

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



DISSERTAÇÃO

**FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DE PRÉ-
NATAL NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.**

Cristiane Quadrado da Rosa

Pelotas, 2013

CRISTIANE QUADRADO DA ROSA

**FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DE PRÉ-
NATAL NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Denise Silva da Silveira
Co-orientador: Juvenal Soares Dias da Costa

Pelotas, 2013

Folha de aprovação

Autora: Cristiane Quadrado da Rosa

Título: Fatores associados a não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

Dr^a Denise Silva da Silveira (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Marilu Correa Soares (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Juraci Almeida César (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Elaine Thumé (1^a Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Luiz Augusto Facchini (2^o Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

A Deus e aos espíritos protetores pela companhia e resposta as minhas preces nas horas difíceis, por me darem forças e mostrarem que tudo vale a pena.

Aos meus filhos Isabel e José Francisco por entenderem minha ausência e por renovarem minhas energias em cada instante, precioso, que ficávamos juntos.

Ao meu marido Rogério acima de tudo pelo colo nos momentos em que estava esmorecendo.

À minha mãe Gicelda por me incentivar a iniciar e também a não desistir desta longa caminhada.

Ao meu pai Francisco que certamente me acompanha enviando seu amor e amparo cuidadoso.

À Velunia por cuidar dos meus tesouros e amenizar com todo o seu carinho todas as minhas ausências.

À minha orientadora Denise, que respirava fundo nas minhas “inabilidades”, e a mim dedicava suas minuciosas orientações.

À minha família, pelo amor, apoio, paciência e a companhia para um chimarrão reconfortante. Sem o apoio de vocês essa etapa não seria superada com tanto gosto.

Aos professores da Pós Graduação que me acolheram e ajudaram para que eu crescesse nesta jornada.

Aos queridos colegas do Departamento de Medicina Social pela atenção e disponibilidade durante esse período.

A todos que de alguma maneira tiveram participação direta ou indireta neste estudo, o meu muito obrigada.

*“Seja Sempre Você Mesmo
(mas não seja sempre o mesmo)”
Gabriel o Pensador*

Resumo

ROSA, Cristiane Quadrado da. **Fatores associados a não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Objetivo: Investigar fatores associados a não realização de pré-natal das mulheres com filhos nascidos vivos em 2009 e 2010, residentes no município de Pelotas.

Métodos: estudo caso-controle no qual se identificou 179 casos (mulheres que não realizaram o pré-natal) e 537 controles (mulheres com pré-natal) utilizando o banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos local. Os controles foram pareados por idade e selecionados de acordo com a região administrativa de moradia do caso. A análise multivariada hierarquizada foi efetivada por meio de Regressão Logística Condicional. **Resultados:** o modelo ajustado final mostrou associação entre menor escolaridade materna, especialmente ter menos de quatro anos de estudo, ser mulher solteira e múltipara com não realização de pré-natal.

Conclusões: este estudo aponta indicadores que devem ser considerados na estruturação e implementação de políticas de educação para a saúde reprodutiva, planejamento familiar e rastreamento de gestantes sem pré-natal, assim como indica as regiões do município onde tais estratégias deveriam ser prioritárias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré- Natal; Equidade; Estudos de Casos e Controles; Fatores de Risco.

Abstract

Objective: To investigate associated factors with lack of prenatal care use of women with live births in 2009 and 2010, residents in the city of Pelotas. **Methods:** A case-control study where they identified 179 cases (women who did not have prenatal care) and 537 controls (women with prenatal) using the Live Births Information System database. The controls were matched by age and selected according to the administrative region's housing case. A hierarchical multivariate analysis was carried out by means of Conditional Logistic Regression. **Results:** In the final adjusted model showed association no conducting pre-natal the maternal education, especially those having less than four years of study, be unmarried woman and multiparous. **Conclusions:** This study suggests that indicators should be considered as the implementation of education policies for reproductive health, family planning and tracking of pregnant women without prenatal care, as well as indicates the regions of the county where such strategies should be a priority.

Keywords: Primary Health Care; Prenatal Care; Equity; Case-Control Study; Risk Factors.

Lista de Quadros e Figuras

Quadro 1	Cobertura de pré-natal e fatores associados	23
Quadro 2	Variáveis demográficas e socioeconômicas	28
Quadro 3	Variáveis relacionadas à gestação e ao nascimento	29
Quadro 4	Variáveis da oferta de serviços de saúde	29
Figura 1	Modelo de Análise	32

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPD	Centro de Processamento de Dados
DNV	Declaração de Nascido Vivo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RN	Recém Nascido
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

Definição de Termos

Acesso – garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde ou uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (MEDRONHO et al., 2009). Pode ser caracterizado em quatro grupos principais: geográfico (distância que deve ser percorrida até o serviço, barreiras geográficas, tempo de viagem, disponibilidade de transporte e custos com deslocamento); econômico (custos de aquisição da atenção médica – tipo de financiamento); cultural (adequação das normas técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se insere); e funcional (oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população).

Ações Programáticas em Saúde - constituem uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica (CAMPOS, 2000).

Atenção pré-natal – é o conjunto de cuidados e intervenções que uma mulher grávida recebe dos serviços de saúde com a finalidade de prevenir ou identificar e tratar doenças que podem ameaçar a saúde do feto, recém-nascido e / ou a mãe (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; BRASIL, 2012).

Cobertura de serviços e ações de saúde – designa a medida de quanto um serviço ou ação de saúde colocado à disposição da população realmente cobre as necessidades potenciais desta população (MEDRONHO, 2009). Suprimento do número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa (SAMICO et al., 2010).

Equidade – o conceito de equidade é relacionado à justiça social. Em saúde, é a igualdade de oportunidades de acesso ou de tratamento para necessidades iguais e, como tal, é um direito de todo o cidadão (MEDRONHO 2009). Distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde (SAMICO et al., 2010).

SUMÁRIO

1	Introdução.....	12
1.1	Delimitação do problema de pesquisa.....	13
1.2	Justificativa.....	13
2	Objetivos.....	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	Hipóteses.....	16
4	Marco teórico.....	17
4.1	A importância da atenção pré-natal.....	17
4.2	O acesso a ações e serviços de pré-natal no Brasil.....	18
4.3	A exclusão do cuidado pré-natal e fatores associados.....	19
4.4	Estratégias de busca bibliográfica.....	22
5	Metodologia.....	27
5.1	Delineamento da pesquisa.....	27
5.2	Local do estudo e fonte de dados.....	27
5.3	Definição dos casos.....	27
5.4	Definição dos controles.....	27
5.5	Fonte dos casos e controles.....	28
5.6	Tamanho da amostra.....	28
5.7	Variáveis do estudo.....	28
5.8	Instrumento de coleta de dados.....	30
5.9	Logística.....	30
5.10	Processamento de dados.....	31
5.11	Análise de dados.....	31
6	Aspectos éticos.....	33
7	Recursos.....	34
7.1	Recursos humanos.....	34
7.2	Recursos materiais e plano de despesas.....	34
8	Cronograma.....	35
9	Divulgação dos resultados.....	36
10	Referências.....	37
11	Relatório do trabalho de campo.....	43
12	Artigo da dissertação.....	45
	Apêndices.....	62
	Anexo.....	70

1. INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal (PN) abrange um conjunto de ações que buscam promover a saúde materna e fetal, rastrear situações de risco e tratar intercorrências o mais precocemente possível. Este cuidado proporciona efeitos positivos na gestação, tanto clínicos quanto psicológicos com impacto importante sobre a morbimortalidade materno-infantil (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; RIBEIRO; GUIMARÃES, BETTIOL, 2009; BECKMAN; LOUCKX; PUTMAN, 2010; FESCINA et al., 2011).

Muitos esforços vêm sendo implementados mundialmente com vistas a aumentar a cobertura e melhorar a qualidade do pré-natal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em termos de cobertura global, o controle pré-natal vem evoluindo exemplarmente. Nos países industrializados, mais de 95% das mulheres grávidas realizam pelo menos uma consulta de pré-natal e nos menos desenvolvidos, como Colômbia e África, este indicador atinge 62% e 69% das mulheres grávidas, respectivamente (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; ALAVAREZ et al., 2010).

No Brasil, significativa melhora foi observada na cobertura pré-natal após a adoção do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN em 2000. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS (BRASIL, 2006) revelou que a porcentagem de mães que não realizou PN diminuiu de 14% para 1% entre os anos de 1996 e 2006. A cobertura do pré-natal no Brasil foi de 98% em 2010 (DATASUS, 2012).

Em contrapartida, a exclusão do cuidado pré-natal tem sido associada a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos (RN). Problemas como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade foram identificados por vários estudos como decorrentes da não realização de pré-natal (ARAÚJO et al, 2006; SCHOEPS et al, 2007; CASCAES et al, 2008).

A maioria dos estudos disponíveis aponta que a exclusão do pré-natal se deve principalmente a fatores socioeconômicos, entre eles baixas renda familiar e escolaridade, de acesso às consultas, tais como local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento, de qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; TAMEZ-GONZÁLEZ et al., 2006; TITALEY, 2010). Outros motivos que podem estar relacionados são idade

materna, mães sem a presença do pai, fumo, álcool e outras drogas, número de filhos anteriores, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e práticas e concepções de descrédito sobre o pré-natal (GAMA et al., 2004; DARMONT et al., 2010; CESAR ET al, 2011).

Neste contexto, considerando a relevância do tema para as políticas públicas direcionadas ao cuidado da mulher na gestação, esse estudo busca conhecer os fatores associados a não realização do pré-natal em um município de grande porte do Sul do Brasil.

1.1 Delimitação do problema de pesquisa

O presente estudo tem como problema de pesquisa responder ao seguinte questionamento: **Quais são os fatores associados a não realização de pré-natal entre as mulheres com filhos nascidos vivos nos anos de 2009 e 2010, residentes no município de Pelotas?**

1.2 Justificativa

As evidências têm mostrado que o atendimento pré-natal, quando adequado, diminui a mortalidade infantil e materna (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; WEHBY et al, 2009; BARROS et al, 2010; BRASIL, 2012). Dentre as principais causas de morte materna que podem ser evitadas estão às hemorragias, infecções, complicações do aborto e eclampsia, distócias e síndromes hipertensivas (CALDERON, 2010; VETTORE et al, 2012). Para a mortalidade neonatal a não realização de pré-natal foi apontado como fator de risco, evidenciada pelo estudo publicado por Schoeps et al, em 2007.

No Brasil, apesar da implantação do PHPN em 2000, visando à ampliação da oferta de serviços de saúde e melhoria do cuidado de pré-natal, estudos epidemiológicos nacionais têm destacado a inadequação dos cuidados. Leal, Gama e Cunha (2005) mostraram iniquidades na assistência no Rio de Janeiro: menos de um quinto das mulheres negras com baixa escolaridade realizaram pré-natal classificado como adequado. Neste mesmo ano, em Aracajú, Ribeiro et al. evidenciaram elevada cobertura pré-natal em 4.552 nascimentos, porém com 33,9% de inadequação no cuidado dispensado às gestantes. No ano de 2009, Cesar et al.

encontraram que a qualidade do pré-natal foi consistentemente mais elevada entre mulheres brancas e de nível socioeconômico elevado do que entre as negras e pobres. Malta et al (2010) mostrou aumento do coeficiente de mortalidade infantil por causas reduzíveis por adequada atenção à mulher durante a gestação entre os anos de 1997 e 2006.

