucas delas completado o ensino médio. Pesquisa indiana que avaliou a utilização e a qualidade do pré-natal e sua associação com o índice de desenvolvimento humano constatou que a probabilidade de utilização dos cuidados pré-natais está positivamente associada à educação da mulher, e que o maior nível educacional da gestante aumenta a probabilidade desta em receber cuidados pré-natais de qualidade (KHAN; RAZA, 2016). O acesso de mulheres com maior escolaridade a serviços de alta qualidade é devido possuírem maior capacidade financeira de utilizar insumos de saúde, além de estabelecerem maior controle sobre sua vida, com maior poder decisório e confiança sobre si mesma (ALEMAYEHU; HAIDER; HABTE, 2010; TRAN et al., 2012).

A ausência de trabalho remunerado foi frequente entre as jovens deste estudo, o que é comum ao se tratar de gravidez na adolescência. As responsabilidades associadas à gestação nesta fase da vida dificultam ou as

impedem de inserir-se no mercado de trabalho, que em conjunto com a baixa escolaridade, reduzem as possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Assim, há grandes chances destas adolescentes perpetuarem sua dependência financeira e, conseqüentemente, estabelecerem um ciclo contínuo de pobreza, má qualificação educacional e dependência financeira dos familiares ou companheiro (GOMES et al., 2008; MARANHÃO; GOMES; OLIVEIRA, 2012). Com isso, compreende-se que a falta de conhecimento dessa parcela da população, as leva a exigirem menos sobre o atendimento que costumam receber nos serviços de saúde e, ainda, devido ao seu baixo poder aquisitivo, maioria destas termina por utilizar os serviços públicos, que têm níveis de adequação da assistência pré-natal inferiores aos do setor privado (HUESTON; GEESEY; DIAZ, 2008; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; CESAR et al., 2011).

Elevada proporção de adolescentes do município de Teresina, que referiu viver com o companheiro, em união estável ou casada, dependia financeiramente dos pais ou de outros familiares, o que pressupõe que uniões conjugais precoces podem colocar as jovens em situação de vulnerabilidade socioeconômica, principalmente quando o parceiro também é adolescente e/ou desempregado, tornando as condições de vida em maior risco para iniquidades sociais (GOMES et al., 2008; MARANHÃO; GOMES; OLIVEIRA, 2012; KHAN; RAZA, 2016). Além disso, a precocidade das uniões conjugais pode resultar em mais uma responsabilidade para as jovens mães, que se somam aos afazeres domésticos, da escola ou trabalho além dos cuidados com a gestação e o filho, contribuindo para maior descuido com a própria saúde (MARANHÃO; GOMES; OLIVEIRA, 2012; MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014; KHAN, RAZA, 2016).

A presença de apoio familiar e do companheiro, não somente econômico, mas também psicológico, estão associados a maior adesão ao pré-natal, melhores desfechos gestacionais, assim como melhor adesão ao aleitamento, redução do estresse materno e melhor desenvolvimento psicossocial da criança (MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014). No entanto, o presente estudo pôde evidenciar que apesar da elevada ocorrência de jovens que viviam com o companheiro, a qualidade do pré-natal foi insatisfatória. Incrementar o instrumento de coleta de dados com variáveis mais detalhadas sobre apoio familiar pode contribuir para análises que possivelmente mostrem a importância da correlação desta com o pré-natal.

A baixa adequação da assistência das jovens estudadas, mesmo a maioria a viver em união estável, pode ser atribuída ao fato de que no momento do início da gestação, fase em que a gestante deve realizar a busca pelo serviço de saúde para iniciar o acompanhamento, compreende o momento da descoberta da gravidez e, conseqüentemente, de enfrentamento às barreiras relacionadas à aceitação por parte da jovem, dos familiares e do próprio cônjuge (HUESTON; GEESEY; DIAZ, 2008; VIELLAS et al., 2014). Outro ponto, é que o nível educacional, trabalho remunerado e situação financeira do parceiro também influenciam na qualidade dos cuidados recebidos, uma vez que quando estes detêm maior nível de conhecimento e melhor estabilidade de renda, a utilização dos cuidados pré-natais pela mulher tende a ser mais qualificada (TRAN et al., 2012; KHAN; RAZA, 2016). Esse fato decorre do companheiro ter grande influência sobre as parceiras, haja vista que tem sido mostrado ser ele o principal provedor da companheira, o que pode permiti-las ter acesso a serviços de cuidados pré-natais com melhores instalações, tecnologias modernas, de maior custo para o orçamento familiar (TRAN et al., 2012; MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014; KHAN; RAZA, 2016).

Desigualdades na prestação de cuidados são elevadas tanto em países de baixa renda, a exemplo da Tanzânia, como em países desenvolvidos, evidenciando que barreiras étnicas, sociais, culturais e econômicas são existentes não só no Brasil, mas também no cenário internacional (BEAN, 2011; GROSS et al., 2012). Os motivos para tais disparidades no cuidado em saúde não divergem muito, enquanto na África subsaariana mulheres adolescentes, de diferentes grupos étnicos, com menor renda, sem apoio marital e com menor nível de conhecimento são as que menos se beneficiam do pré-natal, nos Estados Unidos, há muitos anos, revelam-se disparidades envolvendo parcialidade nos encaminhamentos médicos, desigualdades étnicas e raciais, diferenças no atendimento por entidades públicas e privadas, corroborando as vantagens a indivíduos em melhores posições sociais e econômicas (SMEDLEY; STITH; NELSON, 2003; ARAH; WESTERT, 2005; VICTORA et al., 2011; BEAN, 2011). De maneira semelhante, no Canadá, identificaram-se taxas mais elevadas de cuidado pré-natal inadequado entre mulheres indígenas e entre aborígenes, tendo estas maior propensão a altas taxas de desemprego e menor nível educacional (HEAMAN et al., 2014). Nesse sentido, a realidade internacional é semelhante ao Brasil, que demonstra um universo de

condições que geram desigualdades, sendo a pobreza isoladamente insuficiente para explicar a disparidade na qualidade da assistência.

Assim pode-se confirmar que, no âmbito da assistência em saúde, além das condições sociais e econômicas, as disparidades demográficas, culturais e a cobertura dos seguros privados de saúde influenciam no acesso e qualidade dos cuidados, assim como na adesão das usuárias ao serviço de atenção à gestante, fatores estes que afetam diretamente nos resultados da assistência prestada, condicionando sua qualidade (BEAN, 2011). Tendo em vista o papel desses determinantes sobre a saúde e os cuidados prestados, há necessidade de concentrar esforços com o objetivo fundamental de alcançar a equidade de acesso e adequação da assistência recebida por toda a população de gestantes.

6.2 ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO E EQUIDADE CONFORME RENDA FAMILIAR

Foi evidente o elevado índice de inadequação da assistência pré-natal e pós-parto entre as adolescentes investigadas, com mínima parcela das jovens tendo recebido essa atenção de forma satisfatória, levando-se em consideração as recomendações dos protocolos nacionais de atenção à gestante, com iniciação da assistência precoce, ainda no primeiro trimestre na gestação; comparecimento a no mínimo seis consultas; e realização de pelo menos 14 dos 16 procedimentos técnicos básicos preconizados para uma assistência pré-natal e pós-parto qualificada (NEUMAN et al., 2003; BRASIL, 2011a; 2013a).

Revisão de estudos sobre a qualificação da atenção pré-natal no Brasil na última década aponta para altos índices de inadequação em várias regiões do Brasil, com variações de 33,9 a 95,5%, por motivos que vão desde a insuficiência no número de consultas realizadas e início tardio na procura pela assistência a não realização de procedimentos técnicos, exames de rotina e orientações básicas de saúde à gestante (NUNES et al., 2016).

O mais elevado índice de adequação da atenção à gestante dos últimos dez anos, 66,1%, encontrado em Aracajú, pode se justificar pelo fato dos autores analisarem a qualidade dessa assistência considerando somente o número de consultas (mínimo de seis) e o início do acompanhamento postergado até a 15ª

semana da gestação, com base no índice de Kotelchuck adaptado pelos autores (KOTELCHUCK, 1994; RIBEIRO et al., 2009; NUNES et al., 2016).

Quando pesquisadores investigaram a qualidade da assistência pré-natal por indicadores diferentes, primeiro considerando apenas critérios quantitativos (número de consultas e início ao pré-natal) (KESSNER et al., 1973, KOTELCHUCK, 1994), e depois, considerando também quesitos qualitativos (procedimentos técnicos básicos de rotina, exames laboratoriais, clínico-obstétricos, prescrições e orientações diversas prestadas à mãe), observaram queda significativa na qualidade da assistência prestada (NUNES et al., 2016). A redução da qualidade da assistência neste estudo, ao incluir à avaliação os indicadores qualitativos, ratifica a insatisfatória realização dos procedimentos mínimos à rotina de pré-natal para todos os quartis de renda.

Em países, como México e Estados Unidos, a qualidade em geral dos cuidados pré-natais tem sido também insatisfatória, com índices de 33,0% a 80,0% que, no entanto, são bem superiores aos valores encontrados entre mulheres do Vietnã e do Brasil, com porcentagem de cuidados recomendados para o pré-natal de 1,8% e menos de 10%, respectivamente (MCGLYNN et al., 2003; BARBER, 2006; TRINH; MICHAEL; BYLES, 2006; DOUBOVA et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). É importante enfatizar as diferenças nos indicadores adotados, sendo específicos para cada contexto, não podendo ser simplesmente transferidos entre países diferentes ou de um sistema de cuidados para outro (DOUBOVA et al., 2014).

