**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLAUDIA REGINA HOSTIM CORRÊA

**ESCOLHA E ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL EM UMA
MATERNIDADE FILANTRÓPICA NA CIDADE DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2010

CLAUDIA REGINA HOSTIM CORRÊA

**ESCOLHA E ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL EM UMA
MATERNIDADE FILANTRÓPICA NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciência**

**Área de concentração:
Cuidado em Saúde**

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Alice Tsunechiro

SÃO PAULO

2010

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO
CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ **Data** ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Corrêa, Claudia Regina Hostim.

Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade
filantrópica na cidade de São Paulo / Claudia Regina Hostim
Corrêa. – São Paulo, 2010.

105 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Alice Tsunechiro.

1. Assistência pré-natal 2. Assistência à saúde (qualidade)
3. Acesso aos serviços de saúde (qualidade) 4. Indicadores de
qualidade. I. Título.

Nome: Claudia Regina Hostim Corrêa

**Título: Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade
filantrópica na cidade de São Paulo**

**Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciência**

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A minha família, pelo apoio e
amor dedicados em todos os
momentos desta jornada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por proporcionar a vida, as conquistas e aprendizados de cada dia.

À Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro, minha orientadora, por ter aceitado o desafio de me orientar e ter acreditado neste trabalho. Agradeço pela confiança, apoio e crescimento que me proporcionou nestes 2 anos.

À Professora Doutora Isabel Cristina Bonadio, por compartilhar seus conhecimentos, pelas contribuições essenciais neste trabalho. Agradeço pelo apoio durante toda esta jornada.

As Professoras Doutora Ana Cristina d'Andretta Tanaka e Isabel Cristina Bonadio, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Às Professoras Doutoradas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP e do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública - USP, pelo conhecimento compartilhado, receptividade e dedicação nas disciplinas ministradas.

A Daniela Bigueti Martins Lopes, companheira nas disciplinas de pós-graduação, pela amizade, apoio e estímulo para o desenvolvimento de minha formação profissional. E, às colegas de Curso, por compartilharem experiências durante esta jornada.

A toda equipe do ambulatório de Pré-natal do Amparo Maternal, pela ajuda e agradável convivência durante o estágio e o período da coleta de dados.

Ao Professor Doutor Luis Carlos Ferreira de Almeida, pela assessoria estatística.

À Professora Ivone Borelli, pela revisão de Língua Portuguesa.

A minha querida mãe, Claudete, pelas constantes orações, incentivo e amor.

A meus queridos irmãos, Juliana, Bárbara, Lúcia Helena e Carlos Henrique e minha afilhada Gabriela, pela torcida, por compreenderem a minha ausência e por compartilharem desta realização. Amo vocês!

A meus queridos avós, meu pai, Emília - minha madrasta e Otácir - meu padrasto, tios e tias, primos e primas que vibram com minhas conquistas.

A meus amigos de tantos anos, Ana Cristina, Fábio, Flávia Cristina e a todos meus amigos e amigas. Obrigada, pelo apoio constante e pelo carinho de sua amizade.

Ao Davi que estive ao meu lado nestes últimos meses, pela paciência e carinho.

Às minhas colegas de turno de trabalho do Hospital Albert Einstein, pelo incentivo constante.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste estudo.

E, meu especial, agradecimento às gestantes que participaram desta pesquisa, pois sem elas não seria possível realizar este estudo.

RESUMO

Correa CRH. Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Este estudo buscou analisar a escolha e a adequação do pré-natal de gestantes que frequentaram o Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal (PN-AM), uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo. Os objetivos foram: identificar os motivos da escolha do PN-AM para acompanhamento da gestação; descrever a atenção pré-natal, segundo o intervalo entre as consultas, regularidade da frequência às consultas marcadas e término do acompanhamento da gestação; identificar o motivo da falta nas consultas marcadas e o término do acompanhamento da gestação; verificar a adequação da atenção pré-natal das gestantes; relacionar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início com a adequação do pré-natal. Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de dados de 301 prontuários de gestantes atendidas de fevereiro a outubro de 2009. Após a análise descritiva, utilizou-se o teste do Qui-quadrado para estudar as associações entre as variáveis; o nível de significância adotado foi 0,05. Os resultados mostraram: 58,5% procuraram diretamente o PN-AM para o início do acompanhamento da gestação e 41,5% transferiram-se espontaneamente de outro serviço de saúde, a maioria de unidade básica de saúde (82,4%); 73% por indicação de familiar, amigos ou conhecidos, 21,6% por experiência anterior; 75,1% iniciaram até 120 dias da gestação; média de 8,3 consultas, 71% compareceram a todas as consultas programadas; 72,4% tiveram intervalo adequado entre as consultas; 29,9% tiveram, pelo menos, uma falta; 35,4% faltaram por motivos pessoais; 81,4% das gestações chegaram a termo; 87,4% de adesão ao serviço; o pré-natal foi adequado para 66,8% das gestantes, segundo o índice de Kessner, modificado por Takeda. Idade, trabalho remunerado, parceiro fixo, local de residência, acompanhante às consultas, local de início do pré-natal, tiveram diferença estatisticamente significativa quando associados com adequação do pré-natal da gestante segundo número de seis consultas, início do pré-natal até 120 dias e pelo menos 6 consultas e Índice de Kessner, modificado por Takeda. Trabalho remunerado; local de residência, local de início de pré-natal, paridade, número de gestação e de filhos apresentaram associação com a adequação, segundo a frequência e intervalo entre as consultas no PN-AM. Os achados sugerem aos serviços de saúde o estabelecimento de estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, garantindo vaga e profissionais especializados e, sobretudo, que promovam continuidade do acompanhamento, para que as mulheres não precisem procurar um atendimento longe de suas residências.

Descritores: Assistência pré-natal; qualidade da assistência à saúde; acesso aos serviços de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT

Correa CRH. Choice and adequacy of prenatal care in a philanthropic maternity hospital in São Paulo, Brazil [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

This study investigates the choice and adequacy of prenatal care of pregnant women who attended the outpatient department of the Amparo Maternal (PN-AM), a social and philanthropic maternity in São Paulo, Brazil. The objectives were to identify the reasons for the choice of the PN-AM to monitoring pregnancy; to describe the prenatal care, according to the interval between appointments, the frequency of regular appointments and the ending of pregnancy monitoring; to identify the reason for the lack in appointments and the ending of pregnancy monitoring; to verify the adequacy of prenatal care; to relate socio demographic, and obstetric data and place of prenatal beginning with the adequacy of prenatal care. It is a cross-sectional study with prospective data collection of 301 medical records of pregnant women from February to October 2009. After the descriptive analysis it was used the chi-square to study associations between variables, the level of significance was 0.05. The results showed: 58.5% went directly to the PN-AM for the start of monitoring of pregnancy and 41.5% spontaneously transferred from another facility, most basic health unit (82.4%); 73.0% on the advice of family, friends or acquaintances, 21.6% for previous experience, 75.1% initiated until 120 days of pregnancy, an average of 8.3 consultations, 71.0% attended all the scheduled appointments; 72.4% had appropriate interval between visits, 29.9% had at least one missing, 35.4% missed for personal reasons and 81.4% of pregnancies reached term; 87.4% adherence to the service, the prenatal care was adequate for 66.8% of pregnant women according to the Kessner index, modified by Takeda. Age, work, steady partner, place of residence, companion in the consultations, site of initiation of prenatal care had statistically significant when associated with adequacy of prenatal care for pregnant women according to number of six visits, onset of prenatal care until 120 days Kessner index, modified by Takeda. Paid work, place of residence, place of early prenatal care, parity, number of pregnancy and children were associated with the adequacy according to the frequency and interval between visits to the PN-AM. The findings suggest health services for the establishment of strategies that enable the early entry of pregnant women in prenatal care, and ensuring availability of specialists and, especially, to promote continuity of monitoring, so that women do not need to seek care away from their residences.

Keywords: prenatal care; quality of health care; health services accessibility; quality indicators, health care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de seleção da amostra de gestantes matriculadas no pré-natal do PN-AM, São Paulo – 2009	34
Figura 2	Distribuição das gestantes segundo presença de acompanhante às consultas de pré-natal, São Paulo – 2009	46
Figura 3	Distribuição das gestantes segundo local de início do acompanhamento pré-natal, São Paulo – 2009	47
Figura 4	Distribuição dos motivos referidos por 125 gestantes para mudança de local do acompanhamento da gestação, São Paulo - 2009	49
Figura 5	Distribuição dos motivos referidos por 240 gestantes para escolha do PN-AM para o acompanhamento da gestação, São Paulo - 2009	50
Figura 6	Distribuição das gestantes segundo a ocorrência ou não de falta nas consultas de pré-natal agendadas no PN-AM, São Paulo - 2009	53
Figura 7	Distribuição do tipo de parto das 259 gestantes, São Paulo - 2009	56

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1	Distribuição das gestantes segundo as variáveis sociodemográficas, São Paulo – 2009	42
Tabela 2	Distribuição das gestantes quanto ao trabalho remunerado e à ocupação, segundo Classificação Brasileira de Ocupações 2006, São Paulo – 2009	44
Tabela 3	Distribuição das gestantes, segundo as variáveis obstétricas, São Paulo – 2009	45
Tabela 4	Distribuição dos acompanhantes às consultas de pré-natal, segundo tipo de vínculo relacional com a gestante, São Paulo – 2009	46
Tabela 5	Distribuição do número de consultas a que a gestante compareceu acompanhada no pré-natal, São Paulo - 2009	47
Tabela 6	Distribuição do tipo de serviço, utilizado pelas gestantes para início do acompanhamento pré-natal anterior ao PN-AM, São Paulo – 2009	48
Tabela 7	Distribuição da idade gestacional de início, segundo o local de início do pré-natal, São Paulo – 2009	50
Tabela 8	Distribuição da idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal até 120 dias da gestação conforme previsto no PHPN, segundo o local de início, São Paulo - 2009	51
Tabela 9	Distribuição do número de consultas realizadas pelas gestantes, segundo o local de início do pré-natal e total, São Paulo – 2009	52
Tabela 10	Distribuição das faltas às consultas agendadas, segundo o trimestre gestacional São Paulo - 2009	53
Tabela 11	Distribuição dos motivos alegados por gestantes, para o não comparecimento à consulta de pré-natal agendada, São Paulo – 2009	54
Tabela 12	Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal do PN-AM, segundo o término do acompanhamento da gestação, São Paulo – 2009	55

Tabela 13	Adequação da atenção pré-natal, segundo número mínimo de seis consultas e variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, São Paulo – 2009	58
Tabela 14	Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, segundo início até 120 dias e mínimo de seis consultas, São Paulo – 2009	59
Tabela 15	Adequação do pré-natal das gestantes, de acordo com o Índice de Kessner, modificado por Takeda, São Paulo - 2009	60
Tabela 16	Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, segundo o índice de Kessner, modificado por Takeda, São Paulo – 2009	61
Tabela 17	Distribuição das gestantes segundo a adequação do intervalo entre as consultas, conforme o calendário do PN-AM, São Paulo – 2009	62
Tabela 18	Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal das gestantes, segundo o intervalo entre as consultas no PN-AM, São Paulo – 2009	63
Tabela 19	Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, segundo a frequência às consultas no PN-AM, São Paulo – 2009	65
Quadro 1	Principais dados sociodemográficos e obstétricos de estudos realizados no PN-AM, São Paulo 2000-2010	78

SUMÁRIO

1 Introdução	21
2 Objetivos	29
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
3 Método	31
3.1 Tipo de estudo	32
3.2 Local do estudo	32
3.3 População e amostra do estudo	33
3.4 Fonte de dados	35
3.5 Variáveis estudadas	35
3.6 Procedimentos para a coleta de dados	38
3.7 Tratamento e apresentação dos dados	40
3.8 Aspectos éticos	40
4 Resultados	41
4.1 Características sociodemográficas e obstétricas das gestantes	42
4.2 Local de início do acompanhamento da gestação	47
4.3 Escolha do PN-AM para realizar o atendimento pré-natal	49
4.4 Início do pré-natal e número de consultas	50
4.4.1 Idade gestacional de início do pré-natal	50
4.4.2 Número de consultas de pré-natal realizadas	52
4.5 Atenção pré-natal no PN-AM	52
4.5.1 Frequência às consultas no PN-AM	53
4.5.2 Término do acompanhamento da gestação no PN-AM	55
4.6 Adequação do acompanhamento pré-natal	56
4.6.1 Adequação do pré-natal, segundo número mínimo de seis consultas	57
4.6.2 Adequação do pré-natal, segundo o Índice de Kessner, modificado por Takeda	60
4.6.3 Adequação da atenção pré-natal no PN-AM	62
5 Discussão	67
6 Conclusões	86
Referências	90
Apêndices	97
Anexo	104

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do DATASUS (2005) 74,7 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos morrem por complicações relacionadas à gravidez, parto, pós-parto ou aborto. O número é quase quatro vezes maior ao índice de 20 mortes por 100 mil, considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (São Paulo, 2008b).

Com o propósito de melhorar estes indicadores, várias medidas foram tomadas pelo governo brasileiro, para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações nele desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto.

Na década de 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado com objetivo de atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas (Brasil, 1984).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização, como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção (Brasil, 2000a).

Dentre as ações governamentais, destaca-se, ainda, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2004, que conta com a adesão de estados e municípios, que se comprometem a implementar, dentre outras, medidas para a melhoria da qualidade da assistência à gestação e ao parto. A meta desse pacto era a redução de 15% das taxas de mortes de mulheres e recém-nascidos até o final de 2006 e, em 75%, até 2015 (Brasil 2004).

No ano seguinte, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil, 2005), na tentativa de ampliar os esforços para alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional citado anteriormente. Ainda em 2005, o MS publicou um manual técnico para a atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerpério, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde (Brasil, 2006).

Ao ter como objetivo, melhorar a qualidade da assistência materno-infantil, na cidade de São Paulo foi criada a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, por meio do Decreto Municipal n.46.966 de 02 de fevereiro de 2006. Funciona mediante a

articulação, integração e monitoramento dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares municipais e estaduais. O Programa propõe-se a garantir: o cadastro e a vinculação das gestantes nas unidades básicas de saúde (UBS) próximas de suas residências; a inserção da gestante feita exclusivamente por meio da rede básica, regularizando a porta de entrada no sistema de saúde; vinculação da gestante ao hospital de referência de sua região; meios de transporte e passes para transporte gratuito para que a gestante acompanhada no pré-natal da rede municipal realize consultas e exames e conheça previamente o hospital onde fará o parto (São Paulo, 2008a).

A atenção pré-natal tem como objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, por meio de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de atendimento. Deve acolher a mulher desde o início da gestação, procurando assegurar ao final dela, o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno. Para tanto, compreende um conjunto de ações que visam à promoção, a prevenção, diagnóstico e manuseio de problemas obstétricos que venham a ocorrer ou de enfermidades previamente existentes que podem ser agravadas com o estado gravídico (Brasil, 2006).

A adesão da mulher ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que é essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal ainda verificados no Brasil. Os serviços de saúde devem ter como objetivos: captar gestantes não inscritas no pré-natal, reduzir faltosas ao pré-natal, especialmente, as de alto risco, acompanhar a evolução da gestação, desenvolver trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar (Brasil, 2000b).

As mulheres grávidas que receberam assistência no início da gestação e que comparecem a mais consultas de pré-natal, tendem a apresentar melhores resultados maternos e perinatais do que aquelas com início tardio ou com maior concentração de consultas em um único trimestre (Enkin et al., 2005). Além do número mínimo de consultas, é necessário que haja um intervalo adequado entre elas.

O PHPN preconiza que a primeira consulta pré-natal ocorra até 120 dias de gestação. Para gestações de baixo risco, o modelo brasileiro recomenda no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente distribuídas em uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação,

com classificação contínua do risco gestacional (Brasil, 2006; Silva, Cecatti, Serruya, 2005). A detecção de algum fator de risco implica atenção especializada com segmentos adicionais e em um serviço de nível mais complexo, referência da rede básica (Calderon, Cecatti, Vega, 2006).

Quanto à precocidade do início do acompanhamento, considerando a idade gestacional na primeira consulta pré-natal, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (PNDS-2006) identificou que em 83% das gestantes isto ocorreu no primeiro trimestre da gestação (Lago, Lima, 2009). Alguns estudos mostram que a captação precoce é ainda deficitária em vários municípios brasileiros. Ao estudar a assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Juiz de Fora (MG), Coutinho et al. (2003) observaram que 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal precocemente, Trevisan et al. (2002), em Caxias do Sul (RS), obtiveram 34,7% de gestantes que iniciaram as consultas até a 14ª semana. Contrariamente, no estudo de Carvalho e Novaes (2004) em Curitiba (PR) este valor foi 65%.

