

FATORES ASSOCIADOS À INADEQUAÇÃO DO INÍCIO DO PRÉ-NATAL

FACTORS ASSOCIATED WITH INADEQUATE EARLY PRENATAL CARE

FACTORES ASOCIADOS CON UNA ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA INADECUADA

Camila Rodrigues Barbosa Nemer^{1,2}

Ingrid Souza Reis Santos¹

Larissa Duarte Ferreira¹

Edcarlos Vasconcelos da Silva^{1,2}

Zilmar Augusto de Souza Filho³

Eduardo Queiroz de Lima¹

Marlucilena Pinheiro da Silva¹

Elizabeth Teixeira⁴

(<http://orcid.org/0000-0003-1252-3709>)

(<http://orcid.org/0000-0002-8131-8795>)

(<http://orcid.org/0000-0001-7717-4891>)

(<http://orcid.org/0000-0002-8989-8843>)

(<http://orcid.org/0000-0002-3146-8445>)

(<http://orcid.org/0000-0002-2423-9054>)

(<http://orcid.org/0000-0002-8662-9621>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5401-8105>)

Descritores

Cuidado pré-natal; Gestantes; Saúde materno-infantil; Fatores socioeconômicos; Acesso aos serviços de saúde

Descriptors

Prenatal care; Pregnant women; Maternal and child health; Socioeconomic factors; Health services accessibility

Descriptores

Atención prenatal; Mujeres embarazadas; Salud materno-infantil; Factores socioeconómicos; Accesibilidad a los servicios de salud

Recebido

26 de Janeiro de 2021

Aceito

24 de Abril de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Camila Rodrigues Barbosa Nemer
E-mail: camilarodriguesb08@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à inadequação do início do pré-natal de acordo com o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal.

Métodos: Estudo descritivo, transversal e quantitativo. Realizou-se entrevista guiada por um roteiro com variáveis socioeconômicas, gestacionais, institucionais e de acesso, com 60 gestantes registradas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Macapá, Amapá. Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0, com análise estatística descritiva e inferencial. Para associação entre o início do pré-natal (adequado e inadequado) e as variáveis, utilizaram-se os testes de Qui-quadrado e T-Student. A análise multivariada foi por regressão logística com razão de chance (*Odds ratio - OR*), tendo como variável resposta à inadequação do início do pré-natal.

Resultados: O início do pré-natal foi considerado inadequado para 56,67% (n=34) das gestantes. Houve uma associação significativa das variáveis: faixa etária (p=0,021) e planejamento da gravidez (p=0,005). *OR* significativo para pré-natal inadequado nas variáveis: município de residência (Ilhas do Pará, *OR*= 5,986, p = 0,034); planejamento da gravidez (G gravidez não planejada, *OR*= 6,365, p = 0,007) e faixa etária (15 a 24 anos, *OR*=3,58, p=0,039).

Conclusão: Os fatores associados à inadequação são de âmbito sociodemográfico e comportamental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with the inadequacy of the beginning of prenatal care according to the Adequacy Index for the Use of Prenatal Care.

Methods: Descriptive, cross-sectional and quantitative study. An interview was conducted guided by a script with socioeconomic, gestational, institutional and access variables, with 60 pregnant women registered in a Basic Health Unit in the city of Macapá, Amapá. The data were processed using the Statistical Package for the Social Sciences version 21.0, with descriptive and inferential statistical analysis. For the association between the beginning of prenatal care (adequate and inadequate) and the variables, the Chi-square and T-Student tests were used. The multivariate analysis was performed using logistic regression with odds ratio (*Odds ratio - OR*), with the response to inadequate early prenatal care as a variable.

Results: The beginning of prenatal care was considered inappropriate for 56.67% (n = 34) of pregnant women. There was a significant association of variables: age group (p = 0.021) and pregnancy planning (p = 0.005). Significant OR for inadequate prenatal care in the variables: municipality of residence (Islands of Pará, *OR* = 5.986, p = 0.034); pregnancy planning (unplanned pregnancy, *OR* = 6.365, p = 0.007) and age group (15 to 24 years, *OR* = 3.58, p = 0.039).

Conclusion: The factors associated with inadequacy are sociodemographic and behavioral.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados a la inadecuación del inicio de la atención prenatal según el Índice de Adequación para el Uso de la Atención Prenatal.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se realizó una entrevista guiada por un guión con variables socioeconómicas, gestacionales, institucionales y de acceso, con 60 gestantes inscritas en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Macapá, Amapá. Los datos fueron procesados utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 21.0, con análisis estadístico descriptivo e inferencial. Para la asociación entre el inicio de la atención prenatal (adecuada e inadecuada) y las variables se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y T-Student. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística con odds ratio (*Odds ratio - OR*), con la respuesta a una atención prenatal precoz inadecuada como variable.

