





Participação das gestantes em atividades educativas e indicação da maternidade de referência ao parto no pré-natal


Laiza Santos Pimentel Haddad ¹
 <https://orcid.org/0000-0001-6304-3209>


Susana Bubach ²
 <https://orcid.org/0000-0002-7190-5275>


Andréia Soprani dos Santos ³
 <https://orcid.org/0000-0002-4377-6517>


Bernardo Lessa Horta ⁴
 <https://orcid.org/0000-0001-9843-412X>


Adriana Marchon Zago Cypreste ⁵
 <https://orcid.org/0000-0002-9786-2779>


Cíntia Ginaid de Souza ⁶
 <https://orcid.org/0000-0001-6722-1113>


Ary Celio de Oliveira ⁷
 <https://orcid.org/0000-0003-1812-002X>

Edna Cellis Vaccari Balt ⁸
 <https://orcid.org/0000-0002-9045-6065>

Rosiane Ramos Catharino ⁹
 <https://orcid.org/0000-0002-4840-7606>

Lícia Baião Duemke ¹⁰
 <https://orcid.org/0000-0003-0278-2440>

Tânia Mara Ribeiro dos Santos ¹¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9107-5259>

Wanêssa Lacerda Poton ¹²
 <https://orcid.org/0000-0001-5849-0653>

^{1,5,10,12} Departamento de Medicina. Universidade de Vila Velha. Av. Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista. Vila Velha, ES, Brasil. CEP: 29.102-920. Email: wanipp@gmail.com

^{2,3} Departamento de Ciências da Saúde. Centro Universitário Norte do Espírito Santo. Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil.

⁴ Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

^{6,7} Hospital Dia e Maternidade Unimed. Vitória, ES, Brasil.

^{8,9,11} Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar os fatores associados à participação das gestantes em atividades educativas e sua indicação à maternidade de referência ao parto durante o pré-natal.

Métodos: estudo longitudinal multicêntrico realizado em três maternidades. Utilizou-se entrevista realizada logo após o parto e os desfechos avaliados foram a participação em atividade educativa no pré-natal e a indicação da maternidade de referência ao parto. Utilizou-se Regressão de Poisson na análise do modelo hierárquico proposto.

Resultados: das 3438 participantes, 23,2% participaram de atividades educativas e 61,2% tiveram o parto referenciado a uma maternidade. As mulheres com maior renda familiar (RP= 1,36; IC95%= 1,04–1,77), com aumento em um ano na idade (RP= 1,02; IC95%= 1,01–1,04), primeira gestação (RP= 1,84; IC95%= 1,56–2,17) e que praticavam atividade física (RP= 1,28; IC95%= 1,09–1,50) tiveram maior prevalência de participação nas atividades educativas. A indicação da maternidade foi mais frequente entre as mulheres com maior renda familiar (RP= 1,15; IC95%= 1,01–1,30), escolaridade (RP= 1,01; IC95%= 1,00–1,02), não tabagistas (RP= 1,31; IC95%= 1,07–1,61) e usuárias de drogas (RP= 1,44; IC95%= 1,17–1,77).

Conclusões: apesar da ampla cobertura, o pré-natal ainda apresenta falhas nas ações educativas e na indicação da maternidade de referência.

Palavras-chave Cuidado pré-natal, Educação em saúde, Qualidade da assistência à saúde, Saúde materno-infantil, Assistência perinatal



Introdução

O desenvolvimento e o aprimoramento de programas e políticas públicas há décadas têm tido um importante papel na organização da atenção ao pré-natal e à criança no Brasil.¹ O Ministério da Saúde, em 2000, criou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos.² Em 2004, estabeleceu uma Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que incentiva ações de orientação à mãe sobre a importância do aleitamento materno, teste do pezinho, cuidados com o coto umbilical, imunização e primeira consulta.³ Em 2011, foi implantada a Rede Cegonha, outra política que prioriza a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e nascimento, incluindo o acompanhamento integral das crianças até 24 meses de vida.⁴

Nesse cenário, é sabido que os óbitos neonatais, geralmente, estão associados a uma falha na assistência prestada à mãe e ao recém-nascido durante o período pré e pós-parto, sendo estes considerados evitáveis a partir do fornecimento de um cuidado integral em saúde, incluindo atividades educativas.⁵ Há evidências convincentes que as abordagens educativas durante a gravidez têm impacto potencial na redução da mortalidade neonatal.⁶ Esses processos incluem orientação sem aleitamento materno, a vacinação materna e infantil, os cuidados com o cordão umbilical, a triagem neonatal por meio do “Teste do Pezinho”, as medidas preventivas e sinais de perigo para a mãe e o bebê e a primeira consulta do recém-nascido na primeira semana de vida.⁷ Em revisão sistemática sobre o impacto de ações educacionais desenvolvidas no pré-natal de baixo risco nos desfechos obstétricos, observou-se que as práticas educativas durante o pré-natal contribuem para resultados obstétricos favoráveis por minimizarem dúvidas e ansios da mulher durante a gestação, preparando-a para o parto e pós-parto.⁸

Adicionalmente às ações educativas, a indicação da maternidade durante o pré-natal promove o vínculo da gestante com a maternidade, evitando a peregrinação da mulher durante o trabalho de parto e riscos à sua saúde e à do recém-nascido.⁴

Apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal no País, estudo de base nacional apontou que apenas um quinto das mulheres receberam cuidado adequado de assistência pré-natal e tal resultado teve relação com desigualdades regionais e sociais.⁹ A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) identificou que 86,6% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 13ª semana de gestação, que 88,8% das mulheres com 15 anos ou mais e parto a termo ou pós-termo tiveram seis ou mais consultas de pré-natal e 70,1% realizaram pré-natal em estabelecimentos

públicos de saúde, com o predomínio das Unidades Básicas de Saúde.¹⁰ Dificuldade de acesso, condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade materna¹¹ e peregrinação pré-natal¹² foram outros fatores associados à inadequada assistência pré-natal.

O conhecimento dos fatores relacionados à não participação em atividades educativas e a não indicação da gestante à maternidade de referência pelos gestores públicos pode favorecer o desenvolvimento de ações de saúde eficazes que, conseqüentemente, possam contribuir na prevenção de complicações para a mulher e recém-nascido. Sendo assim, o presente estudo analisou os fatores associados à participação em atividades educativas e à indicação da maternidade de referência ao parto fornecidas às mulheres durante o pré-natal.

Métodos

Foram avaliados dados de um estudo longitudinal multicêntrico, intitulado “Projeto Viver”, realizado com 3438 puérperas e recém-nascidos de três maternidades do estado do Espírito Santo no período de agosto de 2019 a março de 2020.

As maternidades, localizadas em duas regiões de saúde do estado (Metropolitana e Norte) foram escolhidas considerando dois aspectos: (1) concentrar o maior número de nascimentos na região; (2) possuir diversidade de atendimento, com coberturas de 80 a 100% Sistema Único de Saúde (SUS) e 100% particular ou conveniada à saúde suplementar.

A coleta de dados das mães e das crianças que não foram a óbito após o parto até a alta hospitalar incluiu entrevistas em três momentos: pessoalmente na maternidade, logo após o parto; no 7º e nos 27º dias de vida da criança, quando completaram o período neonatal, ambas por contato telefônico. Com intuito de reduzir perdas no seguimento, realizou-se o 2º acompanhamento entre o 7º e 10º dia de nascimento; e o 3º entre o 27º e o 30º dia.

Para garantir a qualidade da pesquisa, a coleta de dados foi realizada por uma equipe devidamente treinada e utilizados formulários padronizados. Foi elaborado um manual de orientação sobre preenchimento dos instrumentos e disponibilizado para cada membro da equipe.

Para analisar os fatores associados às variáveis dependentes (atividade educativa no pré-natal e indicação da maternidade de referência ao parto), utilizou-se um modelo hierarquizado que foi dividido em três níveis, contendo informações demográficas, socioeconômicas, hábitos comportamentais e sobre a assistência pré-natal.

O primeiro nível abrange as informações socioeconômicas e demográficas da mãe, como: escolaridade (anos de estudo completos); renda familiar (categorizada em quintis); relação civil (com companheiro;

sem companheiro); se a mulher possuía trabalho com remuneração (sim; não); quantidade de moradores por cômodo, excluindo-se banheiros.

No segundo nível foram utilizadas informações demográficas, reprodutivas e hábitos comportamentais da mãe na gestação: idade (anos); paridade (0; >1); consumo de álcool (sim; não); consumo de tabaco (sim; não); consumo de drogas (sim; não); atividade física (sim; não); vítima de violência (sim; não).

O terceiro nível incluiu as variáveis gestacionais: modelo de serviço de saúde onde realizou o pré-natal (público; privado); semana da gestação que iniciou o pré-natal; número de consultas de pré-natal (<7; ≥7); classificação do risco da gestação por profissional de saúde (baixo; médio; alto; muito alto); problemas de saúde ocorridos durante a gestação (sim; não).

Para a análise e validação estatística das associações, foi utilizado o programa *Stata* versão 16.0. Na análise descritiva foram apresentados os valores absolutos e relativos de todas as variáveis categóricas e utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para testar as variáveis dependentes com as variáveis independentes. No modelo hierarquizado utilizou-se a Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para estimar a razão de prevalência entre as mulheres que participaram de atividade educativa no pré-natal e as que receberam orientação sobre a maternidade de referência para o parto. Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5%.

Inicialmente, fez-se análise de cada variável independente, utilizando o critério de informação de Akaike (AIC), o critério de informação Bayesiano (BIC) e o R2 ajustado para verificar em qual formato (categórica ou contínua) se ajustava melhor ao modelo. Posteriormente, fez-se a análise univariável para retirar do modelo as que apresentassem valor $p > 0,20$. Todas as variáveis propostas no modelo hierárquico tiveram valor $p < 0,07$.

A análise multivariável iniciou com a inclusão de todas as variáveis do primeiro nível, mantendo as que apresentaram valor $p < 0,05$. Após, foram acrescentadas as variáveis do segundo nível e as com valor $p > 0,05$ foram removidas do modelo. As variáveis do primeiro nível foram mantidas, independente do valor p , após a inclusão das variáveis do segundo nível. Seguidamente, as variáveis do terceiro nível foram incluídas e as que tiveram valor $p < 0,05$ permaneceram no modelo, mantendo as variáveis dos níveis anteriores, independente do seu valor p .

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vila Velha (UVV), sob parecer nº. 3033870, da Unimed, parecer nº. 3269032, e da Santa Casa de Vitória, parecer nº. 3356606.

Resultados

Na maternidade, 3438 parturientes foram entrevistadas (82,7%) e houve uma relação positiva entre as que declararam ter participado de atividade educativa no pré-natal com a idade, a escolaridade e a renda familiar ($p < 0,001$). A prevalência de participação nas atividades educativas foi maior entre as mulheres que tinham companheiro (24,6%) e nas que possuíam trabalho remunerado (27,1%) (Tabela 1). No entanto, a prevalência nessas atividades em geral foi baixa, em médiaduas a cada dez mulheres participaram de atividades educativas no pré-natal.

Quase o dobro das mulheres assistidas na saúde suplementar (31,8%) participaram de atividades educativas quando comparadas às que foram acompanhadas na saúde pública (17,6%). As mulheres na primeira gestação (29,5%) com pré-natal iniciado no primeiro trimestre (25,9%), com mais de sete consultas (25,9%) e que fizeram atividade física (35,1%) apresentaram maior participação nas atividades educativas. Entretanto, a menor participação foi observada nas mulheres que consumiram álcool (17,4%) e tabaco (14,2%) na gestação (Tabela 2).

Em relação à indicação da maternidade de referência ao parto (Tabela 3), 61,2% das mulheres foram informadas durante o pré-natal. A prevalência de indicação da maternidade de referência aumentou com a idade ($p = 0,001$), a escolaridade materna ($p < 0,001$) e a renda familiar ($p < 0,001$). As mulheres com companheiro (62,5%) e as que tinham trabalho remunerado (64,9%) foram as que mais receberam orientação sobre a maternidade de referência ao parto.

Ao observar as características reprodutivas e da gestação atual das participantes (Tabela 4), houve maior indicação da maternidade de referência para as mulheres acompanhadas no serviço de saúde privado (71,6%), nulíparas (64,6%), pré-natal iniciado no primeiro trimestre (63,7%), com sete ou mais consultas de pré-natal (63,4%), risco gestacional alto (68,9%), problemas de saúde na gestação (63,4%), que não usaram álcool (62,4%) e tabaco (62,2%) e praticaram atividade física (68,1%) na gestação.

Para participação em atividades educativas no pré-natal, utilizou-se na análise inicial apenas variáveis que apresentaram nível de significância menor que 20%, sendo elas: escolaridade materna ($p < 0,001$), renda familiar ($p < 0,001$), relação civil ($p = 0,002$), trabalho com remuneração ($p < 0,001$), razão de moradores por cômodo ($p < 0,001$), idade materna ($p < 0,001$), paridade ($p < 0,001$), consumo de álcool ($p = 0,007$), consumo de tabaco ($p = 0,002$), consumo de drogas ($p = 0,123$), atividade física ($p < 0,001$), modelo de serviço de saúde ($p < 0,001$), trimestre de início

Tabela 1

Associação entre participação em atividade educativa no pré-natal e as características demográficas e socioeconômicas, Projeto VIVER, Espírito Santo, 2019 a 2020.

Variáveis	Participação em atividade educativa no pré-natal				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade materna (anos)					<0,001
<20	79	18,8	342	81,2	
20-34	527	22,3	1835	77,7	
≥35	175	29,7	415	70,3	
Escolaridade materna (anos de estudo)					<0,001
0-4	5	15,6	27	84,4	
5-8	71	19,2	299	80,8	
9-11	140	18	637	82	
≥12	502	27,9	1297	72,1	
Renda familiar (quintis)					<0,001
1º	109	18,2	489	81,8	
2º	143	15,6	773	84,4	
3º	124	22	440	78	
4º	97	27,3	258	72,7	
5º	237	38,8	374	61,2	
Relação civil					0,001
Sem companheiro	82	17,7	381	82,3	
Com companheiro	667	24,6	2045	75,4	
Trabalho com remuneração					<0,001
Sim	478	27,1	1285	72,9	
Não	301	18,9	1288	81,1	
Moradores por cômodo (razão)					0,897
<2	680	23,6	2199	76,4	
≥2	11	24,4	34	75,6	

*Teste qui-quadrado.

do pré-natal ($p<0,001$), quantidade de consultas no pré-natal ($p<0,001$) e problemas de saúde na gestação ($p=0,103$).

No modelo final da participação nas atividades educativas permaneceram as variáveis: escolaridade materna, renda familiar, idade materna, paridade e atividade física na gestação (Tabela 5). O aumento em um ano na idade materna acrescentou em 2% a participação em atividade educativa (RP= 1,02; IC95%=1,01–1,04). A prevalência foi 36% maior nas mulheres com maior renda familiar do que nas mais pobres (RP= 1,36; IC95%= 1,04–1,77), 84% maior nas primíparas do que nas que possuem um ou mais filhos (RP= 1,84; IC95%= 1,56–2,17) e 28% maior nas mulheres que praticaram atividade física na gestação (RP= 1,28; IC95%= 1,09–1,50).

Na indicação da maternidade de referência, as variáveis que apresentaram significância estatística menor que 20% na análise univariável foram: escolaridade materna ($p<0,001$), renda familiar ($p<0,001$), relação civil ($p=0,003$), trabalho com remuneração ($p<0,001$), razão de moradores por cômodo ($p<0,001$), idade materna ($p<0,001$), paridade ($p=0,001$), consumo de álcool

($p<0,001$), consumo de tabaco ($p<0,001$), consumo de drogas ($p=0,110$), atividade física ($p<0,001$), modelo de serviço de saúde ($p<0,001$), trimestre de início do pré-natal ($p<0,001$), quantidade de consultas no pré-natal ($p<0,001$), risco gestacional ($p=0,031$) e problemas de saúde na gestação ($p=0,043$).

No modelo final para a indicação da maternidade de referência ao parto, as variáveis que permaneceram foram: escolaridade materna, renda familiar, consumo de álcool, tabaco e drogas na gestação e modelo de serviço de saúde que realizou o pré-natal (Tabela 5). Ao aumentar em um ano a escolaridade materna, acrescenta-se 1% na indicação da maternidade de referência (RP= 1,01; IC95%= 1,00–1,02). A indicação da maternidade foi 15% maior nas mulheres mais ricas quando comparadas às mais pobres (RP= 1,15; IC95%= 1,01–1,30), 31% maior nas que não fumaram na gestação (RP= 1,31; IC95%= 1,07–1,61), 44% maior nas que usaram drogas na gestação (RP= 1,44; IC95%= 1,17–1,77) e 13% maior nas mulheres que fizeram o pré-natal na saúde suplementar (RP= 1,13; IC95%= 1,05–1,24).

Tabela 2

Associação entre participação em atividade educativa no pré-natal e as características reprodutivas e da gestação atual, Projeto VIVER, Espírito Santo, 2019 a 2020.

Variáveis	Participação em atividade educativa no pré-natal				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Modelo de serviço de saúde					<0,001
Público	355	17,6	1664	82,4	
Privado	422	31,8	905	68,2	
Paridade					<0,001
0	336	29,5	802	70,5	
≥1	298	16,6	1494	83,4	
Início do pré-natal (trimestre)					<0,001
1º	558	25,9	1599	74,1	
2º	142	21,3	523	78,7	
3º	35	12,5	244	87,5	
Consultas de pré-natal (qtd.)					<0,001
<7	104	14,9	593	85,1	
≥7	663	25,9	1895	74,1	
Risco gestacional					0,849
Baixo	219	24,8	666	75,2	
Médio	27	28,1	69	71,9	
Alto	83	25,9	237	74,1	
Muito alto	1	12,5	7	87,5	
Problemas de saúde na gestação					0,103
Sim	314	25	941	75	
Não	377	22,4	1303	77,6	
Consumo de álcool na gestação					0,005
Sim	64	17,4	304	82,6	
Não	719	23,9	2289	76,1	
Consumo de tabaco na gestação					0,001
Sim	30	14,2	182	85,8	
Não	753	23,8	2411	76,2	
Consumo de drogas na gestação					0,101
Sim	10	14,9	57	85,1	
Não	751	23,5	2448	76,5	
Atividade física na gestação					<0,001
Sim	233	35,1	430	64,9	
Não	550	20,3	2163	79,7	
Vítima de violência na gestação					0,824
Sim	21	24,1	66	75,9	
Não	760	23,1	2527	76,9	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 3

Associação entre indicação da maternidade de referência ao parto e as características demográficas e socioeconômicas das participantes, Projeto VIVER, Espírito Santo, 2019 a 2020.

Variáveis	Indicação da maternidade de referência ao parto				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade materna (anos)					0,001
<20	216	54,5	180	45,5	
20-34	1382	61,2	878	38,8	
≥35	381	66,6	191	33,4	
Escolaridade materna (anos de estudo)					<0,001
0-4	16	57,1	12	42,9	
5-8	183	51,1	175	48,9	
9-11	431	56,7	329	43,3	
≥12	1146	65,9	593	34,1	
Renda familiar (quintis)					<0,001
1º	311	53,3	272	46,7	
2º	473	54,4	397	45,6	
3º	326	60,9	209	39,1	
4º	230	67,3	112	32,7	
5º	439	73,9	155	26,1	
Relação civil					0,001
Sem companheiro	244	54,6	203	45,4	
Com companheiro	1624	62,5	974	37,4	
Trabalho com remuneração					<0,001
Sim	1097	64,9	592	35,1	
Não	864	56,8	658	43,2	
Moradores por cômodo (razão)					0,807
<2	1688	61,0	1081	39,0	
≥2	27	62,8	16	37,2	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 4

Associação entre indicação da maternidade de referência ao parto e as características reprodutivas e da gestação atual das participantes, Projeto VIVER, Espírito Santo, 2019 a 2020.

Variáveis	Indicação da maternidade de referência ao parto				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Modelo de serviço de saúde					<0,001
Público	1051	54,5	879	45,5	
Privado	916	71,6	363	28,4	
Paridade					0,001
0	701	64,6	385	35,5	
≥1	1008	58,4	718	41,6	
Início do pré-natal (trimestre)					<0,001
1º	1329	63,7	757	36,3	
2º	377	59,4	258	40,6	
3º	137	50,0	137	50,0	

Consultas de pré-natal (qtd.)					<0,001
<7	360	53,4	314	46,6	
≥7	1552	63,4	897	36,6	
Risco gestacional					0,043
Baixo	488	59,9	327	40,1	
Médio	58	63,7	33	36,3	
Alto	221	68,9	100	31,1	
Muito alto	4	50,0	4	50,0	
Problemas de saúde na gestação					0,044
Sim	778	63,4	450	36,6	
Não	953	59,6	645	40,4	
Consumo de álcool na gestação					<0,001
Sim	184	51,7	172	48,3	
Não	1795	62,4	1080	37,6	
Consumo de tabaco na gestação					<0,001
Sim	94	46,5	108	53,5	
Não	1885	62,2	1144	37,8	
Consumo de drogas na gestação					0,157
Sim	44	69,8	19	30,2	
Não	1870	61,1	1192	38,9	
Atividade física na gestação					<0,001
Sim	435	68,1	204	31,9	
Não	1544	59,6	1048	40,4	
Vítima de violência na gestação					0,815
Sim	48	60,0	32	40,0	
Não	1930	61,3	1219	38,7	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 5

Regressão de Poisson entre as variáveis de desfecho e as variáveis independentes, Projeto VIVER, Espírito Santo, 2019 a 2020.

Variáveis	Participação em atividade educativa no pré-natal				Indicação da maternidade de referência ao parto			
	RP bruto		RP ajustado		RP bruto		RP ajustado	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
<i>1º nível – variáveis socioeconômicas</i>								
Escolaridade materna (anos)	1,09	1,08 – 1,11	1,01	0,98 – 1,04	1,03	1,03 – 1,04	1,01	1,00 – 1,02
Renda familiar (quintis)								
1º	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
2º	0,86	0,68 – 1,07	0,85	0,66 – 1,10	1,02	0,92 – 1,12	0,98	0,88 – 1,09
3º	1,21	0,96 – 1,52	1,06	0,81 – 1,40	1,14	1,03 – 1,26	1,04	0,93 – 1,17
4º	1,50	1,18 – 1,91	1,13	0,85 – 1,51	1,26	1,13 – 1,40	1,09	0,96 – 1,24
5º	2,13	1,75 – 2,59	1,36	1,04 – 1,77	1,38	1,27 – 1,51	1,15	1,01 – 1,30

Relação civil									
Com companheiro	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-
Sem companheiro	0,72	0,58 – 0,89	-	-	0,87	0,80 – 0,95	-	-	-
Trabalho com remuneração									
Não	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-
Sim	1,43	1,26 – 1,63	-	-	1,14	1,08 – 1,21	-	-	-
Moradores por cômodo (razão)	0,54	0,40 – 0,72	-	-	0,81	0,73 – 0,89	-	-	-
Idade materna (anos)	1,03	1,02 – 1,04	1,02	1,01 – 1,04	1,01	1,01 – 1,01	-	-	-
Paridade									
0	1,77	1,55 – 2,04	1,84	1,56 – 2,17	1,00	-	-	-	-
≥1	1,00	-	1,00	-	0,9	0,85 – 0,96	-	-	-
Consumo de álcool na gestação									
Não	1,00	-	-	-	1,00	-	1,00	-	-
Sim	0,73	0,58 – 0,92	-	-	0,83	0,75 – 0,92	0,89	0,78 – 1,01	-
Consumo de tabaco na gestação									
Não	1,00	-	-	-	1,34	1,15 – 1,55	1,31	1,07 – 1,61	-
Sim	0,59	0,42 – 0,83	-	-	1,00	-	1,00	-	-
Consumo de drogas na gestação									
Não	1,00	-	-	-	1,00	-	1,00	-	-
Sim	0,64	0,36 – 1,13	-	-	1,14	0,97 – 1,35	1,44	1,17 – 1,77	-
Atividade física na gestação									
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-	-	-	-
Sim	1,73	1,53 – 1,97	1,28	1,09 – 1,50	1,14	1,07 – 1,22	-	-	-
Modelo de serviço de saúde									
Público	1,00	-	-	-	1,00	-	1,00	-	-
Privado	1,81	1,60 – 2,04	-	-	1,31	1,25 – 1,39	1,13	1,05 – 1,24	-
Início do pré-natal (trimestre)	0,95	0,94 – 0,97	-	-	0,98	0,98 – 0,99	-	-	-
Consultas de pré-natal									
<7	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-
≥7	1,74	1,44 – 2,10	-	-	1,19	1,10 – 1,28	-	-	-
Risco gestacional									
Baixo	-	-	-	-	1,00	-	-	-	-
Médio	-	-	-	-	1,06	0,90 – 1,25	-	-	-
Alto	-	-	-	-	1,15	1,05 – 1,26	-	-	-
Muito alto	-	-	-	-	0,83	0,42 – 1,67	-	-	-
Problemas de saúde na gestação									
Não	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-
Sim	1,11	0,98 – 1,27	-	-	1,06	1,00 – 1,13	-	-	-

Ausência de dados significa que a variável foi retirada na análise ajustada.

Discussão

Pode-se observar que a participação em atividades educativas durante o pré-natal foi mais frequente entre as mulheres com maior renda, com mais idade, sem filhos e que praticavam atividade física. A indicação da maternidade de referência para o parto esteve mais presente nas mulheres com maior escolaridade, maior renda familiar, com pré-natal realizado na saúde suplementar, que não fumaram, mas que usaram drogas na gestação.

Apesar da alta cobertura de assistência pré-natal no Brasil, ainda existe uma baixa qualidade nessa assistência à gestante¹³ e tal realidade foi ratificada neste estudo, onde somente 23% das mulheres haviam participado de atividades de educação em saúde no pré-natal, sendo que 79% tinham sete ou mais consultas. Outras pesquisas apontam resultados similares, onde baixa proporção de mulheres participa de alguma atividade educativa no pré-natal,^{14,15} demonstrando uma falha na assistência por ausência de ações importantes que possam impactar na qualidade do pré-natal. Também se observou uma desigualdade social no acesso das mulheres às atividades educativas, sendo a prevalência maior entre participantes com maior renda familiar, idade mais avançada e que eram primíparas. A mesma relação é apresentada em diferentes amostras regionais¹⁶ ou nacionais.⁹ Isso ocorre, possivelmente, porque a maioria das mulheres com condições socioeconômicas mais baixas utilizam o serviço público de saúde, no qual ainda perduram grandes desigualdades sociais e econômicas entre as regiões geográficas do país.¹⁷ Quanto ao pior resultado de adequação do pré-natal entre as múltiparas, é provável que esteja relacionado à dificuldade no comparecimento ao serviço de saúde por falta de suporte social no cuidado dos demais filhos.¹⁸ Coorte retrospectiva, com 3235 prontuários canadenses, observou que as mulheres com pré-natal inadequado tinham menor escolaridade e maior nível de desemprego.¹⁹

Ressalta-se que a realidade dos serviços de saúde nem sempre é capaz de atender as necessidades e expectativas da mulher durante o período gravídico e, muitas vezes, isso é consequência da ausência de profissionais de saúde habilitados para realizar ações de promoção à saúde por meio da educação em saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de assistência à saúde que tem como um dos pilares as ações de promoção da saúde e isso foi demonstrado em um estudo realizado com mulheres no pré-natal, onde o recebimento de informações educativas foi maior entre as mulheres acompanhadas na ESF, seja por meio de reunião de grupo e/ou visita domiciliar.¹³

A educação em saúde tem um papel importante no cuidado materno e com o recém-nascido, impacta

na melhoria da saúde materna, neonatal e infantil, principalmente quando estas são realizadas em populações com alta mortalidade e com recursos em saúde limitados.²⁰ Sabe-se que as disparidades regionais e sociais influenciam no acesso das gestantes às ações educativas, que são complementares à consulta pré-natal, corroborando com o verificado no presente estudo, no qual a prevalência de participação nas atividades educativas foi maior entre as mulheres que apresentaram maior nível socioeconômico. Semelhantemente, pesquisa realizada no Ceará constatou que 15% das mulheres haviam tido acesso às ações de promoção e prevenção à saúde no pré-natal.²¹ Outro estudo, porém de base nacional, observou maior prevalência dessas ações na região Sul do país, em municípios com até dez mil ou com mais de 300 mil habitantes e naqueles com maior IDH.²²

Revisão sistemática realizada nos EUA aponta que as atividades de educação em saúde com início no pré-natal e que continuam no pós-parto são mais eficazes do que os métodos que se concentram apenas na educação durante a gravidez, apresentando melhores resultados na continuidade da amamentação aos seis meses, nos comportamentos de saúde adequados e no melhor conhecimento sobre cuidados de saúde.⁶ Portanto, são necessários esforços de todo o sistema de saúde para aumentar a conscientização sobre a importância das ações educativas não apenas durante o pré-natal, como também durante o pós-natal.

Pesquisas realizadas em países distintos vêm observando que as disparidades no acesso aos cuidados em saúde têm relação com a idade, escolaridade e renda familiar. Em Gana, a localização geográfica, a renda familiar e a escolaridade são os principais impulsionadores das iniquidades na saúde materno-infantil.²³ Nos EUA há forte evidência com a raça e etnia, seguro de saúde e educação na mortalidade materna e morbidade grave.²⁴ Na Indonésia, a Pesquisa Demográfica e de Saúde demonstrou que a idade da mulher, a escolaridade, o número e a ordem de nascimento dos filhos, a diferença de idade entre a mãe e o marido, a ocupação do marido, o índice de riqueza, o acesso ao serviço de saúde e os fatores regionais foram significativamente associados à utilização de cuidados pré e pós-natais.²⁵

A respeito da indicação da maternidade de referência, estudo nacional de base hospitalar realizado com 16220 mulheres aponta que 43% não sabiam qual maternidade deveriam procurar, ficando sujeitas à busca de disponibilidade de leito hospitalar para a realização do parto,²⁶ o que vai ao encontro do resultado obtido no presente estudo, no qual 39% das mulheres não foram referenciadas à maternidade. A peregrinação da mulher durante o trabalho de parto é um fator que coloca em risco a saúde da mãe e do bebê e tem relação direta com

o aumento da mortalidade neonatal, como apontado em uma coorte que analisou o perfil da mortalidade neonatal e a assistência à gestante e ao recém-nascido e encontrou forte associação entre o óbito neonatal e a peregrinação para o parto, visto que em 40% dos óbitos, as mães haviam percorrido mais de uma maternidade no momento do parto.²⁷

Portanto, a orientação e a indicação da maternidade para o parto devem ocorrer desde o início do acompanhamento pré-natal, facilitando o acesso das gestantes no momento do parto ou em caso de emergências.²⁸ Nesse sentido, a alta porcentagem de mulheres que não sabiam qual a maternidade de referência para o parto reflete a ausência de planejamento para a assistência ao nascimento e falha na adequação do processo de assistência pré-natal, segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial da Saúde.² Além disso, o acesso à essa orientação foi mais frequente nas mulheres com maior escolaridade, que fizeram o pré-natal na saúde suplementar, não fumantes e usuárias de drogas.

Sobre as usuárias de drogas, o pré-natal deste grupo pode ser realizado pela Unidade Básica de Saúde ou pela equipe de consultório na rua, conforme a Diretriz do Ministério da Saúde. Assim, deve-se garantir a vinculação à maternidade de referência, avaliar e classificar o risco da gestante e, conforme cada caso, encaminhar para serviço especializado de pré-natal de alto risco, articulando o caso com serviços de atendimento psicossocial e de apoio familiar.²⁹ Essas ações podem ser uma explicação para as mulheres usuárias de drogas, neste estudo, saberem qual maternidade deveria procurar no momento do parto do que as que não usaram drogas. Diferente dos nossos achados, uma coorte retrospectiva realizada no Canadá notou que a baixa qualidade do pré-natal era mais frequente nas mulheres com consumo elevado de tabaco e drogas.¹⁹

Como limitação, considera-se as perdas e recusas pelas puérperas no pós-parto, já que as entrevistas foram realizadas ainda na maternidade. Para reduzir tal viés, a mulher foi abordada em, pelo menos, dois momentos por outro entrevistador, antes de ser considerada como recusa. A insatisfação com a gestação ou mesmo com a assistência recebida na maternidade pode ser um fator que contribuiu para o não aceite em participar da pesquisa, podendo o resultado deste estudo estar subestimado, já que há uma relação entre satisfação do usuário e qualidade do serviço, bem como com o perfil do usuário, visto que características como: jovem, usuário exclusivo do SUS, baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro.³⁰ Além disso, a mulher no período pós-parto pode não responder adequadamente a entrevista, por estar cansada ou mesmo em situação de depressão pós-parto, podendo ser causa de viés. Ao observar tal situação, o entrevistador suspendia a entrevista e retornava em outro momento, o que pode ter minimizado este viés.

Pode-se concluir que, apesar da elevada cobertura das consultas de pré-natal, foi observada baixa abrangência das ações de educação em saúde e do conhecimento da mulher em relação à maternidade de referência ao parto, sobretudo nas mulheres com menor condição socioeconômica. É importante incentivar e capacitar a equipe de saúde para o desenvolvimento de ações educativas com as gestantes, seja em grupo e/ou individual. A efetivação de políticas de saúde com ênfase na melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, incluindo as ações educativas no cuidado à gestante ao recém-nascido é uma medida que pode reduzir as complicações no pós-parto e no cuidado com o recém-nascido.

Contribuição dos autores

Poton WL: concepção e desenho do estudo, análise dos dados e interpretação dos resultados.

Haddad LSP: análise dos dados e interpretação dos resultados.

Bubach S, Santos AS, Horta BL, Cypreste AMZ, Souza CG, Oliveira AC, Baltar ECV, Catharino RR, Duemke LB e Santos TMR: concepção e desenho do estudo.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Mamede FV, Prudêncio PS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev Gaucha Enferm.* 2015; 36 (esp): 262-6.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): DOU de 1 jun 2000; Seção 1, p. 4-6. [acesso em 2022 Jun 14]. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/projeto-cegonha/legislacao/1_portaria_569_2000._programa_de_humanizacao_no_parto.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU de 24 jun 2011; Seção 1, p. 61. [acesso em 2022 Jun 14]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Portaria-GM-MS-n%C2%BA1.459-do-dia-24-de-junho-de-2011.pdf>

5. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. 2015 [acesso em 2022 Jun 14]. Disponível em: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
6. Herval AM, Oliveira DPD, Gomes VE, Vargas AMD. Health education strategies targeting maternal and child health: a scoping review of educational methodologies. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98 (26): e16174.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2022 Jun 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar/view>
8. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciêns Saúde Colet*. 2016; 21 (9): 2935-48.
9. Domingues RMSM, Viellas EF, Veras MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, *et al*. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37 (3): 140-7.
10. Ministério da Economia (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2021. [acesso em 2023 Fev 6]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>
11. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, *et al*. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciêns Saúde Colet*. 2016; 21 (4): 1227-38.
12. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Características maternas e tipo de assistência pré-natal associada à peregrinação no anteparto. *Rev Saúde Pública*. 2019; 53: 70.
13. Nunes DM, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, *et al*. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciêns Saúde Colet*. 2019; 24 (3): 1223-32.
14. Schwab FCBS, Ferreira L, Martinelli KG, Esposti CDD, Pacheco KTDS, Oliveira AE, *et al*. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. *Ciêns Saúde Colet*. 2021; 26 (3): 1115-26.
15. Gonçalves MLC, Silva HO, Oliveira TA, Rodrigues LV, Campos ALA. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. *Rev Bras Prom Saúde*. 2012; 25 (2 Supl.): 33-9.
16. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em municípios no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 789-800.
17. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, *et al*. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciêns Saúde Colet*. 2021; 26 (3): 823-35.
18. Pereira L B, Vogt SE, Holzmann APF, Brito MFF, Pinho L, Silveira MF, *et al*. Apoio social percebido por gestantes e fatores associados: estudo transversal em coorte de base populacional. *Ciêns Saúde Colet*. 2024. [Internet]. [acesso em 2024 Ago 20]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/apoio-social-percebido-por-gestantes-e-fatores-associados-estudo-transversal-em-coorte-de-base-populacional/19199>
19. Nussey L, Hunter A, Krueger S, Malhi R, Giglia L, Seigel S, *et al*. Sociodemographic Characteristics and Clinical Outcomes of People Receiving Inadequate Prenatal Care: A Retrospective Cohort Study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020; 42 (5): 591-600.
20. Sacks E, Freeman PA, Sakyi K, Jennings MC, Rassekh BM, Gupta S, *et al*. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 3. neonatal health findings. *J Glob Health*. 2017; 7 (1): 010903.
21. Fátima VMM, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, Oliveira CAC, Alencar APA. Acesso aos serviços públicos de saúde e atenção integral à mulher no período gravídico puerperal no Ceará, Brasil. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19 (1): 851.
22. Neves RG, Flores-Quispe MDP, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29 (1): e2019019.
23. Anarwat SG, Salifu M, Akuriba MA. Equity and access to maternal and child health services in Ghana a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21 (1): 864.
24. Wang E, Glazer KB, Howell EA, Janevic TM. Social Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the United States: A Systematic Review. *ObstetGynecol*. 2020; 135 (4): 896-915.
25. Istifa MN, Efendi F, Wahyuni ED, Ramadhan K, Adnani QES, Wang JY. Analysis of antenatal care, intranatal care and postnatal care utilization: Findings from the 2017 Indonesian Demographic and Health Survey. *PLoSOne*. 2021; 16 (10): e0258340.

26. Bittencourt DA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torrever JA, *et al.* Nascer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. *Rev Saúde Pública.* 2020; 54: 100.
27. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (Suppl.1): S192-S207.
28. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saúde Colet.* 2014; 19 (7): 1999-2010.
29. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Nota técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2022 Jun 14]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf
30. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12 (3): 281-96.

Recebido em 27 de Dezembro de 2023

Versão final apresentada em 21 de Agosto de 2024

Aprovado em 21 de Agosto de 2024

Editor Associado: Aurélio Costa