De acordo com os dados da PNDS-2006 (Lago, Lima, 2009), o acesso à assistência pré-natal, definido pela realização de, pelo menos, uma consulta ao longo da gestação, mostrou-se quase universal no País. Dentre as 5.041 gestações para as quais esta informação foi obtida, em apenas 1,3% nenhuma consulta de pré-natal foi realizada, sendo o maior percentual encontrado na região Norte (3,9%), e o menor no Sudeste (0,2%). Algumas pesquisas apontam as mulheres que não tiveram qualquer acompanhamento durante a gravidez, sendo 9,3% no Rio Grande do Sul (Trevisan et al., 2002), 5,6% em Pernambuco (Carvalho, Araújo, 2007) e 4,6% em Minas Gerais (Coutinho et al., 2003).

No Brasil, o número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, vem aumentando, passou de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto em 2005 (Brasil, 2006). A realização de pelo menos seis consultas ocorreu em apenas 77% das gestações. O percentual de gestantes que compareceram a sete ou mais consultas de pré-natal cresceu de 47% em 1996 para 61% em 2006. (Lago, Lima, 2009).

Fatores de natureza social, agravados por dificuldades socioeconômicas estão associados à inadequação da utilização dos cuidados pré-natais, o que dificulta a assistência adequada e com melhores resultados (Silva, Cecatti, Serruya, 2005).

Alguns autores (Silveira, Santos, Costa, 2001; Coutinho et al. 2003; Lago, Lima, 2009) relatam que existem fatores determinantes para adequação do pré-natal, como a escolaridade materna e o número de filhos. Segundo citam Trevisan et al. (2002), quanto maior a escolaridade materna mais precoce foi a busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas. O inverso ocorreu em relação à paridade, as multíparas realizaram menos consultas e iniciaram o pré-natal tardiamente. No estudo de Coimbra et al. (2003), os mais baixos níveis de escolaridade materna estiveram associados à inadequação do uso da assistência pré-natal.

Em estudo com 309 recém-nascidos egressos da UTI neonatal em uma maternidade do SUS e suas respectivas mães, Holanda e Silva (2005) identificaram que uma menor utilização dos serviços de pré-natal esteve fortemente associada à menor escolaridade, mães solteiras, pertencentes às camadas dos extremos de vida reprodutiva (< 20 e > 34 anos).

Estudo realizado na Finlândia por Raatikainen, Heiskanen, Heinonen (2007) concluiu que alguns fatores sociais e comportamentais, como: mulheres jovens, solteiras, com baixo nível educacional, tabagistas e consumir álcool, influenciam na adequação do pré-natal com menor número de consultas.

Outro estudo sobre absenteísmo ao programa de pré-natal apontou os motivos relacionados às gestantes, entre eles, a ocultação da gravidez, desconhecimento do programa, preconceito para com o serviço público, desinteresse das usuárias, medo e violência doméstica (Dall'Agnese, Geib, 2003).

Conti e Moretti (2003) em estudo sobre fatores cognitivos / perceptivos para não adesão das gestantes ao pré-natal observaram: falta de informação quanto à importância deste acompanhamento, negação da gravidez e mau atendimento do profissional.

Além desses aspectos socioeconômicos e obstétricos das gestantes, observam-se aspectos relacionais e administrativos. Segundo documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estudos mostram que há algumas razões pelas quais as mulheres não utilizam os serviços de saúde, a saber: se considerarem que são tratadas sem respeito, se o serviço não corresponde às suas necessidades ou se julgarem que não há qualidade adequada (OPS, 2004).

Em um estudo sobre satisfação quanto à consulta pré-natal, gestantes foram questionadas sobre quais as principais facilidades para realizar este acompanhamento. Para 43,3% das entrevistadas, o atendimento humanizado prestado pelos profissionais que realizavam as consultas, foi o principal fator motivador para a adesão dessas mulheres ao pré-natal (Forte et al., 2004).

Almeida e Tanaka (2009) descrevem que os principais motivos de escolha do local do acompanhamento pré-natal foram: experiência relatada por um familiar já atendido naquele local, possibilidade de que o acompanhamento assegure o parto no mesmo equipamento de saúde, proximidade geográfica com a residência, falta de opções por haver somente um local de atendimento em seu município, empatia com profissionais da equipe e perda de um convênio de saúde suplementar.

A Rede de Proteção a Mãe Paulista recomenda a proximidade geográfica com a residência da gestante, como um dos critérios de referência para o local de realização do controle pré-natal (São Paulo, 2008a).

Santos et al. (2000) conduziram estudo sobre os critérios de escolha dos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal, em Pelotas (RS) e identificaram que 37,4% das gestantes não utilizaram o serviço próximo à sua residência, alegando como razão principal a má qualidade do atendimento.

Em São Paulo (SP), Oliveira (2000) observou que os motivos que levam as gestantes a procurarem um serviço de pré-natal longe de sua residência foram: falta de vagas ou demora em marcar a consulta; má qualidade na assistência oferecida, como atendimento despersonalizado, com impaciência e pressa, por profissional pré-natalista ou dos demais profissionais e funcionários. Assim muitas mulheres interrompem o atendimento pré-natal próximo da residência e realizam uma verdadeira peregrinação em busca de atendimento de qualidade.

Em uma investigação sobre adolescentes grávidas e adesão ao pré-natal, realizada no Rio de Janeiro (RJ), por Santos, David e Penna (2008), teve como resultado que 38,3% das jovens mães não deram continuidade ao acompanhamento pré-natal até o momento do parto. As jovens que realizaram menor número de consultas, também apresentaram faltas antes mesmo de deixar efetivamente o pré-natal. Nos três trimestres de gestação, foram encontrados casos de abandono.

De acordo com o MS, no cronograma de atendimento pré-natal o intervalo entre as consultas deve ser de 4 semanas no início da gestação e após a 36ª semana

gestacional deverá ser semanal. O intervalo máximo não deve ultrapassar 8 semanas (Brasil, 2000b). No final da gestação, a maior frequência de visitas visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Cabe lembrar que na assistência pré-natal não existe “alta”, e este acompanhamento termina com o parto (Brasil, 2006).

A OPAS recomenda anotar em prontuário de acompanhamento pré-natal, quando a gestante não comparece às consultas agendadas. Com base nesses dados, os serviços devem organizar um sistema formal para identificar o motivo das faltas, por exemplo, visita domiciliar ou contato telefônico (OPS, 2004). Um dos objetivos da visita domiciliar é reconduzir as gestantes faltosas (Brasil, 2000b).

Em um serviço de pré-natal de uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo, cuja responsabilidade pelo atendimento é exclusivamente de enfermeiras obstétricas, são atendidas gestantes de baixo risco provenientes de vários bairros da cidade. Atualmente, na prática diária, nota-se que algumas gestantes deixam de comparecer às consultas pré-natais, antes do último trimestre e, em muitos casos, não há informações registradas nos prontuários sobre o desfecho dessas gestações. Quando as gestantes faltam à consulta marcada, algumas fazem contato para justificar e remarcar. Outras não retornam e tampouco são localizadas no telefone de contato que fornecem. Outro aspecto que chama a atenção é o número de gestantes que procura o serviço para continuar o pré-natal, relatando insatisfação com o atendimento na unidade de saúde próxima de sua residência.

Destacamos dois estudos anteriores realizados neste serviço. Um deles, sobre o processo de assistência pré-natal que apontou falhas: inexistência de registro em prontuário de algumas informações relevantes, como a falta nas consultas agendadas e a interrupção do controle pré-natal pelo não comparecimento ao serviço antes do desfecho final, ou seja, o parto (Koiffman, Bonadio, 2005).

O outro estudo investigou o acesso de mulheres à assistência pré-natal em serviço geograficamente distante de sua residência, submetendo-se a gastos de tempo, de dinheiro e a cansaço físico e psicológico, expondo-se a uma violência urbana perversa. Os resultados indicaram que as gestantes procuram esse serviço pela qualidade técnica e humana de seus profissionais, garantia de vaga e atendimento na data marcada. Referiram utilizar a UBS próxima de sua casa para o

cuidado de saúde dos filhos e de seu próprio fora do período gestacional (Oliveira, 2000). Os achados do estudo são condizentes com a realidade da assistência à gestante no Município de São Paulo, que à época sofria influência da dupla gestão no setor da saúde, municipal e estadual. Os indicadores de saúde materna e perinatal traduziam a ineficácia da atenção pré-natal no âmbito nacional, que motivaram a proposição das atuais políticas instituídas pelo MS, visando à organização e qualificação da assistência obstétrica.

Esperava-se que a situação de peregrinação das gestantes pudesse ter se modificado, decorridos quase 10 anos da implantação do programa do MS para qualificação da atenção pré-natal e, mais recentemente, do programa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo - Rede de Proteção à Mãe Paulistana.

Um estudo, que avaliou a assistência pré-natal em UBS no Município de São Paulo antes e após a municipalização do sistema de saúde, observou: aumento do número de consultas realizadas na maioria das unidades, maior proporção de gestantes com ingresso precoce, entretanto, a manutenção do atendimento foi pior em 2004 comparado com 2000. Independente da causa, a perda do acompanhamento pode gerar riscos que repercutem na morbidade e mortalidade materna e perinatal (Succi et al. 2008).

Diante do exposto, algumas questões vêm preocupando a equipe de enfermeiras envolvidas na assistência nessa instituição:

- ✓ Quantas gestantes procuram o serviço para dar continuidade ao pré-natal iniciado em outros serviços de saúde? Por quê?
- ✓ Quantas gestantes que iniciam o controle pré-natal, frequentam o serviço até o termo da gestação?
- ✓ Qual é a frequência de faltas e/ou abandono do acompanhamento pré-natal neste serviço?
- ✓ Por que algumas gestantes não comparecem mais às consultas?

Considerando o alcance dos objetivos da atenção pré-natal qualificada julgamos necessárias investigações sobre a adesão das mulheres grávidas ao cuidado pré-natal, desta forma, propusemos a realização do presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a escolha e a adequação do pré-natal de gestantes que frequentaram um ambulatório de uma maternidade social da cidade de São Paulo (PN-AM).

2.2 Objetivos Específicos

2.1.1 Identificar os motivos da escolha do PN-AM para acompanhamento da gestação;

2.1.2 Descrever a atenção pré-natal no PN-AM, segundo o intervalo entre as consultas, regularidade da frequência às consultas marcadas e término do acompanhamento da gestação;

2.1.3 Identificar o motivo da falta nas consultas marcadas e do término do acompanhamento da gestação no PN-AM;

2.1.4 Verificar a adequação da atenção pré-natal das gestantes;

2.1.5 Relacionar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e local do início com a adequação do pré-natal.

3 MÉTODO

3. 1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de dados sobre a escolha, a adesão e a adequação do controle pré-natal.

3. 2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Pré-natal do Amparo Maternal (PN-AM), uma maternidade filantrópica situada na região sudoeste da cidade de São Paulo. Atende mulheres grávidas com baixo risco obstétrico e que procuram o serviço por demanda espontânea, e o atendimento é feito exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Instituição foi fundada, em 1939, com a finalidade de acolher mulheres grávidas sem moradia em São Paulo e sem local para dar à luz. É uma entidade beneficente, com objetivo de oferecer assistência obstétrica e neonatal, em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal. Além de contar com Centro de Parto Normal, Centro Obstétrico e com o Ambulatório de Pré-natal, dispõe de um Laboratório de Análises Clínicas e um Alojamento Social.

Uma característica do serviço é a realização da consulta pré-natal as gestantes de baixo risco obstétrico por enfermeiras obstétricas (uma assistencial e duas docentes). As atividades do serviço estão vinculadas ao Projeto “Cuidando e Aprendendo com Gestantes”, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que conta com a participação de alunos de pós-graduação e graduação em enfermagem. Projeto este que integra a assistência, o ensino de enfermagem e a pesquisa (Tsunechiro, Bonadio, 1999).

Atualmente, o Ambulatório de Pré-Natal desta maternidade atende, em média, 15 gestantes por dia. São incluídas cerca de dez a 15 novas gestantes por semana. O atendimento é realizado de segunda à sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino; as gestantes com consulta agendada são atendidas, conforme a ordem de chegada ao serviço. Há um cronograma para o agendamento das consultas, a saber: mensais até a idade gestacional de 32ª semana; quinzenais da 33ª a 36ª semanas e semanais a partir da 36ª semana de gestação. As consultas são registradas em agenda própria, conforme o cronograma de atendimento pré-natal.

A instituição atende às gestantes que procuram o serviço de pré-natal independente da idade gestacional e da procedência (bairro, região ou município). Em seu primeiro comparecimento ao Ambulatório, é realizada a consulta de triagem, que consiste nos seguintes procedimentos: entrevista e exame físico-obstétrico, identificação de risco, solicitação dos exames laboratoriais de rotina e agendamento da próxima consulta. Todos os dados são registrados em prontuário individualizado e no cartão da gestante.

Para exclusão do atendimento nesse serviço, são adotados como critérios as gestantes com doenças preexistentes como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia entre outros e com história de mais de três cesáreas e três abortos espontâneos. São também considerados, como motivos para o não atendimento no serviço, gestantes com gravidez múltipla.

Cabe ressaltar que a missão institucional de fundação da maternidade ainda se mantém, assim sendo as mulheres grávidas que procuram acolhimento são abrigadas em um prédio anexo denominado Alojamento Social do Amparo Maternal. Trata-se de local destinado a abrigar mulheres que têm algum risco social, ou seja, sem apoio do pai da criança e/ou da família por não aceitação da gestação, ou por serem vítimas de violência doméstica, situação econômica desfavorável, entre outros motivos. Algumas são moradoras de rua e/ou adolescentes que foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar. Existem ainda aquelas mulheres de outros estados brasileiros que estão em São Paulo em busca de emprego, mas, em razão da gestação inesperada, não conseguem manter um vínculo empregatício (Reis et al. 2008).

3. 3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por gestantes matriculadas no PN-AM, em 2008 e até setembro de 2009, que ainda estavam em atendimento, no período de 18 de fevereiro a 18 de outubro de 2009, período definido para a coleta dos dados.

A inclusão das gestantes atendeu aos seguintes critérios: ter realizado no mínimo duas consultas no serviço e ter concluído o acompanhamento pré-natal até 18 de outubro de 2009. Considerou-se conclusão do acompanhamento o desfecho da gestação ou o não comparecimento definitivo às consultas.

As gestantes com a data provável do parto (DPP) posterior à definida para o término da coleta dos dados e as que compareceram a uma só consulta, cujos motivos constam no fluxograma abaixo foram excluídas do estudo.

A amostra compôs de 301 gestantes que atenderam aos critérios de inclusão.

Figura 1- Fluxograma de seleção da amostra de gestantes matriculadas no pré-natal do PN-AM, São Paulo - 2009

3.4 Fonte de dados

A agenda de consultas e os prontuários das gestantes foram utilizados como fonte de dados. O prontuário consta da Ficha de Triagem e do Histórico de Saúde da Gestante.

A Ficha de Triagem é preenchida no primeiro atendimento da cliente no serviço e contém informações sobre a identificação da gestante, dados sobre início do pré-natal em outro serviço, a data de início, o número de consultas realizadas e motivo de querer se transferir. Possui, ainda, dados da história obstétrica pregressa e atual e do exame obstétrico, para determinar as mulheres elegíveis para o atendimento pré-natal no local, e as que devem ser encaminhadas para serviços especializados, conforme a identificação do risco obstétrico e/ou clínico.

No segundo comparecimento da gestante no serviço para a consulta agendada, seu Histórico de Saúde é preenchido, quando são obtidos os dados detalhados de: identificação e antecedentes familiares e gineco-obstétricos da gestante, do pai da criança; história obstétrica atual, exame físico, evolução da gestação, exames complementares, aspectos psicossociais e dados do parto e do recém-nascido.