Resultados: El inicio de la atención prenatal se consideró inadecuado para el 56,67% (n = 34) de las gestantes. Hubo asociación significativa de variables: grupo de edad (p = 0,021) y planificación del embarazo (p = 0,005). *OR* significativo para atención prenatal inadecuada en las variables: municipio de residencia (Islas de Pará, *OR* = 5,986, p = 0,034); planificación del embarazo (embarazo no planeado, *OR* = 6,365, p = 0,007) y grupo de edad (15 a 24 años, *OR* = 3,58, p = 0,039).

Conclusión: Los factores asociados a la inadecuación son sociodemográficos y conductuales.

¹Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

⁴Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Como citar:

Nemer CR, Santos IS, Ferreira LD, Silva EV, Souza Filho ZA, Lima EQ, et al. Fatores associados à inadequação do início do pré-natal. *Enferm Foco*. 2021;12(4):710-7.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4488>

INTRODUÇÃO

Para a análise da adequação ou não do pré-natal (PN), consideram-se diversos critérios, tanto de aspectos quantitativos como qualitativos (ex. início, número de consultas, exames laboratoriais básicos, vacinação, procedimentos obstétricos, etc.). Existe na literatura atual uma preocupação em utilizar indicadores mais abrangentes, entretanto não há uniformidade entre esses indicadores e não existe consenso sobre a quantidade de cuidados que uma mulher deve receber e sobre qual conteúdo se faz estritamente essencial.⁽¹⁾

Alguns critérios de julgamento são muito conhecidos e utilizados, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que preconizou os parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal, e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU), utilizado no presente estudo.⁽¹⁾ O APNCU caracteriza os cuidados no pré-natal em duas categorias distintas e independentes:^(2,3) a) Adequação do início do cuidado pré-natal ou mês em que o cuidado pré-natal foi iniciado; b) Adequação dos cuidados recebidos ou porcentagem de consultas recebidas ajustadas para o mês de início da assistência pré-natal e para a idade gestacional da ocorrência do parto.

O presente estudo terá como foco a adequação/inadequação do início do cuidado pré-natal. Sabe-se que o início inadequado do pré-natal prejudica o acompanhamento com qualidade da gestação, sendo um fator determinante para a diminuição no número de consultas e a não realização dos exames complementares no período adequado, resultando em efeitos materno-fetais negativos, visto que o pré-natal é um prognóstico da gestação.⁽⁴⁾

O acompanhamento mensal inicial é essencial para prevenção e proteção de complicações na assistência obstétrica. O PN, se realizado corretamente, possibilita a identificação precoce e o manuseio correto dos fatores de risco e patologias que interferem na saúde do binômio mãe-filho.⁽⁵⁾

Além de anamnese e exame físico, o Ministério da Saúde (MS) alerta quanto à realização dos exames complementares como uma condição básica para a assistência PN nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas devem garantir a realização dos principais exames de rotina para as gestantes, como o teste rápido de gravidez, hemograma, teste de glicemia, urina tipo I, tipagem sanguínea, teste de triagem e sorologia para sífilis, teste rápido e sorologia para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre outros, como também a imunização através do esquema vacinal.⁽⁶⁾

Logo, normalmente, as mulheres que recebem cuidados de PN desde o primeiro trimestre possuem melhores resultados gestacionais do que aquelas que iniciam o PN

tardiamente. O menor número de consultas no PN se associa ao acesso precoce dessas crianças ao serviço de saúde de emergência nos primeiros três meses de vida, demonstrando o PN como um fator relevante para prevenir adversidades na gestação e no primeiro ano de vida da criança.⁽⁷⁾

Cerca de 26% das gestantes no Brasil iniciam o PN após o 1º trimestre de gestação.⁽⁸⁾ No que diz respeito à abrangência do PN no Brasil, há evidências de uma boa cobertura na atenção PN com equivalência entre as regiões brasileiras. Porém, no que tange ao início do PN e conseqüentemente ao número de consultas e à realização de procedimentos básicos, preconizados pelo MS, não são equânimes.⁽⁹⁾ Um estudo ressalta que apenas 20% de todo o território da região amazônica possui cobertura de prestação de serviços se comparada às demais regiões do país.⁽¹⁰⁾ Apresenta assim graves problemas relacionados à assistência, principalmente no que diz respeito a gestantes e crianças.