A média de consultas no presente estudo encontrou-se abaixo da maioria dos valores encontrados na literatura nacional (38% a 60%) (COUTINHO et al., 2010; CESAR et al., 2011; ANVERSA et al., 2012; SILVA et al., 2013; NUNES et al., 2016). Em contraste, o ingresso à assistência pré-natal teve suas proporções dentro das variações de adequação apresentadas em outras localidades (21,4% a 70%) (COUTINHO et al., 2010; CESAR et al., 2011; DOMINGUES et al., 2012; SILVA et al., 2013; NUNES et al., 2016). Enquanto jovens de maior renda tiveram significativamente mais consultas que as do primeiro quartil de renda, essa diferença não foi constatada na variável ingresso à assistência pré-natal. Ao se analisar a qualidade da assistência pré-natal considerando o número de consultas realizadas e o ingresso à assistência concomitantemente, percebe-se que o nível de adequação foi marcadamente pior para as jovens do primeiro quartil de renda familiar.

O número insuficiente de consultas e início tardio reflete contradição à preconização de acesso universal gratuito do PHPN e da Rede Cegonha, mostrando a realidade das mulheres que utilizam o serviço público como as que mais enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a). Devido ao menor poder aquisitivo delas, geralmente, essas dificuldades decorrem tanto por residirem em locais geograficamente afastados como também por falta de orientação sobre a importância do acompanhamento pré-natal (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Mais da metade das participantes era procedente de outras cidades, principalmente interioranas. Constata-se o fato de que por morarem em locais com estrutura precária para a assistência em saúde, estas precisaram peregrinar à capital teresinense no momento do parto. Embora seja princípio do SUS que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuem como porta de entrada, garantindo a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, sendo, para isto, implantadas próximo ao local de moradia dos usuários, o acesso pode ser dificultado por outros motivos que vão além da distância geográfica. Essas barreiras incluem a falta de profissional qualificado, de acolhimento, dificuldades de marcação, longa espera pelas consultas e deficiências no sistema de referência e contrarreferência, o que pode fazê-las buscar por serviços de saúde fora da área de abrangência da UBS e peregrinar na busca pela assistência ao parto. Isso reflete falhas estruturais e organizacionais de garantia de acesso aos serviços de saúde, enfatizando-se maiores dificuldades àquelas que têm menor poder aquisitivo e dependem do sistema público de saúde (VILLELA et al., 2009; CUNHA; SILVA, 2010; VIELLAS et al., 2014).

Com isso, é necessário que se fortaleça as UBS junto à Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada, por meio de ações gerenciais que ampliem o acesso, a acessibilidade e a oferta de serviços, para que assim a APS funcione efetivamente como coordenadora do cuidado, promovendo resolutividades para todos os estratos sociais, especialmente os mais pobres (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

O início precoce dos cuidados pré-natais aumenta a probabilidade de identificação oportuna e intervenções adequadas sobre complicações gravídicas. Mais importante que o número de consultas é seu conteúdo, sendo este imprescindível no fornecimento de alta qualidade de cuidados, uma vez que maior parte dos procedimentos de rastreamento, prescrições e atividades educativas

devem ser realizadas durante a primeira visita pré-natal (WHO, 2006; DOUBOVA et al., 2014).

Além disso, por meio do ingresso precoce ao pré-natal é possível o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para agravos que ofereçam riscos à gestação como a hipertensão, diabetes gestacional, anemia, infecções por HIV, sífilis, hepatites B e C, bacteriúria, entre outras. Também possibilita, por meio de procedimentos básicos, a estimativa da idade gestacional, a iniciação da suplementação alimentar com ácido fólico e sulfato ferroso e o melhor monitoramento do crescimento e das condições de saúde fetal (DOMINGUES et al., 2012; BRASIL, 2013a). Vale salientar que o protocolo assistencial com as recomendações de países desenvolvidos, como Estados Unidos e Reino Unido, ratificam as recomendações ministeriais brasileiras e da OMS, quanto ao início dessa assistência ainda no primeiro trimestre, até a 12^a semana de gestação (ACOG, 1965; BRASIL, 2006a; NICE, 2008; NGC, 2013).

Em estudo de abrangência nacional, puérperas referiram que os motivos para não terem iniciado o pré-natal precocemente foram não saber que estavam grávidas, problemas pessoais e barreiras de acesso, demonstrando a necessidade de facilitar o acesso das mulheres a métodos diagnósticos, preferencialmente de resultado imediato, permitindo a captação precoce dessas gestantes para o acompanhamento pré-natal (VIELLAS et al., 2014). Nesse sentido, orientações e instruções sobre planejamento reprodutivo por meio de grupos dialogados de apoio às gestantes, com troca de experiências entre estas e os profissionais, contribuirão para reduzir as barreiras relacionadas à insatisfação com a gravidez, especialmente em gestações futuras, visto que esta insatisfação da gestante, de seus familiares e companheiro estão associadas ao início tardio do pré-natal, (BASSANI et al., 2014; VIELLAS et al., 2014).

As atribuições ao início tardio do acompanhamento pré-natal por mulheres de países desenvolvidos são semelhantes ao cenário nacional, incluindo o sofrimento com a gravidez não planejada ou indesejada, o fato de as participantes não se sentirem preparadas para a mudança em suas vidas e o receio em serem estigmatizadas pelos colegas (HEAMAN et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). Há elevada tentativa de abortamento e em esconder a gravidez pelas mulheres, sendo estes obstáculos significativos para o adiamento do início da assistência pré-natal (HEAMAN et al., 2014; VIELLAS et al., 2014). Isto sugere que a melhoria nos

serviços de planejamento familiar é essencial para minimizar as taxas de gravidez não planejada e, assim, contribuir para a utilização do pré-natal. Além disso, estes serviços devem incluir orientações sobre a importância do pré-natal a fim de familiarizar as jovens com as razões para se iniciar esse acompanhamento antes mesmo de engravidar.

Com relação ao tipo de serviço utilizado no pré-natal, entre as jovens dos dois primeiros quartis predominou a utilização dos serviços públicos, enquanto entre aquelas dos quartis de maior renda foi majoritário o uso dos serviços privados. Tem sido mostrado que mulheres pertencentes aos níveis socioeconômicos mais elevados são mais propensas a ter melhor aproveitamento dos cuidados pré-natais, assim como assistência mais qualificada (DOUBOVA et al., 2014; HEAMAN et al., 2014; KHAN; RAZA, 2016). Gestantes de maior renda têm mais acesso a serviços de saúde modernos e de alta qualificação, por terem mais recursos financeiros para seguros de saúde e serviços particulares aumentam-se suas chances de obter assistência pré-natal de qualidade (HABIBOV, 2011; KHAN; RAZA, 2016). Isso contrasta com as limitações da assistência prestada pelo SUS, tais como a elevada demanda, a falta de incentivos salariais aos profissionais e a falta de tecnologias modernas para a assistência (VICTORA et al., 2010; BEAN, 2011).

No cenário nacional, estudo recente evidenciou que entre mulheres com maior escolaridade, o pré-natal foi realizado quase que exclusivamente em serviços privados, por profissionais médicos, com 90% delas tendo sido acompanhadas pelo mesmo profissional durante toda a gestação (VIELLAS et al., 2014). Essa organização reflete na criação de vínculos e no estabelecimento de confiança entre profissional e gestante, levando à melhor longitudinalidade do cuidado, estando esta atenção associada à melhor qualidade (PETROU et al., 2001).

A assistência pré-natal prestada por profissionais enfermeiros deve ser restrita às gestações de risco habitual, entretanto, não é isso que sempre acontece, em especial, nas regiões Norte e Nordeste, onde esses profissionais prestam atendimento a mulheres de alto risco, com antecedentes obstétricos negativos. Isto pode ocorrer devido à carência de médicos em regiões mais periféricas e do interior do país (BRASIL, 2013a; VIELLAS et al., 2014). Nessa perspectiva, as disparidades na qualidade da assistência pré-natal prestada, especialmente quando se comparam os tipos de serviços nos quais essa assistência foi realizada, demonstram ser uma preocupação da realidade presente (VICTORA et al., 2010).

Procedimentos técnicos como a verificação da pressão arterial, peso e altura uterina atingiram cobertura praticamente universal e equânime entre os quartis de renda familiar, constituindo-se em procedimentos rotineiramente realizados por profissionais de enfermagem antes do momento da consulta, o que pode justificar o destaque como procedimentos mais realizados durante as consultas de pré-natal (BRASIL, 2006a; VICTORA et al., 2010).

Por outro lado, procedimentos como o exame ginecológico especular e exame clínico das mamas, realizados tanto por enfermeiros como médicos, demandam maior envolvimento do profissional de saúde, os quais foram mostrados com baixa frequência por estudos nacionais e mexicanos, sendo também evidenciado nos resultados do presente estudo (DIAS et al., 2007; COUTURE et al., 2008; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; VICTORA et al., 2010; ANVERSA et al., 2012).