Em algumas regiões do planeta os cuidados na gestação não cobrem um percentual significativo das mulheres grávidas. No Sudão 10% das mulheres gestantes não realizaram nenhuma consulta de pré-natal em 2009 (AZIEM; OSMAN; ABBAKER, 2010). Fato semelhante ocorreu na China onde 9% das mulheres não realizaram pré-natal em 2008 (WU; VIISAINEN; LI, 2008). Para o Brasil, este percentual foi de 2% em 2010 (DATASUS, 2012).

Em Pelotas, comparando-se os estudos de Coorte de 1982, 1993 e 2004 quanto ao atendimento de pré-natal, observa-se melhora da cobertura. O percentual de mulheres que não consultaram durante o pré-natal em 1982 foi 4,9%, de 4,8% em 1993 e atingiu 1,9% em 2004 (CÉSAR et al., 2008). De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) ano base 2010, 2,7% das crianças nasceram de mães sem pré-natal (PELOTAS, 2010).

Portanto, propõe-se realizar um estudo de casos e controles com o intuito de identificar os fatores associados a não realização do pré-natal em Pelotas a partir das informações do SINASC, e assim contribuir para o planejamento das ações e melhor captação das gestantes excluídas destes cuidados.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Investigar fatores associados a não realização de pré-natal das mulheres com filhos nascidos vivos nos anos de 2009 e 2010 e residentes no município de Pelotas.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar a amostra de mulheres de acordo com aspectos demográficos, socioeconômicos, da gestação, do nascimento, do modelo de atenção do serviço de saúde mais próximo de sua área de moradia, distância da residência da gestante até o serviço de saúde mais próximo e região administrativa de moradia.

Avaliar a associação da não realização de pré-natal em relação a variáveis independentes:

- Estado civil;
- Escolaridade;
- Ocupação habitual;
- Número de gestações anteriores;
- Duração da gestação;
- Distância da residência da gestante até o serviço de saúde de sua área de moradia;
- Modelo de atenção do serviço de saúde de sua área de moradia.

3. Hipóteses

A não realização do pré-natal será maior entre as mulheres:

- De mais baixa escolaridade;
- Multíparas;
- Que não trabalham fora de casa;
- Solteiras;
- Que tiveram filhos prematuros (recém nascidos com menos de 37 semanas de gestação);
- Residentes em locais mais distantes do serviço de saúde da sua área de abrangência;
- Residentes em áreas de abrangência de Unidade Básica de Saúde (UBS) do modelo Tradicional;

4. Marco Teórico

As ações programáticas à saúde fundamentam-se no ideal da integração sanitária e inspiram-se em tecnologias de base epidemiológica (CAMPOS, 2000). A atenção a gestante está incluída dentre as ações programáticas utilizadas para organizar a produção do cuidado de grupos vulneráveis por meio das diversas redes assistenciais e intervir sobre problemas que têm importante expressão epidemiológica. Estas ações articulam os recursos disponíveis e necessários ao cuidado pré-natal, evitando-se a criação de serviços especializados isolados ou programas verticais (SILVEIRA; SANTOS, 2004; FREIRE, 2005; HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2006; FESCINA et al., 2010).

4.1 A importância da atenção pré-natal

O cuidado pré-natal, associado a uma rede organizada de serviços de atenção a gestante e ao RN, mantém relação direta com os indicadores de saúde materno infantis como redução do risco de mortalidade materna e neonatal. Esta rede objetiva assegurar uma gestação segura e nascimento saudável para o RN, sem complicações maternas (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; BARROS et al, 2010; BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal é considerada importante componente dos cuidados primários em saúde e tem por objetivos promover a saúde, realizar o diagnóstico precoce e tratamento de doenças e suas complicações, e contribuir para a redução de comportamentos e fatores de risco passíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN et al, 2003; BARROS et al 2010; FESCINA 2010).

O pré-natal, para que seja adequado, deve iniciar precocemente garantindo maior número de ações de promoção e prevenção e permitindo a identificação de gestações em situação de maior risco, como também a elaboração de acompanhamento individualizado (FESCINA et al, 2010).

Através da captação precoce das gestantes, especialmente nas primeiras semanas de gestação e da atenção adequada é possível oferecer à mulher uma gravidez mais segura (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; BRASIL, 2012). Para tanto, é necessário que os serviços de saúde estejam preparados para realizar um pré-natal de qualidade e fortalecer o vínculo da gestante com a equipe (BRASIL, 2012).

4.2 O acesso a ações e serviços de pré-natal no Brasil

O acesso oportuno aos serviços de saúde torna-se importante para proporcionar uma atenção mais equânime para determinados grupos populacionais que muitas vezes são excluídos destes cuidados por razões diversas (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002). Alguns autores categorizam o acesso a ações e serviços de saúde em determinantes da oferta e determinantes da demanda distinguindo os conceitos de acesso e utilização. Ressaltam a importância da estruturação da rede de atenção a partir das necessidades da população para então adequar a oferta de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; BARATA, 2006; BRASIL, 2010).

Como ação que buscou incorporar uma atenção integral ao cuidado da mulher é importante destacar a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM, que foi redigido por uma comissão nomeada pelo Ministro da Saúde constituída por três médicos e uma socióloga. O lançamento do Programa em uma época de intensa atuação dos movimentos sociais e, particularmente dos grupos organizados de mulheres em geral fomentou uma proposta de atenção com ações a partir das necessidades das mulheres, rompendo com o modelo de atenção da época. Incorporou princípios norteadores da reforma sanitária como descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e controle social (OSIS, 1998).

Em junho de 2000, com a crença de que ainda era deficiente a assistência à saúde da mulher, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN. Este programa teve como fundamento uma assistência humanizada que objetivava a melhoria do acesso e adequado acompanhamento do pré-natal e nascimento. Buscou estabelecer procedimentos mínimos para uma atenção que reduzisse as taxas de mortalidade materna e infantil como número mínimo de consultas, realização da primeira consulta no primeiro trimestre, exames laboratoriais entre outros (BRASIL, 2000; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; NASCIMENTO et al, 2007).

Atualmente a persistente fragmentação das ações e dos serviços de saúde e a dificuldade do trabalho em rede forçaram a criação de uma estratégia que busca garantir as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, as crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia é a Rede Cegonha

lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, visando à ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, reduzindo os riscos desta fase. Estas propostas culminam na integração dos serviços, para que estes funcionem em rede acolhendo a gestante e a família durante a gravidez, o parto e o puerpério (BRASIL, 2011).

O modelo de atenção do serviço em que a gestante está inserida torna-se fundamental para colocar em prática o funcionamento de uma rede de assistência efetiva e eficiente. Se o modelo de atenção estiver fundamentado nas práticas curativas, centrado no cuidado médico e se estruturar a partir da oferta será insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentáveis para os enfrentamentos futuros (PAIM, 2003; BRASIL, 2010).

Neste contexto, a formação de uma rede de atenção à saúde capaz de proporcionar o cuidado esperado demanda que ela tenha qualidades essenciais ao seu funcionamento como população e território definidos, conhecimento das necessidades da população, uma gama de serviços inter-relacionados para o cuidado integral e a atenção primária à saúde estruturada como primeiro nível de atenção (GIL, 2006; BRASIL, 2011; FESCINA, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção que contempla os aspectos citados acima, no qual se obtém um diagnóstico da população residente na área coberta propiciando melhor intervenção nos hábitos relacionados à saúde. O conhecimento do território e sua população pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde promove vínculo com o serviço e oferece ferramentas para o trabalho de vigilância em saúde. Estudo evidenciou que a partir do encaminhamento das gestantes à UBS durante as visitas domiciliares realizadas por estes profissionais foi possível promover o início precoce do pré-natal, aumentar o número de consultas e exames laboratoriais realizados, como também questões relacionadas à amamentação foram mais trabalhadas (CESAR et al, 2008).

No Brasil, ao longo dos anos, indicadores mostraram melhora progressiva da cobertura do atendimento a gestante, passando de 86% em 2004 para 98% em 2009 (DATASUS, 2010).

4.3 A exclusão do cuidado pré-natal e fatores associados

Apesar da melhoria na cobertura e quase universalidade do pré-natal um percentual da população de gestantes ainda fica sem o benefício desta ação, dependendo do nível de desenvolvimento do local onde as mulheres residem, do

acesso a serviços de saúde e da organização do sistema de saúde (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; TAMEZ-GONZÁLEZ et al., 2006; COSTA et al, 2010; TITALEY, 2010).

As consequências da exclusão dos cuidados na gestação já estão bem documentadas. A chance de uma criança morrer nascida de mãe que não realizou PN é 6,87 vezes maior do que a de mães que tiveram acesso a estes cuidados (ALMEIDA, 2002). Com resultados ainda piores, estudo realizado em São Paulo, evidenciou que os recém-nascidos de mães que não realizaram pré-natal mostraram 16,3 vezes mais chance de morrer em comparação às que realizaram (SCHOEPS et al, 2007).

Cascaes et al. (2008) identificaram a não realização de pré-natal como risco para a prematuridade, mostrando que entre mulheres que não tiveram acesso a consultas pré-natal, a prevalência de prematuridade foi alta (23%), enquanto que entre mães que realizaram 7 ou mais consultas a prevalência foi de apenas 4%.

Estudo realizado no estado do Pará mostrou que do total de recém nascidos que tiveram confirmação de sífilis congênita, 21,7% das mães não havia realizado pré-natal (ARAUJO, 2006). A vigilância da transmissão vertical da sífilis durante a gestação é justificada pela alta taxa de prevalência e de transmissão que varia de 30% a 100% sem tratamento ou com tratamento inadequado (SES-SP, 2008).

A transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) também é fator preocupante em relação aos cuidados com pré-natal. Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que das puérperas identificadas com teste rápido como portadoras do HIV, em 11 maternidades locais, 30% delas não haviam realizado pré-natal (DARMONT et al, 2010).

Como consequências da exclusão da atenção pré-natal também se encontram as síndromes hipertensivas, as hemorragias e infecções maternas, as complicações do aborto e as distócias, que são as principais causas da mortalidade materna e infantil (VETTORE et al, 2012; CALDERON, 2010).

Os fatores socioeconômicos e de acesso, assim como baixa renda familiar e baixa escolaridade são os principais motivos apontados como fatores excludentes do acesso ao pré-natal (TAMEZ-GONZÁLEZ et al, 2006; ANVERSA et al, 2012).

A condição socioeconômica está fortemente associada ao acesso ao pré-natal, como comprova o estudo de Serruya et al (2004), salientando que para cada 10% de redução da taxa de pobreza há um acréscimo de 7% na cobertura pré-natal.

A cobertura do PN é menor entre as mulheres que dele mais necessitam: as pobres, as menos instruídas e as que vivem nas áreas rurais (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004).