O MS afirma que o primeiro passo para o PN de qualidade na atenção básica é iniciá-lo até a 12ª semana de gestação (captação precoce).⁽⁶⁾ Porém, estudos apontam que há divergências no que diz respeito à classificação do período considerado de início tardio ao pré-natal.⁽¹¹⁾ Alguns afirmam que o início tardio se dá após 12 semanas,^(4,12) outros se utilizam do critério “terceiro mês de gestação”;⁽⁸⁾ também há critério de 16 semanas⁽¹¹⁾ e outras definições. Essas diferenças de classificação e/ou nomenclatura (ora se denomina como tardio, ora como inadequado) influenciam diretamente uma unicidade de dados relacionados ao período de início do PN e correlação entre os resultados que abrangem uma mesma temática.⁽¹¹⁾

Apesar de cobertura satisfatória de acesso em grande parte do Brasil, ainda há um alto índice de morte materno-infantil por causas que poderiam ser evitadas, caso o acesso inicial não se desse de forma inadequada, a fim de tratar os agravos desde o início da gestação.⁽⁹⁾ Portanto, considerando esse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à inadequação do início do pré-natal segundo gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde na Amazônia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Realizado em uma UBS do município de Macapá-Amapá, no segundo semestre de 2018, com gestantes cadastradas no programa de Pré-Natal.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se o número de gestantes cadastradas no período de janeiro a junho de 2018, com no mínimo uma consulta de pré-natal,

de acordo com livro de registro da unidade. A população encontrada foi de 508 gestantes. A partir disso, adotou-se como parâmetros para o cálculo da amostra o nível de confiança 95%, e o erro amostral foi estimado em 10%, obtendo a amostra estimada em 81 gestantes. Nesse sentido, foram incluídas 60 gestantes cadastradas no segundo semestre de 2018, que realizaram no mínimo uma consulta de pré-natal, tendo sido excluídas as gestantes que haviam iniciado o pré-natal em outra unidade de saúde. As gestantes foram agrupadas em dois grupos, considerando o APNCU.

Neste estudo, foi trabalhada somente a adequação do início do cuidado do pré-natal, que considera que quanto mais precoce mais adequado esse cuidado. O índice APNCU estabelece a distribuição da gestação em quatro grupos: meses 1 e 2; 3 e 4; 5 e 6 e 7 a 9. A adequação do início do cuidado pré-natal corresponde a: ótimo - quando a gestante iniciou o pré-natal no 1º ou 2º mês; adequado - 3º ou 4º mês; intermediário - 5º ou 6º mês; inadequado - 7º mês ou mais tarde, ou sem assistência pré-natal.^(2,3) Para fins de análise, neste estudo, as categorias ótimo e adequado foram consideradas como pré-natal adequado, enquanto as categorias intermediária e inadequada foram consideradas como pré-natal inadequado.

A abordagem das gestantes ocorreu dentro da UBS, após a verificação da realização de pelo menos uma consulta de pré-natal, momento em que elas eram apresentadas à presente pesquisa e, caso manifestassem interesse de participação, era feita a leitura e o assentimento da participante formalizado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade da gestante e o local para a realização das entrevistas foram salas de atendimento na própria UBS que se encontravam desocupadas, garantindo a privacidade e conforto às participantes.

A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de um questionário de entrevista composto por variáveis sociodemográficas, fatores gestacionais e fatores de aspectos institucionais e de acesso à UBS. A elaboração desse instrumento de coleta de dados baseou-se nos questionamentos da ficha SISPRENATAL e de estudos nacionais sobre a temática.^(9,11) Realizou-se um teste piloto para avaliação prévia do questionário, do qual participaram oito gestantes, que não compuseram a amostra final. Ao término do teste, algumas perguntas do questionário foram reajustadas para garantir o melhor entendimento e compreensão das participantes.

As variáveis sociodemográficas foram: idade, cor/raça, escolaridade, situação conjugal, município de residência,

zona de moradia, profissão, renda, apoio familiar (sim/não), apoio do companheiro (sim/não). Variáveis gestacionais: primigesta (sim/não), nº de filhos, considera o PN importante (sim/não), período recomendado para início do PN, gravidez planejada (sim/não), sabia como evitar uma gravidez (sim/não), tentou interromper a gravidez (sim/não), nº de gestação, nº de abortos, nº de partos. Variáveis institucionais e de acesso: UBS próximo de casa (sim/não), meio de transporte utilizado para chegar à UBS, satisfação com atendimento da UBS (satisfatório/insatisfatório), teve dificuldade de marcar primeira consulta (sim/não), teve dificuldade de chegar à UBS (sim/não).

Os dados foram tabulados no Programa Excel, versão do *Office 2010* da *Microsoft* e, a seguir, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para a análise descritiva das variáveis, foram utilizadas medidas de posição (média) e variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas; e de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

Para o processo de escolha de variáveis ao modelo final de regressão logística, foram realizados os seguintes procedimentos: a) Aplicação de teste de associação de qui-quadrado para análise de associações e teste t para comparação de médias; b) Construção de modelos logísticos univariados; c) Construção do modelo logístico multivariado final.