Os exames ginecológico e das mamas podem ser realizados ainda nas dependências das unidades de saúde, públicas ou privadas, o que leva a inferir que tais procedimentos exigem maior tempo de consulta e envolvimento do profissional e, por isso, sua baixa realização (CUNHA; SILVA, 2010; VICTORA et al., 2010; LEAL et al., 2015). Dessa forma, as disparidades de atenção entre os quartis de renda para esses dois procedimentos são ainda mais relevantes, visto que houve melhora relativa para as jovens do terceiro e quarto quartil. Percebe-se que maior demanda de tempo e envolvimento do profissional não foi dedicada às jovens mais pobres, talvez porque estas tenham menor poder de reivindicar por atendimento qualificado, devido à baixa escolaridade e renda (VICTORA et al., 2010).

Os demais procedimentos técnicos da rotina de pré-natal apresentaram coberturas elevadas para todos os quartis de renda familiar, com proporção pouco mais favorável às jovens do terceiro e quarto quartil, tais como a prescrição do sulfato ferroso, a realização de exames laboratoriais de sangue e orientação sobre imunização antitetânica. Nestes dois últimos, houve cobertura para a totalidade das jovens dos quartis mais elevados.

A suplementação com sulfato ferroso foi elevada para todos os grupos de renda, sendo universal a cobertura para as jovens do quartil mais elevado. A prescrição do sulfato ferroso é recomendada a partir da 20ª semana de gestação com a função de prevenir anemia, riscos inerentes a hemorragias, prematuridade, abortamento e retardo ao crescimento e desenvolvimento da criança, sendo esse

complemento oferecido gratuitamente pelas farmácias conveniadas com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a; 2011). Embora os resultados tenham sido melhores para as jovens do maior quartil, pode-se dizer que a facilidade no acesso a esse suplemento dentro da rede de atenção básica em saúde, justifica a elevada cobertura também para as jovens com menor renda (CESAR et al., 2011).

A realização dos exames laboratoriais de sangue durante as consultas, como as principais triagens para doenças infecciosas de risco para a gravidez (HIV, sífilis, toxoplasmose, hepatites B e C, entre outras) e clínico-obstétricos, como a palpação obstétrica e das mamas, são mecanismos essenciais para a prevenção, identificação e correção de possíveis anormalidades que possam afetar a gestante e o bebê e, a partir disso, conduzir aos devidos tratamentos para patologias existentes ou que possam vir a ocorrer durante a gestação (AMORIM; MELO, 2009a; 2009b; BRASIL, 2011a).

A elevada cobertura dos exames de sangue para todos os quartis pode ser justificada pelo fato de não ter sido questionado separadamente a realização de cada um dos exames laboratoriais exigidos à rotina de pré-natal, e, ainda, se foram realizados no período recomendado (primeira consulta e repetido na 30ª semana de gestação), o que pode ter reduzido a precisão da medida dessa variável, tendo sido baixa a frequência de realização desses exames laboratoriais na literatura nacional, que ao contrário do presente estudo, não obteve 100% em nenhuma das regiões do país, obtendo uma diferença em média de 50% comparado à cobertura deste estudo (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; NUNES et al., 2016).

A elevada frequência na orientação quanto à imunização antitetânica para todos os quartis pode ser justificada por constituir uma atividade do tipo preventiva e educativa muito comum na atenção básica, assim como a prescrição do sulfato ferroso, ao contrário de outros procedimentos que por não estarem ligados diretamente à gestação acabam sendo negligenciados pelos profissionais de saúde, como o exame ginecológico para prevenção do câncer de colo do útero e o exame das mamas, conforme mostram os resultados desse estudo em semelhança a pesquisas nacionais (MENDOZA-SASSI et al., 2011; NUNES et al., 2016).

Em relação às orientações realizadas no pós-parto, todas as variáveis investigadas encontraram resultados insatisfatórios, com exceção do posicionamento do recém-nascido para mamar até as duas primeiras horas após o nascimento, cuidado este prestado a três de cada quatro mães da pesquisa. Esse

procedimento tem sido incentivado pelos programas de saúde, uma vez que promove o vínculo entre mãe e filho, estimula o aleitamento materno sendo, em consequência, vários os benefícios para a redução da morbimortalidade infantil (BOCCOLINI et al., 2013; BRASIL, 2015).

As orientações sobre amamentação, embora relativamente mais frequentes do que as demais estudadas, foram também insatisfatórias, mas semelhante aos achados em outras localidades brasileiras (RIBEIRO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012; ANVERSA et al., 2012; LEAL et al., 2015). A orientação é uma forma de preparo para o aleitamento materno, com instruções sobre posicionamento e pega correta da mama pelo recém-nascido, que deve ser realizada durante a assistência pré-natal e pós-parto. A promoção do aleitamento materno exclusivo a 100% dos recém-nascidos até os seis primeiros meses de vida constitui-se uma das metas da atenção primária à saúde, sendo incentivada pelos programas nacionais (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008; BRASIL, 2015).

Políticas das empresas produtoras dos leites artificiais atingem frequentemente as mães com propostas para melhorar a nutrição infantil, sendo muitas vezes fortalecidas também por determinantes socioeconômicos, nível educacional, vivências e dificuldades dessas mulheres (BOSI; MACHADO, 2006). Mulheres com menor condição econômica têm menos acesso às informações sobre a importância da amamentação e, muitas vezes, necessitam contribuir com seu trabalho para o sustento da família, podendo estes fatores interferir na prática do aleitamento materno exclusivo (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

A comercialização e a medicalização nos cuidados da criança por meio do estabelecimento da prática do aleitamento artificial, inserida em meados do século XIX, foi não somente aceita por muitas mães, como também, passou a ser vista como prática de alimentação natural e necessária. Nessa prática, encontrou-se a solução para os problemas alimentares das crianças, sendo cada vez mais reforçada pelo marketing desempenhado pelas indústrias. Somado a isso, há fatores sociais, econômicos e culturais, que reforçam a não adesão ao aleitamento materno exclusivo por mulheres de maior renda. Assim, além da baixa frequência de orientações sobre amamentação ainda durante o acompanhamento pré-natal e do aleitamento materno no pós-parto, pode-se justificar a frequência insuficiente de amamentação nas primeiras horas de vida entre as participantes (BOSI; MACHADO, 2006; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

Os serviços e os profissionais de saúde têm papel fundamental ao instruir às mães sobre os benefícios do aleitamento natural, ao colocar o recém-nascido para mamar ainda na maternidade, nas primeiras horas, promover o alojamento conjunto e realizar orientações, desde o pré-natal ao pós-parto, pois ao contrário dos substitutivos do leite materno, esses são fatores protetores para o aleitamento materno exclusivo e redução do desmame precoce (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; PEREIRA et al., 2010).

As demais instruções que deveriam ser destinadas à mãe no pós-parto, quanto à sua própria alimentação e vestuário, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar tiveram baixa cobertura em todos os quartis de renda. Resultados semelhantes foram constatados entre usuárias das Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro (ANVERSA et al., 2012).

As orientações sobre planejamento familiar para todos os grupos foram insatisfatórias. Nesse sentido, mudanças no modelo assistencial com maiores esforços à implantação do programa de planejamento familiar no âmbito da atenção básica tornam-se necessárias para redução das desigualdades sociais e em saúde. As orientações fornecidas a respeito do planejamento sobre o desejo de ter uma gravidez ou quando tê-la, podem contribuir para a melhoria das condições de saúde e de perspectivas de vida dessas jovens, especialmente as de menor renda (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; MOURA; GOMES, 2014).

Destacam-se, ainda, disparidades de atendimento a um mesmo quartil de renda. Orientações sobre alimentação, vestuário e recém-nascido foram mais elevadas entre jovens do terceiro e quarto quartil, por outro lado, estas jovens foram menos instruídas a amamentar nas primeiras horas de vida e sobre planejamento familiar, sendo este último quase nulo. Essas diferenças de atenção em um mesmo grupo podem ser reflexo do maior nível de esclarecimento destas, favorecendo a maior frequência das instruções gerais no pós-parto. Em contrapartida, o menor desejo de engravidar e as menores taxas de fecundidade encontradas entre as jovens com percentis mais elevados de renda aumentam sua autoeficácia, e com isso, as levam a dispensar novas instruções sobre planejamento familiar (MARTINS et al., 2014; NUNES et al. 2014).

O aumento do número de mulheres com pelo menos uma consulta de pré-natal no Brasil, atingindo nível quase universal, deve resultar do conjunto de políticas em saúde que reforçam recomendações e cuidados em saúde durante pré-natal,

parto e puerpério (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011a). Isto também se deve à disponibilidade crescente de unidades de saúde, nas áreas rurais e urbanas, com equipes de profissionais especializadas em atenção primária à saúde, em virtude da inserção de programas incluindo Agentes Comunitários em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e Mais Médicos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013b)

Destaca-se que o pré-natal e o pós-parto são momentos oportunos para o desenvolvimento de ações educativas, voltadas tanto para a mãe quanto para os cuidados com o recém-nascido. Essa estratégia permite a realização de inúmeras orientações ao instruir as jovens e sanar seus questionamentos com relação à gravidez, ao parto e ao puerpério, possibilitando maior vínculo entre profissionais de saúde e as mulheres na construção de um momento de acolhimento, escuta, troca de experiências, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

Assim, o pré-natal não deve restringir-se ao atendimento e mero controle da saúde física da gestante, com a identificação de eventuais riscos, mas também prepará-la para ser mãe mediante orientações individualizadas e adaptadas às suas necessidades. De igual importância é o momento pós-parto, no qual as mulheres têm várias outras carências, desde o acolhimento aos cuidados físicos, como vestuário, higiene, alimentação, sono e repouso, sendo estes cuidados voltados à mãe muitas vezes esquecido pelos profissionais devido à maior valorização de orientações relacionadas ao bebê (FRANCISQUINI et al., 2011). É fundamental fortalecer a necessidade dos cuidados ao pós-parto, visto que as mulheres necessitam de distintas adaptações para que seu papel materno seja alcançado com integralidade, assim como a própria recuperação. Assim, seria proporcionada atenção integral e equitativa a essas mulheres.