Titaley (2010), em estudo realizado na Indonésia, identificou como fatores que dificultam o acesso aos cuidados pré-natais os custos com os serviços e com transporte. Outros motivos que podem levar a esta exclusão podem estar relacionados a não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e práticas e concepções de descrédito (DARMONT, 2010).

A idade materna pode influenciar para a não realização de pré-natal ou número reduzido de consultas, as adolescentes são mais expostas aos outros fatores como baixa escolaridade e baixa renda familiar (CESAR, 2011).

Para Gama et al. (2004) o fato da mãe estar vivendo com o pai do bebê favoreceu a realização do pré-natal e aumentou o número de consultas. Mães com tentativa de aborto tendiam a realizar menos consultas de pré-natal e a utilização de fumo, álcool e drogas reduziram a realização de consultas. Mostrou ainda como desfavoráveis o baixo grau de escolaridade, o número 1 a 3 filhos anteriores e idade de 10 a 14 anos na primeira gestação (GAMA, 2004).

4.4 Estratégias de busca bibliográfica

As estratégias de busca utilizadas foram consulta em bases de dados eletrônicas (Scientific Electronic Library Online – SCIELO, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS), busca manual em periódicos nacionais indexados e leitura de dissertações e teses disponibilizadas na Internet. Procedeu-se ainda a busca específica por títulos e autores a partir da lista de referências dos periódicos selecionados.

A revisão da literatura foi realizada com objetivo de encontrar trabalhos científicos sobre fatores associados a não realização do cuidado pré-natal. Foram rastreados estudos em que a realização e/ou não de pré-natal foram às variáveis de interesse, entre os anos de 2001 a 2011 no Brasil e no exterior. Utilizou-se a combinação dos descritores na língua inglesa “*Prenatal care*”, “*Antenatal Care*”, “*No Care*”, “*Inadequacy*”, “*Social exclusion*” e “*Equity*” e seus correspondentes na língua portuguesa. Utilizou-se como limites a escolha de artigos com resumos, estudos em humanos, sendo selecionados artigos clínicos, meta-análise, Guideline Prático, revisões bibliográficas, estudos comparativos, estudos de avaliação, artigos históricos, artigos de jornais, estudos multicêntricos, estudos validados, nos idiomas: português, espanhol e inglês.

Durante o processo de busca, excluíram-se duplicatas de resumos, as referências sem resumos disponíveis e artigos não especificamente relacionados ao tema (1ª Etapa). Após estas exclusões foram identificados os resumos para leitura (2ª Etapa).

Quadro 1. Estudos epidemiológicos relevantes para a investigação da cobertura e adequação da atenção pré-natal.

Autor/ Ano/ Estudo	Local	Amostra	Delineamento	Principais resultados
GAMA et al, 2002. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda.	Brasil	3.508 Puérperas	Transversal	– Maior % de mães sem consulta de pré-natal concentrou-se na faixa etária de 20-34 anos.
ALMEIDA, MF, 2002. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais.	Brasil	8.874 RN	Caso-controle	– A mortalidade infantil de crianças nascidas de mãe sem pré-natal foi de 6,87 vezes maior do que as de mães que realizaram pré-natal.
KILSZTAJN, et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2003	Brasil	683.637 Nascidos vivos de jan-jun/2001	Transversal	– O aumento do nº de consultas pré-natais e o aumento da acessibilidade para as categorias de risco contribuíram para a redução da prevalência de RN de baixo peso e prematuros.
GAMA et al., 2004. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro.	Brasil	1.967 Adolescentes	Transversal	– Mulheres com moradia sem água encanada, de baixa escolaridade, que não vive com o pai do bebê, com outros filhos, que tentaram aborto e que fumavam, realizaram menos consultas de pré-natal; – Mães com piores condições de vida ficaram a margem da assistência.
SEERUYA, SJ; CECATTI, JG; LAGO, TG, 2004. O PHPN do MS no Brasil: resultados iniciais	Brasil	720.871 Mulheres cadastradas no PHPN	Transversal	– Receberam o conjunto de cuidados recomendados pelo PHPN apenas 2% em 2001 e 5% em 2002, das mulheres cadastradas no PHPN.
LEAL, MC; GAMA, SGN; CUNHA, CB. 2005 Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto.	Brasil	9.633 Puérperas	Transversal	– Situação desfavorável do acesso ao pré-natal para mulheres de pele preta/ parda em relação às brancas.

Autor/ Ano/ Estudo	Local	Amostra	Delineamento	Principais resultados
ARAÚJO, EC; COSTA, KSG; RS et al. , 2006 A importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita	Brasil	46 Mães de RN com sífilis congênita	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - 21,7% das mães dos RN com sífilis não realizaram pré-natal; - Das que fizeram 55,6% realizou VDRL e destas, 15 só uma vez.
TAMEZ-GONZALEZ et al. , 2006. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal.	México	663 Mulheres	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Desigualdade social com efeitos sobre o acesso ao pré-natal; - Escolaridade e apoio social melhoram o acesso e utilização.
SCHOEPS et al. 2007. Fatores de risco para a mortalidade neonatal precoce.	Brasil	146 Óbitos neonatais	Caso-controle	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores de risco para mortalidade neonatal: baixa escolaridade, domicílio em favela, mães com união recente, mães sem companheiro, maus tratos, baixo peso ao nascer, pré-natal ausente, pré-natal inadequado, pré-termo.
NASCIMENTO, ER; PAIVA, MS; RODRIGUES, QP, 2007. Avaliação da cobertura e indicadores do PHPN no município de Salvador, Bahia, Brasil.	Brasil	6.044 Gestantes	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Pré-natal realizado nas UBS: 14,2%; - 37,8% das gestantes com pré-natal na UBS foram inscritas no PHPN.
CASCAES et al. , 2008 Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005.	Brasil	82.548 RN	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Maior chance de prematuridade quanto menor nº de consultas.
CESAR et al., 2008. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004.	Brasil	6.011 Nascimentos de 1982, 5.304 de 1993 e 4.287 de 2004	Coorte	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura pré-natal de 95,1% em 1982, 95,2% em 1993 e de 98,1% em 2004.
WU et al., 2008 Maternal care in rural China: a case study from Anhui province	China	699 Mães de crianças de até um ano de idade	Estudo de caso	<ul style="list-style-type: none"> - 9% das mães não realizaram pré-natal; - 36% com menos de 5 consultas.

Autor/ Ano/ Estudo	Local	Amostra	Delineamento	Principais resultados
LIMWATTANANON et al., 2009. Equity in maternal and child health in Thailand.	Tailândia	3.365 Mulheres	Transversal	– Mulheres mais ricas tiveram maior probabilidade de receber cuidado pré-natal.
RIBEIRO et al, 2009 Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan _area of Aracaju, Northeast Brazil.	Brasil	4.552 Nascimentos	Transversal	– Cobertura de pré-natal de 98,3%.
MALTA et al. , 2010. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do SUS.	Brasil	Série temporal dos óbitos de menores de um ano de idade, ocorridos no Brasil de 1997 a 2006.	Ecológico	– Redução da mortalidade infantil; – Aumento do acesso ao parto e cuidados com RN.
AZIEM, et al, 2010 Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan	Sudão	900 Mulheres	Transversal	– 11% as mulheres realizaram menos de 4 consultas 10% sem nenhuma consulta; – Baixa escolaridade do marido se associou a inadequação do pré-natal.
ALVAREZ et al, 2010. Cumplimento de _las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1° nivel, Manizales, años 2005-2007.	Colômbia	1.245 Prontuários de gestantes	Transversal	– A cobertura de pré-natal na Colômbia foi de 62%.
BECKMAN, et al, 2010 Determinantes of the number of antenatal visits in a metropolitan region.	Bruxelas	333 Mulheres	Transversal	– Com maior escolaridade, 22% mais consultas; – Baixo nº de consultas nas múltiparas.
CESAR et al., 2010. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil.	Brasil	4.244 Mulheres da zona urbana com nascimento de filho vivo ou morto com mais de 500g ou com pelo menos 20 semanas de gestação em 2004	Coorte	– Cobertura pré-natal de 98%; – A qualidade do pré-natal foi consistentemente mais elevada entre mulheres brancas e de nível socioeconômico elevado do que entre as negras e pobres; – A qualidade do pré-natal foi mais elevada no setor privado do que no setor público.

Autor/ Ano/ Estudo	Local	Amostra	Delineamento	Principais resultados
COSTA et al., 2010. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil.	Brasil	2.075 Mulheres em idade fértil	Transversal	– Cobertura pré-natal de 85,6%; – Adequação do pré-natal: 43,4%.
COUTINHO et al., 2010. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro.	Brasil	370 Cartões de pré-natal em 2002 e 1200 em 2004	Transversal	– Cobertura pré-natal de 99,0% em 2004.
DARMONT et al., 2010. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde.	Brasil	40 Mulheres HIV+	Qualitativo	– Dificultam o pré-natal: não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, conhecimento prévio da soropositividade, contexto social adverso, descrédito em relação ao pré-natal; – Facilitam: apoio familiar, desejo de laqueadura tubária, acolhimento pela equipe de saúde, experiências positivas de assistência.
MELO, MATHIAS, 2010. Spatial Distribution and Self-Correlation of Mother and Child Health Indicators in the State of Parana, Brazil.	Brasil	147.207 Nascimentos	Ecológico	– Cobertura pré-natal mais baixa em regiões com indicadores socioeconômicos desfavoráveis e baixo nível de desenvolvimento.
TITALEY, et al, 2010 Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community member's perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia.	Indonésia	295 Mulheres	Qualitativo	– Dificuldades financeiras são motivos para não realizar o pré-natal, assim como morar em áreas remotas e o custo do transporte ou do serviço utilizado.
CESAR et al. , 2011. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil.	Brasil	2.584 Nascimentos	Transversal	– Adolescentes realizam menos consultas, iniciam as consultas mais tarde, não completam o pré-natal.

Autor/ Ano/ Estudo	Local	Amostra	Delineamento	Principais resultados
ANVERSA et al, 2012. Qualidade do processo de assistência do processo pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município do Sul do Brasil.	Brasil	795 Puérperas	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> – Cobertura pré-natal 96%; – A atenção pré-natal foi favorável à ESF, devendo ser melhorada em relação aos procedimentos e exames.

5. Metodologia

5.1 Delineamento da pesquisa

O delineamento do estudo foi do tipo caso-controle retrospectivo. Para isso foi identificado um grupo de indivíduos com o desfecho (mulheres que não realizaram pré-natal) e, para comparação, um grupo sem o desfecho (mulheres que realizaram pré-natal).

5.2 Local do estudo e fonte de dados

O estudo foi realizado na cidade de Pelotas, RS, e utilizou o total de nascimentos nos anos de 2009 e 2010 de mulheres residentes no município, a partir da base de dados do SINASC local como fonte de estudo.

5.3 Definição dos casos

Foram considerados casos todas as mulheres residentes em Pelotas, que não realizaram pré-natal e tiveram filho(s) nascido(s) vivo(s) nos anos de 2009 e 2010.

