

Pré-Natal: um panorama dos obstáculos encontrados no Brasil

*Guilherme Cristianetti Frison
Isadora Valério Anastácio
Julia Andressa Tessari
Júlia Marrone Castanho
Lucas Augusto Hauschild
Bárbara Luiza Bernardi
Alberto Mantovani Abeche*

A assistência pré-natal adequada é elemento fundamental para prevenção de eventos indesejáveis e para detecção precoce de patologias maternas e fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. A identificação e o manejo de condições clínicas, de fatores sociodemográficos e de fatores comportamentais de risco são componentes essenciais de um pré-natal de sucesso. Muitos estudos confirmam a associação da assistência pré-natal com menor grau de morbimortalidade materna e infantil, e são notados avanços na cobertura pré-natal brasileira ao longo dos anos. No entanto, ainda é observada uma série de desafios no Brasil.

No presente texto, objetivamos sintetizar os principais problemas encontrados na assistência pré-natal brasileira, através de uma revisão narrativa, destacando-se dificuldades relacionadas às características das populações, falhas diretas na execução do pré-natal e impasses de gestão e administração da saúde pública. Para isso, primeiramente, abordaremos de forma breve as recomendações do Ministério da Saúde (1) para um pré-natal adequado, e, posteriormente, exploraremos cada uma das dificuldades mencionadas.

Métodos

Realizamos uma pesquisa no Portal de Periódicos CAPES e no portal Scielo, buscando por “pré-natal”, e selecionamos artigos

relacionados ao tópico de interesse da revisão. O portal PubMed também foi utilizado, com a busca por “prenatal” e “Brasil”. No total, foram selecionados 38 artigos. Após termos obtido a coletânea inicial, realizamos uma nova seleção, mais criteriosa, a partir da leitura de textos completos. Assim, foram excluídos aqueles que não apresentaram relação com o assunto de interesse ou que julgamos de menor relevância para a nossa revisão.

A partir da leitura dos artigos selecionados, de acordo com os dados obtidos, elencamos as principais falhas do pré-natal no Brasil. A análise de cada um dos problemas arrolados foi realizada com base nos artigos pré-selecionados e em novos artigos complementares. Nesta etapa, foram incluídos cinco novos artigos.

O pré-natal adequado no Brasil

Objetivamente, o Ministério da Saúde (1) preconiza que a assistência pré-natal compreenda uma primeira consulta realizada em até 120 dias de gestação e um número mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação.

Exames laboratoriais básicos e exame físico obstétrico também são obrigatoriedades. Os exames laboratoriais de rotina necessários incluem: tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, oferta de teste anti-HIV (vírus da imunodeficiência humana), sorologia para HBV (vírus da hepatite B), sorologia para toxoplasmose, glicemia de jejum, sorologia para sífilis e exame de urina tipo 1. O exame físico obstétrico compreende pesagem, medida de estatura, aferição da pressão arterial, medida da altura uterina, detecção de edema, identificação da situação e apresentação fetal e ausculta dos batimentos cardíofetais.

Também deve ser efetuado preenchimento de instrumentos de registro: prontuário e cartão da gestante. O calendário vacinal da gestante deve ser averiguado e atualizado se necessário, com reforço de vacina antitetânica para mulheres já imunizadas. Ademais, devem ser pesquisados fatores de risco durante as consultas, e, de acordo com eles, o pré-natal será individualizado.

É papel do médico ou enfermeiro nas consultas de pré-natal identificar gestações de risco e encaminhar essas pacientes para centros de referência. Além disso, na construção da qualidade da atenção pré-natal, está implícita a valorização do acolhimento da mulher e de seus sentimentos frente à gestação.

Dificuldades relacionadas às características da população

A significativa heterogeneidade observada na composição da população brasileira tem reflexos sobre a adequação do pré-natal. São encontradas disparidades socioeconômicas, raciais, regionais, associadas ao nível de escolaridade e relacionadas à participação em programas governamentais de complementação de renda.

A disparidade racial

O racismo impacta em todos os aspectos da vida daqueles que o sofrem, incluindo a saúde da gestante e do bebê. Foi realizado um estudo em 2005 no município do Rio de Janeiro (2) que trouxe dados alarmantes quanto ao pré-natal e às diferenças raciais entre as gestantes: uma situação persistentemente desfavorável das mulheres pretas e pardas em relação às brancas. Puérperas adolescentes estão mais concentradas entre negras (24,5%) e pardas (22,3%) em comparação com as brancas (16,3%). Quanto ao nível educacional, pardas e negras apresentaram menor tempo de estudo e menor percentual de ensino superior completo (1,3% das negras e 2,8% das pardas, em comparação com 13,1% das brancas). Quanto à ocupação das gestantes, 44,3% das brancas possuem trabalho remunerado, em contraste com 32,0% das negras e pardas. Mulheres negras vivem menos com os pais de seus bebês (75,6%) em comparação com pardas (83,1%) e brancas (86,6%). Gestantes negras se mostraram mais propensas a sofrerem agressão física durante a gravidez (5,1%) e a procurarem maneiras de interromper a gestação (9,1%) – mais que o dobro observado entre brancas. Quanto a fatores de risco na gravidez (tabagismo, hipertensão, sífilis), as negras foram mais expostas. Em relação ao pré-natal e assistência médica, os indicadores continuam desfavoráveis às puérperas negras: pior índice de adequação do pré-natal, maior peregrinação (31,8%), atendimento predominantemente público (58,9% SUS e 29,6% conveniados com SUS) e menor acesso à anestesia no parto vaginal (21,8%). Mesmo excluindo o fator escolaridade, as negras continuaram com indicadores piores do que as brancas.

Um estudo de abrangência nacional de 2017 (3) confirmou algumas características das gestantes brasileiras negras e pardas

em relação às brancas: aquelas predominam nas regiões Norte e Nordeste, entre adolescentes, entre mulheres com menos anos de estudo, entre pertencentes a classes econômicas menos favorecidas (D e E) e nas entre as puérperas com número elevado de partos anteriores (3 ou mais). As gestantes negras foram as mais atendidas em hospitais públicos, as com menor vínculo a maternidades, as com maior ausência de acompanhantes, as que possuíram maior risco de pré-natal inadequado e as com menos orientação sobre o parto e suas complicações. Assim como observado no estudo anterior, gestantes negras também receberam menos anestesia local quando realizada a episiotomia.

Outro estudo nacional de base hospitalar de 2015 (4) corrobora com a conclusão dos estudos citados anteriormente: a menor adequação ocorreu no grupo de mulheres de pele preta ou parda. Há maior ocorrência de desfechos negativos perinatais nesse grupo de gestantes, materializados em índices de mortalidade materna, mortalidade neonatal e de transmissão vertical do HIV. Mesmo com ajuste socioeconômico, há maior chance de inadequação do pré-natal em mulheres negras em comparação com as brancas, mostrando que a questão racial é um indicador independente da saúde dessas mulheres.

Outros dois estudos selecionados mostraram resultados condizentes com os anteriores – um realizado com base na pesquisa Nascer no Brasil (5) e outro, mais recente, publicado em 2019, de abrangência estadual, no Estado do Rio Grande do Sul (6) .

A disparidade socioeconômica

A desigualdade socioeconômica continua sendo um grande obstáculo na cobertura pré-natal brasileira. Considerando como critérios apenas o número de consultas e o início precoce do pré-natal, pode-se afirmar que houve redução na disparidade entre categorias extremas de renda no Brasil. No entanto, quando são levados em conta cuidados mais elaborados, como exames laboratoriais básicos, há alcance muito maior às puérperas mais ricas (6) .

De acordo com estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2019 (6) , em relação ao critério proposto por Silveira et al. (7) , que considera o número de consultas pré-natais, a idade gestacional de início do acompanhamento e a realização de alguns exames (dois

exames qualitativos de urina, um hemograma e uma sorologia para sífilis), a disparidade entre categorias extremas de renda familiar aumentou em 164% (de 5,6 pontos percentuais para 14,8 pontos percentuais, $p < 0,001$) de 2007 a 2016. Nesse sentido, os autores sugerem que haja priorização de oferta de cuidado a gestantes de pior renda familiar.

A partir do estudo de uma coorte no nordeste brasileiro (8), cuja taxa de inadequação do pré-natal foi de 60,2%, é possível observar que as falhas se associam principalmente a fatores relacionados à renda. Nessa pesquisa, o conteúdo da assistência pré-natal foi classificado como inadequado quando não atendeu aos critérios do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que inclui o início precoce, o número mínimo de consultas, os exames laboratoriais básicos, a vacinação antitetânica e os procedimentos obstétricos. O pré-natal inadequado foi associado à classe econômica C (RP = 1,39; IC 95% = 1,26-1,55; $p < 0,001$), às classes econômicas D e E (RP = 1,60; IC 95% = 1,43-1,79; $p < 0,001$), à ocupação da mãe não qualificada ou à mãe desempregada (RP = 1,24; IC 95% = 1,11-1,37; $p < 0,001$), à escolaridade de 5-8 anos (RP = 1,12; IC 95% = 1,06-1,19; $p < 0,001$) e de 0-4 anos (RP = 1,13; IC 95% = 1,01-1,26; $p < 0,001$), bem como ao atendimento no serviço público (RP = 1,75; IC 95% = 1,54-2,00; $p < 0,001$).

Em outro estudo (9), a participação no programa Bolsa Família associou-se a um menor índice de testagem para sífilis e HIV durante o atendimento pré-natal (RP = 1,21; IC 95% 1,07-1,36; $p < 0,001$ e RP = 1,43; IC 95% 1,19-1,72; $p < 0,001$, respectivamente). Por outro lado, receber tal auxílio se relacionou a um maior número de consultas (RP = 0,80; IC 95% 0,72-0,88; $p < 0,001$). Isso sugere que, apesar de o programa aumentar o acesso das gestantes ao pré-natal, existem disparidades entre as unidades básicas de saúde quanto ao acesso aos testes básicos.

Esses resultados demonstram iniquidade da assistência pré-natal, evidenciando que mulheres de pior condição socioeconômica foram as que mais buscaram assistência no sistema público de saúde, mas também foram as que receberam cuidados de menor qualidade. Por outro lado, mulheres de classes econômicas altas, que, em sua maioria, efetuaram pré-natal no sistema privado, obtiveram assessoramento mais adequado.

Falhas diretas na execução do pré-natal

Diagnóstico da gravidez

O atraso no diagnóstico da gravidez foi apontado por Viellas et al. (5) como a principal causa de atraso na primeira consulta pré-natal, correspondendo a 46,6% ($p < 0,001$) dos casos. Desconhecer que estava grávida foi o motivo relatado com mais frequência, inclusive em mulheres de maior risco reprodutivo, com desfechos negativos em gestações anteriores, nas quais é fundamental um diagnóstico e início de acompanhamento precoces, tornando esses dados ainda mais alarmantes. Portanto, dificuldades diagnósticas exercem um efeito direto sobre a execução adequada das etapas do pré-natal.

Domingues et al. (10) verificaram que o início tardio e, portanto, o diagnóstico tardio, afetaram a adequação do número de consultas. A proporção de gestantes com número adequado de consultas é muito menor entre aquelas com início do pré-natal depois da 16ª semana gestacional.

De acordo com Ruschi et al. (11), "a articulação da equipe de saúde por meio de treinamentos em serviço, intervenções conjuntas, discussões de casos, reuniões de equipe e elaboração de projetos terapêuticos singulares sensibiliza os profissionais das equipes de saúde da família para que ofereçam um olhar e uma escuta qualificados, favorecendo o diagnóstico da gravidez e o início mais precoce do pré-natal". A disponibilidade dos testes rápidos de gravidez na rede pública para toda usuária com história de atraso menstrual superior a 15 dias, conforme preconizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (1), facilita a captação precoce das gestantes. Nesse sentido, em conformidade com Viellas et al. (5), a alta taxa de puérperas cujo pré-natal não foi iniciado precocemente pelo não conhecimento de que estavam grávidas aponta para dificuldades no diagnóstico da gravidez e a necessidade de tornar mais fácil o acesso das mulheres a métodos diagnósticos, especialmente os de resultado imediato.

Registro no cartão de pré-natal

Segundo o Ministério da Saúde (1), para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir a realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do

preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal (sistema online de cadastramento e acompanhamento da gestante) ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados. Também deve ser fornecido e preenchido o Cartão da Gestante, que deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e contrarreferência. O cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta pelo médico, sendo fundamental que a gestante sempre o tenha em mãos. Durante a gravidez, as condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser registrados no Cartão da Gestante.

O Ministério da Saúde (1) ainda deixa claro que devem constar explicitamente no Cartão da Gestante o nome do hospital de referência para o parto e informações relativas às intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com potencial necessidade de mudança do hospital de referência, isso também deve ser registrado no cartão. Essa informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento na respectiva unidade de saúde.

Em suma, todos os procedimentos, testes, avaliações de risco ou qualquer intercorrência durante a gravidez devem constar no cartão, de modo que haja um registro completo que possa ser consultado em casos de emergência ou simplesmente durante o acompanhamento usual do pré-natal. O cartão é, portanto, a principal forma de comunicação entre as equipes de assistência com os profissionais que realizarão o parto. Apesar de sua importância, muitas vezes o preenchimento é inadequado ou as gestantes não o trazem no dia do parto.

De acordo com Viellas *et al.* (5), embora mais de 90% ($p=0,130$) das puérperas tenham informado que receberam o cartão de pré-natal durante seu acompanhamento, apenas 72,1% ($p<0,001$) o apresentaram na admissão hospitalar para o parto. Mais de 80% ($p<0,001$) dos cartões analisados continham registro da primeira rotina de exames (glicemia e exame de rotina de urina), mas o registro da segunda glicemia só foi observado em 39,2% ($p<0,001$) dos casos. As regiões Norte e Nordeste apresentaram a proporção mais baixa de registro de todos os exames. A taxa nacional de preenchimento do segundo exame foi menor que 40%.

Em um estudo desenvolvido no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro, Vettore *et al.* (12) constataram que menos da metade dos cartões de pré-natal tinha registro do teste para HIV (46,8%) e ultrassonografia no primeiro trimestre (42,7%). Nenhum dos resultados teve valor “p” significativo.

Para ilustrar ainda mais as dificuldades e disparidades no registro do cartão de pré-natal, Neto *et al.* (13), estudo conduzido no SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, mostraram dados preocupantes. O primeiro registro de realização de exames laboratoriais diagnósticos nos cartões foi classificado como ruim e, observando-se a repetição desses exames, todos, sem exceção, apresentaram nível de registro classificado como muito ruim.

Orientações para o parto e para a amamentação

De acordo com o Ministério da Saúde (1), é importante que haja um intercâmbio de informações e vivências entre a gestante e o profissional de saúde, a fim de promover a compreensão do processo de gestação. Porém, em Viellas *et al.* (5), observou-se que muitas dessas orientações não são fornecidas às gestantes de diferentes regiões do país.

Com relação à orientação para início do trabalho de parto, quase metade das gestantes (49,5%; $p=0,002$) não receberam nenhuma informação, na média nacional. Nesse tópico, a região em que mais se cumpriu essas orientações foi a Sul, com 57,5% ($p=0,002$).

Na questão do aleitamento materno, na média nacional, 64% ($p<0,001$) das mulheres referiram ter recebido informações acerca do tema. Além disso, as apenas 41,1% ($p=0,02$) das mulheres relataram ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto. A baixa proporção de orientações recebidas na assistência pré-natal mostra a ineficiência do sistema de saúde, em alguns pontos, em preparar de forma adequada a gestante para o parto e para a amamentação. Destaca-se, então, a necessidade de melhorar a comunicação médico-paciente.

Início tardio e número de consultas inadequado

O início precoce do pré-natal é recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo Ministério da Saúde

(1), pelo fato de que muitos agravos e situações de risco devem ser identificados e tratados desde o começo da gravidez. São exemplos: potencial: transmissão da sífilis e HIV, diagnóstico de gravidez tubária, manejo da hipertensão arterial e do diabetes, além de controle da anemia (4). Os principais fatores de início tardio da assistência no Brasil são: a dificuldade diagnóstica da gravidez (46,6%), questões pessoais (30,1%) e barreiras de acesso (23,2%) (5).

Com base nos dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012, Viellas *et al.* (5) publicaram resultados sobre o panorama do pré-natal no país. Um dos fatores analisados foi a realização do pré-natal de forma precoce: 75,8% ($p < 0,001$) das gestantes iniciaram as consultas antes da 16ª semana. Um percentual ainda menor compareceu a todas as consultas mínimas preconizadas. Menores índices de início precoce de assistência médica foram observados nas regiões Norte e Nordeste, nas gestantes negras e pardas, com menos anos de estudo, desacompanhadas pelo parceiro, com maior número de gestações prévias, com gravidez indesejada, insatisfeitas com a gravidez atual e que tentaram interrompê-la.

Outros dois estudos nacionais (4,14) verificaram que apenas pouco mais da metade das gestantes começaram seu pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez, resultando em menor número de consultas e grau de adequação da assistência (4). Gestantes com intercorrências procuraram antes uma assistência médica do que aquelas sem (14). Em ambos os estudos, as gestantes com pré-natal tardio pertenciam ao grupo com menor acesso à saúde.

Há também um estudo comparativo da assistência pré-natal em quatro países de baixa e média renda (15), sendo o Brasil um deles. Utilizando dados da coorte de Pelotas (RS) de 1982, mostrou-se que um pouco mais da metade das gestantes começaram o pré-natal no primeiro trimestre, havendo associação positiva entre a realização adequada do pré-natal (início precoce e maior número de consultas) e desfechos positivos na altura e no rendimento escolar da criança (15).

O cumprimento do número mínimo de 6 consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde (1), não é a realidade de todas as gestantes brasileiras, embora a porcentagem de mulheres

que atingem essa meta seja bastante significativa. O estudo de Viellas *et al.* (5) mostrou que 73,1% ($p < 0,001$) das gestantes realizaram 6 consultas ou mais. Estudo de Goudard *et al.* (1), semelhante: a adequação do número de consultas por idade gestacional foi observada em 66% das gestantes. Em Viellas *et al.* (5), é observado o nível de disparidade entre as regiões do Brasil: enquanto na região Sudeste, 79,7% ($p < 0,001$) compareceram a no mínimo seis consultas, na região Norte essa taxa foi de apenas 57,3% ($p < 0,001$).

Quanto à faixa etária das gestantes, foi visto que há um aumento progressivo no número de consultas quanto maior for a idade da mãe: entre as com 35 anos ou mais, aquelas que tiveram pelo menos 6 consultas somaram 79,4%; já entre as mais jovens, esse número foi decaindo: entre 20-34 anos, a porcentagem foi de 75,2%; 15-19 anos, 62,4%; e, entre as adolescentes de 10 a 14 anos, foi de apenas 51,7% ($p < 0,001$).

Portanto, percebe-se que, apesar de a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ser praticamente universal, a adequação dessa assistência é ainda bastante desigual entre as gestantes de acordo com a região no Brasil, a classe social, o nível educacional, a cor da pele e outras características.

Exames complementares

Como citado anteriormente, mesmo quando as consultas de pré-natal são iniciadas precocemente e em quantidade adequada, ainda assim há grande defasagem no que tange à realização de exames laboratoriais (6). Com base em estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2019 (6), considerando-se apenas o início e o número de consultas, é verificado que em 81% ($p < 0,001$) das gestações obteve-se pré-natal adequado. No entanto, quando a análise é feita com base nos critérios de Silveira *et al.* (7), que englobam exames complementares, observa-se adequação do pré-natal em apenas 55% ($p < 0,001$) das participantes.

É importante observar que, nesse estudo, a adequação do pré-natal é medida por critérios que não abrangem todos os exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde (1). Portanto, é possível inferir que, se o pré-natal fosse avaliado

como adequado apenas quando contivesse todos os elementos obrigatórios, a porcentagem de adequação seria ainda menor. Desse modo, é importante que estudos futuros abranjam com maior totalidade os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde (1). Assim, será possível uma visão mais fidedigna da adequação do pré-natal.

Impasses de gestão e administração da saúde pública e as suas consequências

As desigualdades regionais

Nascer no Brasil foi uma pesquisa nacional de base hospitalar realizada entre 2011 e 2012, que incluiu 19.117 mulheres com pagamento público do parto (5). Leal et al., 2020 (14), com base nesta pesquisa, expõem a persistência de desigualdades regionais, barreiras no acesso e inadequação da atenção pré-natal, contribuindo para resultados adversos para os recém-nascidos.

A proporção de mulheres sem nenhuma assistência pré-natal foi 60% ($p < 0,001$) maior no Norte que a média nacional. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram maior prevalência de mulheres com início precoce do pré-natal, e a Sudeste, a maior cobertura de mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal. Nas regiões Norte e Nordeste, a frequência de partos entre adolescentes, mulheres de baixa escolaridade e de menor nível econômico foi maior que na região Sudeste.

Assim, evidencia-se a importância de estratégias públicas para garantir o fornecimento de recursos suficientes e corretamente distribuídos, bem como fiscalização adequada acerca da sua utilização, objetivando proporcionar maior qualidade do serviço pré-natal às diversas regiões do país.

Peregrinação da gestante

Em se tratando do atendimento obstétrico, mesmo pequenas demoras podem gerar grandes danos. O modelo teórico de três demoras, conhecido como *three delays model*, as classifica em: fase I, a demora na decisão de procurar cuidados; fase II, a demora em chegar a uma unidade de cuidados adequados; e fase III, a demora

em receber os cuidados adequados na instituição de referência (17). Quando uma mulher peregrina por mais de um serviço de saúde, certamente estamos diante das fases II e III. A vinculação da gestante ao local do parto previne a peregrinação na busca de atenção hospitalar durante o trabalho de parto.

A peregrinação foi avaliada em um estudo sobre assistência pré-natal na rede pública de 2020 (14). Mostrou-se que aproximadamente metade das mulheres foram vinculadas à maternidade durante o pré-natal. Mais de 90% das mulheres na região Sul tiveram parto na maternidade indicada (91,0%; valor $p < 0,001$); por outro lado, o Nordeste foi a região com menor número de partos nas maternidades vinculadas (76,3%; valor $p < 0,001$). Em torno de 23,5% das mulheres no Brasil sofreram a peregrinação, sendo ainda maior no Nordeste (33,1%; valor $p < 0,001$). Assustadoramente, 3,8% (valor $p < 0,001$) das gestantes do estudo peregrinaram por dois hospitais antes de efetivamente obterem atendimento. Além disso, mostrou-se relação da peregrinação com quase todos os desfechos neonatais negativos avaliados, incluindo Apgar com escore inferior a 8 avaliado cinco minutos após o nascimento, com razão de chances de 1,56 (IC 95% 1,19–2,03; $p < 0,001$).

A elevada incidência de peregrinação pode ser mitigada através de coordenação e integralidade do cuidado à gestante. Nesse sentido, o aprimoramento do sistema eletrônico do SUS e sua adequada utilização pelas diferentes instituições têm papéis fundamentais. Ressalta-se, também, a importância da comunicação médico-paciente efetiva, pois esse fator primordial pode garantir um direcionamento mais eficaz, em momento de necessidade.

Ausência de estrutura física

Uma das grandes barreiras na execução da assistência pré-natal igualitária e de qualidade no Brasil é a precariedade de estrutura física nas unidades de atendimento. No estudo de Da Luz *et al.* (18), observou-se que alguns critérios estruturais se mostraram bastante deficientes. Os critérios mais satisfatórios foram aqueles relacionados às equipes para assistência ao pré-natal: mais de 75% delas foram classificadas como adequadas por contarem com equipe mínima de atenção básica. Resultado positivo também foi observado quanto à disponibilidade de instrumentos em condições

de uso, de exames laboratoriais essenciais, de insumos direcionados à saúde da mulher e de material impresso.

Por outro lado, observou-se que menos da metade das unidades tinham disponíveis vacinas como influenza sazonal, hepatite B e tipo adulto dT (43,5%); outros insumos como agulhas, ataduras, EPI, etc) (28,1%) e medicamentos essenciais (28,3%) em quantidade suficiente. Os piores resultados foram os observados para o ambiente clínico e presença de testes rápidos. Apenas 8,8% das unidades contavam com estrutura física apropriada ao número de equipes (farmácia, consultório de enfermagem ou médico, salas de procedimento, etc. Além disso, somente 1,6% tinham disponíveis todos os testes rápidos (sífilis, HIV, gravidez). Também foi avaliada a infraestrutura das unidades básicas quanto a barreiras arquitetônicas e de estrutura e processo para pessoas portadoras de alguma deficiência física. Viu-se que acessibilidade visual/auditiva está presente em apenas 4,8% e acessibilidade para cadeirante é quase inexistente: apenas 1,4% das unidades.

Esses dados demonstram a precariedade estrutural em diversos aspectos importantes para a realização do atendimento à gestante, além de evidenciarem a inexistência de adaptações para acessibilidade de pacientes com alguma necessidade especial. São necessárias iniciativas governamentais para melhorar esse quadro, de forma a possibilitar atenção integral e satisfatória na assistência pré-natal.

Incongruência no local de manejo de gestações de alto e de baixo risco

É fundamental que o parto de gestantes de alto risco seja feito em hospitais com estrutura adequada, de forma que complicações possam ser manejadas adequadamente e de modo que seja garantida a segurança da mãe e do bebê. A classificação de risco deve ser realizada durante o acompanhamento pré-natal, com alocação da gestante para um local de parto pré-determinado que seja no mínimo adequado ao seu risco gestacional. Idealmente, todos os partos deveriam ser realizados em hospitais dotados de recursos mais avançados – como UTI –, pois nenhum parto é livre de consequências graves, apesar de sua classificação de risco. Contudo, devido às limitações do sistema de saúde, não são todos os hospitais

que possuem esse tipo de infraestrutura, sendo necessário, portanto, haver uma distribuição coerente do local de parto entre as gestantes. Nesse sentido, gestantes de alto risco devem ser encaminhadas para hospitais com estruturas mais avançadas, e gestantes de baixo risco podem ter o seu parto realizado em hospitais que dispõem de menos recursos de atendimento.

Infelizmente, muitas vezes essa distribuição não ocorre corretamente. Bittencourt *et al.* (19) realizaram uma análise da distribuição de mulheres classificadas com risco obstétrico pelo escore de adequação do hospital em que foram atendidas. Esse escore leva em conta disponibilidade de UTI, medicações disponíveis, equipamentos de emergência obstétrica e serviços de suporte. O estudo incluiu apenas hospitais públicos e mistos. Constatou-se que apenas 34,8% ($p < 0,001$) dos hospitais foram classificados como adequados para atendimento de gestantes de alto risco, e menos da metade das mulheres consideradas como tendo risco obstétrico tiveram seu atendimento realizado nesses hospitais com UTI e estrutura adequada.

Por outro lado, esse mesmo estudo mostrou que nos hospitais públicos das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste houve um valor reverso de 52,1% ($p < 0,001$) de mulheres de baixo risco gestacional sendo admitidas em hospitais com estruturas mais avançadas, como UTI. A nível nacional, 55% ($p < 0,001$) das mulheres brasileiras de baixo risco gestacional tiveram seu parto realizado em hospitais com UTI. Essa incongruência entre risco gestacional e adequação do hospital de atendimento representa um perigo para muitas gestantes de alto risco e uma incoerência nos gastos com recursos de saúde.

Conclusão

O Brasil é um país de dimensões continentais. Dessa forma, a avaliação da atenção pré-natal não pode ser realizada de maneira única. Cada região representa uma realidade ímpar, contando com atributos específicos, sejam eles positivos ou negativos. Assim, a melhor maneira de mitigar as dificuldades relacionadas ao atendimento à gestante é, primeiramente, analisar criteriosamente os principais problemas observados em cada região, ou mesmo microrregião. Somente após a determinação das prioridades específicas tornar-se-á possível uma intervenção eficaz e custo-

efetiva, de modo a maximizar os benefícios à população e o aproveitamento dos recursos públicos. Houve grandes avanços nos últimos anos, mas ainda existe uma série de elementos a serem otimizados, e isso exige uma avaliação cuidadosa e um esforço direcionado por parte das autoridades competentes.

Referências

1. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Leal, Maria do Carmo; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Cunha, Cynthia Braga da. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005.
3. Leal, Maria do Carmo et al . A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017.
4. Domingues RMS, Viellas EF, Dias 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.
5. Viellas, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.
6. Saavedra JS, Cesar JA, Linhares AO. Assistência pré-natal no Sul do Brasil: cobertura, tendência e disparidades. *Rev. Saúde Pública*. 2019; 53:40.
7. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):131-9.
8. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. 2015.
9. Freitas CHSM, Forte FDS, Roncalli AG, Galvão MHR, Coelho AA, Dias SMF. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:76
10. Domingues, Rosa Maria Soares Madeira et al . Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* , v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012 .
11. Ruschi, Gustavo Enrico Cabral et al . Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. *Cad. saúde colet., Rio de Janeiro* , v. 26, n. 2, p. 131-139, jun. 2018 .

12. Vettore, Marcelo Vianna et al . Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 2, p. 89-100, June 2013 .
13. Santos Neto, Edson Theodoro dos et al . O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Sept. 2012 .
14. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama, SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. Rev Saúde Pública. 2020; 54:8.
15. Liu, Xiaoying et al. Prenatal care and child growth and schooling in four low- and medium-income countries. PLoS One. 2017, 12(2): e0171299.
16. Goudard, Marivanda Julia Furtado et al . Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , 21(4):1227-1238, 2016.
17. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-1110.
18. Luz, Leandro Alves da; Aquino, Rosana; Medina, Maria Guadalupe. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 111-126, Oct. 2018.
19. Bittencourt, Sonia Duarte de A. et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil. Reproductive Health, 13(120), supl. 1, p. 257-265, 2016.