6.3 ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO E EQUIDADE CONFORME ESCORE DE RISCO GESTACIONAL

Proporção significativa de adolescentes apresentou risco para a saúde gestacional, até porque a idade foi incluída como fator de risco e esta pesquisa incluiu somente adolescentes, principalmente primigestas e nulíparas (antecedente ao parto atual), com ocorrência de aborto prévio em parcela considerável das participantes. Entre as jovens com gestação prévia, foi frequente o intervalo

interpatal inferior ao recomendado pelos protocolos de saúde nacionais e internacionais (NICE, 2008; BRASIL, 2011a; 2013a; NGC, 2013). A maioria das participantes teve médio risco gestacional, mas também houve casos de alto risco, cuja proporção foi superior ao dobro daquelas de baixo risco.

Este perfil reprodutivo das jovens tem sido associado na literatura a gestações de alto risco, indicando que o início precoce da maternidade (parcela de jovens em adolescência precoce), a primiparidade ou nuliparidade e intervalo interpatal inferior ao recomendado, são fatores que contribuem para malformações fetais, prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto, pré-eclâmpsia, parto cesariana e outros desfechos desfavoráveis para a saúde materna e fetal (VIELLAS et al., 2012; GAMA et al., 2014; MORAES; HOLANDA; PINHEIRO, 2014). Quando somados a caracteres socioeconômicos como: baixa escolaridade e renda, situação conjugal instável ou ausência de companheiro e desemprego, potencializam-se os riscos para desfechos desfavoráveis à gestação (SANTOS et al., 2014).

A adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação, todavia, a possibilidade de risco psicossocial associado a não aceitação da gravidez e, ainda, sua relação com a não adesão ao acompanhamento pré-natal preconizado, evidencia a vulnerabilidade deste grupo para maior risco gestacional (BRASIL, 2010; XAVIER et al., 2013). Complicações na gravidez como trabalho de parto prematuro, são mais frequentes entre adolescentes, por isso é crucial a avaliação das condições de risco específicas para este público (MIRANDA et al., 2012).

A gestação é um fenômeno fisiológico que deve evoluir, na maior parte dos casos, sem intercorrências, apenas com o risco habitual. Entretanto, nesse estudo há parcela de gestantes consideradas de alto risco. Esse risco elevado decorre por serem portadoras de alguma comorbidade ou por desenvolverem agravos durante o período gestacional que aumentam a probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2010). Nesse sentido, foram consideradas aqui gestantes de alto risco, aquelas que além da idade precoce, eram nulíparas/primíparas (devido estarem vivenciando primeira experiência de parto no momento da entrevista) e intervalo interpatal menor que o recomendado para aquelas com gestação prévia.

A atenção às gestantes consideradas de risco requer atenção singular e acompanhamento especializado, cujo atendimento deve ser direcionado ao médico especialista e equipe multiprofissional, nos serviços de referência em atenção

secundária ou terciária, que possam oferecer assistência adequada ao grupo (BRASIL, 2010). O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso da gestação, com chance aumentada de ter resultado desfavorável, de maneira a reduzir o risco ao qual estão expostos mãe e filho, ou reduzir suas possíveis consequências (BRASIL, 2010; TOMLINSON et al., 2014).

Ao considerar o princípio da equidade estabelecido pela legislação do SUS, enfatiza-se que as gestantes com maior risco gestacional devem ser assistidas com maior intensidade de cuidados, o que pode resultar na demanda por maior número de consultas, repetição de exames laboratoriais, clínico-obstétricos e procedimentos de rotina, devido à maior exposição a fatores de risco do que as gestantes de baixo risco ou risco habitual (CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Dessa forma, o acompanhamento às gestações de alto risco exige a busca por evidências diagnósticas que identifiquem precocemente qualquer anormalidade durante a gravidez, evidenciando a necessidade por cuidados diferenciados.

A realização de maior número de consultas, início precoce da assistência e realização de maior número de procedimentos de rotina, conforme as recomendações dos protocolos de assistência à gestante estão ligadas a desfechos maternos e neonatais mais favoráveis (DOMINGUES et al., 2012; GONÇALVES et al., 2012). Entretanto, a adequação desses itens da assistência pré-natal e pós-parto entre as jovens do grupo de alto risco foi baixa, assim como para as demais.

Não houve diferença significativa entre o nível de adequação de cada grupo de risco gestacional. Entretanto, o grupo das jovens classificadas com o maior escore de risco gestacional, 2 e 3 (gestações de alto risco), foram as que obtiveram o menor índice de adequação. Provavelmente, o fato de a pior adequação concentrar-se no quartil mais pobre é decorrente da situação de iniquidade e vulnerabilidade em que vivem essas mulheres. Uma vez que esse grupo possui baixa escolaridade e renda, é consequente que usufruam principalmente dos serviços públicos de saúde, nos quais os serviços de referência para especialidades em cuidados de maior complexidade têm sido mostrados como insatisfatórios (VIELLAS et al., 2014; LEAL et al., 2015).

A multiparidade também foi critério para classificação de risco, no entanto é pequena a proporção de jovens múltiparas entre os resultados, uma vez que é reduzida a parcela de adolescentes com mais de três partos. Relaciona-se à elevada paridade um pré-natal inadequado, uma vez que mulheres destes grupos conferem

menor valor de importância ao pré-natal devido às experiências de gravidez anteriores terem ocorrido bem, ou por seus recursos pessoais serem limitados devido à presença de outras crianças (HEAMAN et al., 2014).

Por outro lado, estudo realizado na Tanzânia evidenciou que fatores como a primiparidade e ter história de aborto prévio são fortes preditores para as jovens iniciarem precocemente os cuidados pré-natais (GROSS et al., 2012). Embora alta ocorrência de primíparas e abortamento prévio tenham sido fatores de risco presentes entre as jovens deste estudo, não foi identificada melhor qualificação da assistência entre o grupo de maior risco.

A elevada proporção de adolescentes com gravidez prévia, que não atenderam a recomendação do intervalo interpartal igual ou superior a dois anos é preocupante, o que contribuiu para ocorrência de parcela significativa de jovens com alto risco gestacional neste estudo. Gestações que ocorrem fora do intervalo interpartal preconizado apresentam maiores riscos de complicações durante e após o nascimento, como baixo peso ao nascer e prematuridade entre os recém-nascidos, decorrentes do processo de espoliação do organismo materno por gestações próximas (VIANA et al., 2013)

O intervalo interpartal preconizado entre as gestações é fundamental para a recuperação da mulher em todos os sentidos: biológicos, psíquicos e sociais, uma vez que é preciso estar preparada para vivenciar novamente o ciclo gravídico-puerperal no momento adequado, de acordo com sua decisão e planejamento (ANDRADE et al., 2015). Assim, a mulher e sua família precisam estar prontas para receber e cuidar de uma nova criança, sem prejudicar a atenção com os filhos anteriores.

Além disso, as jovens com maior limitação socioeconômica têm maior tendência a possuírem maior número de filhos, uma vez que são frequentemente de menor nível educacional e têm menor autoeficácia contraceptiva, possuindo intervalos menores entre as gestações, o que aumenta a demanda por recursos e reduz as possibilidades de consumo, necessárias para o bem-estar, qualidade de vida da família e, especialmente, para a saúde (NUNES et al., 2014; ANDRADE et al., 2015). Isto torna as jovens dos quartis mais pobres e seus conceitos vulneráveis às situações atreladas a esse difícil contexto social.

Ressalta-se a necessidade de uma abordagem horizontal, que leve em consideração todos os fatores e condições que cercam a vida destas mulheres,

incluindo questões sociais, econômicas e de qualidade de vida, visto que a abordagem vertical, comumente adotada na maioria dos modelos de atenção à saúde do mundo, torna-se restrita ao obsoleto modelo biomédico, o qual trata somente o agravo ou doença, mas não seus fatores condicionantes. Nesse ponto de vista, torna-se necessário levar em consideração também as necessidades da população alvo, visto que a orientação sobre fatores de risco não deve ser tratada somente durante a assistência pré-natal, mas em abordagem horizontal, de modo que novos hábitos de vida sejam incorporados à sua rotina, garantindo saúde para as futuras gestações assim como para a atual (CAMPBELL et al., 2009).

Tendo em vista a relevância da atenção qualificada do pré-natal para a saúde das gestantes e seus conceitos, tornam-se imprescindíveis os esforços a fim de melhorar as práticas rotineiras desse acompanhamento. Em especial, deve-se reforçar a prática da classificação de risco tanto na primeira consulta como nas subsequentes, para que seja realizado o adequado atendimento conforme as novas necessidades de cuidados dessas gestantes.