3.5 Variáveis estudadas

A- Sociodemográficas

- Idade da gestante: em anos completos
- Escolaridade: anos completos de estudo
- Situação conjugal: *sem parceiro* fixo ou *com parceiro* fixo (englobando as casadas ou em união estável e as que tinham namorado)
- Local de residência: Alojamento Social, zona sul e centro-sul, outras zonas e outras cidades
- Trabalho remunerado durante a gestação: sim ou não
- Ocupação: categorizada, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, 2002 (Brasil, 2002)

B- Obstétricas

- Gestação: número de gestações incluindo a atual

- Paridade: número de partos anteriores
- Filhos: número de filhos vivos

C- Atenção pré-natal

- Presença de acompanhante à consulta: *sem* ou *com acompanhante*. Nos casos *com acompanhante*, foi considerado uma ou mais consultas e analisou-se o tipo de vínculo relacional, número de consultas em que esteve acompanhada
- Local de início do acompanhamento da gestação, classificado em:
 - PN-AM: quando a gestante iniciou o acompanhamento pré-natal, diretamente no local do estudo
 - Outro serviço: quando a gestante iniciou o pré-natal em outro local e procurou o PN-AM para dar continuidade ao atendimento e categorizado em tipo de serviço: *UBS, ambulatório público hospitalar, convênio e consultório particular*
- Motivo da mudança de local do pré-natal, agrupados em:
 - Econômico: falta de recursos financeiros para continuar o acompanhamento no setor privado
 - Geográfico: proximidade ou facilidade de locomoção até o local, trabalhar perto do PN-AM ou mudança de cidade
 - Administrativos: *organizacional*, quando foram relatados demora no agendamento das consultas, falta de profissional especializado, fechamento da UBS; e *relacional*, quando foram relatados a insatisfação com a assistência prestada pelos profissionais da saúde e/ou má qualidade do atendimento
 - Social: quando a gestante estava residindo temporariamente no Alojamento Social.
- Motivo da escolha do PN-AM categorizado como: experiência pessoal anterior no PN-AM; indicação de familiares, amigos ou conhecidos e indicação de um profissional de saúde
- Frequência na consulta: o comparecimento no dia agendado, classificado em *sem falta* e *com falta*. Quando houve falta, descreveu-se o número de vezes e o trimestre gestacional em que ocorreu e o motivo
- Motivo do não comparecimento categorizado em:
 - *Intercorrências da própria gestação/clínica*: dor, demanda de atendimento em unidade de urgência, internação para tratamento, náusea e vômito, mal-estar geral e gripe;
 - *Econômicos*: falta de dinheiro para o transporte;

- *Trabalho*: quando não houve liberação das atividades para comparecer à consulta;
- *Pessoais*: esquecimento, problemas de saúde na família, não ter com quem deixar os filhos, uso de droga, não ter companhia, não saber se locomover sozinha em São Paulo e viagem;
- *Outros*: greve de ônibus e intercorrência no percurso de casa ao PN-AM.
- Término do acompanhamento da gestação, classificado em: *a termo*; *parto prematuro*; *abortamento*; *encaminhamentos para serviços de alto risco gestacional e desistência*, quando obteve vaga em UBS próxima da residência, mudou de cidade, abandonou o Alojamento Social e busca ativa sem sucesso.
- Idade gestacional de início: em semanas calculadas a partir da data da última menstruação ou da primeira ultrassonografia. Quando necessário, a idade gestacional foi aproximada da seguinte forma: 1, 2, 3 dias considerou-se o número de semanas completas; e 4, 5, 6 dias a semana seguinte. Para definir o início adequado foram utilizados dois critérios:
 1. em trimestres - primeiro - até 13 semanas, segundo - de 14 a 27 semanas e terceiro - maior ou igual a 28 semanas;
 2. em até 120 dias de gestação (17 semanas completas) e após 120 dias de gestação
- Número de consultas de pré-natal: considerou-se todas as consultas realizadas pela gestante, somando-se as realizadas no PN-AM e em outro serviço, categorizadas em ≤ 5 , de 6 a 10 e ≥ 11 . Para a análise de associação, utilizou-se também, a totalidade das consultas realizadas pela gestante que foram categorizadas em adequado (≥ 6) e inadequado (< 6).
- Intervalo entre as consultas realizadas no PN-AM: em semanas e classificada em adequado e inadequado, considerando o protocolo institucional. Foi considerado *adequado* quando o espaçamento foi de até 4 semanas para gestantes até 32 semanas, de até 2 semanas entre 33 e 36 semanas e até 1 semana, após esta idade gestacional; e *inadequado* as demais situações, nas quais os intervalos excederam o espaçamento proposto.
- Índice de Kessner, modificado por Takeda (Takeda, 1993): combinou-se o número de consultas com a época do início do pré-natal, independente do local de início e classificados em: *adequado* a realização de seis ou mais consultas e

início de pré-natal antes de 20 semanas; *inadequado* o início de pré-natal após 28 semanas ou menos de três consultas e, *intermediário* as demais situações.

3.6 Procedimentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foram elaborados dois instrumentos. O primeiro denominado Formulário era composto de três partes, a saber: Parte I. destinado aos dados sociodemográficos e obstétricos; Parte II. destinado às variáveis relacionadas ao pré-natal e; Parte III. codificação dos dados (Apêndice 1).

O segundo instrumento trata-se de uma Planilha de acompanhamento das consultas, em forma de tabela que continha colunas para: data triagem, primeira consulta, segunda consulta e, assim, sucessivamente até a última consulta; e nas linhas o nome de cada gestante e a DPP (Apêndice 2).

As gestantes foram abordadas enquanto aguardavam para serem atendidas ou, imediatamente, após a consulta, de forma que o estudo não interferiu em sua assistência pré-natal. As participantes do estudo foram informadas sobre seus objetivos, e a utilização dos dados registrados em seu prontuário para pesquisa, da possibilidade de contato telefônico no caso de não comparecimento à consulta no dia agendado e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Assim, as gestantes foram esclarecidas, também, sobre o anonimato, a voluntariedade da participação no estudo e da possibilidade de recusa no momento dessa abordagem ou em qualquer período do acompanhamento e que, esta decisão não acarretaria prejuízo no atendimento.

As informações sobre os dados do Formulário foram obtidas pela pesquisadora. Durante o andamento do acompanhamento pré-natal de cada gestante, o primeiro passo era verificar na agenda quais seriam atendidas naquele dia, depois eram preenchidos o Formulário e a Planilha com os dados do prontuário da gestante. Quando, necessário, a planilha era atualizada, conforme andamento dos atendimentos de pré-natal de cada gestante. As informações que estavam incompletas, sobretudo, na Ficha de Triagem, foram preenchidas, tanto nos formulários da pesquisa como no prontuário.

Com base nos registros das triagens, checados e digitados por um bolsista do Projeto “Cuidando e Aprendendo com Gestantes”, identificavam-se as novas

gestantes matriculadas no serviço e, assim, a pesquisadora realizava o rastreamento do prontuário destas gestantes e se elas atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa, eram adicionadas ao banco de dados.

Outro procedimento era o acompanhamento das faltas. No caso da gestante faltar no dia da consulta, era anotado no prontuário e na evolução de enfermagem *não compareceu*. Na agenda de marcação de consultas, anotava-se um **F** (falta) ao lado do nome da gestante. Esse prontuário era separado e aguardava-se o contato da gestante para remarcar a consulta. Se a gestante não fizesse contato para remarcar a consulta, este era realizado por telefone pela pesquisadora, por uma funcionária do serviço ou, ainda, pelo bolsista da EEUSP. Caso o contato ocorresse com sucesso, remarcava-se o dia da nova consulta na agenda e na evolução de enfermagem do prontuário. Nos casos de insucesso, eram anotados em bilhete, anexado à capa do prontuário, o dia e a hora que foi realizado telefonema e se foi deixado recado com algum familiar ou conhecido.

O registro do motivo da falta nem sempre era feito na consulta subsequente. Assim, no espaço reservado ao registro dos dados da consulta, era deixado um lembrete a lápis solicitando a anotação do motivo da falta. Semanalmente, era realizada uma auditoria nos prontuários, sobretudo, para rastrear o motivo alegado pelas mulheres grávidas faltosas.

Os dados referentes ao acompanhante às consultas do pré-natal foram obtidos dos prontuários na evolução de enfermagem, pois o serviço adota como rotina iniciar o registro da consulta, informando se a gestante estava acompanhada ou não e quem era este acompanhante. Assim, foi possível investigar as mulheres com ou sem acompanhante, qual o vínculo relacional com a gestante, e o número de consultas com acompanhante no pré-natal.

Os dados do parto e do recém-nascido foram obtidos nos registros do prontuário no último item no espaço destinado a essa finalidade. Se o parto ocorreu na própria maternidade, as informações foram obtidas do sistema informatizado da maternidade; caso contrário, aguardava-se a comunicação das gestantes que deram à luz em outro serviço ou era realizado contato telefônico.

3. 7 Tratamento e apresentação dos dados

Os dados coletados foram codificados e tiveram dupla digitação em planilha de cálculo do Programa Excel do pacote Office da Microsoft® (Excel: 2003) e foram validados quanto à sua consistência e submetidos à análise estatística.

A análise descritiva das variáveis do estudo foi apresentada em suas frequências absolutas e relativas e com cálculo das medidas de tendência central, como média e desvio-padrão.

Para analisar a relação entre as variáveis, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado que se baseia nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, portanto, os valores do $p < 0,05$ foram apontados, como estatisticamente significantes. Para as tabelas de ordem superior a 2x2, cujo valor de p associado à estatística do qui-quadrado foi maior que 0,05, realizou-se a análise de resíduos do Qui-Quadrado, com o objetivo de identificar quais as variáveis que contribuíram para a respectiva avaliação probabilística (Dawson, Trapp, 2003; Siegel, Castellan Jr, 2006).

Os dados estão apresentados em tabelas e figuras ou de forma descritiva quando pertinente.

3. 8 Aspectos éticos

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Protocolo nº 799/2009/CEP-EEUSP (Anexo).

A coleta de dados foi iniciada, após a autorização e assinatura do Termo de Compromisso para Realização de Pesquisa Científica (Apêndice 4).

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se aos dados obtidos do prontuário de atendimento pré-natal de 301 gestantes que foram atendidas de 18 de fevereiro a 18 de outubro de 2009 no PN-AM.

4. 1 Características sociodemográficas e obstétricas das gestantes

A seguir, os dados da Tabela 1 apresentam a caracterização das variáveis sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes, segundo as variáveis sociodemográficas, São Paulo - 2009

Características	N	%
Idade (anos)		
< 20	83	27,6
20 a 24	99	32,9
25 a 34	99	32,9
≥ 35	20	6,6
Média ± dp	23,8 ± 6,39	
Escolaridade (anos)		
Nenhuma	03	1,0
1 a 4	16	5,3
5 a 8	109	36,2
9 a 11	158	52,5
≥ 12	15	5,0
Média ± dp	8,9 ± 2,77	
Parceiro		
Com	240	79,7
Sem	61	20,3
Local residência		
Alojamento Social	57	18,9
Zona sul e centro-sul	157	52,2
Outra zona	75	24,9
Outra cidade*	12	4,0
Total	301	100,0

* Diadema, Francisco Morato, Guarulhos, Osasco, São Bernardo do Campo e Taboão da Serra.

Segundo os dados da Tabela 1, verifica-se que as gestantes eram predominantemente jovens, com menos de 25 anos de idade (60,5%), e 27,6% delas eram adolescentes. Apenas 6,6% tinham 35 anos ou mais, a média de idade materna foi 23,8 ($dp \pm 6,39$) anos, com a mínima 13 e a máxima 44 anos.

Quanto à escolaridade, a média foi 8,9 ($dp \pm 2,77$) anos de estudo. Havia três gestantes analfabetas, ou seja, não tinham educação formal, mas sabiam assinar o nome. Das 158 gestantes com 9 a 11 anos de escolaridade, 112 (37,2%) tinham nível médio completo. Destaca-se ainda que 8 mulheres tinham formação superior incompleta ou estavam frequentando um curso superior e 7 haviam concluído.

Quanto à situação conjugal 79,7% das mulheres referiram ter um parceiro fixo, englobando as casadas ou em união estável e 20,3% declaravam-se solteiras e sem companheiro fixo.

As gestantes vinham de diferentes regiões da Grande São Paulo, mais da metade (52,2%) residia nas zonas sul e centro-sul. Cabe ressaltar que a maternidade, campo do estudo, localiza-se na região sudoeste da cidade. Algumas gestantes (12 - 4,0%) eram procedentes de cidades vizinhas, seis de Diadema, e uma de Francisco Morato, Guarulhos, Osasco, São Bernardo do Campo e Taboão da Serra (Apêndices 5 e 6).

Destaca-se que quase um quinto das mulheres (18,9%) residia temporariamente no Alojamento Social.

A próxima Tabela apresenta os dados referentes ao trabalho remunerado durante a gestação e a ocupação das mulheres grávidas.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes quanto ao trabalho remunerado e à ocupação, segundo Classificação Brasileira de Ocupações 2006, São Paulo - 2009

Variáveis	N	%
Trabalho remunerado		
Sim	121	40,2
Não	180	59,8
Ocupação		
Do lar	165	54,8
Trabalhadoras dos serviços domésticos, em geral	34	11,3
Operadoras do comércio em lojas e mercados	27	9,0
Escriturários, agentes, assistentes e auxiliares administrativos	25	8,3
Trabalhadoras nos serviços de embelezamento e higiene	12	4,0
Cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos	06	2,0
Operadoras de telemarketing	06	2,0
Estudante	10	3,3
Desempregada	04	1,3
Outra *	12	4,0
Total	301	100,0

* Promotora de eventos (2), artesã, assistente de mídia, auxiliar em Buffet, cobradora de ônibus, cozinheira, dentista, garçomete, militar, vigia, vendedora ambulante (1).

Conforme se observa na Tabela 2, mais da metade das gestantes (59,8%) não tinha trabalho remunerado durante esta gestação, a maioria (54,8%) declarou-se como dona de casa ou do lar, 10 eram estudantes e 4 estavam desempregadas. Das mulheres que referiram algum vínculo empregatício, a ocupação mais frequente foi a de trabalhadoras dos serviços domésticos em geral (11,3%). Em seguida, as operadoras do comércio em lojas e mercados (9,0%), escriturários, agentes, assistentes e auxiliares administrativos (8,3%).

Nos dados da Tabela 3, apresenta-se a caracterização da amostra, segundo as variáveis obstétricas.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, segundo as variáveis obstétricas, São Paulo - 2009

Variáveis	N	%
Gestações		
1	134	44,5
2	82	27,2
≥ 3	85	28,2
Média ± dp	2,1 ± 1,41	
Paridade		
0	158	52,5
1	80	26,5
2	36	12,0
≥ 3	27	9,0
Média ± dp	0,9 ± 1,24	
Filhos		
0	163	54,1
1	77	25,6
2	33	11,0
≥ 3	28	9,3
Média ± dp	0,8 ± 1,24	
Total	301	100,0

Quanto à história reprodutiva e da gravidez atual, observou-se que prevaleceu as primigestas (44,5%), e a média do número de gestações foi de 2,1 (dp ± 1,41). Destaca-se que duas mulheres estavam na oitava gestação e uma na décima.

Mais da metade das gestantes (52,5%) era nulípara. A paridade máxima encontrada no presente estudo foi de sete partos.

Já em relação à quantidade de filhos vivos, observou-se que a maioria (54,1%) não tinha filhos vivos; destaca-se uma gestante com sete filhos vivos.

A presença de acompanhante à consulta de pré-natal está representada na Figura 2, e nos dados das Tabelas 4 e 5 a seguir.

Figura 2 - Distribuição das gestantes, segundo presença de acompanhante às consultas de pré-natal, São Paulo - 2009

Observou-se que quase dois terços das gestantes (62,5%) vieram acompanhadas, pelo menos, a uma consulta de pré-natal e pouco mais de um terço (37,5%) estava sempre desacompanhada. Cada gestante teve um ou mais acompanhantes em cada consulta. A seguir a Tabela apresenta a distribuição dos acompanhantes nas consultas de pré-natal, segundo o tipo de vínculo relacional com a gestante.

Tabela 4 - Distribuição dos acompanhantes às consultas de pré-natal, segundo o tipo de vínculo relacional com a gestante, São Paulo - 2009

Vínculo relacional com a gestante (n=188)	n	%
Parceiro	111	59,0
Mãe	38	20,2
Filho menor	26	13,8
Familiar (pai, irmão, tia, avó, sobrinha, prima)	21	11,2
Irmã	19	10,1
Outro familiar (sogra, cunhada, enteada)	18	9,6
Amiga, vizinha	10	5,3
Monitora *	04	2,1
Não identificado	05	2,6

* Monitora de uma instituição que abriga gestantes adolescentes.

Quanto à presença de acompanhante à consulta de pré-natal, prevaleceu o parceiro, ou seja, das 188 gestantes que vieram acompanhadas, 59,0% delas contaram com a presença do parceiro na consulta pré-natal e 20,2% da mãe. A presença de filho menor, em geral, era de pré-escolares, e a mulher não tinha com quem deixá-los em casa no dia da consulta.

Os dados da Tabela 5 mostram a distribuição do número de consultas a que a gestante veio acompanhada.

Tabela 5 - Distribuição do número de consultas a que a gestante compareceu acompanhada no pré-natal, São Paulo - 2009

Número de consultas	n	%
Uma	49	26,1
2 a 5	97	51,6
6 ou mais	42	22,3
Total	188	100,0

Segundo os dados da Tabela 5, mais da metade das gestantes (51,6%) teve acompanhante em duas a cinco consultas e 22,3% em seis ou mais consultas, tendo algumas delas acompanhantes em todas as vezes que compareceu ao serviço. Cabe mencionar que, em geral, a presença do acompanhante ocorreu na última ou nas últimas consultas de pré-natal, ou seja, no final do terceiro trimestre.

4. 2 Local de início do acompanhamento da gestação

A demanda da clientela ao PN-AM ocorre espontaneamente e um aspecto que chama a atenção é a procura por gestantes que já iniciaram o cuidado pré-natal em outro serviço. Dessa forma, julgamos pertinente incluir no presente estudo essa característica institucional.

A seguir, a Figura 3 apresenta os resultados relativos ao local de início do pré-natal.

Figura 3 - Distribuição das gestantes, segundo local de início do acompanhamento pré-natal, São Paulo - 2009

Conforme os dados da Figura 3, dentre as participantes deste estudo, 58,5% iniciaram o pré-natal no PN-AM e enquanto 41,5% deram início à assistência pré-natal em outro serviço de saúde.