5.4 Definição de controles

Foram considerados controles todas as mulheres residentes em Pelotas, que realizaram pré-natal e tiveram filho(s) nascido(s) vivo(s) nos anos de 2009 e 2010. Todos os controles foram emparelhados por idade com diferença de mais ou menos três anos. Optou-se por selecionar três controles para cada caso para aumentar o poder do estudo.

5.5 Fonte dos casos e controles

A identificação dos casos e dos controles se deu pela base de dados do SINASC local. Nos anos do estudo, o SINASC teve cobertura de 100% dos partos do município. Este banco é alimentado a partir da digitação dos dados da Declaração de Nascido Vivo – DNV (ANEXO), que contém as variáveis que serão utilizadas no estudo (Quadros 2, 3 e 4).

5.6 Tamanho da amostra

A amostra do estudo foi composta pelas mulheres que não realizaram pré-natal no município de Pelotas nos anos de 2009 e 2010 (casos) e seus controles, numa relação de três controles para cada caso. Assim, de acordo com a base de dados do SINASC de Pelotas o estudo incluiu 179 casos e 537 controles totalizando 716 mulheres. Com este tamanho de amostra o estudo pode detectar uma razão de odds de 1,65, supondo prevalências das exposições variando de 20% a 70%, com nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%.

5.7 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo integram a Declaração de Nascido Vivo (DNV) dos anos de 2009 e 2010 e são apresentadas nos quadros a seguir.

Quadro 2. Variáveis demográficas e socioeconômicas.

Campo/Questão da DNV[#]	Variável	Tipo	Características
III /15	Idade	Numérica discreta	Idade em anos completos
III/16	Estado civil	Categórica nominal	Solteira / Casada / Viúva / Separada judicialmente / União consensual
III/17	Escolaridade em anos de estudo concluídos	Categórica ordinal	Nenhuma / De um a três / De quatro a sete / De oito a onze / Doze e mais
III/18	Ocupação habitual	Categórica nominal	Categorias da CBO*
III/22	Região Administrativa de moradia a partir do endereço residencial	Categórica nominal	Areal / Três Vendas / Centro / Fragata / Praias / Porto / Distritos rurais (1º ao 9º distritos rurais)

[#] DNV: Declaração de Nascido Vivo de 2009 e 2010.

* CBO: Classificação Brasileira de Ocupações, 2002 (BRASIL, 2002).

Quadro 3. Variáveis relacionadas à gestação e ao nascimento.

Campo/Questão da DNV[#]	Variável	Tipo	Características
II / 6	Local do parto	Categórica nominal	Hospital / Outros estabelecimentos de saúde / Domicílio / Outros
III / 19	Nº de filhos nascidos vivos em gestações anteriores	Numérica discreta	Nº de filhos
III / 19	Nº de filhos nascidos mortos em gestações anteriores	Numérica discreta	Nº de filhos
IV / 25	Duração da gestação em semanas	Categórica ordinal	Menos de 22 / De 22 a 27 / De 28 a 31 / De 32 a 36 / De 37 a 41 / 42 e mais
IV / 26	Tipo de gravidez	Categórica nominal	Única / Dupla / Tripla e mais
IV / 27	Tipo de parto	Categórica nominal	Vaginal / Cesáreo

[#] DNV: Declaração de Nascido Vivo de 2009 e 2010.

Quadro 4. Variáveis relativas aos serviços de saúde.

Campo/Questão da DNV[#]	Variável	Tipo	Características
III/20	Distância da residência até o serviço de saúde de sua área de moradia	Numérica contínua	Distância em metros
III/20	Modelo de atenção do serviço de saúde de sua área de moradia	Categórica nominal	Estratégia de Saúde da Família / Tradicional

[#] DNV: Declaração de Nascido Vivo de 2009 e 2010.

5.8 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado na pesquisa para a coleta de dados foi a DNV que é o principal instrumento do SINASC. Deve ser emitida logo após o nascimento, no serviço onde ocorreu o parto ou, no caso de partos não hospitalares, por um profissional de saúde adequadamente treinado para preencher todos os campos da DNV. O formulário da DNV possui três vias: a primeira deve ser encaminhada ou recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde; a segunda, entregue à família, que a levará ao cartório para o pertinente registro de nascimento; a terceira deve ficar arquivada no prontuário do serviço de saúde responsável pelo parto. É importante frisar que das três vias da DNV a primeira é a que fornece os dados para o SINASC; portanto, em qualquer situação, o seu destino é a Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2004).

5.9 Logística

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas a liberação do banco de dados do SINASC dos anos de 2009 e 2010 (APÊNDICE A). De posse do banco de dados, o mesmo foi transferido ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 19.0 para identificação dos casos e controles e das variáveis incluídas no estudo.

Para cada caso encontrado foram selecionados três controles. Os controles foram organizados por ordem numérica crescente de idade e selecionados na ordem e seqüência em que surgiram, de acordo com a sua região administrativa de moradia no município, atendendo ao critério de variação de idade em mais ou menos três anos em relação ao caso.

Após seleção das variáveis do estudo, foi realizada uma freqüência simples de cada uma delas para avaliar o percentual de informações ignoradas. No caso de falta de informações para determinada variável foi realizada busca nos prontuários hospitalares, mediante solicitação de autorização por escrito do Diretor Clínico de cada instituição (APENDICE B) e no Centro de Processamento de Dados (CPD) da Secretaria de Saúde.

A distância em metros (percorrida a pé) entre a residência dos casos e controles até o serviço de pré-natal de APS da área de sua moradia foi calculada por

meio do *software* Google Earth[®] utilizando-se o serviço Google Maps[®]. De posse de todas as informações necessárias procedeu-se a análise dos dados.

5.10 Processamento de dados

A partir da liberação dos bancos de dados do SINASC pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e após seleção das variáveis do estudo, foi realizada uma frequência simples para avaliar o percentual de informações ignoradas de idade e endereço. No caso de falta de informações dos mesmos foi realizada busca nos prontuários hospitalares e / ou nas Autorizações de Internação Hospitalar, mediante autorização por escrito do Diretor Clínico de cada instituição ou do CPD da SMS.

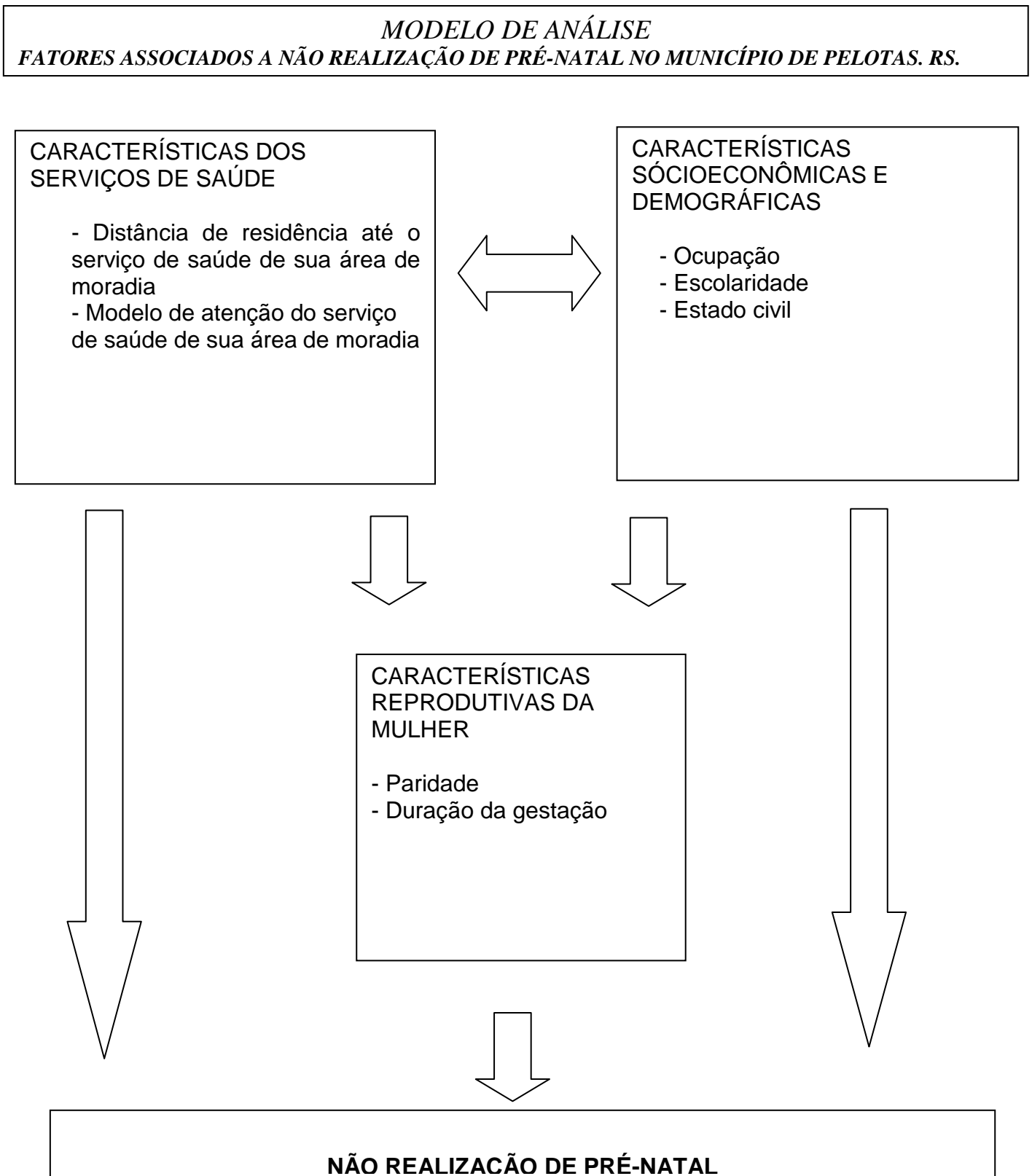
5.11 Análise de dados

A análise de dados inicialmente incluiu a obtenção das frequências de todas as variáveis de interesse entre os casos e os controles

Na análise bruta foram realizadas análises bivariadas cruzando os possíveis fatores de risco com a doença, calculando-se as razões de odds, seus respectivos intervalos de confiança de 95% e teste de significância. A análise multivariada foi efetivada por meio de Regressão Logística Condicional em virtude do emparelhamento de casos e controles e observou-se os valores ajustados, mantendo-se no modelo para controle de fatores de confusão as variáveis que apresentaram p valor $< 0,20$.

Para nortear a análise de dados foi utilizado um modelo teórico que pressupõe a existência de uma relação hierárquica entre as variáveis estudadas (Figura 1).

Figura 1 Modelo de Análise



6. Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução COFEN nº. 311/2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e deveres (artigos 89, 90 e 91) e às proibições (artigos 94 e 98).

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 12396813.6.0000.5316 (APENDICE C). Após a aprovação do comitê, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas para a utilização do banco de dados do SINASC.