Há limitado número de estudos que abordem a qualidade da assistência de acordo com a classificação de risco gestacional, entretanto disparidades no cuidado foram relatadas entre coortes de gestantes do Sul do Brasil, apontando para melhor adequação da assistência para as gestantes de baixo risco em comparação às gestantes de maior risco gestacional, embora o nível de qualidade da assistência tenha sido insatisfatório para ambas (DIAS et al., 1996; NEUMANN et al., 2003). Evidencia-se assim, falhas tanto na qualidade da prestação do cuidado como no atendimento ao princípio da equidade, ratificando que a Teoria dos Cuidados Inversos, descrita há anos, permanece em vigência, tendo sido encontrada diante dos cuidados em saúde prestados às gestantes teresinenses (HART, 1971).

Com isso, a situação de iniquidade presente na localidade estudada revela elevada desigualdade na atenção à saúde. Incentivos a programas de saúde já existentes tornam-se necessários, tais como o PMAQ, que promove a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços disponíveis na atenção básica, incluindo o pré-natal de baixo risco; o “Programa Mais Médicos”, que possibilita a cobertura por profissionais qualificados nas unidades de saúde mais periféricas. Outras políticas públicas que, além de contribuir para qualificação do acesso também reforcem estratégias voltadas à saúde da mulher, são importantes. Assim, fortaleceria o vínculo das jovens com o serviço de saúde, que se iniciaria desde a orientação

sexual e reprodutiva ainda na adolescência até o acompanhamento para planejamento familiar, gestação, parto e puerpério. O Programa Saúde na Escola (PSE) poderia servir de importante ferramenta como ponto de partida para estabelecimento deste vínculo (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013b). Dessa forma, tais políticas contribuiriam para tornar o acesso e a qualidade da prestação de assistência às gestantes o mais equânime possível, reduzindo as diversas desigualdades sociais, demográficas, culturais e econômicas.

Em última análise, destaca-se a importância de futuras pesquisas elaborarem novos indicadores que considerem critérios distintos ao avaliar a qualidade da assistência de acordo com a população em estudo, levando em consideração as diferentes demandas de cuidados quando se compara a assistência prestada às jovens de baixo e às de alto risco gestacional, uma vez que estas últimas necessitam de repetição de exames de rotina devido à maior exposição a fatores de risco. Além disso, a realização do mínimo de quatro consultas para o pré-natal de baixo risco, se realizadas de forma qualificada, não aumenta o risco de morbimortalidade em relação àquelas que realizam seis ou mais consultas (MUNJANJA. LINKDMARK; NISTROM, 1996). Assim, deve-se investir em novas pesquisas que visem à construção de indicadores de qualidade para gestantes de diferentes escores de risco gestacional, para melhor precisão da avaliação da qualidade assistencial.

6.4 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

São potenciais limitações deste estudo, que devem ser evitadas em estudos posteriores, o fato de ter avaliado a assistência meramente em termos quantitativos, ou seja, se determinado procedimento técnico foi realizado ou não, número de consultas de pré-natal e período de início do mesmo, não sendo abordado se tais procedimentos foram realizados pelo profissional seguindo as técnicas descritas nos manuais e protocolos assistenciais. Poderia ainda, ter sido analisado o modo em que as orientações sobre cuidados gerais, aleitamento materno e planejamento familiar foram prestadas, se incluíram as informações consideradas essenciais pelos mesmos protocolos, seja por distribuição de cartilha, folder ou realização de palestras educativas padronizadas, haja vista que foi investigada a assistência

prestada por diferentes profissionais, médicos e enfermeiros, setores e níveis de atenção.

Também seria importante incluir entre os indicadores variáveis sobre a satisfação da mulher com o atendimento assim como indicadores mais subjetivos sobre o atendimento, como o apoio familiar. Verificar cada tipo de exame e conduta separadamente e quantas vezes estas foram realizadas também reduziria possíveis vieses, uma vez que foi analisada, de maneira geral, a realização ou não dos procedimentos técnicos, superestimando a qualidade total. A qualidade da assistência reduziria ainda mais, caso fosse verificado um ponto de corte do número adequado para realização de cada procedimento técnico do pré-natal e pós-parto.

Outro ponto foi que, em algumas questões utilizou-se o autorelato das puérperas sobre os cuidados pré-natais recebidos, visto não ser possível realizar a busca em registros nas instituições de saúde em que as jovens realizaram o acompanhamento. Como exemplo, optou-se por priorizar o autorelato nas informações que possivelmente não constassem no cartão da gestante, a fim de evitar a perda de informações do pré-natal, como realização de “exames de sangue”, quando idealmente desejava-se investigar separadamente os testes de rastreio para sífilis, HIV, níveis de hemoglobina e hematócrito, glicemia, entre outros. Estes métodos de análises foram utilizados anteriormente por outros autores, devido sua fácil aplicabilidade diante da proposta de estudo (NEUMANN et al., 2003; VICTORA et al., 2010).

Apesar disso, o estudo não está inviabilizado, visto que compreenderam pontos fortes da presente pesquisa os relevantes achados, comprovando que a Teoria dos Cuidados Inversos ainda é uma realidade presente na sociedade. Além disso, este estudo mostrou que a qualidade do cuidado difere não somente entre grupos socioeconômicos, mas em um mesmo grupo. Ainda, foi possível mostrar a elevada inadequação no atendimento às jovens com alto risco gestacional, e a importância de se considerarem as diferentes necessidades de acordo com o grupo de risco, tema pouco abordado na literatura existente.

A situação de iniquidade encontrada entre as adolescentes, devido à elevada inadequação da assistência pré-natal e pós-parto, deve despertar o interesse para maiores investimentos das instâncias governamentais, especialmente voltadas às mulheres menos favorecidas econômica e socialmente. É de interesse público garantir coberturas e qualidades universais e equânimes, assim, incentivos

às políticas de planejamento reprodutivo, acesso e adesão ao pré-natal podem aumentar gradativamente a qualidade da assistência oferecida a essas mulheres.

A classificação da qualidade da assistência utilizando um índice já utilizado por autores consagrados nesta linha de pesquisa, assim como adaptados de acordo com o cenário do presente estudo, tornam a utilização destes indicadores válida para o Brasil (NEUMANN et al., 2003; VICTORA et al., 2010).

Além disso, possíveis vieses de recordatório foram minimizados na presente pesquisa pelo fato de a autora ter realizado a investigação dos dados prioritariamente comparando o relato das entrevistadas às informações presentes no cartão da gestante, especialmente aquelas informações que dependiam da acurácia das informações que demandavam maior precisão, como número e período das consultas e procedimentos técnicos realizados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo evidenciou que ainda permanecem elevadas as disparidades de cuidados em saúde, sendo condicionadas por fatores relacionados às inequidades, sejam econômicas ou sociais.

A caracterização das participantes demonstrou predominância de jovens pertencentes ao primeiro quartil de renda, com características reprodutivas de risco, como elevado número de primigestas, primíparas e intervalo interpartal inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, entre aquelas com gestação prévia. A utilização dos serviços de assistência pré-natal do sistema público foi majoritária entre jovens com menor renda.

Foi evidente o alto índice de inadequação da qualidade da assistência pré-natal e pós-parto entre as participantes. Os fatores para a baixa qualificação da assistência prestada às adolescentes estiveram associados à baixa média de consultas e início tardio do acompanhamento gestacional e, principalmente, à insuficiente realização de procedimentos técnicos essenciais às consultas. Exames clínicos, como ginecológico e exame das mamas, primordiais para prevenção e correção de agravos de riscos à saúde materna e neonatal, além de orientações à mãe durante as consultas pré-natais e pós-parto tiveram cobertura insatisfatória para todos os quartis, com relevantes disparidades para jovens dos quartis de menor renda. O serviço público majoritariamente utilizado pelas participantes pode ter sido um fator contribuinte para estes resultados.

Percebe-se ainda, que a qualidade da assistência às jovens foi insatisfatória tanto entre as adolescentes dos quartis mais baixos de renda como para as de maior risco gestacional, constatando que a Lei dos Cuidados Inversos é uma realidade ainda vigente na localidade estudada, o que revela importantes desigualdades de atenção à saúde.

O presente estudo analisou a adequação das jovens com base em critérios quantitativos, relacionado ao número de consultas, início da assistência e realização de procedimentos concernentes ao conteúdo das consultas. Quando incluídos os procedimentos técnicos para avaliação da qualidade da assistência o índice de adequação caiu significativamente. Com isso, análises baseadas em critérios quantitativos e qualitativos são recomendadas, uma vez que é essencial a inclusão

dos conteúdos correspondentes aos cuidados dispendidos durante as consultas pré-natais, incluindo prescrições e instruções oferecidas às mães durante esse momento tão oportuno.