Cabe mencionar que, das 176 gestantes que iniciaram o pré-natal diretamente no PN-AM, 15 (8,5%) vieram porque não conseguiram agendar consulta em UBS próxima da residência, por falta de vaga ou por problemas com documentação para fazer a inscrição na Rede de Proteção Mãe Paulistana da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Uma gestante que iniciou no convênio da empresa, perdeu o direito de usufruir deste e, por não ter encontrado vaga em UBS próxima a sua casa, também, procurou o PN-AM.

Os dados da Tabela 6 apresentam o tipo de serviço utilizado pelas 125 gestantes para dar início à assistência pré-natal, antes de procurarem o ambulatório do PN-AM.

Tabela 6 - Distribuição do tipo de serviço, utilizado pelas gestantes para início do acompanhamento pré-natal anterior ao PN-AM, São Paulo - 2009

Tipo de serviço	n	%
Unidade Básica de Saúde	103	82,4
Convênio	15	12,0
Particular	05	4,0
Ambulatório público hospitalar	02	1,6
Total	125	100,0

Verifica-se que as gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal predominantemente em serviço público, 82,4% em UBS e 1,6% em hospital público, ou seja, 84,0% delas utilizavam o Sistema Único de Saúde.

Outros serviços de saúde foram utilizados por 16,0% das mulheres grávidas, 15 em convênio de saúde (geralmente, concedido por vínculo empregatício) e 5 em consultórios particulares de médicos obstetras (acompanhamento na rede privada).

A Figura 4 mostra o motivo alegado por estas mulheres grávidas para interromper o atendimento pré-natal, em geral, próximo de suas casas e procurar outro local para dar continuidade ao cuidado pré-natal.

Os motivos foram agrupados em econômico, geográfico, social e administrativo, apresentados na Figura a seguir.

Figura 4 - Distribuição dos motivos referidos por 125 gestantes para mudança de local do acompanhamento da gestação, São Paulo - 2009

Entre os motivos da mudança, o que apareceu com mais frequência foi o administrativo (44,0%): 18 gestantes (14,4%) referiram barreiras organizacionais (demora no agendamento das consultas, falta de profissional especializado, fechamento da UBS) e 38 (29,6%) barreiras relacionais (insatisfação com a assistência prestada pelos profissionais da saúde e/ou má qualidade do atendimento).

Os motivos sociais referem-se a 28,0% das gestantes que necessitavam de local para moradia; a maioria por violência do companheiro ou de algum membro da sua família; falta de apoio familiar; problema com drogas; ser moradora de rua; entre outros.

O geográfico foi responsável por 17,6% dos casos, que seriam as gestantes que mudaram para perto ou trabalham próximo ao local.

Por último, 10,4% da amostra referiram motivos econômicos, como não ter recursos financeiros próprios para continuar o acompanhamento no setor privado.

4. 3 Escolha do PN-AM para realizar o atendimento pré-natal

Para a análise da escolha do PN-AM, foram excluídas 61 gestantes, 57 que estavam residindo no Alojamento Social e quatro de um abrigo para gestantes adolescentes porque elas não tiveram escolha, são as instituições que determinam o serviço para o acompanhamento pré-natal.

Figura 5 - Distribuição dos motivos referidos por 240 gestantes para escolha do PN-AM para o acompanhamento da gestação, São Paulo - 2009

Quanto à escolha do local para atendimento pré-natal, observa-se que quase três quartos (73,0%) fizeram-no por indicação de algum familiar, amigo e/ou conhecido. Destaca-se que 21,6% optaram por este local porque já conheciam a instituição, por experiência própria em atendimento anterior durante o ciclo gravídico-puerperal para dar à luz e/ou para atendimento de pré-natal. E, ainda, 5,4% foram indicações de profissionais da saúde de outras instituições.

4. 4 Início do pré-natal e número de consultas

4. 4. 1 Idade gestacional de início do pré-natal

Na Tabela 7, apresentam-se os dados sobre a idade gestacional em que a gestante compareceu pela primeira vez a um serviço de saúde para realizar atendimento pré-natal.

Tabela 7 - Distribuição da idade gestacional de início, segundo o local de início do pré-natal, São Paulo - 2009

Idade Gestacional (semanas)	Local				Total	
	Outro serviço		PN-AM		N	%
	n	%	n	%		
≤ 13	86	71,1	82	46,6	168	56,6
14 a 27	32	26,4	82	46,6	114	38,4
≥ 28	03	2,5	12	6,8	15	5,0
Média ± dp	11,7 ± 5,59		15,9 ± 6,80		14,2 ± 6,65	
Total	121*	100,0	176	100,0	297*	100,0

* 4 prontuários sem informação da idade gestacional de início pré-natal.

As gestantes que haviam iniciado o acompanhamento pré-natal em outros serviços fizeram-no, em média, com 11,7 semanas de gestação ($dp \pm 5,59$), a maioria (71,1%) iniciou precocemente, ou seja, até a 13ª semana. Estas mulheres realizaram em média 2,7 consultas ($dp \pm 1,77$), mínima uma e máxima 10, antes de optarem por mudar de local. Quando foram admitidas no PN-AM, encontravam-se em média com 24,2 semanas de gestação ($dp \pm 7,46$), mínima de 10 e máxima de 39 semanas gestacionais.

A média da idade gestacional das gestantes que iniciaram o acompanhamento diretamente no PN-AM foi 15,9 semanas ($dp \pm 6,80$), quase a metade (46,6%) iniciou o acompanhamento até 13 semanas de gestação, e a mesma proporção (82 - 46,6%) no segundo trimestre da gestação.

Considerando o total da amostra, observa-se que a maioria das gestantes (56,6%) iniciou o acompanhamento pré-natal antes do segundo trimestre. Portanto, podemos afirmar que, para mais da metade das gestantes deste estudo, o início foi precoce (até 91 dias ou até 13 semanas).

Conforme já mencionado, um dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde no PHPN para a atenção pré-natal é a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta até 120 dias da gestação. A seguir, os dados da Tabela 8 mostram o início do pré-natal, conforme o preconizado pelo PHPN.

Tabela 8 - Distribuição da idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal até 120 dias da gestação, conforme previsto no PHPN, segundo o local de início, São Paulo - 2009

Idade gestacional (em dias)	Local				Total	
	Outro serviço		PN-AM			
	n	%	N	%	N	%
≤ 120	106	87,6	117	66,5	223	75,1
>120	15	12,4	59	33,5	74	24,9
Total	121*	100,0	176	100,0	297*	100,0

* 4 prontuários sem informação da IG de início pré-natal.

Os dados da Tabela 8 mostram que três quartos (75,1%) das gestantes do PN-AM iniciaram o pré-natal até 120 dias da gestação, atendendo aos parâmetros do PHPN. Por sua vez, quando consideradas apenas as gestantes de outro serviço a proporção foi de 87,6%.

4. 4. 2 Número de consultas de pré-natal realizadas

Nos dados da Tabela 9, observa-se o número de consultas realizadas pelas gestantes, segundo o local de início do pré-natal.

Tabela 9 - Distribuição do número de consultas realizadas pelas gestantes, segundo o local de início do pré-natal e total, São Paulo - 2009

Número de consultas	Local				Total	
	Outro serviço+PN-AM		PN-AM			
	n	%	N	%	N	%
≤ a 5	15	12,3	41	23,3	56	18,8
6 a 10	61	50,0	105	59,7	166	55,7
≥ a 11	46	37,7	30	17,0	76	25,5
Média ± dp	9,1 ± 2,72		7,8 ± 2,82		8,3 ± 2,86	
Total	122*	100,0	176	100,0	298*	100,0

* 3 prontuários sem informação do número de consultas anterior à matrícula no PN-AM.

Conforme os dados da Tabela 9, a maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal, sendo 87,7% para aquelas que iniciaram em outro serviço, 71,7% às que frequentaram apenas no PN-AM e 81,2% considerando todas as gestantes.

Considerando-se o total da amostra, 56 (18,8%) gestantes realizaram menos de seis consultas. A média de consultas foi 8,3 (dp ± 2,86), e o mínimo encontrado foi de duas consultas e o máximo 14.

4. 5 Atenção pré-natal no PN-AM

Os dados referentes à atenção pré-natal no PN-AM foram: regularidade da frequência às consultas marcadas; idade gestacional em que ocorreu a falta; o motivo da falta e o término do acompanhamento da gestação no PN-AM, ou seja, porque a gestante deixou de comparecer às consultas.

4. 5. 1 Frequência às consultas no PN-AM

Quanto à regularidade da frequência às consultas de pré-natal, os dados constam na Figura 6.

Figura 6 - Distribuição das gestantes segundo, a ocorrência ou não de falta nas consultas de pré-natal agendadas no PN-AM, São Paulo - 2009

Quanto à frequência, observou-se que mais de dois terços das gestantes (70,1%) compareceram a todas as consultas programadas. Cabe mencionar que das 90 gestantes (29,9%) que não compareceram às consultas no dia agendado, 55 (18,3%) faltaram uma única vez, 26 (8,6%) duas e 3,0% (9) três consultas, totalizando 134 faltas. Não houve mais de três faltas por gestante.

Lembrando que, quando a gestante telefonou previamente solicitando nova data para a consulta programada, não foi considerado como falta nesse dia.

Os dados da Tabela 10 apresentam informações sobre o trimestre em que ocorreu a falta da gestante à consulta agendada.

Tabela 10 - Distribuição das faltas às consultas agendadas, segundo o trimestre gestacional, São Paulo - 2009

Trimestre gestacional	n	%
Primeiro	02	1,5
Segundo	48	35,8
Terceiro	84	62,7
Total	134	100,0

Ocorreram faltas em todos os trimestres da gestação, mas quase dois terços (62,7%) das faltas aconteceram no último trimestre gestacional, ou seja, com mais de

28 semanas. Pouco mais de um terço (35,8%) das faltas ocorreu no segundo trimestre de gestação e duas faltas ocorreram no primeiro trimestre.

Os dados da Tabela 11 mostram os motivos referidos pelas gestantes para o não comparecimento à consulta.

Tabela 11 - Distribuição dos motivos alegados por gestantes, para o não comparecimento à consulta de pré-natal agendada, São Paulo - 2009

Motivo	n	%
Pessoal	47	35,4
Problema de saúde na família	16	12,0
Viagem	11	8,2
Não ter com quem deixar os filhos	10	7,5
Esquecimento	06	4,5
Uso de droga	02	1,5
Não ter companhia	01	0,7
Não saber se locomover sozinha em São Paulo	01	0,7
Intercorrência própria da gestação/Clínica	34	25,4
Dor	15	11,2
Demandou atendimento em Unidade de Urgência	10	7,5
Internada para tratamento	03	2,2
Náusea e vômito	02	1,5
Mal-estar geral	02	1,5
Gripe	02	1,5
Econômico	09	6,7
Falta de dinheiro para o transporte	09	6,7
Trabalho	07	5,2
O empregador não liberou na data	07	5,2
Outros	03	2,2
Greve de ônibus	02	1,5
Intercorrência no percurso	01	0,7
Sem registro	34	25,4
Total	134	100,0

Os dados da Tabela 11 mostram que a maior frequência (35,4%) das faltas está relacionada a motivos pessoais, prevalecendo o problema de saúde com algum membro da família, em geral, de filhos (12,0%); seguido de estar viajando no dia da consulta (8,2%); não ter alguém para cuidar dos filhos (7,5%); seis gestantes esqueceram o dia da consulta e duas referiram não ter comparecido à consulta no dia marcado porque fizeram uso de drogas ilícitas e estavam sob efeito delas. Uma gestante faltou por não ter alguém para acompanhá-la até o PN-AM e outra,

estrangeira que não falava português, faltou porque não sabia chegar sozinha até o local.

As intercorrências da gestação correspondem a 25,4% dos motivos da falta, sendo a dor o mais prevalente, seguido de atendimento em Unidade de Pronto Socorro obstétrico ou clínico no dia da consulta ou próximo a ele. Destacam-se, ainda, 25,4% sem registro do motivo da ausência.

4. 5. 2 Término do acompanhamento da gestação no PN-AM

Os dados da Tabela 12 apresentam o motivo do término do acompanhamento da gestação no PN-AM.

Tabela 12 - Distribuição das gestantes acompanhadas no pré-natal do PN-AM, segundo o término do acompanhamento da gestação, São Paulo - 2009

Término do acompanhamento	N	%
A termo	245	81,4
Desistência	32	10,6
Parto prematuro	17	5,6
Encaminhamento ao alto risco	06	2,0
Abortamento	01	0,4
Total	301	100,0

Das 301 gestantes da amostra do presente estudo, 263 tiveram um desfecho conhecido, seja parto a termo, pré-termo, ou ainda, abortamento, o que pode ser considerado, como acompanhamento concluído no serviço. Na Tabela 12, observa-se que para a grande maioria das mulheres (81,4 %) o acompanhamento pré-natal no PN-AM terminou no termo da gestação; 5,6% tiveram parto pré-termo, dois deles foram prematuros extremos, um com 30 semanas e outro com 26 semanas - natimorto; 2,0% necessitaram de encaminhamento para serviço especializado em gestação de alto risco: duas por problemas renais, uma por comprometimento cardíaco, uma por gestação múltipla (gemelar), uma por hipertensão arterial e outra por necessidade de tratamento psiquiátrico hospitalar. Excluídas as gestantes que desistiram e as que foram encaminhadas é válido considerar o índice de 87,4% de adesão ao pré-natal no PN-AM.

Quanto às gestantes que desistiram do atendimento no PN-AM (32 - 10,6%), 08 mulheres que saíram do Alojamento Social sem revelar o destino, e não retornaram ao PN-AM e 07 gestantes que não compareceram mais às consultas e não foram localizadas por busca ativa. Por sua vez, 12 conseguiram vaga próximo de suas residências e 05 mudaram para outra cidade, mas pretendiam dar continuidade ao acompanhamento de sua gestação, resultando no índice de 95,0% de *adesão da gestante ao pré-natal*.

Em relação ao tipo de parto, destaca-se que das 262 mulheres que tiveram o parto a termo ou prematuro (Tabela 12), 218 (83,2%) procuraram a maternidade da própria instituição para dar à luz e 41 outras maternidades, totalizando 259 mulheres com desfecho conhecido. Não foi possível obter dados do parto de três mulheres.

A seguir a Figura representa o tipo de parto de 259 gestantes.

Figura 7 - Distribuição do tipo de parto das 259 gestantes, São Paulo - 2009

A Figura 7 mostra que o parto vaginal ocorreu em três quartos das mulheres (74,5%), 191 normais e dois fórceps; um quarto (25,5%) das mulheres foi submetida à cesariana.

4. 6 Adequação do acompanhamento pré-natal

A adequação do pré-natal foi analisada, utilizando os seguintes parâmetros:

- número mínimo de seis consultas;
- idade gestacional de início até 120 dias/número mínimo de seis consultas;
- Índice de Kessner, modificado por Takeda;
- frequência às consultas;
- intervalo entre as consultas.

Cabe esclarecer que, para analisar a adequação do pré-natal, utilizando os parâmetros início do pré-natal e número de consultas, foram considerados os dados do pré-natal da gestante independente do local de início e quanto à frequência às consultas e intervalo entre as consultas, os dados são os relativos ao pré-natal no PN-AM.

4. 6. 1 Adequação do pré-natal, segundo número mínimo de seis consultas

Os dados da Tabela 13 apresentam variáveis sociodemográficas, obstétricas, local de início e a adequação do pré-natal relacionada ao número mínimo de seis consultas realizadas e as respectivas associações.

Nos dados Tabela 14, a adequação do pré-natal aparece, conforme o número mínimo de seis consultas combinadas com o início do acompanhamento até 120 dias da gestação que estão também, associadas às variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início.

Tabela 13 - Adequação da atenção pré-natal, segundo número mínimo de seis consultas e variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, São Paulo - 2009

Variáveis	Adequado n (%)	Inadequado n(%)	p-valor*
Idade (anos)			
< 20	66 (27,3)	17 (28,8)	0,5880
20 a 24	77 (31,8)	22 (37,3)	
≥ 25	99 (40,9)	20 (33,9)	
Escolaridade (anos)			
≤ 8	99 (40,9)	29 (49,2)	0,2508
≥ 9	143 (59,1)	30 (50,8)	
Parceiro fixo			
Com	198 (81,8)	42 (71,2)	0,0685
Sem	44 (18,2)	17 (28,8)	
Trabalho remunerado			
Sim	105 (43,4)	16 (27,1)	0,0223
Não	137 (56,6)	43 (72,9)	
Acompanhante às consultas			
Com	166 (68,6)	22 (37,3)	<0,0001
Sem	76 (31,4)	37 (62,7)	
Local Residência			
Alojamento Social	44 (18,2)	17 (28,8)	0,1225
Zona sul e centro-sul	129 (53,3)	24 (40,7)	
Outras zonas/cidades	69 (28,5)	18 (30,5)	
Gestações			
1	113 (46,7)	21 (35,6)	0,1240
≥ 2	129 (53,3)	38 (64,4)	
Paridade			
0	133 (55,0)	25 (42,4)	0,0826
≥ 1	109 (45,0)	34 (57,6)	
Filhos			
0	136 (56,2)	27 (45,8)	0,1492
≥ 1	106 (43,8)	32 (54,2)	
Local de início			
PN-AM	135 (55,8)	41 (69,5)	0,0554
Outro serviço	107 (44,2)	18 (30,5)	
Total	242 (100,0)	59 (100,0)	

* Teste Qui-quadrado.