Inicialmente foram realizadas as análises de associação, com as quais se verificou a existência ou não de relação com a variável desfecho. Após a aplicação do teste de associação, foi implementada a técnica de regressão logística univariada e as variáveis que obtiveram $p < 0,20$ no teste de qui-quadrado foram testadas uma a uma no modelo univariado. Nessa etapa, as variáveis que mostraram melhor adequação ao modelo foram: faixa etária, dificuldade de chegar à UBS, apoio do companheiro, município de residência e planejamento da gravidez.

Essas variáveis foram inseridas no modelo logístico multivariado com método *forward conditional* de modo que o programa SPSS pudesse incluir as variáveis significantes e excluir aquelas não significativas, ao passo que, em três etapas, o *software* ajustou um modelo com apenas três variáveis: faixa etária, município de residência e planejamento da gravidez. No modelo final, o teste de Hosmer e Lemeshow mostrou boa qualidade do ajuste, com $p = 0,994$ na etapa 2 e $p = 0,676$ na etapa 3. Os testes de significância de coeficientes de modelo de Omnibus obtiveram $p < 0,05$ em todas as suas etapas.

Este estudo se estabelece de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, CAAE nº 91681418.3.0000.0003. Houve anuência dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as gestantes maiores de idade, ou de Termo de Assentimento (TA) para as gestantes menores de idade e TCLE para os responsáveis por essas menores.

RESULTADOS

No que tange à idade gestacional de início do PN, em relação ao critério APNCU adaptado, o início foi considerado adequado para 43,33% (n=26) das gestantes e inadequado para 56,67% (n=34) (Tabela 1). O início do pré-natal inadequado foi mais frequente na faixa etária entre 15 e 24 anos (n=22), destaca-se que este n representa 70,97% das gestantes dessa faixa etária. Com relação à situação conjugal, destaca-se que, entre as que afirmaram não ter companheiro, 85,71% tiveram início inadequado. No que concerne à escolaridade, aponta-se que, entre as que afirmaram ter ensino fundamental incompleto, 79,17% tiveram início de PN inadequado. Quanto ao município de residência, 46 gestantes moram em Macapá, destas, 50% iniciaram adequadamente o PN e os outros 50% inadequadamente. É importante ressaltar que 14 gestantes relataram morar em municípios em ilhas no Estado do Pará (Afuá, Breves e Chaves), destas 78,57% tiveram início inadequado. No que se refere à zona de moradia, destaca-se que, das gestantes que relataram morar na zona rural, 100% tiveram início inadequado. Quanto ao apoio familiar que a gestante recebe em relação à gravidez, constatou-se que, entre aquelas que declararam não ter recebido apoio, 75% iniciaram o PN inadequadamente. O mesmo ocorre em relação ao apoio do companheiro à gestação, entre as que não obtêm o apoio do companheiro (n=8), 87,50% iniciaram o PN inadequadamente. A variável faixa etária foi significativa (p=0,021). Sobre o planejamento da gestação atual, entre as gestantes que afirmaram ter planejado a gravidez (n=20), a maioria iniciou adequadamente o pré-natal (70%) em comparação com as que iniciaram inadequadamente (30%). Esses percentuais são inversamente proporcionais em relação às gestantes que engravidaram sem planejamento (n=40), 30% iniciaram em adequação e 70% em inadequação. Houve uma associação significativa entre gravidez planejada e início do pré-natal (p=0,005). Quanto à tentativa de interrupção da gestação, destaca-se que, das gestantes que afirmaram haver tentado interromper a gravidez, 83,33% iniciaram o PN inadequadamente. No que se refere aos fatores institucionais e de acesso, a respeito de haver UBS próximo da residência das gestantes, das que afirmaram não ter, 64,71% tiveram

início inadequado. Quanto à dificuldade de deslocamento para chegar à UBS, destaca-se que, entre as que encontraram essa barreira (n=21), 71,43% tiveram início inadequado. Os demais resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Fatores sociodemográficos, fatores gestacionais, fatores institucionais e de acesso de acordo com o índice proposto e adaptado