Os resultados desta pesquisa demonstram que desafios persistem no sentido de tornar a assistência à gestante mais equânime e qualificada, cujas barreiras devem ser minimizadas em todos os grupos socioeconômicos, especialmente entre as jovens do menor quartil de renda. Para isso, devem-se fortalecer as políticas públicas, como o PMAQ e Mais Médicos, que promovam a melhoria no acesso e estrutura dos serviços, bem como na qualidade, capacitando recursos humanos para a realização de consultas pré-natais e atenção pós-parto mais qualificadas. Além disso, investir em educação continuada e promover a consciência pública, especialmente voltada às adolescentes, sobre a importância do pré-natal e seus benefícios, pode também contribuir para minimizar barreiras pessoais e melhorar a procura pelos serviços de atenção por essas gestantes. Assim, torna-se possível a redução gradual das vulnerabilidades socioeconômicas, culturais e pessoais das jovens, além da ampliação do vínculo e da longitudinalidade do cuidado destas com os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACOG. **Manual of Standards in Obstetric-Gynecologic Practice**. 2 ed. Chicago, Ill: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1965.
- ALEMAYEHU, T.; HAIDER, J.; HABTE, D. Utilization of antenatal care services among teenagers in Ethiopia: A cross sectional study. **Ethiopian Journal of Health Development**, v.24, n.3, p.221-5, 2010.
- ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Eqüidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.17, n.1, p.15-25, 2005.
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.29, n.2, p.84-95, 2011.
- AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.3, p.148-55, 2009a.
- AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal – parte 2. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.7, p.367-74, 2009b.
- ANDRADE, R.D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.181-6, 2015.
- ANVERSA, E.T.R, et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800, 2012.
- ARAH, O.A.; WESTERT, G.P. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian Health Indicators Framework at the provincial-territorial level. **BMC Health Services Research**, v.5, n.1, p.76, 2005.
- BAPTISTA, G.H.; ANDRADE, A.H.H.K.G., GIOLO, S.R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.3, p.596-604, 2009.
- BARATA, R.B. et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brasil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p. 305-13, 2007.
- BARBER, S.L. Public and private prenatal care providers in urban Mexico: how does their quality compare? **International Journal of Quality in Health Care**, v.18, n.4, p.306-13, 2006.
- BASSANI, D.G.; SURKAN, P.J.; OLINTO, M.T.A. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics.

International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, v.35, n.1, p.15-20, 2009.

BEAN, A.C. High-Quality Health Care: the essential route to eliminating disparities and achieving health equity. **Health Affairs**, v.20, n.10, p.1868-71, 2011.

BERNARDES, A.C. et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in Sao Luis, Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.14, n.1, p.266, 2014.

BOCCOLINI, C. S. et al. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal: um estudo ecológico. **The Journal of Pediatrics**, v.89, n.2, p.131-6, 2013.

BOERMA, J.T. et al. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. **The Lancet**, v.371, p.1259–67, 2008.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v.1, n.1, p.1-9, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações Programática Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a**.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Vigilância em Saúde. **Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS; v.6 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico gestação de Alto Risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS–a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS- o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2011b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. — Brasília: Ministério da Saúde, p.43, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da atenção básica do Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

CALDEIRA, A.P.; FAGUNDES, G.C.; AGUIAR, G.N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública**, v.42, p;1027-33, 2008.

CAMPBELL, C. et al. **Strengthening community responses to AIDS: possibilities and challenges**. In: HIV/AIDS in South Africa 25 years on. Springer New York. p. 221-35, 2009.

CARVALHO, V.C.P.D.; ARAÚJO, T.V.B.D. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.3, p.309-17, 2007.

- CASTRO, M.E.; MOURA, M.A.V.; SILVA, L.M.S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene**, v. 11, 2012.
- CESAR, J.A. et al. Público *versus* privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.11, n.3, p.257-63, 2011.
- CESAR, J.A. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.5, p.985-94, 2011.
- COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.456-62, 2003.
- COIMBRA, L.C. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.40, p.1195-202, 2007.
- CORREA, A.C.P. et al. Analysis of the prenatal care in Cuiabá-Mato Grosso according to sis prenatal data. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.5, n.2, p.3740-8, 2013.
- COSTA, G.R.C, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p.1005-9, 2010.
- COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.32, n.11, p.563-9, 2010.
- COUTURE, M.C. et al. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. **American Journal of Preventive Medicine**, v.47, p.471-6, 2008.
- CUNHA, A.B.O.; SILVA, L.M.V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.725-37, 2010.
- DEAN, J.W.; BOWEN, D.E. Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. **Academy of management review**, v.19, n.3, p.392-418, 1994.
- DIAS, J.S.C. et al. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, S.1, p.59-66, 1996.
- DIAS, J.S.C. et al. Inequalities in clinical breast examination in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23; p.1603-12, 2007.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-37, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.N. et al. Acesso e utilização dos serviços de pré-natal em um sistema unificado de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.4, p.953-65, 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.37, n.3, p.140-7, 2015.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Memorial Fund**, v. 44, p.166, 1966.

_____. The Quality of Medical Care. **Science**, v.200, n.4344, p.856-64, 1978.

_____. **Na introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 450 p. 2003.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S154-8, 2014.

DOUBOVA, S.V. et al. Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.12, n.1, p.168-77, 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência **Pré-natal: manual de orientação**. São Paulo: FEBRASGO; 2006.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.4, p.595-603, 2009.

FINER, L.B.; ZOLNA, M.R. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. **American Journal of Public Health**, v.104, n.S1, p.S43-S48, 2014.

FLEXNER, A. Medical Education in Unites States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advencement of teaching. **Merrumount Press**, 1940.

FRANCISQUINI, A.R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.4, p.743-51, 2011.

FURTADO, E.Z.L. **Fatores associados ao acesso de adolescentes e jovens a assistência pré-natal e ao parto na região nordeste do Brasil**. 2014. 94f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.

FURTADO, E.Z.L.; GOMES, K.R.O. GAMA, S.G.N. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.50, n.23, p.1-10, 2016.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.153-61, 2002.

GAMA, S.G.N. et al. 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**, v.20, s.1, p. 101-11, 2004.

GAMA, S.G.N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, s.1, s.117-27, 2014.

GRANJA, G.F.; ZOBOLI, E.L.C.P.; FRANCOLLI, L.A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.12, p.3759-64, 2013.

GRAVENA, A.A.F., et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.26, n.2, p.130-5, 2013.

GROSS, K. et al. Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in South-eastern Tanzania. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v.12, n.1, p.16-28, 2012.

GOMES, K.R.O. et. al. Who are the pregnant adolescents in the poorest state capital of Brazil? **Public Health Nursing**, v.25, n.4, p. 319-26. 2008.

GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; SASSI, R.A.M. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p. 2507-16, 2009.

GONÇALVES, M.L.C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.25, s.2, p.33-9, 2012.

HABIBOV, N.N. On the socioeconomic determinants of antenatal care utilization in Azerbaijan: evidence and policy implications for reforms. **Health Economics Policy and Law**, v.6, n.2, p.175-203, 2011.

HART, J.T. The inverse care Law. **Lancet**, p.405-12, 1971.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.3, p.487-92, 1998.

HEAMAN, M.I. Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.12, p.227-43, 2014.

- HESSOL, N.A.; VITTINGOFF, E.; FUENTES-AFFLICK, E. Reduced risk of inadequate prenatal care in the era after Medicaid expansions in California. **Medical Care**, v.42, n.5, p. 416-22, 2004.
- HUESTON, W.J.; GEESEY, M.E.; DIAZ, V. Prenatal care initiation among pregnant teens in the United States: an analysis over 25 years. **Journal Adolescent Health**, v.42, n.3, p.243-8, 2008.
- KASSAR, S.B. et al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, n.4, p.397-403, 2006.
- KASSAR, S.B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.3, p.269-77, 2013.
- KESSNER, D. M. **Infant Death: an Analysis Of Maternal Risk And Health Care**. Washington DC: Institute of Medicine. National Academy of Sciences, 1973.
- KHAN, R.E.A.; RAZA, M.A. Utilization of quality of prenatal-care in India: an evidence from IDHS. **Social Indicators Research**, p.1-16, 2016.
- KINSMAN, S.B.; SLAP, G.B. Barriers to adolescent prenatal care. **Journal of Adolescent Health**, v.13, p.146-54, 1992.
- KIRKWOOD, B.R. **Essentials of medical statistics**. London: Blackwell Science Ltd; 1999.
- KLEIN, J.D. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. **Pediatrics**, v.116, p.281-6, 2005.
- KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American journal of public health**, v.84, n.9, p.1414-20, 1994.
- LANGILLE, D. B. Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. **Canadian Medical Association Journal**, v.176, n.11, p.1601-2, 2007.
- LEAL, M.C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.15, n.1, p.91-104, 2015.
- LONG, S.H.; MARQUIS, M.S. The effects of Florida's Medicaid eligibility expansion for pregnant women. **American Journal of Public Health**, v.88, p.371-6, 1998.
- LUCHESA, C. J.; CHAVES NETO, A. Cálculo do tamanho da amostra nas pesquisas em administração. **Unicuritiba**, Curitiba, Edição do Autor, 2011.

MARANHÃO, T.A.; GOMES, K.R.O.; OLIVEIRA, D.C. Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.3, p.371-7, 2012.

MARANHÃO, T.A.; GOMES, K.R.O.; SILVA, J.M.N. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.5, p.998-1008, 2014.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MARTINS, P.C.R. et al. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.1, p.91-100, 2014.

MCGLYNN, E.A. et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. **The New England Journal of Medicine**, v. 348, n.26, p.2635-45, 2003.

MEDRONHO, R.A et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 493p. 2005.
MELO, A.S.O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.2, p.249-57, 2007.

MIRANDA, A.E. et al. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. **Women Health**, v.50, n.3, p.229-40, 2010.

MIRANDA, A.E. et al. Prevalence and correlates of preterm labor among young parturient women attending public hospitals in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.32, n.5, p.330-4, 2012.

MORAES, P.G.S.; HOLANDA, V.R.; PINHEIRO, H.D.M. Perfil epidemiológico de primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco. **Revista Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.2, p.45-50, 2014.