As variáveis trabalho remunerado ($p= 0,0223$) e presença de acompanhante às consultas ($p< 0,0001$) mostraram diferença estatística significativa com a adequação do pré-natal, considerando-se o número mínimo de seis consultas. Com pré-natal inadequado, observam-se 72,9% de gestantes sem trabalho remunerado e

27,1% naquelas com trabalho e 62,7% sem acompanhante e 37,3% com acompanhante.

Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, segundo início até 120 dias e mínimo de seis consultas, São Paulo - 2009

Variáveis	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p-valor*
Idade			
< 20	46 (24,2)	37 (33,3)	0,0264
20 a 24	58 (30,5)	41 (36,9)	
≥ 25	86 (45,3)	33 (29,7)	
Escolaridade (anos)			
≤ 8	77 (40,5)	51 (45,9)	0,3588
≥ 9	113 (59,5)	60 (54,1)	
Parceiro fixo			
Com	159 (83,7)	81 (73,0)	0,0257
Sem	31 (16,3)	30 (27,0)	
Trabalho remunerado			
Sim	92 (48,4)	29 (26,1)	0,0001
Não	98 (51,6)	82 (73,9)	
Acompanhante às consultas			
Com	140 (73,7)	48 (43,2)	<0,0001
Sem	50 (26,3)	63 (56,8)	
Local Residência			
Alojamento Social	26 (13,7)	35 (31,5)	0,0005
Zona sul e centro-sul	109 (57,4)	44 (39,6)	
Outras zonas/cidades	55 (28,9)	32 (28,8)	
Gestações			
1	85 (44,7)	49 (44,1)	0,9205
≥ 2	105 (55,3)	62 (55,9)	
Paridade			
0	104 (54,7)	54 (48,6)	0,3075
≥ 1	86 (45,3)	57 (51,4)	
Filhos			
0	107 (56,3)	56 (50,5)	0,3245
≥ 1	83 (43,7)	55 (49,5)	
Local de início			
PN-AM	96 (50,5)	80 (72,1)	0,0003
Outro serviço	94 (49,5)	31 (27,9)	
Total	190 (100)	111 (100)	

* Teste Qui-quadrado.

Considerando o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas, as variáveis: idade ($p = 0,0264$), parceiro fixo ($p = 0,0257$), trabalho remunerado ($p = 0,0001$), local de residência ($p = 0,0005$), acompanhante à consulta ($p < 0,0001$) e local de início do pré-natal ($p = 0,0003$) apresentaram diferença estatística significativa. Obteve-se maior porcentagem de adequação do pré-natal para idade ≥ 25 (45,3%), com parceiro (83,7%), com acompanhante (73,7%) e residir na zona sul ou centro-sul (57,4%). Não ter trabalho remunerado (73,9%) e ter iniciado no PN-AM (72,1%) mostraram maior proporção de inadequação.

4. 6. 2 Adequação do pré-natal, segundo o Índice de Kessner, modificado por Takeda

Considerando a adequação do pré-natal, segundo o Índice de Kessner, modificado por Takeda, os dados estão descritos na próxima Tabela.

Tabela 15 - Adequação do pré-natal das gestantes, de acordo com o Índice de Kessner, modificado por Takeda, São Paulo - 2009

Índice de Kessner	N	%
Adequado	201	66,8
Intermediário	76	25,2
Inadequado	24	8,0
Total	301	100,0

O acompanhamento pré-natal, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, foi considerado adequado para dois terços das gestantes (66,8%), intermediário para 25,2% e inadequado para 8,0%.

A seguir, os dados da Tabela mostram as variáveis sociodemográficas, obstétricas, local de início do pré-natal e a adequação da atenção, segundo o Índice de Kessner, modificado por Takeda.

Tabela 16 - Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, segundo o índice de Kessner, modificado por Takeda, São Paulo - 2009

Variáveis	Adequado n (%)	Intermediário n (%)	Inadequado n (%)	<i>p</i> -valor*
Idade				
< 20	50 (24,9)	25 (32,9)	08 (33,3)	0,0422
20 a 24	61 (30,3)	32 (42,1)	06 (25,0)	
≥ 25	90 (44,8)	19 (25,0)	10 (41,7)	
Escolaridade (anos)				
≤ 8	82 (40,8)	32 (42,1)	14 (58,3)	0,2586
≥ 9	119 (59,2)	44 (57,9)	10 (41,7)	
Parceiro fixo				
Com	169 (84,1)	60 (78,9)	11 (45,8)	0,0001
Sem	32 (15,9)	16 (21,1)	13 (54,2)	
Trabalho remunerado				
Sim	95 (47,3)	23 (30,3)	03 (12,5)	0,0006
Não	106 (52,7)	53 (69,7)	21 (87,5)	
Acompanhante às consultas				
Com	147 (73,1)	36 (47,4)	05 (20,8)	<0,0001
Sem	54 (26,9)	40 (52,6)	19 (79,2)	
Local Residência				
Alojamento Social	27 (13,4)	19 (25,0)	15 (62,5)	<0,0001
Zona sul e centro-sul	117 (58,2)	31 (40,8)	05 (20,8)	
Outras zonas/cidades	57 (28,4)	26 (34,2)	04 (16,7)	
Gestações				
1	89 (44,3)	36 (47,4)	09 (37,5)	0,6931
≥ 2	112 (55,7)	40 (52,6)	15 (62,5)	
Paridade				
0	108 (53,7)	41 (53,9)	09 (37,5)	0,3086
≥ 1	93 (46,3)	35 (46,1)	15 (62,5)	
Filhos				
0	111 (55,2)	42 (55,3)	10 (41,7)	0,4409
≥ 1	90 (44,8)	34 (44,7)	14 (58,3)	
Local de início				
PN-AM	105 (52,2)	54 (71,1)	17 (70,8)	0,0079
Outro serviço	96 (47,8)	22 (28,9)	07 (29,2)	
Total	201 (100,0)	76 (100,0)	24 (100,0)	

* Teste Qui-quadrado.

Para o índice de Kessner modificado por Takeda, as variáveis: idade ($p=0,0422$), parceiro fixo ($p=0,0001$), trabalho remunerado ($p=0,0006$), acompanhante à consulta ($p<0,0001$), local de residência ($p<0,0001$) e local de início do pré-natal ($p=0,0079$) apresentaram diferença estatística significativa. A adequação mostrou maiores proporções para idade ≥ 25 (44,8%) e para as residentes das zonas sul e centro-sul (58,2%). Para o pré-natal intermediário, observou-se maior porcentagem para início no PN-AM do que em outro serviço (71,1% x 28,9%). A inadequação mostrou maior proporção às gestantes sem parceiro (54,2%), sem trabalho (87,5%), sem acompanhante (79,2%) e abrigadas no Alojamento Social (62,5%).

4. 6. 3 Adequação da atenção pré-natal no PN-AM

A adequação do pré-natal realizado no PN-AM foi analisada, considerando o intervalo entre as consultas agendadas e a frequência. Os dados encontram-se nas Tabelas 17, 18 e 19.

Tabela 17 - Distribuição das gestantes segundo a adequação do intervalo entre as consultas, conforme o calendário do PN-AM, São Paulo - 2009

Intervalo entre as consultas	N	%
Adequado	218	72,4
Inadequado	83	27,6
Total	301	100,0

Com relação à adequação do intervalo entre as consultas, utilizada no PN-AM, quase três quartos das gestantes (72,8%) apresentaram um espaçamento adequado, ou seja, intervalo de 4 semanas para gestantes até a 32ª semana; de até 2 semanas entre 33ª e 36ª e até 1 semana, após esta idade gestacional. Cabe ainda esclarecer que as remarcações de consultas que não excederam 1 semana não foram consideradas como falta.

A Tabela 18 apresenta as variáveis sociodemográficas, obstétricas, local de início do pré-natal das gestantes e o intervalo entre as consultas.

Tabela 18 - Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal das gestantes, segundo o intervalo entre as consultas no PN-AM, São Paulo - 2009

Variáveis	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p-valor*
Idade (anos)			
< 20	66 (30,0)	17 (20,5)	0,2260
20 a 24	70 (32,1)	29 (35,0)	
≥ 25	82 (37,6)	37 (44,5)	
Escolaridade (anos)			
≤ 8	99 (45,5)	29 (34,9)	0,1005
≥ 9	119 (54,6)	54 (65,1)	
Parceiro fixo			
Com	169 (77,5)	71 (85,5)	0,1219
Sem	49 (22,5)	12 (14,5)	
Trabalho remunerado			
Sim	79 (36,2)	42 (50,6)	0,0231
Não	139 (63,8)	41 (49,4)	
Acompanhante às consultas			
Com	140 (64,2)	48 (57,8)	0,3063
Sem	78 (35,8)	35 (42,2)	
Local de residência			
Alojamento Social	55 (25,2)	06 (7,2)	0,0005
Zona sul e centro-sul	110 (50,5)	43 (51,8)	
Outras zonas/cidades	53 (24,3)	34 (41,0)	
Gestações			
1	102 (46,8)	32 (38,5)	0,1989
≥ 2	116 (53,2)	51 (61,5)	
Paridade			
0	123 (56,4)	35 (42,2)	0,0269
≥ 1	95 (43,6)	48 (57,8)	
Filhos			
0	130 (59,6)	33 (39,7)	0,0020
≥ 1	88 (40,4)	50 (60,3)	
Local de início			
PN-AM	115 (52,7)	61 (73,5)	0,0011
Outro serviço	103 (47,3)	22 (26,5)	
Total	218 (100,0)	83 (100,0)	

* Teste de Qui-quadrado.

Para o intervalo entre as consultas, as variáveis trabalho remunerado ($p=0,0231$), local de residência ($p=0,0005$), paridade ($p=0,0269$), número de filhos ($p=0,0020$) e local de início do pré-natal ($p=0,0011$) apresentaram diferença estatística significativa. A adequação do pré-natal mostrou maiores proporções às gestantes sem trabalho remunerado (63,8%), abrigadas (25,2%), nulíparas (56,4%) e sem filhos (59,6%) e as gestantes que não residem nas zonas sul e centro-sul (41,0%), que tinham partos anteriores (57,8%), com filhos (60,3%) e que iniciaram o pré-natal no PN-AM (73,5%), mostraram as maiores proporções de inadequação do intervalo entre as consultas.

A Tabela 19 apresenta as variáveis sociodemográficas, obstétricas, local de início do pré-natal e a frequência às consultas no PN-AM.

Tabela 19 - Variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do pré-natal, segundo a frequência às consultas no PN-AM, São Paulo - 2009

Variáveis	Adequada n (%)	Inadequada n (%)	p-valor*
Idade			
< 20	63 (29,9)	20 (22,2)	0,3874
20 a 24	68 (32,2)	31 (34,5)	
≥ 25	80 (37,9)	39 (43,3)	
Escolaridade (anos)			
≤ 8	96 (45,5)	32 (35,5)	0,1102
≥ 9	115 (54,4)	58 (64,5)	
Parceiro fixo			
Com	163 (77,2)	77 (85,5)	0,1008
Sem	48 (22,8)	13 (14,5)	
Trabalho remunerado			
Sim	77 (36,5)	44 (48,8)	0,0446
Não	134 (63,5)	46 (51,1)	
Acompanhante às consultas			
Com	136 (64,5)	52 (57,8)	0,2734
Sem	75 (35,5)	38 (42,2)	
Local Residência			
Alojamento Social	53 (25,1)	08 (8,9)	0,0027
Zona sul e centro-sul	105 (49,8)	48 (53,3)	
Outra zona/cidade	53 (25,1)	34 (37,8)	
Gestações			
1	104 (49,3)	30 (33,3)	0,0108
≥ 2	107 (50,7)	60 (66,7)	
Paridade			
0	121 (57,3)	37 (41,1)	0,0098
≥ 1	90 (42,7)	53 (58,9)	
Filhos			
0	125 (59,2)	38 (42,2)	0,0067
≥ 1	86 (40,8)	52 (57,8)	
Local de início			
PN-AM	112 (53,1)	64 (71,1)	0,0037
Outro serviço	99 (46,9)	26 (28,9)	
Total	211 (100,0)	90 (100,0)	

* Teste de Qui-quadrado.

Para a frequência às consultas, as variáveis: trabalho remunerado ($p=0,0446$), local de residência ($p=0,0027$), gestações ($p=0,0108$), paridade ($p=0,0098$), filhos ($p=0,0067$) e local de início do pré-natal ($p=0,0037$) apresentaram diferença estatística significativa. A adequação da frequência mostrou maior proporção às gestantes que não trabalhavam (63,5%), estavam abrigadas (25,1%), nulíparas (57,3%) e sem filhos (59,2%). A inadequação foi observada com mais frequência para aquelas que não residiam nas zonas sul e centro-sul (37,8%), com mais de uma gestação (66,7%), com partos anteriores (58,9%), com filhos (57,8%) e que iniciaram no PN-AM (71,1%).

5 DISCUSSÃO

A promoção da saúde da mulher e a de seu feto deve ser realizada por meio de uma assistência pré-natal adequada, ou seja, o início precoce, número mínimo de consultas e periodicidade. É importante avaliar a efetividade e satisfação das usuárias quanto à qualidade do atendimento. Muitos estudos investigam a qualidade dessa assistência e os caminhos que devem ser percorridos para melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Esses indicadores são influenciados pela oferta de serviços de saúde, pelo acesso a esses serviços e pela adesão da gestante ao acompanhamento de pré-natal com qualidade.

O presente estudo teve como objetivo analisar a escolha e a adequação do controle pré-natal por gestantes que frequentam um serviço filantrópico do Município de São Paulo.

Considerando que a maioria das informações foram obtidas dos registros em prontuários de atendimento das gestantes destacamos algumas limitações quando se utiliza a fonte de dados secundários, sobretudo, dos prontuários. No período estudado, o serviço foi campo de ensino teórico-prático de alunos de graduação da EEUSP e de pós-graduação em enfermagem obstétrica de duas instituições privadas. Assim, o atendimento da gestante e a anotação em prontuário foram executados por diferentes pessoas. Apesar da supervisão direta dos docentes e da enfermeira obstétrica do serviço, os registros de informações pertinentes ao atendimento, por vezes, estavam falhos ou incompletos.

Entretanto, como a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, que tendo comparecido ao serviço, em média, duas vezes por semana, algumas informações puderam ser revistas e devidamente preenchidas no prontuário, em consultas subsequentes, por tratar-se de gestantes com o pré-natal ativo. Outro aspecto que favoreceu a coleta de dados foi a oportunidade de manter vários contatos com algumas gestantes ao longo de seu acompanhamento pré-natal.

Apesar das facilidades proporcionadas pela presença no local da pesquisa, alguns obstáculos foram encontrados para realizar a busca ativa. Quando a gestante não comparecia à consulta marcada e nem fazia contato para remarcar, no prazo de até uma semana, a forma mais viável para essa busca era por telefone. No entanto, o contato telefônico com algumas faltosas não teve sucesso, em razão das frequentes mudanças de número do celular ou quando o telefone fixo informado era do local de

trabalho. Isto aconteceu quando as gestantes mudaram ou foram dispensadas do emprego, ou estavam em licença maternidade.

Nos casos de insucesso na tentativa de contato telefônico, outras formas foram consideradas inviáveis, dada à dificuldade de acesso ao domicílio da gestante. Como o serviço não atende ao critério de regionalização e as gestantes residem em locais distantes da maternidade, campo do estudo. Além disso, como a maternidade não conta com serviço para visita domiciliar, não foi possível à pesquisadora viabilizar essa forma de contato, unicamente, para a pesquisa.

Não obstante às dificuldades, foi possível realizar uma coleta de dados satisfatória, com uma amostra significativa, visto que 301 gestantes representam mais da metade da população que frequenta, anualmente, o serviço de pré-natal do PN-AM. Assim, consideramos que a amostra obtida representa a clientela atendida nesse serviço e possibilitou o alcance dos objetivos propostos para o estudo.

O PN-AM tem como característica de sua clientela, a demanda de gestantes que o procuram diretamente e as que se transferem após o início do controle a outro serviço. Chama a atenção que, quase a metade (41,5%), vem ao serviço para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal já iniciado. Quanto à procedência, a grande maioria (84,0%) é proveniente de UBS ou hospitais públicos, portanto, atendidas pelo SUS, 12,0% de convênios de saúde e 4,0% de consultórios particulares.

Dados bastante semelhantes foram identificados no estudo de Coimbra et al. (2003), realizado em São Luís (MA) onde o SUS foi responsável por 84,2% dos atendimentos, apenas 12,0% de convênio ou seguro-saúde e 3,8% de particulares.