Variáveis	Adequado n=26 n(%)	Inadequado n= 34 n(%)	Total n=60 n	p-value
Fatores sociodemográficos				
Idade - Média (DP)	27,11±6,58	24,05 ±7,13	25,38 ±7,01	0,945*
Faixa etária				0,021*
15-24 anos	9(29,03)	22(70,97)	31	
25 anos ou mais	17(58,62)	12(41,38)	29	
Cor/raça				0,452*
Branca	3(30)	7(70)	10	
Preta	4(36,36)	7(63,64)	11	
Parda	16(45,71)	19(54,29)	35	
Amarela	1(50)	1(50)	2	
Indígena	2(100)	0(0)	2	
Escolaridade				0,063*
Fundamental Incompleto	5(20,83)	19(79,17)	24	
Fundamental Completo	13(61,90)	8(38,10)	21	
Ensino Médio Completo	4(50,0)	4(50,0)	8	
Superior Incompleto	3(75,0)	1(25,0)	4	
Superior Completo	1(50,0)	1(50,0)	2	
Não Estudou	0(0,0)	1(100)	1	
Situação conjugal				0,104*
Sem companheiro	1(14,29)	6(85,71)	7	
Com companheiro	25(47,17)	28(52,83)	53	
Município de residência				0,072*
Macapá	23(50)	23(50)	46	
Ilhas do Pará	3(21,43)	11(78,57)	14	
Zona				0,067*
Urbana	22(53,66)	19(46,34)	41	
Rural	0(0,0)	8(100)	8	
Periurbana	4(36,36)	7(63,64)	11	
Profissão				0,896*
Do lar	8(40,0)	12(60,0)	20	
Estudante	2(66,67)	1(33,33)	3	
Formal	5(50,0)	5(50,0)	10	
Informal	1(33,33)	2(66,67)	3	
Não informaram	10(41,67)	14(58,33)	24	
Renda				0,234*
Menos de 1 salário mínimo	7(33,33)	14(66,67)	21	
1 a 3 salários mínimos	15(50)	15(50)	30	
3 a 5 salários mínimos	3(60,0)	2(40,0)	5	
5 a 12 salários mínimos	1(100)	0(0,0)	1	
Não informaram	0(0,0)	3(100)	3	
Apoio à gestação- familiar				0,150*
Sim	22(46,81)	25(53,19)	47	
Não	3(25)	9(75)	12	
Não informou	1(100)	0(0)	1	
Apoio à gestação - companheiro				0,062*
Sim	25(48,08)	27(51,92)	52	
Não	1(12,50)	7(87,50)	8	
Fatores gestacionais				
Primigesta				0,816*
Sim	4(40)	6(60)	10	
Não	22(44)	28(56)	50	

Continua...

Continuação.

Variáveis	Adequado n=26 n(%)	Inadequado n= 34 n(%)	Total n=60 n	p-value
Nº de filhos – Média (DP)	1,53(1,36)	2,02 (1,97)	1,81 (1,74)	0,283 ^y
Pré-natal importante				0,720*
Sim	25(43,86)	32(56,14)	57	
Não	1(33,33)	2(66,67)	3	
Período recomendado para o início do pré-natal segundo a gestante				0,801*
Logo que descobre	8(42,11)	11(57,89)	19	
1 a 3 meses	17(45,95)	20(54,05)	37	
4 meses ou mais	1(33,33)	2(66,67)	3	
Não sabe	0(0)	1(100)	1	
Gravidez planejada				0,005*
Sim	14(70)	6(30)	20	
Não	12(50)	28(70)	40	
Sabia como evitar gravidez				0,601*
Sim	26(45,61)	31(54,39)	57	
Não	0(0)	3(100)	3	
Tentou interromper gravidez				0,171*
Sim	1(16,67)	5(83,33)	6	
Não	25(46,30)	29(53,70)	54	
Nº de gestações – Média (DP)	2,88(1,55)	3,32(2,31)	3,13 (2,02)	0,409 ^y
Nº de abortos – Média (DP)	0,3(0,6)	0,2(0,5)	0,25 (0,57)	0,498 ^y
Nº de partos				0,326*
0 parto	4(40)	6(60)	10	
1 parto	12(52,17)	11(47,83)	23	
2 partos	4(36,36)	7(63,64)	11	
3 partos	5(62,50)	3(37,50)	8	
4 partos	0(0,00)	4(100)	4	
5 partos ou +	1(25)	3(75)	4	
Fatores institucionais e de acesso				
UBS próximo de casa				0,120*
Sim	14(53,85)	12(46,15)	26	
Não	12(35,29)	22(64,71)	34	
Meios de transporte				0,288*
Carro	3(60,0)	2(40,0)	5	
Moto	6(75,0)	2(25,0)	8	
Bicicleta	5(45,45)	6(54,55)	11	
Ônibus	2(40,0)	3(60,0)	5	
A pé	7(38,89)	11(61,11)	18	
Outros	3(23,08)	10(76,92)	13	
Satisfação quanto ao atendimento				0,721*
Satisfatório	23(44,23)	29(55,77)	52	
Insatisfatório	3(37,50)	5(62,50)	8	
Dificuldade de marcar 1ª consulta				0,497*
Sim	13(39,39)	20(60,61)	33	
Não	13(48,15)	14(51,85)	27	
Dificuldade de chegar à UBS				0,077*
Sim	6(28,57)	15(71,43)	21	
Não	20(51,28)	19(48,72)	39	

*Teste qui-quadrado Pearson; ^yTeste t-Student

O modelo de regressão logística destacado na tabela 2, após as seleções das variáveis, apresentou OR significativo para PN inadequado nas variáveis: município de residência, planejamento da gravidez e faixa etária. Para a variável município, foi observada associação para Ilhas do Pará e PN inadequado, que gerou um OR de 5,986 (1,14-31,37; p = 0,034), o que leva a inferir que as mulheres que são residentes na região das ilhas têm cerca de seis vezes mais

chances de fazer um PN inadequado do que as que residem em Macapá (categoria de referência). Quanto à variável planejamento da gravidez, foi verificado um OR de 6,365 (1,67-24,22; p = 0,007) para não planejamento da gravidez e PN inadequado, levando a inferir que as mulheres que não planejam a gravidez possuem cerca de seis vezes mais chances de obter um PN inadequado em relação às que planejam a gestação (categoria de referência). Quanto à variável idade, a faixa etária de 15 a 24 anos apresentou um OR de 3,58 (1,06-12,09; p = 0,039), o que leva a concluir que as mulheres nessa faixa etária possuem cerca de três vezes e meio mais chances de chegar a um pré-natal inadequado em relação às da faixa etária 25 anos ou mais.

Tabela 2. Análises multivariadas dos fatores associados à inadequação do início do pré-natal de acordo com o índice proposto e adaptado

Variáveis	Modelo Logístico Multivariado			p-value
	Odds ratio	Intervalo de Confiança 95%		
Município de residência				
Ilhas do Pará	5,986	1,142	31,376	0,034**
Macapá	1,00	-	-	
Gravidez planejada				
Não	6,365	1,673	24,221	0,007**
Sim	1,00			
Faixa Etária				
15-24	3,58	1,064	12,095	0,039**
25 ou +	1,00			

**Após ajustes finais no modelo multivariado, somente variáveis com p < 0,05 foram consideradas significativas para o modelo

DISCUSSÃO

A partir da análise da associação entre o início do PN inadequado segundo Índice APNCU adaptado e as características das gestantes e de atendimento na instituição e acesso, houve uma associação significativa com as variáveis: faixa etária e gravidez planejada. Na análise multivariada, com desfecho inadequação, não morar em Macapá (morar em Ilhas do Pará próximas), estar na faixa etária de jovens (15 a 24 anos) e não planejar a gravidez são fatores preditores para o início inadequado do pré-natal dessas gestantes.

É imprescindível conhecer a faixa etária da gestante, uma vez que complicações podem surgir por conta da idade e podem ser compensadas, se uma adequada assistência PN e conduta obstétrica forem oferecidas. Por exemplo, mulheres adolescentes apresentam baixa proporção de início precoce do PN⁽³⁾ e mulheres na faixa etária de 18 a 25 anos estão em pleno poder reprodutivo e têm mais chances de engravidar.⁽¹⁴⁾

O presente estudo apresentou 70,97% de inadequação ao início do PN no critério APNCU, na faixa etária de 15 a 24 anos. Dessa forma, é necessário que haja um olhar mais aguçado do profissional de saúde durante consultas de

rotina, a fim de orientar tanto acerca da captação precoce de PN quanto para evitar uma gravidez indesejada. Não planejar a gravidez mostrou-se estatisticamente significativa para o acesso inadequado ao PN, tal fato também é apresentado em outros estudos.⁽⁹⁾ A falta de desejo de engravidar influencia diretamente a concepção de importância de ingresso ao PN.⁽¹⁵⁾ Dessa forma, o início do PN se dá após o entendimento da gestação e do PN como importantes, momento este que pode ocorrer com o avançar da gestação.

Situação semelhante foi ressaltada em estudo que, entre as variáveis selecionadas para a análise de regressão múltipla para verificar a associação da qualidade do cuidado pré-natal, observou que o não planejamento da gestação ($OR=1,90$; $IC=1,25;2,87$) é uma das variáveis associadas ao PN inadequado.⁽¹⁶⁾

Das gestantes que moram em municípios em ilhas do estado do Pará, 78,57% tiveram início do PN inadequado. Isso mostra que o SUS ainda enfrenta um grande desafio, o acesso da população rural aos serviços de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Como desafios se podem citar as grandes distâncias entre a residência e os serviços de saúde, a precariedade dos serviços locais, a falta de capacitação dos profissionais de saúde, entre outros.^(1,17)

Para que haja efetividade dos princípios organizacionais do SUS, é necessária também a utilização de estratégias de comunicação entre os serviços de alta, média e baixa complexidade que compõem o sistema, tornando favorável a assistência ao usuário com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados. Para que esse fluxo seja realizado, é preciso uma efetiva referência e contrarreferência em saúde, de modo que o serviço informe outro serviço sobre o estado de saúde, doença e tratamento do cliente e o encaminhe.⁽¹⁸⁾

Dentro do contexto amazônico, há lacunas ou até mesmo inexistência, em muitas localidades, do sistema de referência e contrarreferência previsto na dinâmica assistencial da Estratégia Saúde da Família e do SUS como um todo. Esse sistema se mostra ineficiente e configura-se como real entrave para atendimento adequado de gestantes em seus municípios de origem. Os municípios ribeirinhos, de forma especial, são um desafio para a estruturação e a organização da Atenção Primária à Saúde devido às suas peculiaridades de acesso, infraestrutura e condições socioeconômicas, tendo a dinâmica de longitudinalidade e integralidade deficiente.⁽¹⁹⁾

Segundo estudo, as localidades com os piores indicadores de renda e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) apresentam os mais baixos índices de adequação ao PN. Quanto a disponibilidade e infraestrutura, o estado do Pará (onde se situam as Ilhas do Pará citadas no estudo) apresenta na dimensão acesso (subdimensão disponibilidade

de infraestrutura) o pior desempenho da região no que diz respeito à assistência PN.⁽²⁰⁾ Entre alguns pontos para melhoria da integralidade dos serviços de saúde na zona rural (incluem-se os municípios ribeirinhos), encontram-se como desafios estruturais a presença de barreiras geográficas e as limitações no sistema de referência e contrarreferência, que ainda permanecem estagnados quanto à efetividade e à funcionalidade nessas regiões, o que corrobora para as fragilidades na rede de atenção.⁽²¹⁾

As Ilhas do Pará das quais as gestantes do estudo procedem são: Afuá, Breves e Chaves (Figura 1). As gestantes escolhem Macapá, muitas vezes, por conta da existência de familiares que residem na cidade e/ou devido à menor distância entre essas ilhas e Macapá, comparada a Belém/PA. Verificou-se que a proximidade geográfica exerce importante influência na escolha do destino daquelas que buscam acesso a serviços de saúde. Assim, Macapá atrai um número significativo de gestantes, mesmo que Belém apresente uma melhor infraestrutura e investimento para atendimento de saúde comparada a Macapá, que, por sua vez, possui o pior desempenho entre as capitais do país em investimento de saúde por pessoa.⁽²²⁾

O principal meio de transporte para essas gestantes são as embarcações, visto que são municípios cercados por rios e igarapés, situação que dificulta o acesso ao serviço de saúde e acarreta o PN com início inadequado, principalmente pela ausência de condições financeiras para obtenção de passagem para deslocamento para a cidade em busca de serviço.

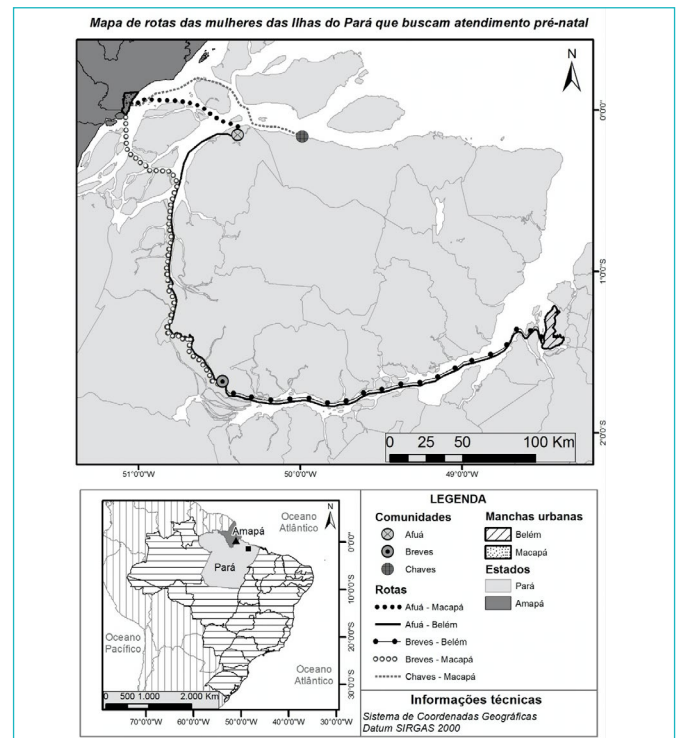


Figura 1. Mapa de rotas das mulheres das Ilhas do Pará que buscam atendimento pré-natal. QGIS Versão 2.14 Essen

Assim, sendo o Brasil um país de grande extensão, com lugares de difícil acesso, o que interfere tanto na chegada de profissionais de saúde, como também no deslocamento das gestantes até um serviço de saúde, com barreiras de acesso ao PN, é essencial a implementação de políticas públicas de saúde que levem a assistência PN para todas as regiões e de um programa de monitoramento de avaliação da assistência pré-natal, a fim de garantir a efetividade das ações e a qualidade do cuidado.⁽¹⁷⁾

Como limites do estudo, destaca-se que, durante a coleta de dados, os agendamentos de PN foram restritos ao turno vespertino por ausência de enfermeiro matutino, sem aviso prévio às gestantes já agendadas nesse horário e sem previsão para novos agendamentos, o que pode ter implicado o início inadequado da gestante ao PN e consequentemente influenciado a amostra, com um *n* abaixo da amostra estimada. Acresça-se a isso o fato de que o estudo foi realizado apenas em uma UBS, não permitindo, portanto, o real quantitativo de inadequação do início do pré-natal em todo o município.

O presente estudo trouxe como contribuição a reflexão sobre a necessidade de intensificação na sensibilização das gestantes adolescentes e jovens adultas para ingressarem nas UBSs no período adequado ao início do PN e de criação

de estratégias para captação e fortalecimento do vínculo entre gestante-profissional de saúde. Este poderá contribuir para embasamento na formulação de ações que visem a melhor atender as gestantes no município de Macapá, bem como em outros lugares que compartilham características em comum. Serve também como ponto de partida, tanto metodológica como referencialmente, para estudos posteriores.

CONCLUSÃO

Os fatores associados à inadequação do início do PN são de âmbitos sociodemográfico e comportamental. Ser jovem, morar em municípios em ilhas próximas a Macapá e ter uma gravidez não planejada estão associados ao início inadequado do pré-natal. Os resultados revelam iniquidades de acesso à assistência pré-natal, que fazem com que mulheres saiam de municípios vizinhos, de outro estado (no caso, o Pará), para serem atendidas em Macapá (Amapá).

CONTRIBUIÇÕES

CRBN, ISRS, LDF, EVS, ZASF, EQL, MPS, ET: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Goudard MJ, Simões VM, Batista RF, Queiroz RC, Alves MT, Coimbra LC, et al. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(4):1227-38.
2. Shin D, Song WO. Influence of the Adequacy of the Prenatal Care Utilization Index on Small-For-Gestational-Age Infants and Preterm Births in the United States. *J Clin Med*. 2019;8(6):838.
3. Kotelchuck M. An evaluation of the kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. 1994;84(9):1414-20.
4. Domingues RM, Viellas EF, Dias MA, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SG, et al. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140-7.
5. Neves RG, Flores-Quispe MD, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Prenatal care in Brazil: a cross-sectional study of the Program for Improving Primary Care Access and Quality, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(1):e2019019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2012 [cited 2018 Nov 27]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
7. Perlstein PH, Atherton HD, Kotagal UR. Prenatal care and infant emergency department use. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16(3):156-9.
8. Fonseca MR, Querino JT, Forzenigo CT, Traldi MC. Evaluation of the assistance provided to pregnant women users of public service through prenatal information card records. *Perspect Med*. 2017;28(2):5-13.
9. Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):85-100.
10. Aguiar GF. Human nutrition and adaptation in Brazilian Amazon fishing areas: contributions to health policies. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Hum*. 2014;1(2):129-38.
11. Pereira PH, Antón AG, Vieira Junior WS, Domingues RA, Melo AL, Farias CS, et al. Associated factors to later access to prenatal care of Health Center #1 of Paranoá, Brazil, 2005. *Comun Ciênc Saúde*. 2006;17(2):101-10.
12. Pagnini DL, Reichman NE. Psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's HealthStart program. *Int Fam Plan Perspect*. 2000;32(2):56-64.
13. Tomasi E, Fernandes PA, Fischer T, Siqueira FC, Silveira DS, Thumé E, et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815.
14. Silva F, Pinedo S, Pires I, Felgueira E. Feminine fertility preservation- New challenges. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2015;9(2):154-7.
15. Santos JM, Matos TS, Mendes RB, Freitas CK, Leite AM, Rodrigues ID. Influence in the reproductive planning and the women's satisfaction with the discovery of being pregnant in the quality of prenatal care in Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(3):537-43.

16. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TA. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):540-9.
17. Balsells MM, Oliveira TM, Bernardo EB, Aquino OS, Damasceno AK, Castro RC, et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):247-54.
18. Andrade LS, Francischetti I. Reference and Counter-Reference: Understandings and Practices. *Saúde Transform Soc*. 2019;10(1-3):54-63.
19. Moysés RP, Teixeira VC, Martins RG, Souza CS, Abensur TC, Pereira MG. Integrality and Longitudinality of Primary Care for Women's Health: Na Analysis of Three Amazonian Municipalities. *Rev APS*. 2019;22(1):168-82.
20. Guimarães WS, Parente RC, Guimarães TL, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00110417.
21. Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Rev Interface*. 2017;21(Supl 1):1181-92.
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Estados reduzem participação no setor. Brasília (DF): CFM; 2018 [citado 2021 Mar 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/estados-reduzem-participacao-no-gasto-com-saude-2/>