MOURA, L.N.B.; GOMES, K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.853-63, 2014.

MUNJANJA, S.P.; LINDMARK, G.; NYSTROM, L. Randomised controlled of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. **The Lancet**, v.348, n.9024, p.364-9, 1996.

NEUMANN, N.A. et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.4, p. 307-18, 2003.

NGC. National Guideline Clearinghouse. University of Michigan Health System. **Prenatal Care**. An Arbor (MI): University of Michigan Health System (UMHS). 17p, 2013.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. **Antenatal Care: routine care for healthy pregnant woman**. Clinical Guideline. 56p. 2008. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

NUNES, J.T. et al. Autoeficácia contraceptiva entre adolescentes com antecedente gestacional. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 77-86, 2014.

NUNES, J.T. et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal: revisão de artigos publicados 2005-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.24, n.2, p.252-61, 2016.

PARIS, G.F.; PELLOSO, S.M.; MARTINS, P.M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.10; p.447-52, 2013.

PARTRIDGE, S. et al. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 US deliveries over 8 years. **American journal of perinatology**, v.29, n.10, p.787-94, 2012.

PEREIRA, R.S.V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.12, p.2343-54, 2010.

PETROU, S. et al. Clinical provider and sociodemographics determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. **Social Science & Medicine Journal**, v.52, n.7, p.1123-34, 2001.

PORTERFIELD, J.D. Evaluation of Patients: Codman Revisited. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v.52, n.1, p.30-8, 1976.

PUCCINI, R. F. et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 35-45, 2003.

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, n.1, p.50-61, 1990.

RIBEIRO, A.M. et al., Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.246-55, 2009.

SAAVEDRA, J.S.; CESAR, J.A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1003-14, 2015.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.3, p.260-8, 2012.

SANTOS, A.L.D. **História de Jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 201p., 2006.

SANTOS, A.L.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S.. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene**, v. 11, n. esp, p. 61-71, 2010.

SANTOS, N.L.A.C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p. 719-26, 2014.

SANTOS, A.G. et al. Pré-natal e parto: diferenças entre gestantes adolescentes e jovens usuárias dos serviços de saúde suplementar e as do Sistema Único de Saúde. **Revista Adolescência & Saúde**, v.12, n.4, p.19-28, 2015.

SILVA, E.P. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.33, n.5, p.356–62, 2013.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1160-8, 2004.

SILVEIRA, M.F. et al. Socioeconomic differentials in performing urinalysis during prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.3, p. 389-95, 2008.

SMEDLEY, B.D.; STITH, A.Y.; NELSON, A.R. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington (DC). **Journal of the National Medical Association**, v.94, n.8, p.666, 2003.

SMITH, P.E. et al. Association Between Insurance and Adequacy of Prenatal Care [257]. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, p. 83S, 2015.

SONIS, A. et al. Participación Activa de los Consumidores em el Sist de Prestación de Serv. de Salud: Uma Evaluación de la Satisf. Paciente. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.94, n.1, p.54-75, 1983.

TAKEDA, S.M.P. **Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. 1993. (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1993.

TEIXEIRA, S.A.M.; TAQUETTE, S.R. Violência e atividade sexual e desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.4, p.440-6, 2010.

TRAN, T.K. et al. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexto-results from two Health and Demographics Surveillance sites in Vietnam. **BMC Health Services Research**, v. 12, n.40, p.1-16, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, supl.2, p. 190-8, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. **Determinantes de desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

TRINH, L.T.; MICHAEL, J.D.; BYLES, J. Antenatal care adequacy in three provinces of Vietnam: long Na, Bem Ter y Quang Ngai. **Public Health Reports**, v.121, n. 4, p.468-75, 2006.

TOMLINSON, M. et al. Multiple risk factors during pregnancy in South Africa: the need for a horizontal approach to perinatal care. **Prevention Science**, v.15, n.3, p.277-82, 2014.

VIANA, K.J. et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.349-56, 2013.

VICTORA, C. G.; et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil de Pelotas, RS, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, v.30, p.34-45, 1996.

VICTORA, C.G., et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. **The Lancet**, v.362, n.9379, p.233–41, 2003.

VICTORA, C.G. et al. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 25, n. 4, p. 253-61, 2010.

VICTORA, C.G. et al. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 6736, n.11, p.32-46, 2011.

VILLAR, J. et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **The Lancet**, v.357, n.9268, p.1551-64, 2001.

VILLELA, W.V. et al. Desafios da Atenção Básica em saúde: a experiência da Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1316-24, 2009.

VIELLAS, E.F. et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.3, p.443-54, 2012.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S85-100, 2014.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery**, v.16, n.2, p.312-9, 2012.

WHO. World Health Organization. **What is the effectiveness of antenatal care?** (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Networks; 2005.

_____. World Health Organization. **Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care – A guide for essential practice.** Geneva: WHO, 2006.

_____. World Health Organization. **Action on the social determinants of health: learning from previous experiences.** WHO, v.1, p.48, 2010.

XAVIER, R.B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1161-71, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Ficha de identificação da participante

HOSPITAL: () A () B () C () D () E

Nº Prontuário: _____ Data da resolução da gravidez: ___/___/___

Data da coleta dos dados ___/___/___

Entrevistadora: _____

1- Idade Gestacional (IG/semanas):

_____ (Não aplicar questionário de Atividade Física se for <35semanas)

2- Gemelaridade:

() Sim () Não (Se SIM, não aplicar questionário de Atividade Física)

3- Cartão da gestante:

() Sim () Não (Se NÃO, não aplicar questionário de Pré-Natal)

4- Tipo de parto:

() Normal

() com indicação de cesárea

() sem indicação de cesárea (Não aplicar questionário de Atividade Física)

() Parto cesárea

5- Em algum momento desta última gravidez o médico comentou sobre haver indicação para cesárea?

() Sim () Não

Caso excluído devido: () Recusa () Não localização () Outro motivo

Ordem Nº: _____ Formulário Nº: PN_____/AF_____

Nome:

Telefone para contato: _____

APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO E O TIPO DE PARTO ENTRE ADOLESCENTES

Coordenação: Prof^a Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes

ORDEM N° _____ FORMULÁRIO N° (PN) _____

A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos lhe fazer algumas perguntas sobre você, seus estudos, trabalho e família

- | | |
|---|---|
| <p>1- Qual a sua idade? (<i>anos completos</i>) _____</p> <p>2- Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Negra (4) Outra: _____</p> <p>3- Qual a sua situação conjugal? (1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada/Separada (4) Viúva (5) União estável/Junta</p> <p>4- Qual a sua religião? (1) Católica (2) Evangélica (3) Outra: _____ (4) Não tem religião</p> <p>5- Até qual série você estudou/estuda? (1) Não alfabetizada (2) Alfabetizada funcional (< 4 anos de estudo) (3) Ensino fundamental incompleto ($4 \leq x \leq 7$ anos de estudo)</p> | <p>(4) Ensino fundamental completo (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino médio completo (7) Ensino superior incompleto (8) Ensino superior completo</p> <p>6- Você tem alguma atividade remunerada? (1) Sim (2) Não</p> <p>7- Qual a sua atual ocupação/profissão? (1) Estudante (2) Do lar (3) Trabalhadora autônoma (4) Trabalhadora com carteira assinada (5) Outra: _____</p> <p>8- A renda total de sua família no mês passado (que antecede esta entrevista) foi: (1) <678 reais (1º quartil) (2) de 678 a 1.356 reais (2º quartil) (3) > que 1.356 a 2.034 reais (3º quartil) (4) >2.034 reais (4º quartil)</p> |
|---|---|

B – DADOS AMBIENTAIS

Vamos lhe fazer algumas perguntas sobre a sua moradia

- | | |
|---|---|
| <p>9- Você mora em residência: (1) De alvenaria/ tijolos (2) De taipa (3) Outro: _____</p> | <p>10- Quantos cômodos existem na sua casa? _____</p> <p>11- Incluindo você, quantas pessoas da família ou agregados moram em sua</p> |
|---|---|

casa? (Não incluir visitantes e/ou moradores temporários).

13- Você mora em Teresina ou em outra cidade?

- (1) Teresina
- (2) Outra cidade do Piauí
- (3) Outra cidade de outros estados

C - DADOS REPRODUTIVOS

Vamos lhe fazer algumas perguntas sobre sua(s) gestação(ões) anterior(es)

14- Quantas vezes você já ficou grávida?

(se a resposta for uma vá para questão 17)

16- Quantos partos de nascidos vivos você já teve?

15- Intervalo entre gestação anterior e esta:

17- Quantos filhos vivos você tem hoje?

D - DADOS DO PRÉ-NATAL

Agora, farei algumas perguntas sobre o pré-natal realizado durante esta sua gravidez

18- Em que tipo de serviço você fez o pré-natal?

- (1) Serviço público
- (2) Serviço privado

(verificar no cartão da gestante nº de consultas da 13ª até a 26ª semana de IG)

19- Quantas consultas pré-natais você realizou no 1º trimestre de gravidez?

(verificar no cartão da gestante nº de consultas até a 13ª semana de IG)

21- Quantas consultas pré-natais você realizou no 3º trimestre de gravidez?

(verificar no cartão da gestante nº de consultas a partir da 26ª semana de IG até o fim da gestação)

20- Quantas consultas pré-natais você realizou no 2º trimestre de gravidez?