Já em um estudo no Rio Grande do Sul (Gonçalves C. et al., 2008), 69,2% das mulheres realizaram seu pré-natal pelo SUS, sendo 48,5% em postos de saúde do município e 20,7% no hospital universitário, as demais realizaram em serviço privado. Almeida e Barros (2005) em um estudo que teve como objetivo comparar a atenção à saúde recebida durante a gestação por mulheres de dois estratos de renda familiar, identificou que o SUS foi responsável por apenas 53,2% do atendimento pré-natal em Campinas.

A acessibilidade constitui um dos requisitos para a realização do cuidado pré-natal e interfere na adesão da gestante ao programa, bem como em sua qualidade. Acessibilidade está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de

organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na busca pelo atendimento ou na continuidade da assistência. Os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com o serviço, tais como: a demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento. Os segundos, referem-se às características que interferem na assistência ao usuário dentro da instituição, como o tempo de espera para ser atendido pelo profissional da saúde e/ou para fazer exames laboratoriais, bem como nos mecanismos de referência e contrarreferência (Fekete, 1995; Brienza, Clapis, 2002).

Investigando os motivos que levaram as gestantes a se transferirem espontaneamente para PN-AM para dar continuidade ao atendimento, identificou-se 44,0% relacionados às dificuldades administrativas, como as barreiras organizacionais (demora no agendamento das consultas, falta de profissional especializado, fechamento da Unidade Básica de Saúde) e barreiras relacionais (insatisfação com a assistência prestada pelos profissionais da saúde e/ou má qualidade do atendimento). O acesso geográfico (proximidade com o serviço seja de sua residência ou de seu trabalho) foi mencionado por apenas 17,6% das gestantes.

Resultados diferentes foram encontrados em outras pesquisas que identificaram a proximidade da casa ou do trabalho como motivo principal para escolha do local de atendimento pré-natal: em Curitiba, 84,8% dos casos (Carvalho, Novaes, 2004); em Recife, para 61,2% da amostra (Carvalho, Araújo 2007); em Pelotas, 46,8% das gestantes (Santos et al., 2000).

Em 2000, uma pesquisa realizada na capital paulista destacou que todas as mulheres entrevistadas conheciam e utilizavam os serviços das UBS da área de abrangência de suas residências, porém referiram não usar o pré-natal nesses serviços, em razão sobretudo do mau atendimento dos profissionais e da demora no agendamento. A autora relata ainda que 13,7% das mulheres já haviam utilizado o serviço de pré-natal em UBS (nesta ou em gestações anteriores), portanto, concluiu que de alguma maneira o serviço estava disponível, mas por alguma razão não era acessível às usuárias (Oliveira, 2000).

Motivos semelhantes foram identificados por Santos et al. (2000), em Pelotas (RS), quando pesquisaram os critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal, concluíram que mais de 85% das mães citaram ter como serviço mais próximo de casa um posto de saúde. Mas é interessante observar que

dessas, 52,2% não utilizaram este serviço para realizar o pré-natal, alegando como razão principal a má qualidade do atendimento (37,4%).

Em estudo realizado no Município de Curitiba (PR) com primigestas, Carvalho e Novaes (2004) identificaram que 14,9% relataram dificuldades para o atendimento inicial e/ou para a inscrição no programa, sendo as principais queixas: demora no atendimento, problemas no cadastramento no programa e disponibilidade de consultas médicas.

Com o objetivo de melhorar a assistência materno-infantil no Município de São Paulo, em 2006, foi criada a Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Este programa prioriza o cadastro e vinculação das gestantes nas UBS próximas de suas residências e a inserção da gestante feita exclusivamente por meio da rede básica de saúde. Os achados deste estudo mostram que 16 gestantes (5,3%) vieram à instituição porque não conseguiram agendar consulta em UBS próxima da residência por falta de vaga ou por problemas com documentação para fazer inscrição no programa.

Ressaltamos que, apesar do programa estar funcionando há 3 anos, as gestantes que se transferiram para o PN-AM para dar continuidade ao pré-natal, 82,4% eram procedentes de UBS. O motivo que predominou foi a insatisfação com a assistência prestada pelos profissionais da saúde e/ou a má qualidade do atendimento.

Quanto à escolha por realizar o controle de pré-natal no PN-AM, a grande maioria (73,0%) fez por indicação de algum familiar e/ou amigo e 21,6% porque já conheciam a instituição, por própria experiência anterior (Figura 5). Esses resultados são similares aos de um programa de assistência pré-natal em hospital universitário de Maringá (PR) que obteve 71,4% de procura por indicação de terceiros e 16,4% já tinham conhecimento prévio do atendimento (Nagahama, 2003). Em um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, 16,0% das mulheres referiram procurar atendimento por conhecer a qualidade do serviço, quer experimentado pela própria paciente, quer como referência de pessoas de sua relação (Gaudenzi et al., 2008).

Ramos e Lima (2003) em um estudo sobre acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde, em Porto Alegre (RS), também, identificaram que as experiências bem-sucedidas, com o usuário ou com seus familiares, são determinantes para sua opção. Descreveram, ainda, alguns fatores determinantes para escolha do serviço de saúde, como: boa recepção (ser bem tratado pela equipe e ser

conhecido por ela), respeito ao usuário (limpeza e organização da unidade, pontualidade do atendimento, informações prestadas e atender à necessidade do usuário), relação humanizada (respeito, consideração e atenção dispensada ao usuário) e bom desempenho profissional (interesse demonstrado no exame físico, orientações dadas e resolutividade das condutas adotadas).

A postura dos profissionais relacionada, sobretudo, ao não julgamento de valores, à não discriminação do usuário quanto ao estado civil, condição socioeconômica, são fatores que interferem na opção da gestante pelo acompanhamento pré-natal em serviço de saúde (Tsunechiro, Bonadio, Oliveira, 2002).

Para Almeida e Tanaka (2009), se não houver a formação de um vínculo entre os profissionais de saúde e a gestante, o risco de desistência aumenta ou a frequência ao acompanhamento pré-natal é menor.

O acompanhamento pré-natal da gestante deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, por meio de contato freqüente e planejado da gestante com os serviços de saúde.

A época de início e término do acompanhamento pré-natal é um marcador importante de sua qualidade que, idealmente, deve se iniciar no primeiro trimestre de gestação e prolongar-se até o quarto trimestre (consulta puerperal até 42º dia). A captação precoce das gestantes tem sido destacada, como fator importante na morbidade materna e na melhora dos resultados perinatais, pois possibilita a identificação precoce das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias. A sua manutenção até o final do terceiro trimestre tem como finalidade um desfecho favorável para binômio mãe/filho.

O PHPN prevê como ações essenciais: a captação precoce das gestantes, de modo que a primeira consulta pré-natal ocorra até o quarto mês de gestação, ou seja, 120 dias ou, ainda, 17 semanas. (Serruya, Cecatti, Lago, 2004). No presente estudo, 75,1% das gestantes atenderam a esta recomendação; daquelas que começaram o acompanhamento obstétrico em outros serviços 87,6% iniciaram, antes do quarto mês.

Ao considerar-se o trimestre gestacional de início do acompanhamento para o total da amostra, observa-se que 56,6% iniciaram no primeiro, 38,4% no segundo e 5,0% no terceiro; ocorrendo em média 14,2 (dp± 6,65) semanas. As gestantes que

iniciaram em outro serviço, a média foi 11,7 ($dp \pm 5,59$) semanas, e 71,1% fizeram-no até 13 semanas. Para as gestantes que iniciaram este acompanhamento diretamente no PN-AM, estes dados foram: média 15,9 ($dp \pm 6,80$) semanas de gravidez, 46,6% iniciaram até a 13ª semana, 46,6% no segundo trimestre e 6,8% no terceiro.

Esses resultados são melhores quando comparados com os do estudo realizado na mesma instituição, no período entre julho de 2000 a junho de 2001, que mostrou 19,7% das grávidas começando no primeiro trimestre de gestação; 57,2%, no segundo e 23,1%, no terceiro. A idade gestacional de início do acompanhamento foi em média de 20,7 ($dp \pm 7,7$) semanas. Vale destacar, porém, que o estudo considerou a idade gestacional de início do pré-natal a semana de gestação em que a mulher compareceu a primeira consulta na instituição, independente de já ter realizado uma ou mais consultas em outro serviço (Koiffman e Bonadio, 2005).

Ressalta-se que a instituição estudada não recusa vagas para qualquer mulher que procure atendimento pré-natal independente da idade gestacional. Destaca-se ainda que este fator deva interferir na média de idade gestacional inicial, tornando-a mais elevada que outros serviços. Por exemplo, em um estudo realizado em um Município da Grande São Paulo onde foram analisados 97 prontuários de gestantes, verificou-se que 82% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 18%, no segundo. Esta porcentagem de início precoce do acompanhamento obstétrico deve-se à busca ativa da gestante realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (Gonçalves R et al., 2008).

O estudo de Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi (2009), realizado em Rio Grande (RS) com o objetivo de avaliar a cobertura da assistência pré-natal, encontrou 73,5% das gestantes com ingresso no primeiro trimestre gestacional, em média, com 13 semanas e 7,4 consultas.

Um estudo onde foram entrevistadas 1.967 adolescentes no pós-parto imediato de maternidades públicas, conveniadas com o SUS e particulares na cidade do Rio de Janeiro (RJ), verificou que a inserção das adolescentes no pré-natal deu-se em diferentes estágios da gravidez, tendo apenas a metade delas (51,0%) iniciado o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação (Gama et al., 2004).

Em um estudo, cujo objetivo era avaliar o processo de atenção pré-natal referente à utilização deste cuidado no Programa Assistência Pré-natal às Gestantes

de Baixo Risco do Hospital Universitário de Maringá, (PR) das 44,5% gestantes que iniciaram tardiamente, foram apontados como fatores que contribuíram para o início tardio da assistência pré-natal, a busca por melhor qualidade no atendimento e a dificuldade para ingresso precoce no pré-natal do hospital (Nagahama, Santiago, 2006).

Pereira et al. (2006) em um estudo com o objetivo de conhecer os fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal em Paranoá (DF), identificaram as seguintes justificativas: realização do pré-natal em outro serviço, problemas familiares (esconder a gravidez da família, conflitos com o cônjuge) e dificuldades de acesso ao serviço. Os autores apontaram as barreiras institucionais, como a má organização do serviço, pouca informação e divulgação do serviço, número insuficiente de profissionais capacitados e excesso de demanda, como agravantes para início tardio do acompanhamento pré-natal.

No Brasil, o MS recomenda que sejam realizadas, pelo menos, seis consultas de pré-natal, preferencialmente divididas em uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro (Brasil, 2006; Silva, Cecatti, Serruya, 2005). A maior frequência de consultas ao final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (Brasil, 2006).

Conforme esta recomendação do MS, observou-se que a realização de no mínimo seis consultas ocorreu para 81,2% da amostra deste estudo, sendo a média de 8,3 consultas, consideravelmente, maior do que os 60,5% e média de 6,5 consultas encontradas no estudo de Koiffman e Bonadio (2005).

Os resultados deste estudo mostraram-se melhores quando comparados aos encontrados em uma unidade de saúde da família de um município da Grande São Paulo, onde 71,0% das mulheres realizaram seis ou mais consultas e a média foi de 7,25 consultas (Gonçalves R. et al., 2008). Outro estudo com 1.967 adolescentes no pós-parto imediato de maternidades públicas, conveniadas com o SUS e particulares no Rio de Janeiro (RJ), mostrou que apenas 42,0% das gestantes completaram seis ou mais consultas (Gama et al., 2004).

Carvalho e Araújo (2007), em estudo transversal com 612 parturientes atendidas em duas unidades do SUS, referências para gravidez de alto risco no

Recife, no período de junho a outubro de 2004, observaram que a cobertura de pré-natal foi de 96,1%, sendo a média de consultas de 5,3. Apenas 38,0% das mulheres iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação e realizaram seis ou mais consultas.

Dentre as 301 gestantes, observou-se que a maioria (70,1%) compareceu regularmente às consultas agendadas, ou seja, não apresentou nenhuma falta. Quando houve falta, percebeu-se a ocorrência em todos os trimestres da gestação, cerca de quase dois terços das gestantes (62,7%) faltaram no último trimestre de gestação.

Na maioria dos casos, o motivo da falta estava anotado em prontuário, porém em 25,4% não havia registro. Segundo a OPAS é importante que os profissionais anotem na ficha de pré-natal a falta à consulta agendada e procurem conhecer o motivo. Sugere, ainda, que se a gestante não comparecer a consulta remarcada, em 10 dias, deve-se realizar a busca ativa por meio de visita domiciliar, carta, telefonema, entre outros (OPS, 2004).

Em um estudo sobre os motivos que levaram os usuários a faltar às consultas odontológicas na estratégia de saúde da família, prevaleceu o esquecimento do dia da consulta (59,1%), o trabalho foi alegado por 13,6% dos pacientes e, ainda, horário inadequado, estudo e ter procurado tratamento particular (Almeida et al., 2009).

Diferentemente do estudo citado, neste estudo o esquecimento da data da consulta ocorreu somente em 4,5% das faltas e por não ter sido liberada no horário de trabalho em 5,2 %. Os motivos predominantes para as faltas das gestantes foram pessoais (35,4%), seguidos das intercorrências próprias da gestação/clínica (25,4%).

Quanto ao término do acompanhamento da gestação no PN-AM, os resultados mostraram uma proporção de 5,0% de não adesão e sem sucesso na busca ativa. Em um hospital universitário de Maringá, a taxa de adesão foi 92,1% e 7,9% de abandono (Nagahama, 2003).

Na assistência pré-natal, não existe “alta”, espera-se que este acompanhamento termine com o parto a termo. No presente estudo, em relação ao desfecho da gestação, prevaleceu o esperado, ou seja, as mulheres finalizaram o atendimento por ocasião do nascimento do bebê, na grande maioria por parto normal (74,5%) e com gestação a termo (81,4%) e 5,6% foram partos prematuros.

A prematuridade é uma causa de morte neonatal e diversos fatores podem aumentar o risco de partos prematuros. Silveira et al. (2010) estudando determinantes

de nascimento pré-termo na coorte de nascimentos de 2004, em Pelotas (RS), obtiveram como fatores de risco: cor da pele negra, baixa educação, baixa renda, idade materna jovem, primiparidade, parto pré-termo anterior, relato de hipertensão arterial na gestação e cuidado pré-natal inadequado.

Existem diferentes critérios para classificar o pré-natal, como adequado ou inadequado com relação à idade gestacional de início do acompanhamento, bem como ao categorizá-lo em precoce ou tardio, tornando difícil a comparação entre os resultados.

Alguns estudos analisam a adequação do pré-natal, levando em consideração apenas as informações obtidas no próprio serviço.

Nagahama e Santiago (2006) em um estudo que teve como objetivo avaliar a atenção pré-natal em gestantes de baixo risco obstétrico no Hospital Universitário de Maringá (PR), utilizaram como critérios de avaliação: o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (APNCU) e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde. As autoras ressaltaram que, para utilização desses dois critérios, foi considerada a idade gestacional do início do pré-natal, como aquela identificada na consulta de triagem no hospital, mesmo se a gestante tivesse iniciado o acompanhamento em outra instituição, por falta de informação deste dado.

No presente estudo, para verificar a adequação do pré-natal das gestantes, foram utilizadas: a idade gestacional de início do pré-natal e a semana gestacional em que a mulher compareceu pela primeira vez a um serviço de saúde, independente de ser ou não no PN-AM e, para o número total de consultas, consideraram-se as consultas em outro serviço somadas às realizadas no PN-AM.

Outro aspecto relevante é a periodicidade, ou seja, espaçamento entre as consultas. No presente estudo, baseando-se no cronograma utilizado pela instituição, 72,4% das gestantes tiveram um intervalo adequado. Destaca-se, ainda, que os intervalos considerados inadequados foram causados por uma ou mais faltas da gestante às consultas previamente marcadas.

A grande maioria das mulheres (72,4%) deste estudo teve intervalo adequado entre as consultas. Apenas uma gestante permaneceu 2 meses e meio sem comparecer ao serviço de pré-natal, pois alegou que estava na casa de parentes no

interior do estado, ultrapassando o intervalo máximo entre duas consultas, ou seja, oito semanas, segundo recomendação da OMS (Coimbra et al., 2003).

A adequação do pré-natal, segundo o índice de Kessner, modificado por Takeda, representa quase metade das gestantes (45,9%). Esses resultados são inferiores aos de Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi (2009), que constatarem 64,8% de adequação, porém, melhores dos que os identificados na pesquisa realizada, em 2001, na mesma instituição, por Koiffman e Bonadio (2005), onde o pré-natal foi classificado como adequado para 38,4% dos casos; intermediário, para 36,9% e inadequado, para 24,7%. As autoras relataram que os resultados podem ter sido reflexo das limitações do serviço, porque não recusa vaga em qualquer momento do processo gestacional e das gestantes, pois realizam uma peregrinação na busca pelo atendimento durante a gestação e chegam tardiamente ao serviço. Há, também, as abrigadas no Alojamento Social que procuram a instituição quando não podem mais esconder sua gravidez.

Prosseguindo na discussão dos resultados deste estudo, abordaremos a caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes e o local de início e sua relação com a adequação do pré-natal.