7. Recursos

7.1 Recursos Humanos

- Pesquisador
- Professor de português, tradutor de inglês e espanhol

7.2 Recursos Materiais e Plano de despesas

Material	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)
Apontador	1	1,50	1,50
Borracha	2	0,90	1,80
Caneta	5	1,50	7,50
Capa Brochura	5	7,00	35,00
Compra de artigos no exterior	20	35,00	700
Cópias	100	0,10	10,00
Correio	10	0,90	9,00
Despesa com deslocamento para coleta de dados	50	100,00	100,00
Encadernação	7	3,00	21,00
Envelopes	10	0,49	4,90
Estatístico	1	500,00	500,00
Grampeador	1	9,90	9,90
Impressão	500	0,10	50,00
Lápis	3	1,00	3,00
Papel ofício	1000	13,90	27,80
Prancheta	1	3,00	3,00
Revisor de português	1	250,00	250,00
Tradutor de inglês	1	25,00	25,00
Tradutor de espanhol	1	25,00	25,00
Telefone	1	90,00	90,00
Total*			R\$ 1874,40

*Obs.: Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa foram custeados pela autora.

8. Cronograma

Ano/Semestre	2011		2012		2013	
	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto		X	X	X		
Qualificação do projeto				X		
Envio do Projeto ao CEP*					X	
Coleta de dados [#]					X	
Análise dos dados					X	
Redação de manuscritos			X	X	X	
Organização do volume da dissertação					X	
Defesa da dissertação						X

* CEP: Comitê de Ética e Pesquisa.

[#] Os dados somente foram coletados após aprovação do CEP.

9. Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigo para publicação em periódico científico;
- Resumo executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Elaboração de relatório que será enviado à Secretaria Municipal de saúde e ao Conselho Municipal de Saúde.
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

10. Referências

ALMEIDA, MF. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 5, n. 1, p. 93-107, 2002.

ALVAREZ, JS; CABALLERO, F; CASTRILLÓN, JJC et al. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1° nivel, Manizales, años 2005-2007. **Archivos de Medicina**. V.10, n.1, p.19-30, 2010.

ANVERSA, ETR; BASTOS, GAN; NUNES, LN et al. Qualidade do processo de assistência do processo pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

ARAÚJO, EC; COSTA, KSG; RS e; et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**. V. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.

AZIEM, A ALI; OSMAN, MM; ABBAKER, AO. Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan. **BMC Pregnancy and Childbirth**. V. 10, n. 67, p.1-4, 2010.

BARATA, RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**. V. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BARROS, FC; BHUTTA, ZA; BATRA, M et al. Global report preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**. V. 10, s. 1, p. 1-36, 2010.

BECKMAN, K; LOUCKX, F; PUTMAN, K. Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. **BMC Public Health**. V.10, n. 527, p. 1-9, 2010.

BRASIL. Resolução COFEN 160 de 1993. Aprova o **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/109.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2013.

BRASIL. Portaria nº 397 de 9 de outubro de 2002: Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, Nº 5, 22 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança Série G. Estatística e Informação em Saúde. **Centro Brasileiro de Análise e Planejamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Manual prático para implantação da Rede cegonha. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2010. Disponível: <HTTP://WWW.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 121, 24 jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 204 out. 2011.

BRASIL. 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, 2012.

BRASIL. Portaria n.º 569/GM, de 1º de junho e 2000: Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial [da] república federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1º jun. 2000.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: Aprova **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº 112, 13 jun. 2013.

CALDERON, IMP; PARANHOS, IM; CECATTI, CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.28, n.5, p.310-315, 2006.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CASCAES, AM; GAUCHE, H; BARAMARCHI, FM et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública.** V. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008.

CESAR, JA; MATIJASEVICH, A; SANTOS, IS et al. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cadernos de Saúde Pública.** V.24, s.3, p.427-436, 2008.

CESAR, CG; MATIJASEVICH, A; SILVEIRA, MF; SANTOS, IS; BARROS, AJD; BARROS, FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy and Planning.** V. 25, p.253–261, 2010.

CESAR, JA; MENDONZA-SASSI, RA; GONZALES-CHIICA, DA et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** V. 27, n. 5, p. 985-994, 2011.

COSTA, GRC; CHEIN, MBC; GAMA, MEA et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem.** V. 63, n. 6, p. 1005-1009, 2010.

DARMONT, MQR; MARTINS, HS; CALVET, GA et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** V. 26, n. 9, p. 1788-1796, 2010.

DATASUS. **Informações em Saúde. Estatísticas vitais. Nascidos Vivos.** Disponível em <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso: em 30 de nov. de 2012.

FESCINA, FH; MUCIO, BD; DIAZ, RJL et al. **Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de da mujer y el recién nacido focalizadas en la APS.** 2 ed. Guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR, 2010.

FREIRE, RC. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia:** uma das tecnologias para a organização do cuidado. Campinas, 2005.109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

GAMA, SGN; SZWARCOWALD, CL; SABROZA, AR et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. Sup. 20, n. 1, p. s101-s111, 2004.

GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

HILL, Z; KIRKWOOD, B; EDMOND, K. **Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence**. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva. WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2004.

KILSZTAJN, S; ROSSBACH, A; CARMO, MSN et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**. V.37, n. 3, p. 303-310, 2003.

LANSKY, S; FRANÇA, E; LEAL, MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**. V.36, n. 6, p. 759-772, 2002.

LEAL MC; GAMA, SGN; CUNHA, CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**. V.39, n.1, p. 100-107.

MALTA, DC; DUARTE, EC; ESCALANTE, JJC et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V.26, n.3, p.481-491, 2010.

MEDRONHO RA; BLOCH KV; LUIZ RR et al. Epidemiologia e Serviços de saúde. In: **Epidemiologia, 2ª edição**. São Paulo: Atheneu, 2009.

NASCIMENTO, ER; PAIVA, MS; RODRIGUES, QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. V. 7, n. 2, p. 191-197, 2007.

OSIS, MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. V.14, s.1, p.25-32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida FN. In: (Ed.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PELOTAS. Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, 2010.

RIBEIRO, ERO; GUIMARÃES, AMDN; BETTIOL, H et al. Risk factors for Inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and childbirth**. V.9, n. 31, p. 1-8, jul., 2009.

SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUERÓ, AC et al. Atributos da qualidade em saúde. In: **Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SCHOEPS, D; ALMEIDA, MF; ALENCAR, GP et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**. V. 41, n.6, p. 1013-22, 2007.

SERRUYA, SJ; CECATTI, JG; LAGO, TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. SES – SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Informes Técnicos Institucionais. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**. V. 42, n. 4, p. 768-772, 2008.

SILVEIRA, DS; SANTOS, IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.

TAMEZ-GONZÁLEZ, S; VALLE-ARCOS, RI; EIBENSCHUTZ-HARTMAN, C et al. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. **Salud Pública de México**. V.48, n.5, p. 418-419, 2006.

TITALEY, CR; Hunter, CL; Heywood, P. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. **BMC Pregnancy and Childbirth**. V. 10, n. 61, p. 1-12, 2010.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Sup. 20, n. 2, p. s190-s198, 2004.

VETTORE, MV; DIAS, M; DOMINGUES, RMSM et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

WU, Z; VIISAINEN, K; LI, X. Maternal care in rural China a case study from Anhui province. **BMC Health Serv Res**. V.08, n. 55, p. 1-9, 2008.

11. Relatório do trabalho de campo

O presente estudo caracterizou-se como um estudo de casos e controles e buscou conhecer os fatores associados a não realização do pré-natal em um município de grande porte do Sul do Brasil. A partir dos bancos de dados locais do SINASC de 2009 e 2010 do Município de Pelotas procurou-se caracterizar a amostra de mulheres de acordo com aspectos demográficos, socioeconômicos, da gestação, do nascimento e da oferta de serviços e avaliar a associação da não realização de pré-natal em relação a estas variáveis independentes.

Após a finalização do projeto, aprovação na banca de qualificação e ajustes de acordo com as sugestões dos examinadores, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação de um Comitê de Ética e Pesquisa. Após aprovação pelo CAAE foi solicitada a liberação dos bancos de dados do SINASC local de 2009 e 2010 para a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. De posse dos bancos realizou-se uma primeira avaliação para investigar a completude das variáveis do estudo e duplicação de mulheres com partos gemelares. Após seleção das variáveis do estudo, foi realizada uma frequência simples para avaliar o percentual de informações ignoradas de idade e endereço. No caso de falta de informações dos mesmos foi realizada busca nos prontuários hospitalares e / ou nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), mediante autorização por escrito do Diretor Clínico de cada instituição ou do Centro de Processamento de Dados (CPD) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Variáveis do tipo *string* ou texto foram transformadas ou recodificadas em numéricas.

Em geral a qualidade das informações disponíveis nos bancos de dados foi satisfatória, pois o percentual de informações ignoradas para as variáveis quantitativas foi consistentemente menor do que 10%. No entanto, foi necessário consultar a base de dados das AIH para identificar a idade de um caso e cinco controles e os endereços de sete casos e quarenta e seis controles.

Aos bancos originais foram acrescentadas as variáveis: região administrativa do plano diretor do município, tipo de inclusão no estudo (caso ou controle), modelo de atenção da UBS mais próxima do endereço de casos e controles e a distância em metros entre a moradia da mulher e a UBS mais próxima. A distância percorrida a pé entre a casa da mulher e a UBS mais próxima da sua residência foi calculada através do aplicativo Google Maps[®]. A partir da localização do endereço de moradia e identificação da UBS mais próxima identificou-se o modelo de atenção da mesma.

Com os bancos completos e limpos procedeu-se a identificação dos casos para cada ano de forma independente. Após, classificou-se os casos por ordem crescente de idade e a partir daí foram selecionados três controles para cada caso, pareados com um intervalo de três anos de idade, respeitando a região administrativa de residência.

Por fim, os bancos foram unificados e exportados para o pacote estatístico para as análises. A partir daí procedeu-se a inclusão dos dados no programa estatístico Stata versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Ao final da análise ajustada encontrou-se associação positiva de três variáveis com a não realização de pré-natal no município de Pelotas, identificando-se que as mulheres solteiras, com baixa escolaridade e múltiparas devem ser consideradas de risco para o planejamento de intervenções com relação à ampliação da cobertura desta ação programática.

Os dados do estudo serão apresentados à Secretaria Municipal de saúde e ao Conselho Municipal de Saúde através de relatório imediatamente após a defesa da dissertação.

12. Artigo da dissertação

A seguir será apresentado o artigo produzido durante o mestrado.

- Artigo 1 – Fatores associados a não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS.
- Artigo no formato para submissão na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

**FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL NO
MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.**

ASSOCIATED FACTORS TO NOT USING PRENATAL CARE IN PELOTAS, RS.

Cristiane Quadrado da Rosa^{1, 2}

Denise Silva da Silveira^{1, 2}

Juvenal Soares Dias da Costa¹

- 1- Universidade Federal de Pelotas, Brasil.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde, Pelotas, Brasil.

CONTATO: Cristiane Quadrado da Rosa. Universidade Federal de Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Rua Três de Maio, 322, Pelotas, RS, 96010-620, Brasil.

crisquadrado@ig.com.br

Denise Silva da Silveira. Universidade Federal de Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Avenida José Maria da Fontoura, 1218, Pelotas, RS, 96090370, Brasil.

denisilveira@uol.com.br

Juvenal Soares Dias da Costa. Universidade Federal de Pelotas.

juvenal.costa@pelotas.com.br

TÍTULO CORRIDO: Fatores Associados a não Realização de Pré-Natal no Município de Pelotas RS

RESUMO

Objetivo: investigar fatores associados a não realização de pré-natal das mulheres com filhos nascidos vivos em 2009 e 2010, residentes no município de Pelotas. **Métodos:** estudo caso-controle em que foram identificados 179 casos (mulheres que não realizaram o pré-natal) e 537 controles (mulheres com pré-natal) utilizando o banco de dados do Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos local. Os controles foram pareados por idade e selecionados de acordo com a região administrativa de moradia do caso. A análise multivariada hierarquizada foi efetivada por meio de Regressão Logística Condicional. **Resultados:** no modelo ajustado final mostraram associação com não realização de pré-natal menor escolaridade materna, especialmente ter menos de quatro anos de estudo, ser mulher solteira e múltipara. **Conclusões:** esse estudo aponta indicadores que devem ser considerados na estruturação e implementação de políticas de educação para a saúde reprodutiva, planejamento familiar e rastreamento de gestantes sem pré-natal, assim como indica as regiões do município onde tais estratégias deveriam ser prioritárias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado pré-natal; Equidade; Estudos de Casos e Controles; Fatores de Risco.

ABSTRACT:

Objective: To investigate associated factors with lack of prenatal care use of women with live births in 2009 and 2010, residents in the city of Pelotas. **Methods:** A case-control study where they identified 179 cases (women who did not have prenatal care) and 537 controls (women with prenatal) using the Live Births Information System database. The controls were matched by age and selected according to the administrative region's housing case. A hierarchical multivariate analysis was carried out by means of Conditional Logistic Regression. **Results:** In the final adjusted model showed association no conducting pre-natal the maternal education, especially those having less than four years of study, be unmarried woman and multiparous. **Conclusions:** This study suggests that indicators should be considered as the implementation of education policies for reproductive health, family planning and tracking of pregnant women without prenatal care, as well as indicates the regions of the county where such strategies should be a priority.

Keywords: Primary Health Care; Prenatal care; Equity; Case-Control Study; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal (PN) abrange um conjunto de ações que buscam promover a saúde materna e fetal, rastrear situações de risco e tratar intercorrências o mais precocemente possível. Este cuidado proporciona efeitos positivos na gestação e puerpério, tanto clínicos quanto psicológicos, com impacto importante sobre a morbimortalidade materno-infantil.¹⁻³

Muitos esforços vêm sendo implementados mundialmente com vistas a proporcionar acesso universal e de qualidade a atenção à saúde reprodutiva.³⁻⁵ Nos países industrializados, mais de 95% das mulheres grávidas realizam pelo menos uma consulta de pré-natal e, nos em desenvolvimento, como Colômbia e África do Sul, este indicador atinge 62% e 69% das mulheres grávidas, respectivamente.^{3, 4-6}

No Brasil, significativa melhora foi observada na cobertura pré-natal após a adoção do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) revelou que a porcentagem de mães que não realizou PN diminuiu de 14% para 2,7% entre os anos de 1996 e 2006.⁷ Em 2010, a cobertura do pré-natal no país foi de 98%.⁸

Apesar da melhoria na cobertura e quase universalidade do pré-natal um percentual da população de gestantes ainda fica sem o benefício desta ação, dependendo do nível de desenvolvimento do local onde as mulheres residem, do acesso a serviços de saúde e da organização do sistema de saúde.^{1,9,10} A exclusão do cuidado pré-natal tem sido associada a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos (RN). Problemas como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade foram identificados por vários estudos como fortemente associados com a não realização de pré-natal.¹¹⁻¹⁴

A maioria dos estudos disponíveis aponta que a exclusão do pré-natal se deve principalmente a fatores socioeconômicos, entre eles baixas renda familiar e escolaridade, de acesso às consultas, tais como local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento,

de qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social.^{1,9,10} Outros motivos que podem estar relacionados são idade materna (adolescência e idade mais avançada), gestantes que vivem sem companheiro, fazem uso de álcool ou outras drogas na gravidez, múltiparas e que não aceitam a gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito sobre o pré-natal.¹⁴⁻¹⁸

Neste contexto, considerando a relevância do tema para as políticas públicas direcionadas ao cuidado da mulher na gestação, este estudo busca investigar fatores associados a não realização de pré-natal das mulheres com filhos nascidos vivos nos anos de 2009 e 2010 e residentes em um município de grande porte do sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento do tipo caso-controle retrospectivo realizado com base nos dados secundários disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do município de Pelotas, RS. Foram considerados casos todas as mulheres residentes em Pelotas, que não realizaram o pré-natal e tiveram filho(s) nascido(s) vivo(s) e, os controles, as mulheres residentes em Pelotas, que realizaram o pré-natal e tiveram filho(s) nascido(s) vivo(s) nos anos de 2009 e 2010. Nos anos do estudo, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) municipal teve cobertura de 100% dos partos. Este banco é alimentado a partir da digitação dos dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV).

Optou-se por selecionar três controles para cada caso para aumentar o poder do estudo. Todos os controles foram emparelhados por idade, com diferença de mais ou menos três anos, e selecionados de acordo com a região administrativa de moradia no município a partir do endereço do caso: Areal, Três Vendas, Centro, Fragata, Praias, Porto e 1º ao 9º Distritos (rurais). Para a seleção dos controles, os casos e controles foram organizados por ordem crescente de idade e selecionados aleatoriamente. Assim, o estudo incluiu 179 casos e 537 controles. Com este

tamanho de amostra foi possível detectar razões de *Odds* (RO) de 1,65 ou mais, supondo prevalências das exposições variando de 20% a 70%, com nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem de Pelotas (CAAE: 12396813.6.0000.5316) foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas a liberação dos bancos de dados do SINASC relativos aos anos de interesse do estudo.

As variáveis das mães selecionadas foram: idade (contínua); estado civil (casada, separada, solteira e viúva); escolaridade (menos de 3 anos, 4 a 7, 8 a 11 e mais de 12 anos de estudo); ocupação da mãe quanto ao trabalho (sim ou não); nº de filhos nascidos vivos e mortos (número absoluto); duração da gestação em semanas (menos de 22, de 22 a 27, de 28 a 31, de 32 a 36, de 37 a 41 e 42 e mais) e endereço de residência (região administrativa). Algumas variáveis independentes foram reagrupadas ou transformadas: estado civil (solteira e casada); trabalhava (não e sim); paridade a partir da informação do número de filhos nascidos vivos e mortos em gestações anteriores (primípara – primeira gestação e primeiro parto e múltípara – as demais situações) e prematuridade (não e sim). Foram considerados prematuros os nascimentos com duração da gestação menor de 37 semanas.

Após seleção das variáveis do estudo, foi realizada uma frequência simples para avaliar o percentual de informações ignoradas de idade e endereço. No caso de falta de informações dos mesmos foi realizada busca nas Autorizações de Internação Hospitalar, mediante autorização do Centro de Processamento de Dados (CPD) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O cálculo da distância em metros (percorrida a pé) entre a residência dos casos e controles até o serviço de pré-natal de Atenção Primária a Saúde (APS) mais próximo de sua moradia foi realizado por meio do *software* Google Earth[®] utilizando-se o serviço Google Maps[®]. Para efetivar o cálculo, tanto o endereço da mulher quanto o dos serviços de APS do seu distrito de moradia foram informados no

software. A seguir, procedeu-se a identificação do serviço mais próximo à residência utilizando listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, definição de seu modelo de atenção (Tradicional ou Estratégia Saúde da Família - ESF) e consequente entrada destas informações no banco de dados.

A análise dos dados foi realizada no programa Stata versão 11.0 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*) e inicialmente incluiu a obtenção das frequências de todas as variáveis de interesse entre casos e controles. Na análise bruta foram realizadas análises bivariadas cruzando cada uma das exposições entre casos e controles, calculando-se as razões de *odds*, seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e teste de significância, por meio de Regressão Logística Condicional. Posteriormente procedeu-se a análise multivariada e observaram-se os valores ajustados, mantendo-se no modelo ajustado para controle de fatores de confusão as variáveis que apresentaram p valor < 0,20. Considerou-se o nível de significância estatístico de 5%. A inclusão das variáveis no modelo ajustado foi realizada considerando sua relação com o desfecho em dois níveis hierárquicos: distância entre a residência da mulher e o serviço de APS mais próximo, modelo de atenção deste serviço e ocupação, escolaridade e estado civil da mulher, no primeiro nível; e, paridade e duração da gestação, no segundo nível.

RESULTADOS

Na distribuição dos casos por região administrativa de moradia do município a partir do endereço de residência da mulher observou-se que as regiões Areal e Três Vendas concentraram 45,8% dos casos e as regiões Praias e Distritos tiveram a menor ocorrência, 3,9% e 1,7%, respectivamente (Tabela 1).

A média de idade tanto dos casos quanto dos controles foi de 25 anos (DP = 6,2) e variou de 14 a 44 anos. Na distribuição dos casos e controles por categoria de idade, 20% eram mulheres com menos de 20 anos e 8,4% tinham 35 anos ou mais de idade.

Na distribuição das variáveis independentes entre casos e controles destacaram-se as maiores frequências entre os casos o estado civil solteira, a menor escolaridade (sete anos ou menos de estudo) e a multiparidade. Com relação à distância entre a residência da mulher e o serviço de APS mais próximo, a maior ocorrência de não realização do pré-natal foi observada na categoria de 500 a 1000 metros, tanto para os casos quanto para os controles. Quanto ao modelo de atenção do serviço de saúde, mais de metade dos casos e controles tinham o serviço do modelo Tradicional como o mais próximo para atendimento (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as RO brutas e ajustadas para as variáveis independentes. As mulheres que se declararam solteiras, comparadas com as casadas, apresentaram associação positiva para não realização do pré-natal, tanto na análise bruta quanto na ajustada, com uma RO de 3,6 (IC 1,85 – 7,04).

Após ajuste, as menores escolaridades mostraram-se fortemente associadas com a exclusão do pré-natal: as mulheres com menos de três anos de estudo tiveram uma RO de 4,9 (IC 95% 2,16 – 11,24) e as de quatro a sete anos uma RO de 2,3 (IC 95% 1,21 – 4,33), quando comparadas as mulheres com 11 anos de estudo ou mais. Quanto à paridade, mulheres múltiplas tiveram associação positiva e estatisticamente significativa com o desfecho em comparação com as primíparas (RO ajustada 2,9; IC95% 1,72-4,85).

Não se obteve evidência de associação entre a não realização de pré-natal e as exposições maior distância entre a residência da mulher à época da gestação e o serviço de saúde mais próximo, modelo de atenção do serviço do tipo Tradicional, não trabalhar e duração da gestação menor de 37 semanas.

DISCUSSÃO

Os benefícios da realização do acompanhamento pré-natal têm ampla discussão no meio científico e, como resultados mais importantes, estão a redução da mortalidade materna e

infantil.^{13,19,20} No entanto, quando as gestantes não têm acesso a este cuidado podem sofrer consequências importantes e até mesmo permanentes tais como gestações prematuras, nascimentos com retardo do crescimento intra-uterino e baixo peso, e óbitos maternos e infantis por afecções do período peri e pós-natal.^{11-14,19}

O município de Pelotas caracteriza-se por disponibilizar uma ampla rede de serviços de APS desde a década de 1980, e atualmente está estruturado com 42 serviços na zona urbana e 11 na zona rural. Destaca-se que apesar desta oferta e elevada cobertura pré-natal, 1,8% das gestantes em 2009 e em 2010 estavam excluídas deste atendimento, totalizando 179 mulheres. Nos respectivos anos, estas prevalências no Brasil foram de 1,9% e 1,8%.⁸

As mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas com as casadas. Uma hipótese para este achado está relacionada ao resultado mostrado em outros estudos onde o apoio do parceiro no pré-natal foi fator favorecedor para adesão ao pré-natal.^{16,21}

A baixa escolaridade apresentou forte associação com a não realização de pré-natal. A baixa escolaridade é apontada em alguns estudos como um dos principais fatores associados a não utilização dos serviços de saúde em geral e a melhor escolaridade contribui para a realização de pré-natal mesmo nas classes econômicas mais baixas.^{1,9,18,21,22} Neste sentido, a não realização do pré-natal nas unidades de saúde, está sob o mesmo efeito da baixa utilização dos serviços de saúde pelas camadas da população menos favorecidas em relação à escolaridade.

As mulheres múltiplas apresentaram risco duas vezes maior para não realização de pré-natal, comparadas as primíparas. Estudos apontam que mulheres não primíparas e que não tiveram complicações obstétricas tendem a não realizar pré-natal.^{1,14,15,22}

A duração da gestação não se mostrou associada com a não realização de pré-natal. A forma de coleta desta informação pode ter sido um fator limitante na avaliação mais precisa da relação entre prematuridade e o desfecho, pois a idade gestacional era coletada de forma agrupada

na Declaração de Nascido Vivo (faixas de idade gestacional) até o ano de 2010, e não de forma contínua (número de semanas). No entanto, neste estudo a variável foi incluída no modelo com o objetivo de controle de confusão. Estudos sobre o tema evidenciaram que a não realização do pré-natal pode levar à prematuridade.^{9,13,14,20} Por outro lado, Kilsztajn *et al.* verificaram que, com o aumento do número de consultas de pré-natal de 0 a 3 para 7 ou mais, havia redução significativa da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo (de 14% para 4%).¹¹

No presente estudo utilizou-se a variável modelo de atenção do serviço de saúde de APS mais próximo como uma próxi da organização-gestão do serviço com relação à oferta em favor da equidade das ações prioritárias deste nível de atenção. A variável modelo de atenção Tradicional não mostrou associação positiva com a não realização de pré-natal. É importante ressaltar que o fato da identificação do modelo de atenção por proximidade do local de moradia da mulher, pode ter interferido na análise desta variável, já que a unidade mais próxima poderia não ser a de referência, preconizada pelo município, para a mulher. Por outro lado, em algumas situações, nem sempre o serviço de saúde de APS mais próximo é o de referência para o pré-natal e, naqueles do modelo Tradicional não existe garantia de vinculação cliente-serviço.

Não se evidenciou associação positiva entre a não realização de pré-natal e maior distância entre a residência da mulher e o serviço de saúde mais próximo como já demonstrado pela literatura, apesar dos resultados de tais pesquisas se aplicarem a contextos de longas distâncias, com categoria mínima de distância de um quilômetro (1 km), e existência de barreiras geográficas entre moradia e o acesso pré-natal mais próximo ou de referência para este atendimento.^{1,10,22,23} Destaca-se ainda que a seleção dos controles por região administrativa de moradia do caso e a alta densidade de serviços de APS especialmente nas regiões urbanas do município pode ter contribuído para a verificação da associação desta variável com o desfecho.

Os resultados deste estudo mostraram a associação positiva de três variáveis, identificando que as mulheres solteiras, com baixa escolaridade e múltiparas devem ser

consideradas de risco para a não realização de pré-natal, especialmente nas regiões do município onde foram encontrados a maioria dos casos. Estes dados podem fornecer subsídios importantes tanto para a gestão quanto para os serviços de APS na formulação de ações e estratégias de captação e vigilância sobre estas variáveis, evitando desta forma os agravos decorrentes da exclusão do atendimento pré-natal.

Devido a ampla cobertura da rede de serviços de APS do município de Pelotas, espera-se que a inclusão de gestantes sem pré-natal não acarrete sobrecarga de trabalho às equipes de saúde. Uma reorganização das ações priorizando mulheres com as características de risco identificadas pode ser considerada o ponto inicial deste processo. É necessário ainda integrar as atividades entre os programas locais que atuam sobre o grupo materno-infantil, tais como o Primeira Infância Melhor e o Prá-nenê para desenvolver e otimizar as atividades de busca constante das gestantes sem atendimento, de educação em saúde sobre o planejamento familiar e a importância do início precoce do pré-natal, e da inserção das crianças na puericultura. O apoio às famílias para que não ocorra o abandono dos estudos em função da gestação também seria um ação importante a ser desenvolvida pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

- 1- HILL, Z; KIRKWOOD, B; EDMOND, K. Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication; 2004.
- 2- BRASIL. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2012.
- 3- FESCINA, FH; MUCIO, BD; DIAZ, RJL et al. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en la APS. Guía para la práctica básica. 2. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.
- 4- HOUWELING, TAJ; RONSMANS, C; CAMPBELL, OMR; KUNST, AE. Huge poor-rich in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. Bulletin of the World Health Organizat. 2007; 85(10):745-753.
- 5- HOSSEINPOOR, AR; VICTORA, CG; BERGEN, N; BARROS, AJD; BOERMA, T. Towards universal health coverage: the role of within-country wealth-related inequality in 28 countries in sub-Saharan Africa. Bulletin of the World Health Organizat. 2011; 89(12): 881-890.
- 6- ALVAREZ, JS; CABALLERO, F; CASTRILLIÓN, JJC et al. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1º nivel, Manizales, años 2005-2007. Arch. de Medic. 2010; 10: 19-30.
- 7- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estudos e Pesquisas. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. IBGE 2009. [acesso em 2012 nov 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/
- 8- DATASUS. Informações em Saúde. Estatísticas vitais. Nascidos Vivos 2011. [acesso em 2012 nov 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>
- 9- TAMEZ-GONZÁLEZ, S; VALLE-ARCOS, RI; EIBENSCHUTZ-HARTMAN, C et al. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Públ. de Méx. 2006; 48: 418-419.
- 10- TITALEY, CR; HUNTER, CL; HEYWOOD, P. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services? : a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. BMC Pregn. and Childbirt. 2010; 10: 1-12.

- 11- KILSZTAJN S, ROSSBACH A, CARMO MS, SUGAHARA GT. Prenatal care, low birth weight and prematurity in São Paulo State, Brazil, 2000. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:303-310.
- 12- ARAÚJO, EC; COSTA, KSG; RS e; et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev. Paraense de Medic.* 2006; 20: 47-51.
- 13- SCHOEPS, D; ALMEIDA, MF; ALENCAR, GP et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev. de Saúde Púb.* 2007; 41: 1013-1022.
- 14- CASCAES, AM; GAUCHE, H; BARAMARCHI, FM et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. de Saúde Púb.* 2008; 24: 1024-1032.
- 15- RIBEIRO, ERO; GUIMARÃES, AMDN; BETTIOL, H et al. Risk factors for Inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Preg. and Childb.* 2009; 9: 1-8.
- 16- GAMA, SGN; SZWARCOWALD, CL; SABROZA, AR et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad. de Saúde Púb.* 2004; 20 Suppl. 1: 101-111.
- 17- DARMONT, MQR; MARTINS, HS; CALVET, GA et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad. de Saúde Púb.* 2010; 26: 1788-1796.
- 18- CESAR, JA; MENDONZA-SASSI, RA; GONZALES-CHIICA, DA et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad. de Saúde Púb.* 2011; 27: 985-994.
- 19- CALDERON, IMP; PARANHOS, IM; CECATTI, CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Bras. de Ginec. e Obst.* 2006; 28: 310-315.
- 20- ALMEIDA, MF. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev. Bras. de Epid.* 2002; 5: 93-107.
- 21- RIBEIRO, ERO; GUIMARÃES, AMDN; BETTIOL, H et al. Risk factors for Inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and childbirth* 2009; 9(31):1-8.
- 22- ALI, AAA; OSMAN, MM; ABBAKER, AO; ADAM, I. Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; 10:67.
- 23- BROWN, CS; SOHANI, SB; KHAN, K; LILFORD, R et. al. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008;8:2.

Tabela 1: Distribuição do número de mulheres que não realizaram pré-natal por Região Administrativa da cidade de Pelotas, RS, 2009-2010.

Região Administrativa	Casos	
	n	%
Areal	41	22,9
Três Vendas	41	22,9
Fragata	32	17,9
Porto	28	15,6
Centro	27	15,1
Praias	7	3,9
Distritos (1° ao 9° distritos rurais)	3	1,7
Total	179	100,0

Tabela 2: Distribuição das variáveis estudadas entre as mulheres que não realizaram o pré-natal (casos) e as que realizaram (controles). Pelotas, RS, 2009-2010.

Variáveis	Casos (%) n = 179		Controles (%) n = 537	
Distância entre residência e serviço de APS* em metros				
Até 500	52	(31,7)	169	(34,6)
500 a 1000	82	(50,0)	212	(43,4)
1001 ou +	30	(18,3)	108	(22,0)
Modelo de atenção				
Estratégia Saúde da Família	79	(44,1)	227	(42,5)
Tradicional	100	(55,9)	307	(57,5)
Estado civil				
Casada	12	(6,8)	110	(20,6)
Solteira	164	(93,2)	423	(79,4)
Escolaridade em anos de estudo				
> 11	14	(8,0)	81	(15,2)
8 - 11	42	(24,0)	208	(39,1)
4 - 7	97	(55,4)	215	(40,4)
≤ 3	22	(12,6)	28	(5,3)
Trabalhava				
Sim	47	(26,5)	176	(32,9)
Não	130	(73,5)	359	(67,1)
Paridade				
Primípara	32	(18,0)	213	(39,7)
Múltipara	146	(82,0)	323	(60,3)
Prematuridade				
Não	129	(80,1)	426	(79,8)
Sim	32	(19,9)	108	(20,2)

* APS: Atenção Primária à Saúde

Tabela 3: Razões de odds (RO) brutas e ajustadas entre os casos e seus controles. Pelotas, RS, 2009-2010.

Variáveis (Nível hierárquico)	RO bruta	IC 95%	p	RO ajustada	IC 95%	p
Distância entre residência e UBS em metros (1)			0,800			0,940
Até 500	1	-		1	-	
500 a 1000	1,26	(0,84 – 1,90)		1,32	(0,85 – 2,07)	
1001 ou +	0,87	(0,51 – 1,47)		0,95	(0,54 – 1,67)	
Modelo de atenção (1)			0,707			0,703
Estratégia Saúde da Família	1	-		1	-	
Tradicional	0,93	(0,67 – 1,33)		1,08	(0,74 – 1,58)	
Solteira (1)			< 0,001			< 0,001
Não	1	-		1	-	
Sim	4,02	(2,11 – 7,67)		3,6	(1,85 – 7,04)	
Escolaridade em anos de estudo (1)			< 0,001			< 0,001
> 11	1	-		1	-	
8 - 11	1,17	(0,60 – 2,84)		1,05	(0,53 – 2,05)	
4 - 7	2,73	(1,46 – 5,11)		2,29	(1,21 – 4,33)	
≤ 3	4,93	(2,16-11,24)		4,46	(1,92 – 10,36)	
Trabalhava (1)			0,111			0,912
Sim	1	-		1	-	
Não	1,34	(0,93 – 2,03)		1,02	(0,67 – 1,56)	
Paridade (2)			< 0,001			< 0,001
Primípara	1	-		1	-	
Múltipara	4,18	(2,54 – 6,89)		2,89	(1,72 – 4,85)	
Prematuridade (2)			0,967			0,996
Não	1	-		1	-	
Sim	0,99	(0,72 – 1,37)		0,99	(0,63 – 1,59)	

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO À SECRETARIA DA SAÚDE DE PELOTAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM UFPEL

Autógrafa
Em 03/01/13
Arita Bergmann
Secretária Municipal
de Saúde

Projeto “Fatores associados a não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS: um estudo de casos e controles”.

Pelotas, 3 de AGOSTO de 2013

Ilmo (a) Sr. (a)

Secretário (a) Municipal de Saúde

Prezada Sr.(a):

Venho por meio deste solicitar à Vossa Senhoria a disponibilização do banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2009 e 2010 do município de Pelotas. O referido banco de dados é fundamental para realização do projeto de pesquisa de minha dissertação de mestrado intitulado “FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DE PRÉ NATAL NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS: UM ESTUDO DE CASOS E CONTROLES”, do Curso de Pós Graduação Nível Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEN/UFPEL). Destaco que Vossa colaboração será fundamental para o êxito do trabalho.

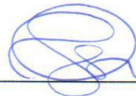
Este estudo tem por objetivo conhecer os fatores associados a não realização do pré-natal entre as mulheres residentes no município e que tiveram parto nos anos de 2009 e 2010, e assim contribuir para o planejamento das ações e melhor captação das gestantes excluídas deste cuidado.

As estratégias de investigação terão caráter absolutamente científico, sem expor os indivíduos (mulheres) e os serviços locais (de realização do parto).

O projeto somente será executado após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, cumprindo rigorosamente as recomendações éticas previstas na legislação vigente.

Agradeço antecipadamente vossa acolhida e permaneço à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,



Cristiane Quadrado da Rosa

Mestranda do Curso de Pós Graduação da FEO/UFPEl

Contatos do Estudo:

Mestranda: Cristiane Quadrado da Rosa – Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – UBSF Monte Bonito/9º Distrito

E-mail: crisquadrado@ig.com.br

Telefone: 53-91627816

Orientador do Estudo: Denise Silva da Silveira - Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Pelotas

E-mail: denisilveira@uol.com.br

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO AO DIRETOR CLÍNICO DOS HOSPITAIS**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM UFPEL**

Pelotas, ____ de _____ de 2012

Prezado Sr.(a) _____
Diretor (a)

Venho por meio deste solicitar a Vossa Senhoria permissão para realizar busca de dados nos prontuários hospitalares a fim de completar informações faltosas às que constam no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2009 e 2010 do município de Pelotas. A qualificação das informações será necessária para viabilizar a pesquisa de minha dissertação de mestrado intitulada “FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DE PRÉ NATAL NO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS: UM ESTUDO DE CASOS E CONTROLES”, do Curso de Pós Graduação Nível Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEN/UFPEL). As estratégias de investigação terão caráter absolutamente científico, sem expor os indivíduos (mulheres) e os serviços locais (de realização do parto).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Enfermagem sob o parecer Nº: 216.740, cumprindo rigorosamente as recomendações éticas previstas na legislação vigente.

Destaco que Vossa colaboração será fundamental para o êxito do trabalho, permitindo a obtenção de informações de boa qualidade sobre o município, que estarão à vossa disposição.

Agradeço antecipadamente vossa acolhida e permaneço à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Cristiane Quadrado da Rosa
Mestranda do Curso de Pós Graduação da FEn/UFPeI

Contatos do Estudo:

Mestranda: Cristiane Quadrado da Rosa – Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – USF Monte Bonito/9º Distrito.

E-mail: crisquadrado@ig.com.br

Telefone: 53-91627816

Orientador do Estudo: Denise Silva da Silveira - Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: denisilveira@uol.com.br

APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO DA APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados a não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS: um estudo de caso controle.

Pesquisador: Cristiane Quadrado da Rosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12396813.6.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 216.740

Data da Relatoria: 18/03/2013

Apresentação do Projeto:

As evidências têm mostrado que o atendimento pré-natal, quando adequado, diminui a mortalidade infantil e materna (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; BRASIL, 2012). Dentre as principais causas de morte materna estão as hemorragias, infecções, complicações do aborto e eclâmpsia, distócias e síndromes hipertensivas (CALDERON, 2010; VETTORE et al, 2012). Para a mortalidade neonatal a não realização de pré-natal foi apontado como fator de risco, evidenciada pelo estudo publicado por Schoeps et al, em 2007. No Brasil, apesar da implantação do PHPN em 2000, visando a ampliação da oferta de serviços de saúde e melhoria do cuidado de pré-natal, estudos epidemiológicos nacionais têm destacado a inadequação dos cuidados. Leal, Gama e Cunha (2005) mostraram iniquidades na assistência no Rio de Janeiro, revelando que menos de um quinto das mulheres negras com baixa escolaridade realizaram pré-natal classificado como adequado. Um estudo realizado por Malta et al (2010) mostrou aumento do coeficiente de mortalidade infantil por causas reduzíveis por adequada atenção à mulher durante a gestação entre os anos de 1997 e 2006. Em algumas regiões do planeta os cuidados na gestação não cobrem um percentual significativo das mulheres grávidas. No Sudão 10% das mulheres gestantes não realizaram nenhuma consulta de pré-natal em 2009 (AZIEM; OSMAN; ABBAKER, 2010). Fato semelhante ocorreu na China onde 9% das mulheres não realizaram pré-natal em 2008 (WU; VIISAINEN; LI, 2008). Para o Brasil, este percentual foi de 2% em 2010 (DATASUS, 2012). Em Pelotas, comparando-se os estudos de

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



coorte de 1982, 1993 e 2004 quanto ao atendimento de pré-natal, observa-se melhora da cobertura. O percentual de mulheres que não consultaram durante o pré-natal em 1982 foi 4,9%, de 4,8% em 1993 e atingiu 1,9% em 2004 (CÉSAR et al., 2008). De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) ano base 2010, 2,7% das crianças nasceram de mães sem pré-natal (PELOTAS, 2010). Portanto, propõe-se realizar um estudo de casos e controles com o intuito de identificar os fatores associados a não realização do pré-natal em Pelotas a partir das informações do SINASC, e assim contribuir para o planejamento das ações e melhor captação das gestantes excluídas destes cuidados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar fatores associados a não realização de pré-natal das mulheres com filhos nascidos vivos nos anos de 2009 e 2010 e residentes no município de Pelotas.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a amostra de mulheres de acordo com aspectos demográficos, socioeconômicos, da gestação, do nascimento e da oferta de serviços.

Avaliar a associação da não realização de pré-natal em relação a variáveis independentes: - Estado civil;

- Escolaridade;

- Ocupação habitual;

- Distância da residência da gestante até o serviço de saúde de sua área de moradia;

- Modelo de atenção do serviço de saúde de sua área de moradia;

- Zona de moradia; - Número de gestações anteriores;

- Número de filhos nascidos vivos em gestações anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não foram identificados riscos para a realização da pesquisa. Benefícios:

Com o conhecimento de fatores excludentes das mulheres do pré-natal será possível formular estratégias para minimizá-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A partir da liberação do banco de dados do SINASC pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) será feita uma análise das variáveis de interesse no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 19.0 para identificar as variáveis com falta de informação e qualificá-las a partir de consulta ao prontuário hospitalar. A análise de dados inicialmente incluirá a obtenção das frequências de todas as variáveis de interesse entre os casos e os controles Na análise bruta serão realizadas análises bivariadas cruzando os possíveis fatores de risco com a doença, calculando-se

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



as razões de odds, seus respectivos intervalos de confiança de 95% e teste de significância. A análise multivariada será efetivada por meio de Regressão Logística Condicional em virtude do emparelhamento de casos e controles e observar-se-á os valores ajustados, mantendo-se no modelo para controle de fatores de confusão as variáveis que apresentarem p valor 0,20.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ok

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 12 de Março de 2013


Assinador por:

Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610


Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

ANEXO

ANEXO - Declaração de Nascido Vivo (DNV) modelo 2009 e 2010

60791 - MULTIFORMAS - 4787-0111 - S.P. - SISTEMA MULTILASER



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº

I Cartório

11 Cartório Código 21 Registro 31 Data

4 Município 5 UF

II Local da Ocorrência

6 Local da Ocorrência 7 Estabelecimento Código

1 - Hospital 2 - Outros estab. saúde 3 - Domicílio
 4 - Outros 9 - Ignorado

8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 9 CEP

10 Bairro/Distrito Código 11 Município de ocorrência Código 12 UF

III Mãe

13 Nome da Mãe 14 RIC

15 Idade (anos) 16 Estado civil 17 Escolaridade 18 Ocupação habitual e ramo de atividade 19 Núm. de filhos tidos em gestações anteriores

1 - Solteira 2 - Casada
 3 - Viúva 4 - Separada judic.
 5 - União consens. 9 - Ignorado

(Em anos de estudo concluídos)
 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3
 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11
 5 - 12 e mais 9 - Ignorado

Código Nascidos vivos Nascidos mortos

Residência da mãe Número Complemento 21 CEP

20 Logradouro

22 Bairro/distrito Código 23 Município Código 24 UF

IV Gestação e Parto

25 Duração da gestação (em semanas)

1 - Menos de 22 2 - De 22 a 27
 3 - De 28 a 31 4 - De 32 a 36
 5 - De 37 a 41 6 - 42 e mais
 9 - Ignorado

26 Tipo de gravidez

1 - Única 2 - Dupla
 3 - Tripla e mais 9 - Ignorado

27 Tipo de parto

1 - Vaginal
 2 - Cesáreo
 9 - Ignorado

28 Número de consultas de pré-natal

1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 6
 4 - 7 e mais 9 - Ignorado

V Recém Nascido

29 Nascimento Hora

Data

30 Sexo 31 Índice de Apgar

M - Masculino F - Feminino
 1 - Ignorado

32 Raça/cor 33 Peso ao nascer

1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena

em gramas 1º minuto 5º minuto

34 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?

1 - Sim 2 - Não Código
 9 - Ignorado Qual?

VI Identificação

35 Polegar direito da mãe 36 Pé direito da criança

VII Preench.

37 Responsável pelo preenchimento 38 Função 39 Identidade 40 Órgão Emissor 41 Data

Nome

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.