22- Total de consultas pré-natal realizadas nesta gravidez?

(somar as respostas anteriores)

CONDUTAS NO PRÉ-NATAL

Agora, perguntaremos sobre a realização de alguns procedimentos específicos durante o seu pré-natal

23- Você fez o exame ginecológico especular/vaginal no pré-natal?

- (1) Sim (2) Não

27- Você recebeu orientação sobre a vacina antitetânica no pré-natal? (observe se a mulher afirma se viram que ela não precisava tomar a vacina porque o esquema estava completo)

(1) Sim (2) Não

24- Você foi orientada sobre amamentação no pré-natal?

- (1) Sim (2) Não

(Verificar a resposta para as questões 28 a 32 no cartão da gestante e somente perguntá-las a entrevistada em caso de ausência no cartão)

25- Você fez exame de sangue no pré-natal?

- (1) Sim (2) Não

28- Foi perguntado a você a data da sua última menstruação?

26- Você fez exame das mamas no pré-natal?

- (1) Sim (2) Não

- (1) Sim (2) Não

29- Você foi pesada no pré-natal?

(1) Sim (2) Não

30- Foi medido o comprimento de sua barriga no pré-natal?

(1) Sim (2) Não

31- Foi medida sua pressão arterial pré-natal?

(1) Sim (2) Não

32- Foi passado/prescrito ferro para você tomar no pré-natal?

(1) Sim (2) Não

E - DADOS DO PARTO/RECÉM-NASCIDO

Agora perguntaremos quanto a informações do seu parto e recebimento de orientações para cuidar do seu bebê

33- Você recebeu orientações gerais no hospital sobre:

33.1- Sua Alimentação:

(1) Sim (2) Não

33.2- Seu Vestuário:

(1) Sim (2) Não

33.3- Cuidados com o bebê:

(1) Sim (2) Não

33.4- Planejamento familiar:

(1) Sim (2) Não

34- Anotar a idade gestacional:

(semanas) _____

35- Seu bebê foi amamentado nas primeiras duas horas após o nascimento dele?

(1) Sim (2) Não

36- No hospital, você já recebeu orientações sobre amamentação?

(1) Sim (2) Não

Obrigada!!!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E O TIPO DE PARTO DE ADOLESCENTES

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Keila Rejane Oliveira Gomes

Instituição/ Departamento: Universidade Federal do Piauí

Contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10

CEP: 64.049-550 - Teresina – PI Telefone: 86 3215-5734

E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

Local da Coleta de dados: (A) (B) (C) (D) (E)

Prezada Mãe:

Você está sendo convidada a responder às perguntas deste questionário de forma voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder os questionários, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, a recusa não implicará em prejuízo no seu atendimento hospitalar.

Objetivo do estudo: Saber se você faz exercícios físicos ou não e como foi o seu parto, quem escolheu o tipo e que informações você recebeu, além de informações sobre seu pré-natal.

Procedimentos: Após a assinatura deste termo, você responderá algumas questões: sobre sua idade; se é estudante ou não; algumas questões sobre pré-natal e a escolha do seu parto e por fim como é a sua prática de exercícios físicos. Suas respostas servirão para conhecer um pouco sobre mães adolescentes. É importante informar que sua participação é voluntária.

Benefícios: Você estará contribuindo para construção de conhecimento científico e para melhor prescrição de atividade física e o pré-natal de futuras gestantes.

Riscos: Este estudo apresenta risco mínimo, pois se trata apenas de uma entrevista, não sendo utilizado método cirúrgico ou uso de qualquer outro procedimento que necessite de ingestão ou uso de medicamentos.

Sigilo: O seu nome e informações particulares em nenhum momento serão divulgados e apenas as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa terão acesso a estes dados.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

() Autorizo que a pesquisadora ligue para mim, em caso de dúvidas posteriores.

() Não autorizo que a pesquisadora ligue para mim, em caso de dúvidas posteriores.

Assinatura / Nº de identidade:

Pesquisadora responsável

Orientadora: Dr^a Keila Rejane Oliveira Gomes

APÊNDICE D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: **RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E O TIPO DE PARTO DE ADOLESCENTES**

Pesquisador responsável: Profª Drª Keila Rejane Oliveira Gomes
 Instituição/ Departamento: Universidade Federal do Piauí
 Contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
 Centro de Convivência L09 e 10
 CEP: 64.049-550 - Teresina – PI Telefone: 86 3215-5734
 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br
 Local da Coleta de dados: (A) (B) (C) (D) (E) (F)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E O TIPO DE PARTO DE ADOLESCENTES**. Seus pais permitiram que você participe.

O objetivo principal deste estudo é saber se as atividades físicas realizadas durante sua gravidez ajudaram você a ter seu bebê, para isso faremos perguntas sobre o tempo em que você passou em pé, deitada, brincando com outras crianças ou animais, se seu bebê nasceu de parto normal ou foi por meio de cirurgia, entre outras perguntas.

Participarão desta pesquisa adolescentes de 15 a 19 anos de idade, "mães de primeira viagem", assim como você. Para nós, estudiosos do assunto, sua participação será muito importante, pois, por meio de suas respostas poderemos indicar a outras adolescentes uma quantidade saudável de atividades físicas para elas e identificar se uma adolescente que teve uma boa atividade física, durante a gestação, tem mais facilidade durante o parto normal, veja quantos benefícios, quantas coisas boas poderão acontecer.

Além de todos os benefícios que acabei de citar, você ainda estará contribuindo com a ciência gerando informações científicas que ajudarão a melhorar a qualidade de vida de adolescentes grávidas.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu. Não terá nenhum problema se desistir, mesmo seus pais já tendo autorizado.

Procedimentos: Após a assinatura deste termo, você responderá algumas questões: sobre sua idade; se é estudante ou não; algumas questões sobre a escolha do seu parto e por fim como é a sua prática de exercícios físicos. Suas respostas servirão para conhecer um pouco sobre mães adolescentes.

Riscos: Este estudo apresenta risco mínimo, pois trata-se apenas de uma entrevista, não sendo utilizado método cirúrgico ou uso de qualquer outro procedimento que necessite de ingestão ou uso de medicamentos.

Sigilo: O seu nome e informações particulares em nenhum momento serão divulgados e apenas as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa terão acesso a estes dados.

Entendi os riscos e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente explicado, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este assentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

() Autorizo que a pesquisadora ligue para mim, em caso de dúvidas posteriores.

() Não autorizo que a pesquisadora ligue para mim, em caso de dúvidas posteriores.

Assinatura / Nº de identidade

ANEXOS

**ANEXO A – Parecer de aprovação da comissão de ética em pesquisa da
Fundação Hospitalar de Teresina (FHT)**



Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina
Diretoria de Assistência Hospitalar

MEMO DAH/FHT Nº068/2013

Teresina, 12 de setembro de 2013.

Da: Diretoria de Assistência Hospitalar - DAH

Para: Maternidade Wall Ferraz (CIAMCA), Hospital Maternidade do Satélite (Dr. Luiz Milton de Arêa Leão), Hospital Geral do Buenos Aires, Unidade de Saúde do Promorar.

Apresentamos, **Débora Cristina Couto Oliveira Costa**, que realizará trabalho de pesquisa intitulado: "Relação entre atividade física e o tipo de parto de adolescentes". O trabalho será realizado em: Maternidade Wall Ferraz (CIAMCA), Hospital Maternidade do Satélite (Dr. Luiz Milton de Arêa Leão), Hospital Geral do Buenos Aires, Unidade de Saúde do Promorar.

O trabalho foi devidamente avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da FHT.

Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FHT.

Atenciosamente,


Maria de Fátima C. G. Oliveira
Diretoria de Assistência Hospitalar - FHT

Maria de Fátima C. G. Oliveira
Diretoria de Assistência Hospitalar - FHT

ANEXO B – Parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da maternidade Dona Evangelina Rosa



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA / MDER.

"Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, Relação entre Atividade Física e o tipo de Parto de Adolescentes, de seu compromisso no resguardado da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


Joaquim Vaz Parente
Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa

ANEXO C – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E O TIPO DE PARTO DE ADOLESCENTES

Pesquisador: Keila Rejane Oliveira Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20830214.7.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 530.732

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal realizado com adolescentes que tenham tido indicação de parto cesárea em algum momento da gestação e que tenham dado a luz em seis maternidades de Teresina-PI

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a relação entre o nível de atividade física e o tipo de parto entre adolescentes com história de indicação de cesariana.
- Caracterizar as participantes quanto aspectos sociodemográficos e reprodutivos;-
- Determinar o nível de atividade física das participantes de acordo com o Questionário de Atividade Física para Gestante;
- Verificar se há associação entre o nível de atividade física e a indicação absoluta ou relativa para cesárea.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A experiência dos pesquisadores em realizar pesquisas com puérperas leva a considerar que há riscos mínimos para as participantes, visto que a participação dela será voluntária, com a entrevista ocorrendo em momento mais adequado à puérpera e seu recém-nascido.

Benefícios:

Permitirá que as participantes contribuam para o esclarecimento se a atividade física é um fator

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 530.732

que interfere no tipo de parto de adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante sobre adolescentes e a relação entre o nível de atividade física e o tipo de parto entre adolescentes com história de indicação de cesariana, nas maternidades do município de Teresina-PI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos na maioria estão anexados.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apto para ser realizado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 15 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br