O perfil sociodemográfico das gestantes mostra uma população jovem, ou seja, com menos de 25 anos, 27,6% adolescentes, com a média de idade de 23,8 ($dp \pm 6,39$) anos, entre 13 e 44 anos.

Dados semelhantes foram encontrados por Trevisan et al. (2002), em Caxias do Sul (RS), com a idade materna média de 24,7 ($dp \pm 6,4$) anos, variando de 13 a 47 anos, 26,2% eram adolescentes. Em Recife observou-se uma média de idade de 24 ($dp \pm 6,33$) anos, variando de 12 a 44 anos, aproximadamente, 26,2% delas eram adolescentes e 6,9% tinham idade igual ou superior a 35 anos (Carvalho, Araújo, 2007). No presente estudo, 6,6% das gestantes tinham 35 anos ou mais.

Estudos anteriores dos últimos 10 anos realizados no PN-AM mostram alguns dados de caracterização das gestantes que frequentaram esse serviço que estão representados nos dados do Quadro a seguir.

Quadro 1 - Principais dados sociodemográficos e obstétricos de estudos realizados no PN-AM, São Paulo - 2000 a 2010

Autor (ano)	Tipo de estudo amostra	Período do estudo	Idade (anos) Média (dp)	Escolaridade (anos) Média (dp)	Casada/união consensual ou com parceiro	Trabalho remunerado	Primigesta	Nulípara
Oliveira (2000)*	transversal 211 gestantes	2000	23,0	6,0	69,2%	34,1%	-	-
Garcia, Tsunechiro (2002)	transversal retrospectivo 1.970 gestantes	2000/2001	23,6 (dp±5,8)	7,5 (dp±3,0)	57,8%	38,9%	41,8%	38,9%
Koiffman, Bonadio (2005)	transversal retrospectivo 635 gestantes	julho 2000/ junho 2001	22,9 (dp±5,7)	7,4 (dp±3,0)	-	39,9%	44,5%	48,4%
Lima (2006)*	transversal 202 gestantes	2005	24,9 (dp±5,05)	8,88 (dp±2,6)	89,6%	39,1%	37,1%	-
Santos (2009)	transversal retrospectivo 458 gestantes	2003	24,2 (dp±5,7)	8,0 (dp±3,1)	56,3%	39,2%	40,8%	50,5%
Santos (2009)	transversal retrospectivo 473 gestantes	2006	24,0 (dp±5,6)	8,8 (dp±2,8)	56,6%	34,2%	45,1%	53,9%
Corrêa (2010) [‡]	transversal prospectivo 301 gestantes	2009	23,8 (dp±6,39)	8,9 (dp±2,77)	79,9%	40,2%	44,5%	52,5%

*amostra de conveniência – dados obtidos por entrevista

[‡] Dados do presente estudo

Os dados do Quadro 1 mostram que houve pouca diferença nas características sociodemográficas e obstétricas da clientela que frequenta o serviço estudado ao longo da última década. As diferenças observadas referem-se à escolaridade e situação conjugal. Quanto a esta última variável, é preciso ressaltar que o registro em prontuário indica que a informação refere-se ao estado civil/situação conjugal da gestante e, portanto, não significa necessariamente que ela tinha parceiro fixo, como noivo, namorado, sendo solteira. Por exemplo, nos estudos de Oliveira (2000) e Lima (2006), a maior proporção de gestantes com parceiro resulta de dados obtidos por meio de entrevista e, assim, o critério de situação conjugal foi considerado se a gestante tinha parceiro fixo, independente, se moravam junto ou não.

No presente estudo, a grande maioria (79,7%) das gestantes tinha um parceiro fixo, seja ele, marido ou namorado. Um resultado concordante foi encontrado por Carvalho e Araújo (2007) em Recife (PE) onde 80,4% das mulheres tinham companheiro.

A estabilidade da situação conjugal da gestante é reconhecidamente um componente que deve ser valorizado, sobretudo, no período gravídico-puerperal. As gestantes com parceiro tiveram 83,7% de adequação do pré-natal ($p=0,0257$), segundo o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas, e para o índice de Kessner modificado por Takeda, a inadequação mostrou maior proporção para as gestantes sem parceiro (54,2% - $p=0,0001$). Coimbra et al. (2003) descrevem a falta de companheiro para a mulher, como um fator socioeconômico associado à inadequação do uso da assistência pré-natal.

Por sua vez, a participação do companheiro nas consultas pré-natais deve ser incentivada. Para as gestantes deste estudo, nas ocasiões que compareceram acompanhadas à consulta, em 59,0% foi pelo companheiro/pai da criança, mostrando que a instituição além de permitir a presença de acompanhante dentro do consultório, incentiva a participação do parceiro. Estes resultados mostram que, ao longo dos anos, os parceiros vêm se mostrando mais participativos no processo gestacional, quando comparado ao estudo de Oliveira (2000), onde apenas 10,0% das gestantes vinham com seus parceiros.

Na perspectiva do parceiro, a participação do homem no acompanhamento pré-natal é importante, na medida, que ele quer compartilhar da evolução da gravidez, dividir as responsabilidades, preocupar-se com a saúde do bebê e da

mulher que está grávida. Além disso, as consultas podem contribuir para a aproximação do parceiro, antes do terceiro trimestre, pelas sensações audíveis e visuais, proporcionadas pela audição dos batimentos cardíofetais e a visualização da imagem fetal pela ultrassonografia. Tais experiências desencadeiam reações positivas e proporcionam uma sensação concreta com o bebê (Cavalcante, Tsunehiro, 2009).

Uma pesquisa qualitativa, realizada no interior do Rio Grande do Sul, destacou que a participação dos pais às consultas de pré-natal ainda é baixa, pois 17 das 20 entrevistadas estavam sozinhas ou acompanhadas de outras pessoas da família, dentre elas, irmã, filha, avó e mãe (Pesamosca et al., 2008).

Gonçalves et al. (2001) em estudo realizado com gestantes adolescentes, em Botucatu (SP), observaram que muitas vinham às consultas pré-natais acompanhadas do pai do bebê; no entanto, alguns não entravam no consultório. Segundo o relato das mães, por vergonha ou por proibição do serviço de saúde. Os autores destacam, ainda, que embora a participação dos pais seja apontada, como um dos fatores que contribui com a diminuição dos problemas relativos à gravidez na adolescência; mas, em algumas situações as instituições não têm viabilizado tal participação.

O acompanhante, pessoa de referência da gestante, que faz parte de sua rede de apoio, pode fornecer suporte emocional, educacional e social, oferecer-lhe mais segurança, atenção e carinho em todo o processo de nascimento. No âmbito deste estudo, foi possível perceber que quase dois terços das gestantes (62,5%) vieram acompanhadas, ao menos, em uma consulta de pré-natal.

A presença de acompanhante às consultas mostrou diferença estatística significativa com a adequação do pré-natal, considerando-se: o número mínimo de seis consultas ($p=0,0001$), com pré-natal inadequado para 62,7% das gestantes sem acompanhante e 37,3% com acompanhante; o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p=0,0001$), 73,7% de adequação para aquelas com acompanhante e o índice de Kessner modificado por Takeda, ($p<0,0001$), a inadequação mostrou maior proporção para as gestantes sem acompanhante (79,2%).

Os dados do Quadro 1, chamam a atenção em razão do aumento na média de escolaridade nos últimos 10 anos de 6,0 para 8,9 anos de estudo, o que é bastante positivo, pois, segundo vários estudos, a escolaridade é um fator decisivo para uma melhor qualidade do pré-natal.

Para Trevisan et al. (2002), a escolaridade materna apresentou associação significativa com a qualidade da atenção pré-natal; quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade da atenção pré-natal ($p= 0,0148$). Outras pesquisas mostraram que gestantes com baixa escolaridade enquadravam-se na categoria de risco para baixo peso ao nascer (Kilsztajn et al., 2003; Carniel et al., 2008).

Uma pesquisa sobre o acesso tardio ao pré-natal pelas gestantes no Centro de Saúde de Paranoá (DF) mostrou que apenas a pouca idade materna, especialmente, o grupo das adolescentes, e a baixa escolaridade mostraram-se associadas ao ingresso tardio (Pereira et al., 2006).

No presente estudo, a escolaridade não apresentou diferença estatística significativa com nenhum dos critérios de adequação analisados: início até 120 dias e mínimo de seis consultas ($p= 0,3588$); número mínimo de seis consultas ($p= 0,2508$); índice de Kessner modificado por Takeda ($p= 0,2586$); intervalo entre as consultas ($p= 0,1005$) e frequência às consultas ($p= 0,1102$).

A facilidade de acesso geográfico aos serviços de saúde é outro fator a ser considerado na atenção pré-natal. Quanto a este aspecto, cabe ressaltar que no PN-AM, não há critério de regionalização para a matrícula da gestante, ou seja, recebe mulheres de todas as regiões da cidade e de outros municípios (Tabela 1; Apêndices 5 e 6), a maioria da zona sul de São Paulo. Mulheres procedentes de outros municípios, ainda, continuam optando pelo PN-AM, como um lugar de cuidado pré-natal.

O local de residência mostrou diferença estatística significativa na adequação do pré-natal quando associado ao início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p= 0,0005$), ao índice de Kessner modificado por Takeda ($p< 0,0001$), intervalo entre as consultas ($p= 0,0005$) e frequência nas consultas ($p= 0,0027$). As gestantes abrigadas apresentaram maior proporção de inadequação ao pré-natal, visto que o início do acompanhamento ocorreu mais tardiamente por diferentes motivos. Por sua vez, se analisado, segundo os parâmetros de intervalo e frequência às consultas, as gestantes do Alojamento Social apresentaram maior proporção de adequação ao pré-natal, uma vez que residiam na própria instituição, ao contrário das mulheres que moravam em outras regiões ou cidades que tiveram maior proporção de inadequação ao pré-natal. Isto reforça a importância da garantia de acesso próximo de sua residência, conforme

preconizado na Rede de Proteção Mãe Paulistana da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

No que diz respeito ao trabalho remunerado, observou-se que 40,2% das mulheres tinham trabalho remunerado durante a gravidez, indicando um discreto aumento se comparado aos dados dos estudos anteriores apresentados no Quadro 1. A ocupação mais frequente foi a do lar (54,8%), seguida das trabalhadoras dos serviços domésticos em geral (11,3%), que englobou as empregadas domésticas, auxiliares e assistentes de serviço geral e de limpeza.

Rasia e Albernaz (2008), em Pelotas (RS), identificaram que cerca de 32,0% das gestantes tinham trabalho remunerado durante a gravidez.

Segundo dados da PNDS-2006, apenas 54,2% das mulheres em idade reprodutiva têm participação na força de trabalho feminino. A PNDS-2006 destaca, ainda, que é baixo o nível de formalização do trabalho, pois apenas 34,5% de todas as mulheres que trabalhavam na época em que foi realizada a entrevista ou nos 12 meses anteriores à pesquisa tinham registro em carteira assinada (Pinto, 2009).

O trabalho remunerado foi observado como um fator importante na adequação do pré-natal. Apresentaram diferença estatística significativa, segundo o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p= 0,0001$), o índice de Kessner modificado por Takeda ($p= 0,0006$), o intervalo entre as consultas ($p= 0,0231$) e frequência às consultas ($p= 0,0446$). Chama a atenção que não ter trabalho remunerado mostrou maior proporção de inadequação, segundo os critérios do PHPN com 73,9% e para o índice de Kessner modificado por Takeda 87,5%. Quanto ao intervalo e frequência às consultas, mostrou-se adequado para as gestantes sem trabalho remunerado, com 63,8% e 63,5%, respectivamente. De certa forma, não ter vínculo empregatício facilita às mulheres cumprir a agenda do cuidado pré-natal, uma vez que não têm a preocupação com o horário do trabalho. No entanto, também são as mulheres sem trabalho remunerado que iniciaram o pré-natal mais tarde, fato que merece melhor investigação.

A renda familiar é um dado socioeconômico importante e que alguns autores a relacionam com a adesão ao pré-natal. Cabe esclarecer que, no presente estudo, a renda familiar não foi investigada, como uma das variáveis de interesse. No prontuário do PN-AM, existe um espaço definido para o registro da renda familiar, mas os dados são inconsistentes pela falta de precisão das mulheres para fornecer

essa informação. Isto se deve ao fato de a maioria não trabalhar, ou ser dependente de proventos do trabalho informal, ou não conhecer a renda da pessoa arrimo de família.

No estudo realizado em Campinas (SP), verificou-se que as gestantes do grupo de renda inferior, relativamente às demais, iniciaram o pré-natal mais tardiamente, realizaram menor número de consultas e não haviam planejado a gravidez (Almeida, Barros, 2005). Em São Luís (MA), observou-se que a inadequação do cuidado pré-natal foi maior entre as gestantes com baixa renda familiar (Coimbra et al., 2003). Em Pelotas (RS) um estudo mostrou que, apesar da ampla cobertura do pré-natal no município, as mulheres que não receberam assistência pré-natal eram as mais pobres (Silveira et al., 2001).

Delvaux et al. (2001) estudando as barreiras para o cuidado pré-natal na Europa, de forma semelhante, concluíram que o pré-natal inadequado foi proporcionalmente maior entre mulheres com renda não regular, com baixo nível educacional, com menos de 20 anos, solteiras e que não planejaram a gravidez.

Outra variável não investigada no presente estudo foi a cor/raça, dada a dificuldade para o entendimento da classificação da cor da pele. Levou-se em consideração a miscigenação da clientela e a falta de critério, tanto dos profissionais como da própria mulher para essa classificação. Rasia e Albernaz (2008) observaram que as gestantes adolescentes, de cor negra ou parda, com menor renda e escolaridade apresentaram um risco maior de realizarem um pré-natal inadequado.

Quanto ao perfil obstétrico das gestantes, a maior frequência foi a de primigesta (44,5%), nulípara (52,5%) e sem filhos vivos (54,1%). Esta paridade pode ser considerada baixa, mas reflete a tendência de queda da taxa de fecundidade no Brasil. Os dados da PNDS-2006 registraram uma taxa de 1,8 filhos por mulher, em contraste com o de 2,5 observados em 1996 (Wong, Perpétuo, 2009).

No estudo de Trevisan et al. (2002), o número de gestações e/ou número de filhos apresentou associação estatística significativa com a qualidade do acompanhamento pré-natal, quanto maior o número de filhos, mais tardiamente a gestante iniciou o acompanhamento pré-natal e menor foi o número de consultas ($p=0,0008$). Os autores sugerem duas possíveis hipóteses: quanto mais filhos, mais a mulher se considera autossuficiente para lidar com as futuras gestações ou, então, os acompanhamentos pré-natais nas gestações anteriores não a convenceram de sua

importância. Segundo os dados da PNDS-2006, o acesso ao pré-natal tende a diminuir com o aumento do número de filhos (Lago, Lima, 2009).

Quando analisada a adequação do pré-natal, considerando apenas o número mínimo de seis consultas, 19,6% tiveram inadequação da assistência. Resultado um pouco superior foi obtido por Rasia e Albernaz (2008) com 22,9%. Cascaes et al. (2008) observaram maior chance de nascimento prematuro entre as gestantes que não tiveram acesso à consulta pré-natal (OR=8,6; IC 95%: 7,0 – 10,6), indicando que o número de consultas tem forte influência na ocorrência ou não de prematuridade.

Para o intervalo entre as consultas, as variáveis: paridade ($p= 0,0269$) e número de filhos ($p= 0,0020$) apresentaram diferença estatística significativa. Gestantes com partos anteriores (57,8%), com filhos (60,3%) mostraram as maiores proporções de inadequação. Segundo a frequência às consultas, as variáveis foram: gestações ($p= 0,0108$), paridade ($p= 0,0098$), filhos ($p = 0,0067$) a inadequação foi observada com mais frequência para aquelas com mais de uma gestação (66,7%), com partos anteriores (58,9%), com filhos (57,8%). Esses parâmetros indicam a dificuldade das mulheres com filhos comparecerem às consultas com regularidade. Algumas por não ter com quem deixá-los, faltam ou trazem consigo às consultas, como o fizeram 13,8% delas.

Os resultados evidenciaram uma alta taxa de adesão ao acompanhamento da gestação no PN-AM; a maioria das gestantes compareceu às consultas programadas, conforme o calendário proposto na instituição. Chamou a atenção, a proporção de gestantes que se transferiram espontaneamente de serviço em busca de um local para o atendimento de suas necessidades no período gestacional. As principais razões apresentadas para a busca por outro local para dar continuidade ao atendimento foram: a insatisfação com o atendimento, demora em agendar as consultas, entre outros. De alguma maneira elas procuram assistência qualificada e que atenda as suas necessidades durante o período gravídico.

Conforme os princípios gerais e diretrizes do Ministério da Saúde, para a atenção obstétrica e neonatal, amplamente tratado na literatura sobre assistência pré-natal e, portanto, de conhecimento geral, o acolhimento, a formação do vínculo entre a gestante e os profissionais, o espaço para a escuta e o diálogo, muitas vezes, determinam a escolha e a permanência das mulheres em determinado serviço de saúde.

Desse modo, os serviços de saúde precisam estabelecer estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, garantindo vaga e profissionais especializados e, sobretudo, que promovam a continuidade do acompanhamento, para que as mulheres não precisem procurar um atendimento longe de suas residências.

6 CONCLUSÕES

O estudo realizado com 301 gestantes atendidas no Ambulatório de Pré-natal do Amparo Maternal, no período de fevereiro a outubro de 2009, permitiu as seguintes conclusões.

Escolha do PN-AM para o acompanhamento pré-natal:

- ✓ 73,0% indicações de algum familiar, amigo e/ou conhecido, 21,6% experiências própria anteriores;
- ✓ 58,5% iniciaram diretamente no PN-AM e 41,5% transferiram-se espontaneamente de outro serviço de saúde (82,4% em UBS).

Idade gestacional de início do pré-natal e número de consultas:

- ✓ média da idade gestacional 14,2 (dp±6,65) semanas; 11,7 (dp±5,59) semanas as que iniciaram em outros serviços; 15,9 semanas (dp ± 6,80) semanas quando iniciaram diretamente PN-AM;
- ✓ média de consultas foi 8,3 (dp ± 2,86).

Regularidade da frequência às consultas no PN-AM :

- ✓ 70,1% compareceram a todas as consultas programadas;
- ✓ 90 gestantes (29,9%) tiveram, pelo menos, uma falta;
- ✓ 61,1% faltaram uma única vez, 28,9% a duas e 10,0% a três consultas;
- ✓ 62,7% das faltas aconteceu no último trimestre gestacional;
- ✓ 35,4% das faltas estão relacionadas a motivos pessoais.

Término do acompanhamento da gestação no PN-AM:

- ✓ 81,4 % das gestações chegaram a termo;
- ✓ 74,5% dos partos foram vaginais;
- ✓ 10,6% desistiram do atendimento no PN-AM: conseguiram vaga próximo de suas residências; mudaram para outra cidade; evadiram do Alojamento Social; não retornaram, antes do termo, ou não foram localizadas por busca ativa;
- ✓ 87,4% de adesão ao pré-natal no PN-AM.

Adequação do acompanhamento pré-natal quanto:

- ✓ início no primeiro trimestre – 56,6%;

- ✓ início antes de 120 dias de gestação – 75,1%;
- ✓ seis ou mais consultas – 81,2%;
- ✓ índice de Kessner, modificado por Takeda, 66,8% adequados, 25,2% intermediários e 8,0% inadequados;
- ✓ frequência a todas as consultas programadas – 70,1%;
- ✓ intervalo adequado entre as consultas – 72,8%

Associação das variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início com a adequação do pré-natal da gestante:

- ✓ trabalho remunerado apresentou associação estatisticamente significativa com o número mínimo de seis consultas ($p= 0,0223$), com o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p= 0,0001$) e com o índice de Kessner modificado por Takeda ($p= 0,0006$);
- ✓ presença de acompanhante às consultas apresentou associação estatisticamente significativa com o número mínimo de seis consultas ($p< 0,0001$), com o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p< 0,0001$) e com o índice de Kessner modificado por Takeda ($p< 0,0001$);
- ✓ idade a apresentou associação estatisticamente significativa com o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p= 0,0264$) e com o índice de Kessner modificado por Takeda ($p= 0,0422$);
- ✓ parceiro fixo apresentou associação estatisticamente significativa com o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p= 0,0257$) e com o índice de Kessner modificado por Takeda ($p= 0,0001$);
- ✓ local de residência apresentou associação estatisticamente significativa com o número mínimo de seis consultas ($p= 0,0005$) e com o índice de Kessner, modificado por Takeda ($p< 0,0001$);
- ✓ local de início do pré-natal apresentou associação estatisticamente significativa com o início até 120 dias e o mínimo de seis consultas ($p= 0,0003$) e com o índice de Kessner, modificado por Takeda ($p< 0,0079$).

Associação das variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início com a adequação do pré-natal no PN-AM:

- ✓ trabalho remunerado apresentou associação estatisticamente significativa com frequência às consultas ($p= 0,0446$) e com adequação do intervalo entre as consultas ($p= 0,0231$);
- ✓ local de residência apresentou associação estatisticamente significativa com frequência às consultas ($p= 0,0027$) e com adequação do intervalo entre as consultas ($p= 0,0005$);
- ✓ número de gestações apresentou associação estatisticamente significativa com frequência às consultas ($p= 0,0108$).
- ✓ paridade apresentou associação estatisticamente significativa com frequência às consultas ($p= 0,0098$) e com adequação do intervalo entre as consultas ($p= 0,0296$);
- ✓ número de filhos apresentou associação estatisticamente significativa com frequência às consultas ($p= 0,0067$) e com adequação do intervalo entre as consultas ($p= 0,0020$);
- ✓ local de início do pré-natal apresentou associação estatisticamente significativa com frequência às consultas ($p= 0,0037$) e com adequação do intervalo entre as consultas ($p= 0,0011$);

REFERÊNCIAS

Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1): 98-104.

Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto /SP. *Cienc Odontol Bras* [periódico da Internet] 2009 [citado 2010 Mar 24]; 12(1): 77-86. Disponível em: http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v12n1_10.pdf

Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 Abr 14] ; 17(1): 15-25. Disponível em: <http://www.scielosp.org>

Banco de dados do Sistema Único de Saúde/DATASUS [base de dados na Internet]. [citado 2010 Mar 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2008/C03b.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. (Série B. Textos básicos de saúde, 6). Brasília; 1984. p.27

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 8 jun. 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: normas e manuais técnicos/ equipe de elaboração: Schirmer J. et al. 3ª ed. Brasília; 2000b. p. 5-15.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 427/GM, de 18 de março de 2004. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. 3ª edição revisada. Brasília; 2006. p.7-32.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. 2002. p.1-658. [citado 2008 Jan 22]. Disponível em: www.mtecbo.gov.br

Brienza AM, Clapis MJ. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. In: Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Anais online]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002 [citado 2009 Abr 16]. Disponível em: URL:http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200011&lng=pt&nrm=van

Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da morte materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(5): 310-5.

Carniel EF, Zanolli ML, Antônio MARGM, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Rev Bras Epidemiol [periódico da Internet] 2008 [citado 2009 Abr 14];11(1):169-79. Disponível em: <http://www.scielo.org>

Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad Saúde Pública [periódico na Internet] 2004[citado 2009 Abr 14]; 20(Sup 2): S220-S230. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Carvalho VCP, Araújo TVB. 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. Rev Bras Saude Mater Infant. 2007; 7(3):309-17.

Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008[citado 2009 Abr 14]; 24 (5): 1024-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf>

Cavalcante MAA, Tsunehiro MA. O homem e seus motivos para vir às consultas pré-natais como acompanhante de sua mulher. In: Anais do 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2009 jun 24-26; Teresina, BR. Teresina: ABENFO - Seção - PI; 2009. [CD-ROM].

Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saude Publica. 2003; 37(4): 456-62.

Conti DP, Moretti E. Fatores cognitivos / perceptivos de não-adesão ao pré-natal. Rev Médica HSVP. 2003;15(32): 12-8.

Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25(10):717-24.

Dall'Agnese LE, Geib LTC. Absenteísmo ao Programa de Assistência Pré-Natal: motivos alegados por mães de crianças prematuras. Boletim da Saúde [periódico da Internet]. 2003[citado 2009 Fev 15];17 (1):9-20. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n1_03absenteismo.pdf

Dawson, B; Trapp, RG. Bioestatística básica e clínica 3. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2003.

Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. Am J Prev Med. 2001; 21(1):52-9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379701003154>

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowter C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. cap.3: Apoio às gestantes; p.10-13.

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil, 1995; 177-84.

Forte EGS, Valencia OEJ, Machado EG, Cão IM, Nunes RT, Sousa LSA, Barbosa MA. Satisfação quanto à consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. Revista da UFG [periódico da Internet] 2004[citado 2009 Fev14]; 6(n esp). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>

Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Castelo Branco V, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad Saúde Pública [periódico da Internet] 2004 [citado 2009 Fev 14]; 20(Sup 1): S101-S111. 25(10): 717-24. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Garcia APF, Tsunehiro MA. Colpocitologia oncológica no cuidado pré-natal [relatório de pesquisa iniciação científica FAPESP] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

Gaudenzi P, Nunes FB, Magluta C, Aquino LA, Wullaume SM. O cuidado perinatal segundo a ótica das mães atendidas em maternidades vinculadas ao SUS no estado do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2008; 16(3): 545-58.

Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública[periódico da Internet] 2008 [citado 2010 Jan 25]; 24(8): 1783-90. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Gonçalves CV; Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saude Pública [periódico da Internet] 2009 [citado 2010 Mar 25]; 25(11): 2507-16. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras enferm.* 2008; 61(3): 349-353.

Gonçalves SD, Parada CMGL, Bertoncello NMF. Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(4):406-13.

Holanda ACOS, Silva MGC. Assistência Pré-Natal e as características das mães e dos recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Pediatr Ceará* [periódico da Internet] 2005[citado 2010 Abr 14];4(2):20-6. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MS, Sugahara GT. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(3): 303-10.

Koiffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005;5(supl 1): 523-32.

Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. cap 8. p. 150-68 [citado 2009 ago. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Lima MOP. Qualidade de vida de mulheres grávidas de baixo nível socioeconômico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 2006.

Nagahama, EEI. Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Nagahama EEI, Santiago SM. Prenatal care in an university hospital: evaluating the process. *Cad Saúde Pública* [periódico da Internet] 2006 [citado 2010 Abr 14]; 22(1):173-9. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Oliveira, VM. Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 2000.

Organización Panamericana de La Salud (OPS). Lineamentos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo em América Latina y Caribe. Washington, D.C.; 2004.

Pereira PHG, Antón AGS, Vieira Junior WS, Domingues RAD, Melo AL, Farias CS, et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. *Comun Ciênc Saúde* [periódico da Internet] 2006 [citado 2010 Abr 14]; 17(2): 101-10. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Pesamosca LG, Fonseca AD, Gomes VLO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *REME rev min enferm* [periódico da Internet] 2008[citado 2010 Abr 14]; 12 (2): 182-8. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Pinto EMG. Características sociodemográficas das mulheres brasileiras. In: PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. cap. 3. p. 53-67 [citado 2009 ago. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health* 2007, 7:268. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/268>

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 27-34.

Rasia, ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008; 8(4): 401-10.

Reis SFH, Bonadio IC, Tsunechiro MA, Merighi MAB. O cotidiano de mulheres grávidas moradoras no alojamento de uma maternidade social. *Texto contexto – enferm*. 2008; 17(3): 492-501.

Santos AU. Prevalência de anemia em gestantes atendidas em uma maternidade social: antes e após a fortificação das farinhas com ferro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (6): 603-609.

Santos UPP, David HMSL, Penna LHG. Pregnant adolescents and prenatal adherence: a exploratory study in urban area. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico da Internet] 2008 [citado 2010 Abr 14]; 7 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br>

São Paulo (Município). Portal da Prefeitura Municipal de São Paulo. Mãe Paulistana. Acessado em 19 de Novembro de 2008a. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/>

São Paulo (Município). Portal da Prefeitura Municipal de São Paulo. Saúde da Mulher. Acessado em 19 Nov 2008b. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/>

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* [periódico da Internet] 2004[citado 2010 Abr 14]; 20 (5): 1281-9. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Siegel, S; Castellan Jr. NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil [editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(3):103-5.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* [periódico da Internet] 2001[citado 2010 Abr 14]; 17(1):131-9. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Silveira MF, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad. Saúde Pública* [periódico da Internet] 2010 [citado 2010 Abr 14]; 26 (1):185-94. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Succi RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16 (6): 986-92.

Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(5):293-9.

Tsunechiro MA, Bonadio IC. Saúde materna e perinatal: Projeto “Cuidando e aprendendo com gestantes”. *Estudos Avançados*. 1999; 13(Supl):24-5.

Tsunechiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-natal. In: *Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem* [Anais online]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002 [citado 2009 Abr 16]. Disponível em: URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200027&lng=pt&nrm=van

Wong LLR, Perpétuo IHO. Uma visão transversal e longitudinal de quatro décadas de queda de fecundidade no Brasil. In: *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. cap 4 p. 70-84 [citado 2009 ago. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

APÊNDICES

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONSULTAS

Nome da gestante DPP	Idade gestacional no dia da consulta										
	Triagem	1 ^a Consulta	2 ^a Consulta	3 ^a Consulta	4 ^a Consulta	5 ^a Consulta	6 ^a Consulta	7 ^a Consulta	8 ^a Consulta	9 ^a Consulta	10 ^a Consulta

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Claudia Regina Hostim Corrêa, enfermeira e aluna do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), estou desenvolvendo uma pesquisa sobre escolha e adesão à atenção pré-natal por gestantes em uma maternidade de São Paulo. Este estudo está sendo realizado com a orientação e participação da Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro, da Escola de Enfermagem da USP.

Eu solicito a sua autorização para que nos, as pesquisadoras, possamos utilizar as informações registradas em seu prontuário e/ou realizar contato telefônico, para realização da pesquisa. O estudo poderá ser publicado em revistas e livros científicos ou apresentado em congressos e encontros de profissionais da saúde.

Informo-a e a esclareço que será mantido segredo sobre a identificação do seu nome na pesquisa e de qualquer dado que possa de alguma forma a identificar. Também a esclareço que a sua participação será voluntária.

Está assegurado a você o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer prejuízo no atendimento pré-natal pela sua decisão, bem como esclarecer qualquer dúvida que tenha no decorrer do trabalho.

Qualquer esclarecimento você poderá obter com as pesquisadoras pelos telefones: (11) 30617602 Maria Alice Tsunechiro ou (11) 30617548, com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP.

São Paulo, ____ de _____ de 2009.

Assinatura da Pesquisadora

Eu, _____, compreendi as explicações dadas acima e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura da Gestante

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061.7602 - Fax: (011) 3061.7615
CP 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo - SP - Brasil
e-mail: enpees@usp.br

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

I – Identificação da Instituição campo da pesquisa

Nome da Instituição: Amparo Maternal

II – Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: "Escolha e Adequação do pré-natal em uma Maternidade de São Paulo".

Pesquisadora: Claudia Regina Hostim Corrêa – COREN/SP 91305

Função: Aluna do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pesquisadora/Orientadora: Maria Alice Tsunechiro – COREN SP 4854

Cargo/Função: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

III – Esclarecimentos sobre a pesquisa

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo. Os dados serão obtidos por meio dos registros de comparecimento à consulta na agenda de pré-natal e de prontuários de gestantes em seguimento pré-natal, de fevereiro a outubro de 2009. No caso de falta à consulta agendada será realizada busca ativa por contato telefônico.

IV - Termo de Compromisso

"Comprometemos manter sigilo quanto à identificação das mulheres grávidas cujos dados serão submetidos a tratamento estatístico. Os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde e utilizados para melhorar a assistência oferecida às mulheres".

São Paulo, 27 de janeiro de 2009.

Claudia Regina Hostim Corrêa

Pesquisadora

Maria Alice Tsunechiro

Orientadora

De acordo: *M. Elaiet*

Representante do Amparo Maternal

Telefone para contato 0xx 11 3061 7602 Fax: 0xx 11 3061 7615.

APÊNDICE 5

Mapa do Município de São Paulo

Francisco Morato

APÊNDICE 6

Local de residência das gestantes, segundo a zona e distritos.

Zona	Distritos	Número de gestantes
Sul	Campo Limpo, Capão Redondo, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Grajaú, Jardim São Luís, Jardim Ângela, Marsilac, Parelheiros, Pedreira e Socorro.	94
Centro-sul	Campo Belo, Campo Grande, Jabaquara, Moema, Saúde e Vila Mariana.	63
Sudeste	Água Rasa, Aricanduva, Belém, Brás, Carrão, Cursinho, Ipiranga, Mooca, Pari, Sacomã, Santo Amaro, São Lucas, Sapopemba, Tatuapé, Vila Formosa e Vila Prudente	36
Leste	Artur Alvim, Cangaíba, Cidade Líder, Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianazes, Iguatemi, Itaim Paulista, Itaquera, Jardim Helena, José Bonifácio, Lajeado, Parque do Carmo, Penha, Ponte Rasa, São Mateus, São Miguel Paulista, São Rafael, Vila Curuça, Vila Jacuí e Vila Matilde	11
Oeste	Alto de Pinheiros, Barra Funda, Butantã, Itaim Bibi, Jaguará, Jaguaré, Jardim Paulista, Lapa, Morumbi, Perdizes, Pinheiros, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Andrade, Vila Leopoldina e Vila Sônia	07
Noroeste	Anhangüera, Brasilândia, Freguesia do Ó, Jaraguá, Perus, Pirituba e São Domingos.	03
Nordeste	Cachoeirinha, Casa Verde, Jaconã, Limão, Mandaqui, Santana, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme, Vila Maria e Vila Medeiros	06
Central	Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé	12

ANEXO

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de março de 2009.

Ilm.^a Sr.^a

Cláudia Regina Hostim Corrêa

Ref.: Processo nº 799/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Escolha e adesão ao serviço de pré-natal por gestantes em maternidade de São Paulo**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Amandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo