

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS (HESFA)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

DEBORAH MACHADO DE OLIVEIRA

**ACESSO E FATORES ASSOCIADOS À ASSISTÊNCIA  
PRÉ-NATAL NAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS NO BRASIL.  
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2019**

RIO DE JANEIRO

2024

DEBORAH MACHADO DE OLIVEIRA

ACESSO E FATORES ASSOCIADOS À ASSISTÊNCIA  
PRÉ-NATAL NAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS NO BRASIL.  
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2019

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-graduação em Atenção Primária, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Alves Ferreira

RIO DE JANEIRO

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

M149a Machado de Oliveira, Deborah  
ACESSO E FATORES ASSOCIADOS À ASSISTÊNCIA PRÉ  
NATAL NAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS NO BRASIL.  
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2019 / Deborah  
Machado de Oliveira. -- Rio de Janeiro, 2024.  
77 f.

Orientadora: Aline Alves Ferreira.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de  
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde,  
2024.

1. Cuidado pré-natal. 2. Inquéritos  
Epidemiológicos. 3. Disparidades em Assistência à  
Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Alves  
Ferreira, Aline, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA / INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



## ATA DA DEFESA FINAL DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Às 09:00:00h do dia 13/12/2024 teve início a Banca de Defesa Final da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: Linha 3. Evidência clínica, modelos de atenção e técnico assistenciais, qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS). A dissertação com o título: “Acesso e fatores associados à assistência pré-natal nas redes públicas e privadas do Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019”, foi apresentada pela candidata **DEBORAH MACHADO DE OLIVEIRA**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro - FM/HESFA/UFRJ, registro 123224959 (SIGA). A Defesa Final atendeu à Resolução CEPG Nº 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na “Resolução CEPG nº 01, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre qualificação e defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, art. 1º”: ( ) item 2, com banca remota, presidente da banca e candidato juntos; (x) item 3, totalmente remota, com gravação. A Dissertação foi apresentado à Comissão de Avaliação composta pelos Doutores: **ALINE ALVES FERREIRA** (Presidente); (Vice-Presidente); **JULIANA DE BEM LIGNANI** (1ºAvaliador), **GERSON LUIZ MARINHO** (2ºAvaliador), **TALITA BARBOSA DOMINGOS** (1º Suplente); Ana Laura Brandão Motta (2º Suplente) em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( x ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. O(A) candidato(a) expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção

( x ) APROVADO ( ) APROVADO COM EXIGÊNCIAS E/OU RECOMENDAÇÕES A SEREM CUMPRIDAS NO PRAZO DE 60 DIAS ( ) NÃO APROVADO à defesa final de dissertação de mestrado. O relatório de pesquisa apresentado atende aos requisitos de uma dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a):  **ALINE ALVES FERREIRA**  
Data: 13/12/2024 12:27:32-0300  
Verifique em <https://validar.ri.gov.br>  
**ALINE ALVES FERREIRA**

1º Examinador(a):  **JULIANA DE BEM LIGNANI**  
Documento assinado digitalmente  
Data: 13/12/2024 12:44:40-0300  
Verifique em <https://validar.ri.gov.br>

2º Examinador(a):  **GERSON LUIZ MARINHO**  
Documento assinado digitalmente  
Data: 14/12/2024 20:19:46-0300  
Verifique em <https://validar.ri.gov.br>

Mestrando(a)/Examinado(a):  **DEBORAH MACHADO DE OLIVEIRA**  
Documento assinado digitalmente  
Data: 17/01/2025 15:52:16-0300  
Verifique em <https://validar.ri.gov.br>

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Suely e William, pelo suporte, amor, incentivo e exemplo de coragem e determinação, que me acompanham e me motivam em cada passo desta jornada.*

*A todas as mulheres e gestantes do Brasil, que lutam por uma atenção integral e mais digna durante o pré-natal, na esperança de um futuro mais justo e humanizado para todas.*

## **AGRADECIMENTO**

À minha família, que sempre acreditou em mim, me apoiando e que, mesmo nos dias mais difíceis, me acolheu com paciência, amor e compreensão. Por me aturarem e por suportarem meu cansaço e mau humor nos momentos de desespero. Sem vocês, este caminho seria muito mais árduo.

Aos meus amigos, por compartilharem comigo não apenas os momentos de alegria, mas também os de ansiedade e estresse, estando sempre presentes, oferecendo força, carinho e amizade.

Aos meus colegas e amigos de trabalho que torceram por cada etapa conquistada. O carinho de vocês fez toda a diferença.

À minha unidade CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, onde iniciei na gerência e a minha unidade Clínica da Família Carioca, onde atualmente exerço a função de gerente, meu sincero agradecimento pelo apoio constante. O ambiente acolhedor e colaborativo de vocês foi essencial para meu crescimento profissional, pessoal e para que esse sonho pudesse se realizar.

Ao meu namorado, pelo estímulo constante e por estar ao meu lado nesse processo, me fazendo acreditar que cada passo dado tinha um propósito.

À minha orientadora, Aline, que esteve ao meu lado durante toda essa trajetória, guiando-me com sabedoria e sempre acreditando no meu potencial. Seu apoio foi essencial para que eu chegasse até aqui.

À doutoranda Eloah, pela ajuda nos momentos mais críticos e pela disposição em contribuir com minha pesquisa e aprendizado. Você foi fundamental!

À aluna de graduação Júlia, sua ajuda, embora mais pontual, foi valiosa para o desenvolvimento do trabalho.

Aos professores e membros da banca de qualificação e defesa, que gentilmente aceitaram o convite para participar deste momento e pelas contribuições já dadas na época da qualificação, enriquecendo meu trabalho.

A todas as pessoas que, de alguma forma, torcem pela minha felicidade e pelo meu sucesso profissional, e que de alguma forma, contribuíram para minha formação ao longo da vida — seja com palavras de incentivo, seja com exemplos, gestos ou ensinamentos.

*“Pedras no caminho? Guardo todas, um dia  
vou construir um castelo...”*

**Fernando Pessoa**

## RESUMO

O pré-natal no Brasil reflete profundas desigualdades sociais, evidenciando uma realidade marcada pela falta de equidade no acesso e na assistência às gestantes. As barreiras impostas pela desigualdade social repercutem diretamente na saúde materna e infantil. **Objetivo:** Analisar o acesso, qualidade e oferta do pré-natal entre a rede pública e a rede privada no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico com a amostra de mulheres sobre o atendimento pré-natal, a partir dos dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, conduzida em 2019 em parceria entre o Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A pesquisa incluiu 108.525 domicílios, dos quais 2.910 mulheres responderam à pergunta filtro “Na última vez que você engravidou, você fez pré-natal?”. Dessas mulheres, 2.824 responderam positivamente à questão. Investigaram-se as características socioeconômicas e demográficas, o acesso e a assistência ao pré-natal prestado às mulheres com 15 anos ou mais, cujo último parto ocorreu nos dois anos anteriores à realização da pesquisa. A média e o erro padrão (EP) foram usados para variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas, foram determinados o percentual, o intervalo de confiança e o teste do qui-quadrado utilizado para avaliar a associação entre as variáveis. **Resultados:** A prevalência de realização do pré-natal foi maior no setor público em comparação ao privado. Na rede privada, observa-se uma maior proporção de pré-natais iniciados até as 12 semanas de gestação, com a realização de seis ou mais consultas e o acompanhamento predominantemente realizado por médicos. Já na rede pública, a maioria das mulheres tinham entre 20 e 34 anos, raça/cor autodeclarada parda, baixa escolaridade, eram solteiras, viviam em domicílios numerosos e apresentavam renda per capita de até  $\frac{1}{2}$  SM. A região Sudeste apresentou maior taxa de atendimento no setor privado, enquanto a região Norte teve maior uso do setor público. **Conclusão:** Foram evidenciadas diferenças no acesso e na assistência ao pré-natal entre o serviço público e privado. Os dados intensificam a necessidade de um olhar diferenciado para as gestantes, em especial às mulheres negras, historicamente afetadas pelas desigualdades sociais.

**Palavras-Chaves:** Cuidado Pré-natal. Inquéritos Epidemiológicos. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

Prenatal care in Brazil reflects profound social inequalities, highlighting a reality marked by a lack of equity in access and care for pregnant women. The barriers imposed by social inequality have a direct impact on maternal and child health.

**Objective:** To analyze access, quality and provision of prenatal care between the public and private networks in Brazil. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical study with a sample of women about prenatal care, based on public data from the National Health Survey, conducted in 2019 in partnership between the Ministry of Health and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The survey included 108,525 households, of which 2,910 women responded to the filter question “The last time you were pregnant, did you receive prenatal care?” Of these women, 2,824 responded positively to the question. The socioeconomic and demographic characteristics, access and prenatal care provided to women aged 15 or over, whose last birth occurred in the two years prior to the research, were investigated. Mean and standard error (SE) were used for continuous variables. For categorical variables, the percentage, confidence interval and chi-square test used to evaluate the association between the variables were determined. **Results:** The prevalence of prenatal care was higher in the public sector compared to the private sector. In the private network, there is a higher proportion of prenatal care initiated up to 12 weeks of gestation, with six or more consultations and follow-up predominantly carried out by doctors. In the public network, the majority of women were between 20 and 34 years old, self-declared mixed race/color, had low education, were single, lived in large households and had a per capita income of up to ½ MW. The Southeast region had a higher rate of service in the private sector, while the North region had greater use of the public sector. **Conclusion:** Differences in access and prenatal care were evident between public and private services. The data intensifies the need for a different look at pregnant women, especially black women, historically affected by social inequalities.

**Keywords:** Prenatal Care. Epidemiological Surveys. Quality, Access and Evaluation of Health Care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Cobertura de Saúde da Família, segundo as macrorregiões no Brasil de 2007 a 2023.	22
Figura 2- Fluxograma das consultas de pré-natal.	24
Figura 3 - Determinantes Sociais de Saúde.	27
Figura 4 - Folder para apoio ao atendimento pré-natal.	46

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diretrizes gerais do PAISM.	14
Quadro 2- Categorização das variáveis independentes utilizadas neste estudo.	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AICA	Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescente
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	batimentos cardíofetais
CNEFE	Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DINSAMI	Divisão de Saúde Materno-Infantil
DMC	Dispositivos Móveis de Coleta
DSS	DSS Determinantes Sociais de Saúde
EP	Erro Padrão
ESF	Equipes de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
Rio+20	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
RJ	Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAs	Unidades Primárias de Amostragem
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1 PRÉ-NATAL NO BRASIL	14
2.2 COBERTURA E ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
2.3 DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO À SAÚDE E NA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO BRASIL	26
2.4 INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE E INTERFACE COM A APS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE	31
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>35</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
<b>4 JUSTIFICATIVA</b>	<b>36</b>
<b>5 MÉTODOS</b>	<b>38</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO	38
5.2 AMOSTRA DO ESTUDO	38
5.3 COLETA DE DADOS	39
5.4 VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA A PESQUISA	40
5.5 ANÁLISE DE DADOS	42
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	43
<b>6 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO</b>	<b>44</b>
6.1 Curso de formação profissional – planejamento metodológico	44
<b>7 RESULTADOS</b>	<b>47</b>
7.1 Artigo 1: Desigualdades sociais no atendimento ao pré-natal nas redes pública e privada no Brasil.	44
<b>8 CONCLUSÕES FINAIS</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>66</b>

## APRESENTAÇÃO

O presente projeto de mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvido no Programa de Pós-graduação do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem por objetivo investigar o acesso e assistência do cuidado do pré-natal e denomina-se *“ACESSO E ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS MACRORREGIÕES DO BRASIL: UMA ANÁLISE COM DADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2019”*.

Sou graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense, em 2008. Realizei três especializações: Especialização em QSMS - Qualidade, Saúde, Meio Ambiente e Segurança; Especialização em Saúde da Família e Especialização em Nutrição Clínica Funcional.

De dezembro de 2011 a junho de 2022 trabalhei como nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF/e-Multi) e em junho de 2022 assumi o cargo de Gerente de Serviços de Saúde.

Ministrei algumas aulas no Curso de Multiplicadores da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, entre os anos de 2012 a 2015.

Durante os anos de 2015 a 2021, atuei como preceptora NASF para as turmas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública.

Entre 2014 e 2015, trabalhei como instrutora no Serviço Nacional de Aprendizado Comercial (SENAC), ministrando as disciplinas: Educação Nutricional, Princípios de Nutrição, Saúde Pública, entre outras.

Durante minha trajetória profissional, a saúde da mulher e o pré-natal sempre despertaram meu interesse, especialmente devido à sua conexão com questões sociais. Essa afinidade se fortaleceu ao trabalhar em quatro unidades de saúde com perfis territoriais distintos.

Esta pesquisa impulsiona explorar melhor os dados sobre esse público e concentra-se em avaliar a situação do acesso e assistência do pré-natal, além de verificar a sua relação com características socioeconômicas e demográficas, nas macrorregiões do Brasil. Ao avaliar a assistência pré-natal em nível nacional e regional, buscamos constantemente a excelência nos cuidados oferecidos e a

melhoria dos indicadores de saúde relacionados, além de aproveitar a aplicabilidade de dados secundários de acesso público para melhorias na APS.

O estudo apresentado se encontra estruturado nas sessões de introdução; referencial teórico, onde foram abordadas temáticas como histórico e atual cenário do pré-natal no Brasil, cobertura, acesso e assistência da APS, desigualdades sociais no acesso à saúde, PNS; objetivo geral e objetivos específicos; justificativa; métodos, descreve o delineamento da pesquisa de base, que abrange o tipo do estudo, amostra do estudo, coleta de dados, as variáveis, análise de dados além dos aspectos éticos; produto técnico tecnológico; resultados, com uma extração dos dados do pré-natal da PNS 2019 e dos seus domicílios; discussão e conclusão.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência durante o período pré-natal desempenha um papel significativo na atenção à saúde da mulher, sendo considerada um conjunto de ações que apresentam um caráter preventivo, promotor e curativo, direcionado a um desfecho saudável para a mulher e o bebê (Leal et al, 2020; Viellas et al, 2014). Conseqüentemente, há uma redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, acolhendo a mulher desde o início da gravidez. Isso se deve ao fato de que muitas patologias que ocorrem durante a gravidez e no puerpério podem ser adequadamente tratadas e controladas por meio de cuidados pré-natais (Brasil, 2000; Oba; Tavares, 2000).

Diferentemente de países com maior desenvolvimento socioeconômico, como Estados Unidos e Reino Unido, onde a principal causa isolada de morte neonatal são as malformações congênitas, no Brasil, a maior parte dos óbitos perinatais está associada às condições de saúde da gestante e às características da assistência durante o parto e ao recém-nascido (Magalhães et al, 2023). Portanto, monitorar a qualidade da assistência pré-natal no Brasil é fundamental.

No Brasil, a cobertura pré-natal aumentou significativamente desde a implementação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000. Este programa tem como principal objetivo garantir a melhoria do acesso, da abrangência e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-nascidos (Brasil, 2022). De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, houve uma redução significativa na proporção de mães que não realizaram o pré-natal, caindo de 14,0% em 2000 para 2,7% em 2006. Além disso, observou-se um aumento na proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas pré-natal, passando de 43,7% em 2000 para 54,5% em 2006. Em 2010, a cobertura do pré-natal no país atingiu 98,0% (Rosa; Silveira; Costa, 2014).

Até a criação do PHPN, as informações sobre a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) estavam limitadas ao registro do número absoluto de consultas, não viabilizando análises mais detalhadas sobre a qualidade do acompanhamento pré-natal (Serruya; Lago; Cecatti, 2004).

Em 2011 foi criada a Rede Cegonha, um programa voltado para a estruturação e organização do atendimento à saúde materno-infantil no Brasil, incluindo a

assistência pré-natal. A Rede tem contribuído para melhorar os indicadores de acesso a esse tipo de assistência no país. Para garantir a eficácia do pré-natal, é crucial assegurar o cumprimento do número recomendado de consultas, identificar todas as gestantes na comunidade o mais cedo possível, iniciar o acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, registrar as gestantes no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), distribuir e preencher adequadamente o cartão pré-natal, informar sobre o calendário de vacinação e os exames indicados, entre outras medidas de promoção da saúde (Nunes et al, 2017). No âmbito do setor privado, as diretrizes do PHPN também se aplicam (Rezende, 2022).

Diversos fatores podem estar ligados à realização do pré-natal, como aspectos socioeconômicos (como baixa renda e escolaridade), local de residência, qualidade dos serviços de saúde, idade materna, uso de álcool ou outras drogas durante a gravidez, falta de apoio familiar e experiências negativas de atendimento. Entre os mais comuns estão a raça/cor da pele, idade avançada, ausência de companheiro, baixa renda, doenças pré-existentes e a realização inadequada do pré-natal (Rosa; Silveira; Costa, 2014; Silva et al, 2023). As gestantes atendidas no setor privado tendem a ter vantagens em relação àquelas atendidas no setor público no que tange a características sociodemográficas, econômicas e cobertura da maioria dos indicadores da assistência pré-natal (Cesar et al, 2012; Paris; Pellosso; Martins, 2013).

Os inquéritos populacionais de saúde têm sido cada vez mais usados para avaliar a qualidade da assistência médica do ponto de vista dos pacientes, bem como para coletar informações sobre doenças reportadas e hábitos saudáveis. Explorar a base de dados dessas pesquisas é importante para a implementação de políticas e programas e melhorias na Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma das mais importantes que dialogam com a APS e visa principalmente reunir dados, em nível nacional, sobre a saúde e os estilos de vida da população brasileira, incluindo acesso aos serviços de saúde, práticas preventivas, continuidade do cuidado e financiamento da assistência médica (Brasil, 2024a).

Em 2013, a primeira edição da PNS iniciou sua coleta de dados com o objetivo de expandir a investigação temática iniciada nos Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O questionário da PNS incluiu

integralmente os módulos sobre acesso e utilização de serviços de saúde e cobertura de planos de saúde, que são as principais áreas investigadas pela PNAD. Além disso, a PNS foi integrada de forma distinta dos Suplementos Saúde no Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A segunda edição da PNS foi em 2019 (Stoppa *et al*, 2020) e a terceira deve ocorrer em 2025.

De acordo com dados da PNS 2019, no Brasil, ocorreram 4,7 milhões de partos entre mulheres com 15 anos ou mais de idade, no período de 29 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019. Dessas, 98,2% relataram ter realizado consultas pré-natais, totalizando 4,6 milhões de gestantes que receberam acompanhamento durante a gravidez (IBGE, 2021). Porém, as desigualdades sociais que levam à heterogeneidade no pré-natal, são pouco exploradas e ainda desconhecidas. Especialmente se consideradas as redes públicas e privadas no país

Diante do exposto, foram formuladas as seguintes questões de pesquisa: O acompanhamento pré-natal no Brasil atende aos padrões mínimos estipulados pelo Ministério da Saúde (MS)? Há disparidades no acesso e na qualidade dos serviços prestados às mulheres grávidas no país?

Considerando-se tais questionamentos, esta dissertação visa analisar, a partir dos dados secundários da PNS 2019, o acesso, qualidade e oferta do pré-natal entre a rede pública e a rede privada no Brasil.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PRÉ-NATAL NO BRASIL

Até o início dos anos 1980, a política governamental em relação à saúde feminina restringia-se ao ciclo gravídico-puerperal - compreendendo o acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto - preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), influenciado pelas diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), guiado pela estratégia da intervenção priorizada a grupos de risco ou situações de vulnerabilidade. Nessa linha, o PSMI foi criado no final da década de 60 pela Divisão de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) do MS e implementado pelas secretarias estaduais de Saúde (Costa, 1999).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi oficialmente apresentado pelo MS em 1984, por meio do documento elaborado pela comissão designada, intitulado "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática" (Osis, 1998).

Quadro 1 - Diretrizes gerais do PAISM.

- O sistema de saúde deve estar preparado para atender às necessidades de saúde das mulheres, concentrando-se nas doenças mais comuns nesse grupo;
- A abordagem integral da assistência requer uma mudança na postura da equipe de saúde e uma revisão dos programas de capacitação para garantir que os conhecimentos necessários sejam compartilhados com os pacientes, permitindo um maior controle sobre sua saúde;
- O planejamento familiar é uma parte complementar dos cuidados de saúde materno-infantil, com ações motivadas pelos princípios de equidade;
- Todas as atividades de planejamento familiar devem ser oferecidas sem qualquer pressão coercitiva sobre as famílias que optarem por utilizá-las.

Fonte: adaptado de BRASIL, 1984.

Neste cenário, o cuidado à mulher deveria ser integral, englobando aspectos clínicos, ginecológicos e educativos. Deve-se focar no aprimoramento do

acompanhamento pré-natal, no cuidado durante o parto e no pós-parto. Além disso, é essencial abordar questões que surgem desde a adolescência até a terceira idade; o controle de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de colo do útero e de mama e a assistência tanto para concepção quanto para contracepção (Osis, 1998).

Após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a publicação da Constituição em 1988, o direito à saúde foi assegurado por lei e um sistema único de saúde foi concebido para ser implementado de forma descentralizada, com a criação de instâncias de controle social (Serruya; Lago; Cecatti, 2004).

Em junho de 2000, foi instituído pelo MS através da Portaria/GM no. 569 o PHPN, com base nas análises das necessidades específicas de atenção à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período do puerpério, estabelecendo como prioridades: concentrar esforços na redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país; implementar medidas que garantam melhor acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal; e expandir as iniciativas já em curso pelo MS na área de atenção à gestante (Brasil, 2002).

O principal objetivo do PHPN é garantir melhor acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, na assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, baseados nos direitos de cidadania (Brasil, 2002).

Foi estabelecido um pacote mínimo de procedimentos e exames a serem oferecidos à todas as gestantes ao longo do acompanhamento do pré-natal, segundo Mendes et al (2020) como:

- Captação precoce das gestantes, com a 1ª consulta até o quarto mês de gestação (16ª semana);
- Mínimo de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro;
- Rotina de exames laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), urina, glicemia de jejum, hematócrito, hemoglobina, teste anti-human immunodeficiency virus (HIV) e vacinação antitetânica;
- Atividades educativas;
- Classificação de risco gestacional;
- Garantir às gestantes classificadas como de risco, o encaminhamento para à unidade de referência à gestação de alto risco;

- Consulta puerperal, até quarenta e dois dias após o parto.

Na avaliação da assistência pré-natal e puerperal, é essencial considerar indicadores de processo, resultado e impacto. O profissional de saúde responsável pela prestação desses cuidados deve monitorar regularmente a qualidade da assistência utilizando os indicadores de processo. A interpretação desses indicadores, especialmente os do PHPN, é fundamental para a organização eficaz da assistência (Brasil, 2005).

Os dados nacionais sobre assistência pré-natal são limitados e pouco explorados na literatura. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou um aumento na cobertura pré-natal, atingindo cerca de 100% em 2011. No entanto, este sistema apenas rastreia o número de consultas realizadas e está restrito a gestações que resultam em nascimentos vivos. O SISPRENATAL, implementado em 2000, oferece acesso a informações adicionais, como idade gestacional no início do pré-natal, exames de rotina, vacinação antitetânica, número de consultas pré-natais e pós-parto (Viellas et al, 2014). Como uma ferramenta de gestão, o programa possibilitou a implementação de um sistema de monitoramento para acompanhar o cumprimento das ações mínimas essenciais. Isso viabilizou a alocação de recursos financeiros para os municípios que atendessem aos requisitos mínimos estabelecidos (Andreucci; Cecatti, 2011). Contudo, esses dados não estão disponíveis para consulta regular e enfrentam problemas de sub-registro (Viellas et al, 2014).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi desenvolvida pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em resposta à necessidade do Ministério de estabelecer diretrizes técnico-políticas para a saúde das mulheres no país. Elaborada em colaboração com diferentes áreas e departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e grupos do movimento de mulheres, a PNAISM procurou incorporar as demandas dos diversos segmentos sociais. Foi apresentada e discutida no Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de ser reconhecida como uma política de Estado e adotada pelas instâncias decisórias do SUS (SPM, 2016).

A PNAISM tem como objetivos gerais: estimular a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, garantindo direitos e ampliando o acesso aos meios e serviços em todo país; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases de vida e

em diferentes grupos populacionais, sem discriminação; ampliar, qualificar e humanizar à saúde da mulher no SUS (SPM, 2016).

Em 8 de março de 2004, a Presidência da República lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de articular os agentes sociais, engajados historicamente na promoção da qualidade de vida de mulheres e crianças, no combate contra os altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (Brasil, 2007).

Os princípios do Pacto incluem, dentre outros, o respeito aos direitos humanos das mulheres e das crianças, a consideração das questões de gênero, aspectos étnicos e raciais, bem como das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investir na melhoria da assistência obstétrica e neonatal; e fomentar uma ampla mobilização e participação tanto dos gestores quanto das organizações sociais (Brasil, 2007).

Seis anos após a elaboração da PNAISM, a Portaria nº 1.459/ GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que compreende uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, como também à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Brasil, 2011).

Um dos objetivos da Rede Cegonha é reduzir a mortalidade materna e infantil e consta com quatro componentes: I - Pré-Natal, II - Parto e Nascimento, III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. O componente pré-natal que compreende ações, como: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e qualificação do sistema e da gestão da informação (Brasil, 2011).

Em 2013, o MS lançou o Caderno de Atenção Básica número 32, dedicado à assistência ao pré-natal de baixo risco, com o objetivo de fornecer suporte às equipes de saúde participantes da Rede Cegonha (Mario et al, 2019).

A melhoria da qualidade do pré-natal, parto e puerpério é fundamental para reduzir a mortalidade infantil, especialmente quando se enfatiza a assistência pré-natal. Esta abordagem visa proporcionar cuidados contínuos, antecipar possíveis problemas obstétricos e minimizar a incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer, garantindo o acesso das gestantes aos serviços de saúde e promovendo partos e nascimentos saudáveis (Brito et al, 2022).

Apesar do reconhecimento de sua importância na saúde pública, muitas mulheres não comparecem às consultas de pré-natal, um padrão que se estende ao acompanhamento da saúde da criança. Os motivos para essa ausência são diversos e incluem fatores sociais, individuais e institucionais, refletindo a complexidade do processo saúde-doença e a vulnerabilidade enfrentada pelas mulheres (Brito et al, 2022).

## **2.2 COBERTURA E ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Em 1920, o Ministério de Saúde do Reino Unido produziu um documento conhecido como o Relatório Dawson. Este relatório, historicamente significativo, representa um marco fundamental na conceituação e organização da APS. Sob uma perspectiva sistêmica e regionalizada, o Relatório Dawson propôs uma hierarquização dos serviços de saúde, organizando-os por níveis de complexidade e estabelecendo uma base geográfica definida. Sua influência culminou na criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 e serviu de modelo para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países ao redor do mundo (Lavras, 2011).

Em 1925, a reforma sanitária, instituída pelo Decreto 3.876 e liderada pelo renomado sanitarista Geraldo de Paula Souza, marcou um ponto crucial na história da saúde pública em São Paulo. Esta reforma, inspirada nos moldes norte-americanos aprendidos durante o seu doutorado na Universidade de Johns Hopkins, em Baltimore, introduziu importantes mudanças. Sob a ótica de Souza, os problemas de saúde foram reconhecidos como consequências da falta de educação, sendo a educação sanitária vista como uma ferramenta essencial para enfrentar os desafios decorrentes do rápido crescimento urbano. Dentre as inovações propostas, destaca-se a criação do curso de educadores sanitários e dos centros de saúde (Rocha, 2005).

A reforma liderada por de Paula Souza contemplava inicialmente a instalação imediata de cinco centros de saúde na capital. No entanto, devido às resistências

enfrentadas na Câmara de Deputados, somente duas dessas unidades puderam ser criadas. Uma delas foi o Centro Modelo do Instituto de Higiene, que se destacou como o primeiro Centro de Saúde do Brasil (Mascarenhas, 1973).

Implementando práticas destinadas a destacar e persuadir sobre a importância dos hábitos de higiene, em diversos espaços que iam desde os recém-criados centros de saúde até escolas, hospitais, fábricas e residências, as iniciativas lideradas pelas educadoras sanitárias tinham como principal alvo a infância. No entanto, não apenas as crianças deveriam ser o foco de atenção desses profissionais. Através delas, buscava-se alcançar suas famílias, ensinando-lhes um padrão de vida considerado civilizado, que se refletia em práticas desejáveis de asseio pessoal e vestimenta, higiene domiciliar, alimentação e cuidados com os filhos (Rocha, 2005).

Em dezembro de 1931, o Serviço Sanitário do Estado passou por uma reorganização profunda, marcada pela extinção dos centros de saúde e pela reinstauração da polícia sanitária, por meio de um decreto do regime ditatorial. Diante desse cenário, de Paula Souza não se abateu, e em 1933, numa situação "de fato" e não "de direito", instalou o Instituto de Higiene, um centro de saúde que hoje leva seu nome (Mascarenhas, 1973).

Na década de 1970, no Brasil, surgiram alguns centros de saúde vinculados a programas experimentais de saúde comunitária, estabelecidos por universidades em colaboração com os serviços de saúde. Um exemplo foi a experiência de Montes Claros, inicialmente em formato focal, que mais tarde evoluiu para Programas de Extensão de Cobertura em formato ampliado. Entre esses programas destacam-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), iniciado em 1976, e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), concebido em 1980, porém não implementado devido à oposição dos empresários, assim como de dirigentes e burocratas do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Paim, 2012).

A publicação da Declaração de Alma Ata em 1978 marcou um importante avanço para o desenvolvimento da APS em nível global. Neste documento, a APS foi defendida como o núcleo central de um sistema de saúde eficaz. As ideias fundamentais apresentadas na Declaração de Alma Ata estabeleceram bases essenciais para a melhoria dos sistemas de saúde contemporâneos. Tais contribuições visavam promover resultados mais equitativos e favoráveis em saúde,

além de aumentar a eficiência, efetividade e satisfação dos usuários dos serviços de saúde (Arantes; Shimizu; Merchán-Hamann, 2016).

No início da década de 1980, durante o processo de redemocratização no Brasil, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Foi somente em 1988, com a promulgação da nova Constituição, que o SUS foi oficialmente instituído. Durante esse período, várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS foram observadas, porém sem a consolidação de um modelo nacional. A municipalização do SUS no início da década de 1990 marcou o início de uma estruturação mais uniforme da APS, com os municípios brasileiros assumindo a responsabilidade, incentivados pelo Ministério da Saúde por meio de normatizações e financiamento (Lavras, 2011).

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve seu início, direcionado a municípios na região Nordeste com altas taxas de mortalidade infantil. Foi impulsionado por experiências bem-sucedidas de atenção básica à saúde, que envolviam agentes comunitários moradores especialmente treinados para orientar as famílias locais sobre questões de higiene, alimentação e prevenção de doenças. No mesmo ano, devido a um surto de cólera, o programa foi estendido de forma emergencial à região Norte do país. Conforme destacado em uma cartilha divulgada no site do MS, o PACS tem como objetivo "contribuir para a construção de um modelo assistencial que priorize ações preventivas e de promoção da saúde". Seu objetivo geral é fortalecer a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde, fornecendo-lhes informações e conhecimentos, além de auxiliar na construção e consolidação de sistemas locais de saúde, com as famílias sendo o foco principal de atuação, e contando com a atuação preventiva dos agentes comunitários para organizar a demanda (Augusto; Costa, 1999).

Podemos afirmar que o PACS é um precursor do Programa de Saúde da Família (PSF), pois introduziu uma variável crucial que se relaciona diretamente com o PSF: o enfoque na família em detrimento do indivíduo nas práticas de saúde. O PACS também inaugurou uma abordagem proativa na intervenção em saúde, não aguardando passivamente pela demanda, mas atuando de forma preventiva sobre ela, o que o tornou um instrumento eficaz na reorganização da demanda. Além disso, diferenciou-se por suas concepções de integração com a comunidade e por adotar uma perspectiva mais abrangente da saúde, que não se limitava apenas à intervenção médica. É relevante destacar que todos esses elementos foram fundamentais na

construção do PSF, pois constituem a essência da concepção de sua intervenção (Viana; Poz, 2005).

O primeiro registro do PSF remonta a setembro de 1994. Segundo esse documento inicial, a concepção do programa visava transformá-lo em um instrumento chave para a reestruturação do SUS e para o processo de municipalização, determinando que sua implementação se desse prioritariamente em áreas consideradas de alto risco. Para identificar tais áreas, o critério utilizado foi o Mapa da Fome, produzido pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (Viana; Poz, 2005).

O PSF reúne agentes comunitários, enfermeiros e médicos generalistas em equipes de trabalho dedicadas à reestruturação das unidades básicas de saúde. Essas equipes operam com base nos princípios da vigilância epidemiológica e do atendimento integral à saúde da família. O objetivo é transformar essas unidades em portas de entrada para o sistema de saúde, facilitando e intermediando o acesso da população às unidades de maior complexidade tecnológica em nível local ou regional. Além disso, o PSF deve adotar os princípios da integralidade e hierarquização, garantindo atenção abrangente e estabelecendo referências e contra referências para os diferentes níveis do sistema sempre que necessário (Oliva-Augusto; Costa, 2000).

Também são fundamentais os princípios de territorialização e adscrição de clientela, que definem o território de atuação e a população residente na área delimitada (Oliva-Augusto; Costa, 2000).

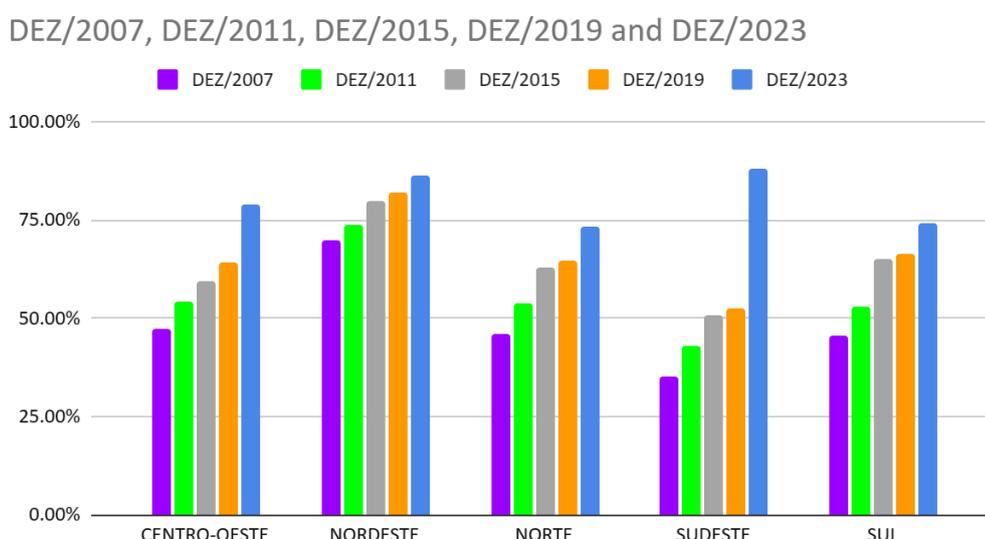
Especificamente no contexto da assistência pré-natal, observam-se vantagens claras da implantação do PSF em comparação com as UBS tradicionais. Nesse sentido, espera-se que no âmbito do PSF sejam realizadas uma ampla gama de atividades educativas, clínicas e diagnósticas, visando qualificar ainda mais a assistência pré-natal (Santos Neto et al, 2012).

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 representou o marco legal que definiu a missão da atenção primária à saúde no Brasil, sendo revisada e reformulada nos anos de 2011 e 2017 (Sellera et al, 2023).

A PNAB estabelece que a atenção básica tem na saúde da família sua principal estratégia para a expansão, qualificação e consolidação dos serviços da atenção básica. A Estratégia Saúde da Família, por sua vez, visa reorganizar a prática assistencial, fundamentando-a em novos critérios e bases, com foco na atenção integral à família (Sellera et al, 2023).

Na figura 1, percebemos que entre 2007 e 2015, observou-se um aumento significativo na cobertura de Saúde da Família, com destaque para a Região Nordeste, que apresentou as maiores coberturas, enquanto a Região Sul registrou a menor expansão. Já no período de 2015 e 2019, ocorreu pouco crescimento em todas as regiões brasileiras. No entanto, em 2023, todas as regiões alcançaram índices mais elevados de cobertura, com algumas, como Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste, ultrapassando os 75%.

Figura 1 - Cobertura de Saúde da Família, segundo macrorregiões no Brasil de 2007, 2011, 2015, 2019 e 2023.



Fonte: Elaborado pela própria autora, adaptado de [e-Gestor AB \(saude.gov.br\)](https://e-gestor.ab.saude.gov.br), 2024.

O objetivo primordial da assistência pré-natal é assegurar o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê ao longo de toda a gestação e do parto, detectando quaisquer circunstâncias que possam elevar o risco de desfechos desfavoráveis. Assim, a abordagem de cada gestante deve ser individualizada, levando em consideração o risco gestacional, as características da população em acompanhamento, na prevalência das doenças mais comuns e a análise das informações científicas disponíveis (Amorim et al, 2009).

Foi estabelecido pela Portaria nº 2.979 em novembro de 2019, o programa Previne Brasil, um novo modelo de financiamento que ajusta a distribuição de recursos para os municípios com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. Seu objetivo central é fortalecer o

acesso da população aos serviços da Atenção Primária, promovendo um vínculo mais próximo entre os indivíduos e as equipes de saúde, por meio de mecanismos que responsabilizam gestores e profissionais pela assistência prestada.

O pagamento por desempenho constitui um dos elementos da transferência mensal aos municípios, no qual o valor repassado depende dos resultados alcançados nos indicadores monitorados e avaliados pelo trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2024b).

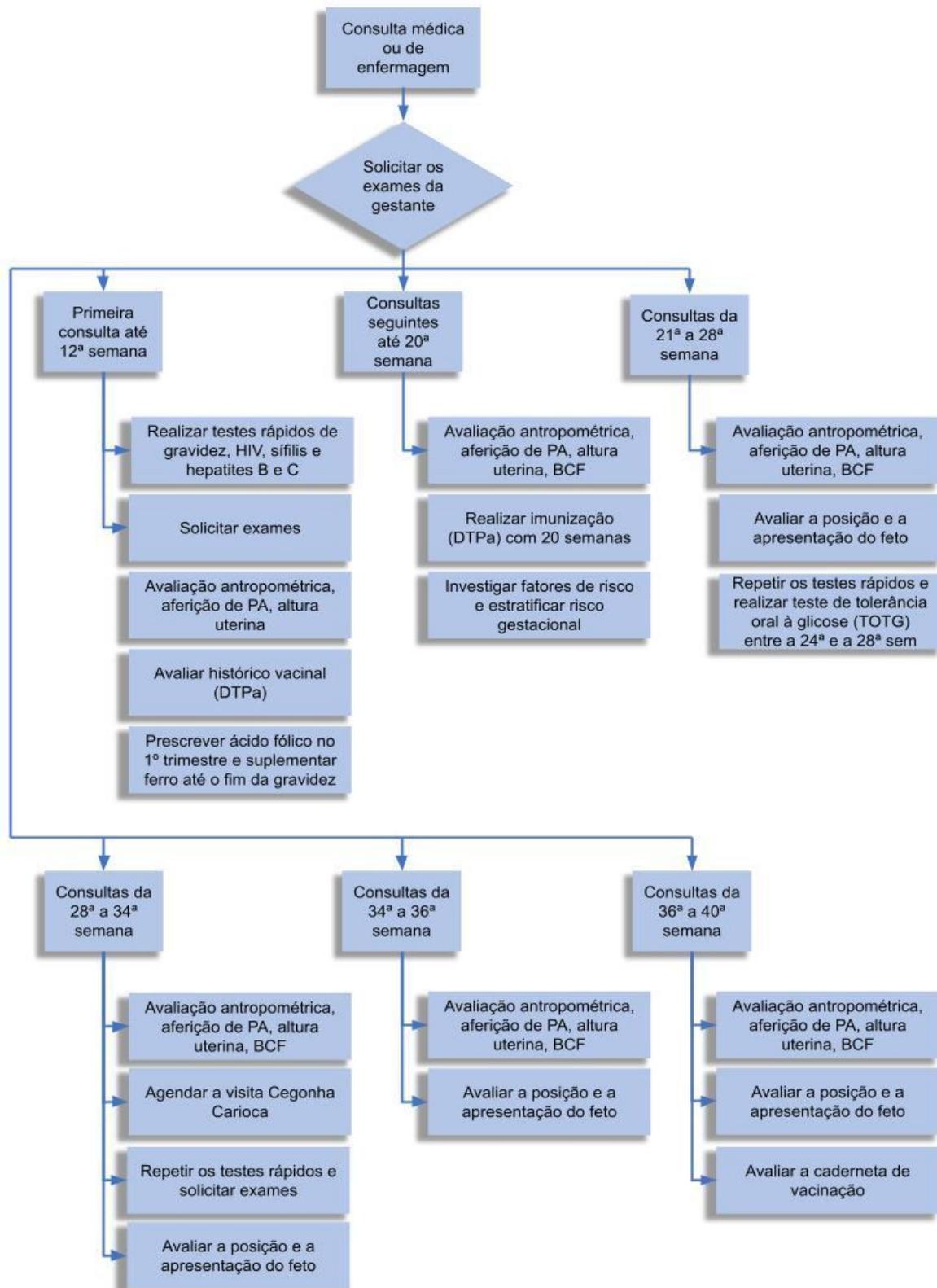
Estes indicadores incluem:

- Proporção de gestantes submetidas a pelo menos seis consultas pré-natal, sendo a primeira realizada até a 12<sup>a</sup> semana de gestação;
- Proporção de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV;
- Proporção de gestantes que receberam atendimento odontológico (Brasil, 2024b).

O acompanhamento deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre), sendo este um indicador de qualidade do cuidado pré-natal. É sugerido consultas mensais até 32 semanas, entre 32 e 36 semanas quinzenais e entre 36 semanas até o parto, semanais. Não existe evidência de que o número de consultas isoladamente determina qualidade do pré-natal, porém é preconizado 6 consultas ou mais como indicador de acompanhamento da gestante. A cada consulta devem ser avaliadas as queixas, avaliar risco gestacional, verificar pressão arterial (PA), peso, altura uterina, batimentos cardíacos (BCF), movimentos fetais, solicitações de exames do período gestacional, tratamentos instituídos e sua adesão (SMS, 2019).

A figura 2 apresenta o fluxograma adaptado do protocolo de atendimento descrito no Guia Rápido Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que tem como objetivo orientar a assistência às mulheres e suas famílias durante o pré-natal, parto e puerpério, com ênfase na APS (Brasil, 2022).

Figura 2- Fluxograma das consultas de pré-natal.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Guia Rápido de pré-natal (Brasil, 2022).

O mínimo de uma assistência pré-natal preconizada pelo MS são 6 consultas (Brasil, 2022). O pré-natal representa uma oportunidade única para intervenções preventivas essenciais à saúde materno-fetal. Além de permitir o rastreamento e tratamento de complicações clínicas e obstétricas, é um momento propício para discutir temas como alimentação saudável, preparação para o parto e aleitamento, e para orientar sobre sinais de alerta. Uma gestante bem-informada possui mais recursos para lidar com situações adversas, impactando positivamente nos resultados de saúde tanto para ela quanto para o bebê. Assim, a melhoria nos índices de escolaridade e o aumento no número de consultas de pré-natal, que reflete indiretamente na qualidade do acompanhamento, podem contribuir para diminuir a mortalidade materno-infantil (Magalhães et al, 2023). O MS destaca que o foco principal da orientação e informação deve ser voltado para as gestantes, mas também abrangendo seus parceiros e familiares (Brasil, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 40% das gestantes em todo o mundo sofrem de anemia. A deficiência de ferro aumenta o risco de doenças, especialmente as infecciosas, e está associada à prematuridade, baixo peso ao nascer e a uma maior taxa de mortalidade entre as mães, bebês e recém-nascidos. A suplementação com sulfato ferroso é uma estratégia amplamente adotada para prevenir a anemia por deficiência de ferro, especialmente em grupos vulneráveis, tornando-se um recurso essencial em países de baixa e média renda durante a gestação (Linhares; Cesar, 2022).

Em 2019, no Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou quase 153 mil casos de sífilis adquirida, aproximadamente 61 mil casos de sífilis em gestantes e mais de 24 mil casos de sífilis congênita. Cerca de 40% desses casos resultaram em perda fetal, aborto espontâneo ou óbito. No mesmo ano, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,2 casos para cada 1.000 nascidos vivos, com uma prevalência de sífilis em gestantes de 1,6% a 3,5%. Entre 1998 e 2019, foram registrados 2.768 óbitos por sífilis congênita em crianças com menos de um ano (Menezes; Rosa Filho; Queiroz, 2023).

É crucial que a gestante siga rigorosamente o calendário de vacinação. Estudos indicam que ao se vacinar, a gestante produz anticorpos IgG que são transferidos para o feto através da placenta, beneficiando tanto a mãe quanto o bebê. Assim, a vacinação durante a gestação é fundamental para proteger a saúde materno-infantil

contra doenças imunopreveníveis, como difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e influenza (Nascimento et al, 2023).

### 2.3 DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO À SAÚDE E NA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Segundo Barata (2009) às desigualdades sociais refletem-se às disparidades no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como renda, educação, ocupação, raça, etnia, gênero e condições do ambiente de moradia ou trabalho.

O país enfrenta iniquidades que exercem um impacto direto e negativo na saúde dos indivíduos em situação de pobreza, com níveis educacionais mais baixos, que residem em áreas vulneráveis e em regiões com recursos hospitalares limitados (Baratieri et al, 2022). O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, com injustiças sociais históricas e desigualdades no acesso à saúde, especialmente em algumas regiões (Barata, 2009).

A Constituição de 1988 trouxe mudanças significativas para o sistema de saúde do país, com a criação do SUS, implementado em 1990. A partir dessa reforma, foram institucionalizados os princípios da universalidade na cobertura e no atendimento, além da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde para as populações urbanas e rurais (Travassos et al, 2000). A saúde é um direito de todos e deve ser garantida através de ações de política pública. (Barata, 2009).

Dentre os princípios do SUS, estão:

**Universalização:** A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2024c).

Os determinantes sociais de saúde (DSS) são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam o acontecimento de problemas de saúde e seus respectivos fatores de risco na população (Buss, 2007).

Como se pode ver na figura 3, os indivíduos estão na base, com suas características de idade, sexo e fatores hereditários que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada seguinte aparece o estilo de vida dos indivíduos. Esta camada situa-se entre os fatores individuais e os DSS, pois comportamentos frequentemente vistos como escolhas individuais são, na realidade, influenciados por determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão social, acesso a alimentos saudáveis, espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor renda reflete o nível de coesão social, essencial para a saúde coletiva. Em seguida estão os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, acesso a alimentos, trabalho, habitação e a serviços essenciais, como saúde, educação e saneamento básico. Finalmente, no último nível estão situados os às condições socioeconômicas, culturais e ambientais e que possuem grande influência sobre as demais camadas (Buss, 2007).

Figura 3 – Determinantes Sociais de Saúde.



Fonte: Dahgren y Whitehead

O início precoce do acompanhamento pré-natal alcança apenas três quartos das mulheres, com taxas mais baixas entre as mais jovens, as mulheres negras e aquelas das regiões Norte e Nordeste do país. Além disso, outros aspectos da atenção pré-natal têm sido descritos com índices preocupantes, como a qualidade dos registros, a falta de solicitação de exames laboratoriais e exames clínico-obstétricos padronizados, além da ausência de orientações abrangentes sobre a gestação, como complicações potenciais, preparação para o parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. Esses dados evidenciam consistentemente as desigualdades socioeconômicas na atenção pré-natal (Tomasi et al, 2017).

Outros fatores fortemente associados ao óbito neonatal incluem: riscos nesta gestação e nas gestações anteriores (natimorto, prematuridade e baixo peso prévios), baixa escolaridade materna, deslocamento para o parto, residir na Região Norte do Brasil, não utilização de boas práticas durante o trabalho de parto, ausência de partograma durante o trabalho de parto, inadequação do atendimento pré-natal, atendimento em hospital público, referência para gestação de alto risco e com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, e ausência de um acompanhante em algum momento ou durante toda a internação para o parto (Lansky et al, 2014).

As desigualdades estruturais e sociais persistem como um grande problema no país, resultando em significativas disparidades nos resultados de saúde entre as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil (Carvalho; Pellanda; Doyle, 2018). As regiões Norte e Nordeste historicamente apresentam os piores indicadores de saúde (Barata, 2009). Esses resultados também são encontrados para desfechos neonatais, principalmente a prematuridade espontânea, baixo peso ao nascer e crescimento intra-uterino restrito (Leal et al, 2020).

O Norte do país apresenta maiores proporções de mulheres sem assistência pré-natal que pode estar relacionado às dificuldades geográficas, como grandes distâncias e problemas no acesso aos grandes centros para diagnósticos e tratamento, além de ausência de profissionais qualificados (Leal et al, 2020). É também a região que proporcionalmente mais tem povos indígenas do Brasil e também a que apresenta os piores indicadores de cobertura para este segmento populacional. Somente 30% das consultas pré-natal para mulheres indígenas que moravam na região norte, aconteciam no primeiro trimestre da gravidez (Garnelo et al, 2019).

Outros indicadores sociais também estão relacionados às desigualdades na qualidade do pré-natal. Como exemplo, menos de um quinto das mulheres negras com baixo nível de instrução recebeu cuidados pré-natais considerados adequados, e mesmo entre aquelas com maior instrução, essa proporção não chega a abranger metade delas. As mulheres pardas apresentam um padrão semelhante, embora ligeiramente menos pronunciado (Leal et al, 2005).

Dados da PNS de 2013 evidenciaram também que o fato de a mulher ser negra a coloca em posições mais desfavoráveis de indicadores de qualidade da assistência pré-natal, quando comparadas às mulheres brancas no Brasil (Lessa et al, 2022). Portanto, a raça/cor da pele pode influenciar no acesso e na qualidade do pré-natal e tende a ser desigual nas macrorregiões.

O racismo opera dentro das instituições de maneira a perpetuar privilégios e desvantagens com base na raça, estabelecendo padrões discriminatórios que favorecem o grupo racial dominante para manter sua hegemonia. Especificamente no contexto do cuidado pré-natal, estudos nacionais e regionais confirmam que mulheres de pele preta ou parda, com baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos, enfrentam maior falta de adequação na assistência. Essas mulheres são as mais impactadas pelas complicações decorrentes da ausência ou desigualdades no cuidado pré-natal (Lessa et al, 2022).

Na Região Sul, por exemplo, é registrada a maior esperança de vida ao nascer, menor índice de mortalidade infantil e uma das menores taxas de analfabetismo do país. Esses dados são frequentemente interpretados como indicativos de uma suposta melhor qualidade de vida na região sulista (Olinto; Olinto, 2000).

O nível de escolaridade parece influenciar tanto a utilização dos serviços de saúde em geral quanto na realização do acompanhamento pré-natal. Mulheres com maior escolaridade tendem a ter mais acesso a informações sobre seus direitos reprodutivos e dispõem de melhores condições econômicas para realizar o autocuidado e adotar ações mais saudáveis. Conseqüentemente, elas são mais propensas a cumprir o número recomendado de consultas pré-natais e a exigir por serviços de qualidade (Mallmann et al, 2018). A gestante atendida no serviço público geralmente possui um poder aquisitivo mais baixo e enfrenta maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde, seja devido à residência em áreas remotas, seja pela falta de orientação sobre a importância do acompanhamento pré-natal (Nascimento, 2003).

César et al (2011) confirmam uma vantagem significativa no atendimento de gestantes no setor privado em comparação ao setor público. Isso pode ser atribuído, possivelmente, ao fato de as gestantes do setor privado apresentarem, em sua maioria, um nível socioeconômico mais elevado, o que lhes permite adquirir serviços de saúde e buscar cuidados especializados, como, por exemplo, a ultrassonografia obstétrica.

As mulheres que vivem nas regiões Sul e Sudeste apresentam, respectivamente, uma chance 2,30 e 1,50 vezes maior de participar da consulta puerperal. Aquelas com 25 anos ou mais têm 1,25 vezes mais chances, e as que possuem pelo menos Ensino Médio incompleto têm 1,07 vezes mais chances de aderir à consulta puerperal. O estudo revelou disparidades regionais e sociais que ecoam achados de outras pesquisas (Baratieri et al, 2022).

Conforme observado por Baratieri et al (2022), mulheres residentes nas regiões Sul e Sudeste, com idade superior a 25 anos e níveis mais elevados de escolaridade, demonstram maior probabilidade de comparecer à consulta puerperal. Isso reforça a ideia de que condições sociodemográficas mais favoráveis estão associadas a uma melhor saúde materna.

Com o objetivo de reconhecer e incentivar práticas sociais e ambientais desenvolvidas ao redor do País, o governo federal lançou em 2005 o prêmio ODM (Objetivos do Desenvolvimento do Milênio). As metas estabelecidas foram: 1. acabar com a fome e a miséria, 2. atingir o ensino básico universal, 3. igualdade entre os sexos e valorização das mulheres, 4. reduzir a mortalidade infantil, 5. melhorar a saúde das gestantes, 6. combater o HIV/ Aids, a malária e outras doenças, 7. qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e 8. estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (IPEA, 2016).

Como parte do processo para substituir os ODM, que terminavam em 2015, foi realizada em junho de 2012, no Rio de Janeiro, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20). O documento resultante, intitulado “O Futuro que Queremos”, estabeleceu as bases para que os países da Organização das Nações Unidas (ONU), com base na experiência dos ODM, elaborassem novos objetivos e metas para o desenvolvimento sustentável no período pós-2015 (Roma, 2019).

Em 25 de setembro de 2015, após mais de dois anos de negociações, os 193 países-membros que integravam a Assembleia Geral da ONU adotaram o documento

nomeado "Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" (Roma, 2019).

A ONU e seus parceiros no Brasil estão empenhados em alcançar os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visam enfrentar os principais desafios de desenvolvimento no Brasil e no mundo. Esses objetivos são fundamentais para a implementação da Agenda 2030, que aborda os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo. Os ODS constituem um apelo global à ação, com o propósito de erradicar a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima, e assegurar que todas as pessoas, em qualquer lugar, possam viver em paz e prosperidade. O ODS 10, especificamente, aborda a redução das desigualdades tanto dentro dos países quanto entre eles (ONU, 2024).

Avaliar o processo de assistência pré-natal é crucial para melhorar a qualidade dos serviços e reduzir a mortalidade materna e perinatal no Brasil, onde há desigualdades sociais, econômicas, regionais e de acesso aos serviços de saúde. Esta avaliação ajuda na criação de políticas públicas mais eficazes e ajustadas à realidade local. Identificar as desigualdades é essencial para monitorar e avaliar as políticas de saúde para mulheres (Nunes et al, 2017).

## **2.4 INQUÉRITOS POPULACIONAIS DE SAÚDE E INTERFACE COM A APS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE**

Os inquéritos populacionais de saúde são fundamentais para avaliar os sistemas de saúde conforme a visão dos usuários. São pesquisas de base populacional representativas que constituem ferramentas indispensáveis para captar as necessidades reais da população em relação às condições de vida e saúde. Portanto, são imprescindíveis no planejamento, desenvolvimento e aprimoramento de programas e políticas de saúde (Stoppa et al, 2020).

Além disso, são importantes também para complementarem as informações dos sistemas de informações em saúde. Utilizam-se métodos padronizados, com amostragem bem dimensionada e representativa, coletando informações biológicas, socioeconômicas, demográficas, entre outras, a partir de questionários. Assim, são capazes também de mensurar frequências e agravos à saúde de diversos segmentos populacionais (Victora, 2022). De acordo com Victora (2022, p. 1):

Usando a conhecida analogia do iceberg, os inquéritos permitem entender o que está passando abaixo do nível do mar, enquanto os sistemas de informação relatam o que está visível fora da água. Dados primários de inquéritos e dados secundários de rotina se complementam e permitem um maior entendimento da situação de saúde de um país.

No Brasil, a temática sobre o acesso à saúde e a saúde da população era analisada no Suplemento Saúde da PNAD, conduzida pelo IBGE. A partir de 1998, esses estudos foram realizados em intervalos regulares de cinco anos, mantendo características fundamentais da investigação. Esse padrão possibilitou a comparação dos resultados ao longo dos três anos em que a pesquisa foi conduzida: 1998, 2003 e 2008 (IBGE, 2021).

Os dados da PNAD 2008 indicam uma contínua expansão no acesso aos itens que definem a qualidade dos domicílios, com um desempenho durante o período 2003-2008 semelhante ao observado entre 1998-2003. Em relação aos aspectos determinantes da qualidade das moradias, o saneamento básico (água, esgoto e coleta de lixo) é o que tem relação menos direta com o nível de renda domiciliar, uma vez que depende em grande parte de serviços públicos. Embora haja uma tendência de expansão e descentralização no acesso, o alcance dos brasileiros à moradias de qualidade ainda está aquém dos níveis desejáveis e continua concentrado nas camadas mais afluentes da sociedade (IPEA, 2009).

Em 2007, durante a realização do seminário da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sobre inquéritos, o movimento de desenvolvimento da PNS recebeu um novo fôlego. Recomendou-se então a formação de um grupo executivo de trabalho para o planejamento da pesquisa em todas as suas fases. Em 2009, uma portaria do MS foi emitida, nomeando o Comitê Gestor responsável por elaborar as diretrizes para a condução da PNS. Esta portaria passou por uma atualização em outubro de 2011, adicionando várias secretarias e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na condução da PNS (Szwarcald, 2014).

Neste contexto, A PNS foi o primeiro inquérito de base populacional do Brasil com amostragem representativa do país e macrorregiões que analisou e avaliou os serviços de APS, sendo até hoje, a pesquisa que mais dialoga com a porta de entrada principal de usuários no SUS (Silva; Pinto, 2021).

No Brasil, a PNS 2013 foi o primeiro inquérito com amostragem probabilística abrangendo nível nacional, regional e local, que incluiu a avaliação da eficácia dos serviços de APS por meio das ESF, medindo a proporção de domicílios registrados (Silva; Pinto, 2021).

A primeira edição da PNS foi conduzida de forma independente da PNAD, visando ampliar a investigação sobre os ciclos de vida. Dos principais resultados foi observado que no Brasil, 97,4% das mulheres que deram à luz entre 01.01.2012 e 27.07.2013 afirmaram ter recebido acompanhamento pré-natal. Entre aquelas que passaram por esse acompanhamento, 83,7% iniciaram-no com menos de 13 semanas de gestação; 75,2% afirmaram ter recebido orientações sobre os sinais de risco durante a gravidez, além disso, 74,9% das mulheres que fizeram o pré-natal receberam informações sobre o serviço de saúde ao qual deveriam recorrer no momento do parto. Em relação aos exames realizados durante o pré-natal, observa-se que 97,3% das gestantes afirmaram ter realizado exame de sangue, enquanto 64,8% realizaram o teste para sífilis. Além disso, 88,8% relataram ter sido solicitado o exame de HIV, e 98,1% realizaram exame de urina. Calcula-se que 97,7% das mulheres realizaram pelo menos uma ultrassonografia durante o acompanhamento pré-natal (IBGE, 2015).

A PNS 2013 foi divulgada em quatro volumes temáticos: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências; Ciclos de vida; e Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Seus dados foram vastamente trabalhados, tanto por gestores em saúde como pela comunidade científica, culminando no interesse, ainda durante o processo de divulgação da edição de 2013, de uma segunda edição da PNS. No ano de 2019, a PNS iniciou, então, mais um processo de coleta de dados, também em parceria com o MS, com o intuito de promover a comparação dos indicadores divulgados anteriormente e fornecer aportes à resposta do SUS (IBGE, 2021).

Em 2019, a PNS teve como objetivo principal proporcionar informações abrangentes sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira. Esta iniciativa visa estabelecer medidas sólidas que possam auxiliar na elaboração de políticas públicas e na implementação de intervenções em saúde com maior eficácia (Stopa et al, 2020). Um dos seus grandes diferenciais foi ter incluído, pela primeira vez, em escala nacional, um módulo de perguntas com o intuito de contribuir para a avaliação da qualidade dos serviços da APS, conforme percebida

pelos usuários do sistema. Para essa avaliação, foi adotado um instrumento internacionalmente validado, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) (Gondim et al, 2022).

A coleta de dados da PNS 2019 foi realizada entre agosto de 2019 e março de 2020, por meio de um questionário dividido em três blocos de informações: a) aspectos relacionados ao domicílio; b) informações gerais de todos os moradores da residência; e c) questões sobre trabalho e saúde, direcionadas a um morador selecionado de forma aleatória. O questionário foi aplicado por entrevistadores devidamente treinados, utilizando smartphones. As entrevistas foram agendadas conforme a conveniência de cada morador, com planejamento de duas ou mais tentativas de visita em cada domicílio (Palmeira et al, 2022).

A PNS 2019 examinou o cuidado pré-natal prestado a mulheres com 15 anos ou mais, cujo último parto ocorreu nos dois anos anteriores à pesquisa. O principal objetivo foi avaliar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do pré-natal em todo o país. De acordo com a PNS de 2019, no Brasil, 4,7 milhões de mulheres estavam grávidas, sendo que 98,2% delas afirmaram ter realizado consultas pré-natais. Destas, 86,6% iniciaram o pré-natal com menos de 13 semanas de gestação, e 88,8% realizaram 6 ou mais consultas ao longo do período pré-natal (IBGE, 2021). Mas os relatórios permitem apenas descrições mais gerais e não aprofundam iniquidades sociais associadas aos achados.

Assim, a PNS é um dos principais recursos empregados pelo MS para a análise e monitoramento de indicadores, especialmente os que dialogam com a APS. Além disso, a PNS é reconhecida como o padrão ouro dos inquéritos de saúde no Brasil, dada sua amplitude, completude e abrangência, representando a maior pesquisa de saúde realizada no país, podendo contribuir diretamente na tomada de decisões da APS e implementação de políticas públicas (Stoppa et al, 2020).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o acesso, qualidade e oferta do pré-natal entre a rede pública e a rede privada no Brasil.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar características socioeconômicas e demográficas das gestantes assistidas no Brasil;
- Descrever a cobertura do pré-natal nas macrorregiões brasileiras;
- Avaliar a assistência pré-natal oferecida na rede pública e na rede privada.

#### 4 JUSTIFICATIVA

É crucial ressaltar que o pré-natal é um dos pilares fundamentais da atenção primária à saúde, desempenhando um papel crucial na prevenção de complicações durante a gestação e no parto, bem como na promoção da saúde materna e fetal. No entanto, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, ainda persistem desafios significativos em relação ao acesso universal e à qualidade da assistência pré-natal em todas as regiões do Brasil. As desigualdades sociais persistem no país, refletindo diretamente nos indicadores de saúde.

Quando o pré-natal é realizado de forma eficaz não apenas influencia diretamente a saúde da gestante e do bebê, mas também tem impactos a longo prazo na saúde da população brasileira. Um bom pré-natal também implica em reduções de gastos com a saúde pública.

Embora tenha havido um crescimento na cobertura do pré-natal ao longo dos anos, é importante observar que a qualidade da assistência ainda é heterogênea. Os estudos indicam que, embora mais mulheres estejam acessando os serviços de pré-natal, a qualidade desse cuidado ainda está aquém do ideal. Isso alerta para a necessidade de não apenas aumentar a cobertura, mas também garantir que os serviços oferecidos sejam de alta eficiência e atendam às necessidades específicas das gestantes, em todas as regiões do país.

Nesse contexto, a PNS de 2019 constitui uma ferramenta valiosa. Realizada em parceria com o MS, essa pesquisa abrange todo o território nacional e fornece uma visão abrangente do perfil de saúde da população brasileira e das macrorregiões e estados. Além disso, os dados da PNS permitem não apenas avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde públicos e privados, mas também investigar as relações entre as diversas variáveis que podem explicar a heterogeneidade na qualidade do pré-natal, como características sociodemográficas e indicadores de saúde.

Até o presente momento, nota-se uma escassez de estudos de base populacional e pouco aproveitamento do dinheiro público empregado nos inquéritos, uma vez que não são aproveitadas todas as potencialidades direcionadas a melhorias de políticas, programas e ações em saúde. A última PNS realizada foi em 2019 e não se explorou até os dias de hoje, as desigualdades sociais relacionadas à qualidade

do pré-natal do país. Com isso, poderiam ter ações mais específicas nas regiões, especialmente no âmbito da APS, onde se dá a atuação do pré-natal.

O projeto busca preencher as lacunas existentes ao fornecer um panorama detalhado da assistência pré-natal nos setores públicos e privados do Brasil, contribuindo para uma melhor compreensão da saúde materno-infantil no país. Os resultados desta pesquisa poderão embasar a produção de artigos científicos relevantes e aplicáveis no campo da saúde materna, mas também subsidiar ações, programas e políticas públicas coerentes e sistemáticas voltadas para as gestantes, especialmente no âmbito da APS.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, descritivo e analítico, utilizando dados públicos referentes à PNS de 2019. A PNS constitui-se como um levantamento de base domiciliar e populacional, de alcance nacional, englobando: Grandes Regiões, Unidades Federativas, Regiões Metropolitanas, Capitais e Restante da Unidade da Federação, conduzida em parceria entre o MS e o IBGE (IBGE, 2021).

### 5.2 AMOSTRA DO ESTUDO

A PNS é uma pesquisa domiciliar que utiliza amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPAs). Os Setores Censitários ou conjuntos de setores compõem as UPAs, os domicílios são as unidades de segundo estágio, e os moradores com 15 anos ou mais são as unidades de terceiro estágio. Para o segundo e terceiro estágios foram utilizadas a amostragem aleatória simples. Como parte do SIPD, as UPAs da pesquisa foram obtidas da Amostra Mestra. A estratificação das UPAs na PNS seguiu a mesma adotada para a Amostra Mestra (IBGE, 2020).

O período de coleta de dados ocorreu de 26 de agosto de 2019 a 13 de março de 2020. A população pesquisada é composta por moradores de domicílios particulares permanentes pertencentes ao Brasil. A PNS 2019 investigou o atendimento pré-natal prestado às mulheres com 15 anos ou mais, cujo último parto ocorreu nos dois anos anteriores à realização da pesquisa, exceto regiões com características especiais, categorizadas pelo IBGE, como: quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, setores com baixo patamar domiciliar, agrupamentos indígenas, presídios, Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI, Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescente - AICA, conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamentos rurais e agrupamentos quilombolas (IBGE, 2021).

Para a inclusão, no presente estudo, foram consideradas as mulheres do módulo S sobre o atendimento pré-natal. A pesquisa incluiu 108.525 domicílios, dos

quais 2.910 mulheres responderam à pergunta filtro “Na última vez que você engravidou, você fez pré-natal?”. Dessas mulheres, 2.824 responderam positivamente à questão. A seção do questionário, incluída neste estudo, só pôde ser respondida por mulheres que tiveram parto no período de 28 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019, sendo considerado apenas o último parto (IBGE, 2021).

### 5.3 COLETA DE DADOS

Foram utilizados dados da segunda edição da PNS 2019, realizada sob a responsabilidade do IBGE. As entrevistas foram aplicadas através de smartphones (Dispositivos Móveis de Coleta - DMC), que possuíam o questionário da pesquisa. Todos os Agentes de Coleta, Supervisores e Coordenadores da PNS 2019 foram treinados e foi preparado material instrutivo de apoio para a equipe de campo.

No primeiro estágio, a escolha das unidades primárias de amostragem (que consistem em setores censitários ou agrupamentos de setores) ocorreu por meio de amostragem aleatória simples, mantendo a estratificação previamente estabelecida na Amostra Mestra da PNAD.

No segundo estágio, uma quantidade predefinida de domicílios particulares permanentes foi selecionada através de amostragem aleatória simples, previamente selecionada no primeiro estágio, com base no Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE).

No terceiro estágio, em cada residência da amostra, um morador (com 15 anos ou mais) foi escolhido também por amostragem aleatória simples. Isso foi realizado a partir de uma lista de moradores elegíveis, elaborada durante a entrevista, para participar da entrevista individual.

A condução do trabalho de campo ficou a cargo do IBGE. No ano de 2019 foram selecionados 108.525 domicílios no Brasil, resultando na execução de 94.114 entrevistas. A taxa de não resposta foi de 6,4%. Os riscos foram de menor grau, com risco de exposição de dados e perda da confidencialidade, pois a coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado com o apoio do IBGE. Casos de vulnerabilidade foram encaminhados a um serviço de saúde de referência.

As novas questões incorporadas pela PNS 2019 foram submetidas a um processo adicional de validação conhecido como teste cognitivo. Esse teste foi conduzido em uma comunidade de baixo nível socioeconômico na cidade do Rio de

Janeiro - RJ. Seu objetivo foi avaliar a compreensão de cada questão pelos entrevistados, visando obter uma percepção precisa do instrumento e identificar a necessidade de ajustes, se necessários (Stopa et al, 2020).

Seu escopo abrange indivíduos com 15 anos ou mais residentes em domicílio particulares permanentes, e visa representar o Brasil, suas Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, Capitais e municípios (Minayo et al, 2022).

#### 5.4 VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA A PESQUISA

Após a análise do questionário, foram investigados itens dos módulos C (características gerais dos moradores), D (características de educação dos moradores), I (cobertura de Plano de Saúde) e S (atendimento pré-natal) e definidas as variáveis de interesse para o estudo e, posteriormente, foi realizado o tratamento do banco de dados.

A variável dependente neste contexto refere-se à pergunta S68, que indaga: "Quando estava grávida fez alguma consulta de pré-natal?". Ainda, considerou-se o atendimento ao serviço público (ambulatório de hospital público, unidade básica de saúde, policlínica pública, Posto de Assistência Médica ou Centro de Especialidade público, Unidade de Pronto atendimento, pronto-socorro ou emergência de hospital público) ou privado (Pronto atendimento ou emergência de hospital privado, Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado) a partir da pergunta "S71. A Sra fez a maioria das consultas de pré-natal em serviço de saúde." localizada no Módulo S (IBGE, 2021).

O Quadro 2 apresenta as variáveis independentes utilizadas neste estudo estão apresentadas na tabela abaixo. A relação entre essas variáveis e a variável dependente, discutida anteriormente, foi examinada para compreender as possíveis associações e influências em relação ao atendimento pré-natal.

Quadro 2- Categorização das variáveis independentes utilizadas neste estudo.

<b>CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS</b>	<b>VARIÁVEIS EM ITENS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Características socioeconômicas e demográficas</b>	Idade	Até 19 anos, 20 a 34 anos, 35 anos ou mais
	Raça/cor	Branca, preta e parda (excluídos amarelas e indígenas)
	Escolaridade	Até 8 anos, ≥ 9 anos
	Número de moradores no domicílio	1 a 2 moradores, 3 a 4 moradores, 5 ou mais moradores
	Estado civil	Solteira, casada, divorciada/viúva
	Área	Urbano, rural
	Macrorregião	Sul, Sudeste, Centro-oeste, Norte e Nordeste
	Renda per capita	Até 1/2 salário mínimo; 1/2 a 1 salário mínimo; > 1 salário mínimo
<b>Acesso ao pré-natal</b>	Iniciou o pré-natal com quantas semanas?	Até 12 semanas; acima de 12 semanas
	Foram realizadas quantas consultas de pré-natal durante a gravidez?	1 a 2; 3 a 5; 6 ou mais
	Qual profissional atendeu na maioria das consultas?	Médico(a); Enfermeiro(a)
<b>Assistência ao pré-natal</b>	Realizou exame de sangue, sem considerar o teste de gravidez?	Sim; Não
	Realizou exame de urina, sem considerar o teste de gravidez?	Sim; Não
	Durante o pré-natal foi aferida sua pressão arterial?	Sim; Não

	Durante o pré-natal foi verificado seu peso?	Sim; Não
	Durante o pré-natal mediram sua barriga?	Sim; Não
	Durante o pré-natal ouviram o coração do bebê?	Sim; Não
	Durante o pré-natal examinaram suas mamas?	Sim; Não

Fonte: Elaboração pela própria autora, 2024.

Como critério de exclusão, foram retirados da amostra os indivíduos que se autodeclararam como indígenas ou amarelas. A baixa frequência desses grupos na pesquisa poderia dificultar a obtenção de resultados representativos e a generalização dos achados para essas populações específicas. Essa delimitação metodológica proporciona uma análise mais precisa e específica das desigualdades raciais prioritárias.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

A partir da seleção das variáveis, foram realizadas análises exploratórias e regressão logística para avaliar associações.

A média e o erro padrão (EP) foram usados para variáveis contínuas. Para variáveis categóricas, a porcentagem (%) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram determinados, e o teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) foi usado para avaliar associações entre variáveis e o atendimento na rede pública e privada.

O modelo de regressão logística foi utilizado para verificar a razão de chances (OR) para a realização do pré-natal no público ou privado (desfecho dicotômico). As variáveis socioeconômicas e demográficas do estudo foram consideradas no modelo bivariado e expressas como OR e respectivos IC 95%; entretanto, aquelas que apresentaram valores de  $p < 0,20$  na análise bruta foram consideradas para o modelo final. No modelo ajustado, as variáveis com valores de  $p < 0,05$  foram consideradas significativas.

As probabilidades (margins) foram previstas para o desfecho do pré-natal com atendimento na rede pública de acordo com as características socioeconômicas e

demográficas após o modelo final ter sido ajustado. O teste do fator de inflação da variância (VIF) foi realizado para avaliar a multicolinearidade, que foi descartada porque nos modelos,  $VIF < 2$ .

As análises foram realizadas no software STATA versão 16.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) com o comando Survey Data Analysis (prefixo svy) e considerando o delineamento amostral complexo do estudo e os fatores de expansão fornecidos pelo IBGE considerando a pessoa (V00291).

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é dispensado de submissão a um comitê de ética, de acordo com as recomendações do comitê nacional de ética em pesquisa do Brasil, resolução Nº 510 de 7 de abril de 2016. O estudo é baseado em análises de microdados secundários, disponibilizados em domínio público, com dados não identificados coletados por meio de uma pesquisa nacional por amostragem domiciliar (FIOCRUZ, 2019).

Em agosto de 2019, a PNS-2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o no. 3.529.376.

## 6 PRODUTO TÉCNICO E TECNOLÓGICO

Elaborado um artigo científico a ser submetido na revista Epidemiol. Serv. Saúde, de circulação internacional, visto que o tema tem carência de debates no país e América Latina em especial. E espera-se organizar um curso de formação para gestores, com produção de material técnico para consulta, enfatizando os principais problemas e desigualdades sociais associadas à qualidade do pré-natal no Brasil e nas macrorregiões e debate de possíveis soluções.

### 6.1 Curso de formação profissional – planejamento metodológico.

Período: 1o semestre/25

Carga horária: 4h

Local que será realizado: auditório

Público-alvo: Gestores de Clínicas da Família e Centro Municipais de Saúde

Responsável que conduzirá: Deborah Machado de Oliveira

TEMA:

- Pré-natal

OBJETIVOS:

- Capacitar os gestores sobre as disparidades no acesso e na qualidade do atendimento pré-natal, com a intenção de promover uma saúde mais equitativa para todas as gestantes, independentemente da classe social, raça ou região brasileira.

CONTEÚDO:

Módulo 1: Introdução ao pré-natal e o panorama da assistência ao pré-natal no Brasil

- O pré-natal no Brasil
- Principais indicadores de cobertura e qualidade do pré-natal no Brasil.

Módulo 2: Desigualdades sociais no acesso e na qualidade ao Pré-Natal

- Determinantes Sociais de Saúde.
- Fatores socioeconômicos e demográficos.

### Módulo 3: Inquéritos populacionais

- A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 e seus dados sobre atendimento pré-natal, características gerais dos moradores, cobertura de plano de saúde e características de educação dos moradores.

### Módulo 4: Resultados no atendimento ao pré-natal nas redes públicas e privada no Brasil

- Artigo científico

### Módulo 5: Soluções para melhorar a assistência pré-natal

- Folder para apoio no atendimento pré-natal.
- A importância da educação em saúde para gestantes e familiares.
- Discussão de soluções práticas para melhorar o acesso nas diversas regiões do Brasil.

### METODOLOGIA:

- Aula explicativa, expositiva.

### RECURSOS:

- Slides, power point, folder impresso.

### REFERÊNCIAS:

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Rápido Pré-Natal: Atenção Primária à Saúde. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro, 2022.

Figura 4 - Folder para apoio ao atendimento pré-natal.

### Características de acesso ao pré-natal

Na rede pública 87,9% iniciaram o atendimento até 12 semanas e realizaram 6 ou mais consultas (83,9%), 37,4% das consultas ocorreram com enfermeiros.

Na rede privada, evidenciou-se que aproximadamente 96,2% dos pré-natais iniciaram em até 12 semanas, 95,3% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas e a maioria foi realizada por médico (97,4%)

## Cuidados para o Pré-natal

O cuidado pré-natal é mundialmente reconhecido como uma intervenção crucial para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal.



### Indicadores de qualidade e cuidados

Embora exames essenciais sejam realizados tanto na rede pública quanto na privada, há disparidades, como nos exames de mama, que são menos frequentes na rede pública. Isso reflete lacunas na qualidade dos serviços de saúde para grupos vulneráveis.

### Indicadores demográficos de vulnerabilidade

Mulheres que utilizam a rede pública pertencem predominantemente a classes econômicas mais baixas, são em sua maioria jovens (idades de 20 a 34 anos), solteiras, com baixos níveis de educação e se autodeclararam como pardas/pretas. Esses fatores ilustram as vulnerabilidades que afetam o acesso e a qualidade do atendimento.

### Disparidades regionais na utilização dos serviços no atendimento pré-natal

A Região Norte apresentou a maior taxa de utilização da rede privada, enquanto a Região Sudeste destacou-se pela maior utilização da rede pública. Esses padrões estão diretamente relacionados à disponibilidade de recursos de saúde em diversas partes do Brasil.

Desenvolvido por: Deborah Oliveira

# PRÉ-NATAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1o trimestre			2o trimestre			3o trimestre		
Exame físico: contendo altura, peso e IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII								
Explorar vulnerabilidades socioeconômicas; investigar fatores de risco e estratificar risco gestacional								
Suplementação de ferro 40mg/dia								
Prescrição de ácido fólico 0,4mg								
Verificar status vacinal			DTPa			Checar e registrar a vacina DTPa (20s)		
Realizar testes rápidos			Realizar testes rápidos			Realizar testes rápidos		
Agendar saúde bucal								
Realizar pré-natal do parceiro								
Solicitar exames complementares						Agendar Cegonha Carioca		

**Até 12s:** Testes rápidos (TIG, HIV, sífilis, e hepatites B e C) e exames laboratoriais (grupo sanguíneo e fator Rh - solicitar coombs indireto se Rh negativo; hemograma; eletroforese de hemoglobina; glicemia de jejum; EAS e urinocultura; sorologia para toxoplasmose - IgM e IgG).  
**21s a 28s:** Testes rápidos (HIV, sífilis, e hepatites B e C) e exames laboratoriais (TOTG; Coombs indireto para gestantes Rh negativas, a não ser que o pai biológico seja sabidamente Rh negativo - repetir de 4 em 4 semanas até o parto; Sorologia para toxoplasmose - IgG e IgM para as gestantes soronegativas - IgG e IgM negativos no exame de primeiro trimestre).  
**28s a 34s:** Testes rápidos (HIV, sífilis, e hepatites B e C) e exames laboratoriais (hemograma, glicemia de jejum, EAS, urocultura e, nos casos de gestante soronegativa, sorologia para toxoplasmose - IgG e IgM).

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Guia Rápido de pré-natal (Brasil, 2022).

## 7 RESULTADOS

7.1 Artigo 1 (\* Artigo a ser submetido na revista Epidemiol. Serv. Saúde, de circulação internacional.)

Título: Desigualdades sociais no atendimento ao pré-natal nas redes pública e privada no Brasil.

Autores: Deborah Machado de Oliveira<sup>1</sup>, Julia Magalhães Cabral<sup>1</sup>, Eloah Costa de Sant'Anna Ribeiro<sup>1</sup>, Aline Alves Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### **Resumo**

**Introdução:** O cuidado pré-natal é mundialmente reconhecido como uma intervenção crucial para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

**Objetivo:** Analisar o acesso, qualidade e oferta do pré-natal entre a rede pública e a rede privada no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, coletados entre 26 de agosto de 2019 a 13 de março de 2020. **Resultados:** A prevalência de realização do pré-natal foi maior no setor público (70,3%) em comparação ao privado (29,7%). Na rede privada, 97% dos pré-natais iniciaram até 12 semanas, 96% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas, e 97,4% foram acompanhadas por médicos. Nos exames, tanto no setor público quanto no privado, mais de 90% foram realizados, destacando-se a diferença na avaliação das mamas, feita apenas em 24,7% dos casos no público. O Norte apresentou a maior taxa de atendimento no público (82,3%), enquanto o Sudeste teve maior uso do setor privado (45,1%). No público, a maioria das mulheres tinham entre 20 e 34 anos (70,8%), se declarava parda (59,1%), possuía baixa escolaridade (34%), eram solteiras (62%) e mais de 60% viviam em domicílios numerosos e em situação de pobreza (renda per capita de até ½ SM). **Conclusão:** Foram observadas diferenças no acesso e na assistência ao pré-natal entre o serviço público e privado. Essas análises são cruciais para identificar grupos vulneráveis e orientar estratégias de intervenção e políticas públicas que promovam a igualdade e a integralidade do cuidado para mulheres negras.

**Palavras-Chaves:** Cuidado Pré-natal. Inquéritos Epidemiológicos. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

### **Summary**

**Introduction:** Prenatal care is recognized worldwide as a crucial intervention to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality rates. **Objective:** To analyze access, quality and provision of prenatal care between the public and private networks in Brazil.

**Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical study, with data from the 2019 National Health Survey, collected between August 26, 2019 and March 13, 2020.

**Results:** The prevalence of prenatal care was higher in the public sector (68.6%) compared to private (31.3%). In the private network, 97% of prenatal care started within 12 weeks, 96% of pregnant women had 6 or more consultations, and 97.4% were monitored by doctors. In exams, both in the public and private sectors, more than 90% were carried out, highlighting the difference in breast assessment, carried out in only 24.7% of cases in the public sector. The North had the highest rate of public service (82.3%), while the Southeast had greater use of the private sector (45.1%). In the public, the majority of women were between 20 and 34 years old (70.8%), declared themselves mixed race (59.1%), had low education (34%), were single (62%) and more than 60% lived in large and poor households (per capita income of up to ½ MW).

**Conclusion:** Differences were observed in access and prenatal care between public and private services. These analyzes are crucial to identify vulnerable groups and guide intervention strategies and public policies that promote equality and comprehensive care for black women.

**Keywords:** Prenatal. Health Surveys. Health Care Quality, Access, and Evaluation.

### **Introdução**

O cuidado pré-natal é mundialmente reconhecido como uma intervenção crucial para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Sua implementação está diretamente relacionada aos indicadores de saúde e ao desenvolvimento social de um país.<sup>1</sup> Por meio de cuidados pré-natais é possível tratar e controlar muitas patologias que ocorrem durante a gravidez e no puerpério.<sup>2,3</sup>

No Brasil, a cobertura do pré-natal no Brasil foi aprimorada pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000 pelo Ministério da

Saúde com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, do parto e do pós-parto. Em 2011, o governo lançou a Rede Cegonha, visando aumentar ainda mais o acesso e a qualidade dos cuidados para gestantes, com foco na redução da mortalidade materna, especialmente nas regiões norte e nordeste.<sup>4</sup>

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal deve ser baseada em práticas acolhedoras e evitar intervenções desnecessárias. É essencial garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, integrando todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. Isso abrange desde o atendimento ambulatorial básico até os cuidados hospitalares de alto risco.<sup>5</sup> Diversos fatores podem influenciar a adequação do pré-natal, incluindo aspectos socioeconômicos (como baixa renda e escolaridade), o local de residência, a qualidade dos serviços de saúde, a idade materna, o consumo de álcool ou outras substâncias durante a gestação, a falta de apoio familiar e experiências negativas durante o atendimento.<sup>6,7</sup> A qualidade do pré-natal também tende a ser diferente nas redes pública e privada, sinalizando outro indicador de desigualdades sociais neste segmento da população.<sup>8,1</sup> Neste sentido, os inquéritos populacionais de saúde têm sido cada vez mais importantes para reconhecer determinantes de morbidades e desigualdades sociais, além de serem capazes de permitir o monitoramento de políticas públicas.<sup>9</sup> No Brasil, o monitoramento dos indicadores de acesso e uso de serviços de saúde é feito por meio de pesquisas de base populacional, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).<sup>10</sup>

A PNS é uma das únicas pesquisas, em âmbito nacional, que permitem investigar condições relacionadas ao pré-natal no país, sendo fundamental para apoiar a elaboração de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>4</sup> A pesquisa identificou que ocorreram 4,7 milhões de partos entre mulheres entre 2017 a 2019, onde mais de 90% haviam realizado consultas pré-natais durante a gravidez.<sup>11</sup>

Apesar de sua importância, os dados nacionais sobre assistência pré-natal são limitados e pouco explorados na literatura, especialmente as diferenças existentes no atendimento de gestantes na rede privada e pública.<sup>12</sup> Diante do exposto, e a fim de preencher lacunas existentes sobre o pré-natal no Brasil, o objetivo do presente artigo foi analisar as desigualdades sociais no atendimento ao pré-natal nas redes pública e privada no Brasil.

## ***Métodos***

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, descritivo e analítico, utilizando dados públicos referentes à Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. A PNS constitui-se como um levantamento de base domiciliar e populacional, de alcance nacional, englobando: Grandes Regiões, Unidades Federativas, Regiões Metropolitanas, Capital e Restante da Unidade da Federação, conduzida em parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).<sup>11</sup>

A população da PNS foi constituída por adultos residentes em domicílios particulares de todo o território nacional. Utilizou-se amostragem por conglomerados em três estágios, tendo como unidade primária os setores censitários, os domicílios como unidades secundárias e o morador adulto, selecionado de cada domicílio como unidade terciária para responder o questionário aplicado pela PNS.<sup>11</sup>

A pesquisa incluiu 108.525 domicílios, dos quais 2.910 mulheres responderam à pergunta filtro “Na última vez que você engravidou, você fez pré-natal?” localizada no Módulo S do questionário. Dessas mulheres, 2.824 responderam positivamente à questão. A seção do questionário, incluída neste estudo, só pôde ser respondida por mulheres que tiveram parto no período de 28 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019, sendo considerado apenas o último parto.<sup>11</sup>

## ***Variáveis do estudo***

Foram considerados o atendimento ao serviço público (ambulatório de hospital público, unidade básica de saúde, policlínica pública, Posto de Assistência Médica ou Centro de Especialidade público, Unidade de Pronto atendimento, pronto-socorro ou emergência de hospital público) ou privado (Pronto atendimento ou emergência de hospital privado, consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado) a partir da pergunta “S71. A Sra fez a maioria das consultas de pré-natal em serviço de saúde.” localizada no Módulo S.<sup>11</sup>

Foram avaliadas as características socioeconômicas e demográficas, localizadas nos Módulos C e D, das mulheres atendidas no pré-natal público e privado, considerando o Brasil e macrorregiões brasileiras (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), segundo cor da pele (branca, preta e parda), escolaridade considerada

em anos (até 8 anos de estudo: ensino fundamental completo e 9 anos ou mais de estudo: a partir do ensino médio), idade (até 19, 20 a 34 anos, e 35 anos ou mais). Não foram consideradas a raça/cor amarela e indígena devido ao tamanho amostral.

As informações utilizadas para avaliar o acesso e assistência do pré-natal foram utilizadas no Módulo S: as semanas de início do pré-natal (até 12 semanas ou acima de 12 semanas), número de consultas realizadas (1 a 2, 3 a 5 e 6 ou mais) e o profissional que atendeu a maioria das consultas (médico ou enfermeiro). Também analisou-se a realização de exame de sangue, urina, aferição da pressão arterial, verificação do peso gestacional, ausculta do coração do bebê e o exame de mamas.

### ***Análises de dados***

A média e o EP foram usados para variáveis contínuas. Para variáveis categóricas, a porcentagem (%) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram determinados, e o teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) foi usado para avaliar associações entre variáveis e o atendimento na rede pública e privada.

O modelo de regressão logística foi utilizado para verificar a razão de chances (OR) para a realização do pré-natal no público ou privado (desfecho dicotômico). As variáveis socioeconômicas e demográficas do estudo foram consideradas no modelo bivariado e expressas como OR e respectivos IC 95%; entretanto, aquelas que apresentaram valores de  $p < 0,20$  na análise bruta foram consideradas para o modelo final. No modelo ajustado, as variáveis com valores de  $p < 0,05$  foram consideradas significativas.

As probabilidades (margins) foram previstas para o desfecho do pré-natal com atendimento na rede pública de acordo com as características socioeconômicas e demográficas após o modelo final ter sido ajustado. O teste do fator de inflação da variância (VIF) foi realizado para avaliar a multicolinearidade, que foi descartada porque nos modelos,  $VIF < 2$ .

As análises foram realizadas no software STATA versão 16.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) com o comando Survey Data Analysis (prefixo svy) e considerando o delineamento amostral complexo do estudo e os fatores de expansão fornecidos pelo IBGE considerando o indivíduo.

### ***Aspectos éticos***

De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estudos que utilizam dados secundários disponíveis em domínio público não necessitam de aprovação por um Comitê de Ética local do Sistema CEP-CONEP. Este estudo utilizou dados disponíveis em domínio público do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento específico de agências dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

### **Resultados**

A prevalência de realização do pré-natal foi maior no atendimento público (70,3%, IC95%: 67,1%-73,3%) em comparação ao privado (29,7%, IC: 26,7%-32,9%), com uma diferença significativa entre os grupos (dados não apresentados em figura/tabela).

Em relação às características de acesso ao pré-natal, na rede pública 87,9% iniciaram o atendimento até 12 semanas e realizaram 6 ou mais consultas (83,9%). A maioria das consultas foi realizada por médico (62,6%), entretanto, 37,4% ocorreram com enfermeiros. Na rede privada, evidenciou-se que aproximadamente 96,2% dos pré-natais iniciaram em até 12 semanas, 95,3% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas e a maioria foi realizada por médico (97,4%) (tabela 1).

Quanto à assistência ao pré-natal, tanto no setor público como no setor privado, ocorreu a realização de mais de 90% de exame de sangue, exame de urina, aferição da pressão arterial (PA) e verificação de peso. A medição da barriga ocorreu em mais de 80% dos acompanhamentos em ambos os setores. Em relação à ausculta dos batimentos cardíacos, o setor público apresentou 78,4% enquanto o privado foi de 88,4%. Observou-se uma diferença significativa entre a variável de exame das mamas, com apenas 23,9% sendo avaliadas no público e 62,9% no privado (tabela 1).

Ocorreram diferenças significativas na proporção de atendimentos no setor público e privado entre as regiões brasileiras. No sistema público, o Norte apresenta a maior porcentagem de atendimento (83,5%), seguido pelo Nordeste (82,3%) e Centro-Oeste (77,1%). Por outro lado, o sistema privado é mais utilizado no Sudeste, onde 43,7% dos atendimentos ocorrem nesse setor (Figura 1).

As mulheres que realizaram o atendimento ao pré-natal no setor público, eram, em sua maioria, compostas pela idade de 20 a 34 (67,5%), autodeclaradas pardas (59,4%), baixa escolaridade (34,8%) e 63,9% eram solteiras. Os dados apontaram que os domicílios eram numerosos e mais de 60% estavam em pobreza (renda per capita até  $\frac{1}{2}$  SM) em pré-natais realizados na rede pública. Enquanto no setor privado, destacou-se as mulheres com 35 anos ou mais (32,7%), autodeclaradas brancas (53,9%), mais de 90% tinham 9 anos ou mais anos de estudo e 64,9% eram casadas (tabela 2).

Considerando as análises do modelo final (Tabela 3), as mulheres autodeclaradas pardas (OR=1,62; IC95% 1,01; 2,58) tiveram uma chance maior de realizar o pré-natal na rede pública comparada às autodeclaradas brancas. Aquelas em baixa escolaridade tiveram 5,28 vezes mais chances de realizar o pré-natal na rede pública, do mesmo modo que ser solteira aumentava a chance em 2,20 vezes e 2,18 vezes mais chance para divorciadas/viúvas. Residir no Centro-Oeste (OR = 2,13; IC95% 1,17; 3,85) foram características que aumentavam as chances do pré-natal na rede pública. Em relação à renda, aquelas com renda per capita até  $< \frac{1}{2}$  SM tinham 18,7 vezes mais chances de realizar o pré-natal no público quando comparadas às mulheres com renda maior ou igual a 1 SM, assim naquelas entre  $\frac{1}{2}$  a 1 SM (OR=5,22; IC95% 3,16; 8,65) (Tabela 2).

As mulheres autodeclaradas pardas possuem maior probabilidade média prevista para o atendimento do pré-natal no sistema público, assim como aquelas com até 8 anos de estudo, solteiras, residentes em área rural, no Centro-Oeste e com até  $\frac{1}{2}$  salário-mínimo (Figura 2).

## ***Discussão***

Os resultados mostraram maior prevalência de realização do pré-natal no setor público em comparação ao privado, como também a presença de desigualdades sociais nas características do acesso e assistência ao serviço e no perfil das mulheres assistidas. No setor público, destacou-se a maior prevalência de mulheres pardas, solteiras e com baixa renda, sinalizando uma maior vulnerabilidade desse público. Em contrapartida, no setor privado, a maioria dos atendimentos foram realizados em mulheres brancas, casadas e com maior renda.

Sobre os indicadores da assistência ao pré-natal, observou-se pouca diferença entre o setor público e privado no que diz respeito ao cumprimento dos protocolos de realização de exames. Porém no quesito exame das mamas, percebe-se uma associação negativa do setor público, apresentando apenas 23,9% dessa realização. Gonçalves et al. (2009)<sup>13</sup> corrobora que as pacientes atendidas no setor privado apresentaram maior probabilidade de terem suas mamas examinadas. Tais achados refletem as desigualdades na qualidade dos serviços prestados. No setor privado, a maior realização do exame de mama pode estar relacionada com um acesso mais privilegiado e maior disponibilidade de tempo durante as consultas.

O início do cuidado pré-natal é um indicador crucial do acesso aos serviços de saúde.<sup>14</sup> Observou-se que 87,9% das mulheres no setor público iniciaram o pré-natal até a 12ª semana, e 83,9% realizaram seis ou mais consultas. Em contrapartida, no setor privado 96,2% das mulheres começaram o pré-natal até a 12ª semana e 95,3% realizaram seis ou mais consultas. Esses dados podem estar intimamente relacionados às desigualdades sociais, uma vez que mulheres de classes socioeconômicas mais altas, que tendem a frequentar o setor privado, possuem maior estabilidade financeira, permitindo que priorizem cuidar da sua saúde e o nível de escolaridade pode influenciar a compreensão sobre a importância do pré-natal e de iniciar o acompanhamento precocemente.<sup>14</sup>

Outro dado relevante foi o atendimento pré-natal realizado por médico, com destaque no setor privado. Entretanto, outros profissionais de saúde podem realizar o acolhimento, como enfermeiros, de acordo com o Decreto nº 94.406/87. De acordo com o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal de risco habitual podem ser realizadas intercalando a consulta médica com a de enfermagem e o enfermeiro pode realizar o diagnóstico de gravidez, orientações, grupos, solicitação de exames, visitas domiciliares, entre outros.<sup>15</sup> Marques et al. (2021)<sup>16</sup> observaram que a adequação às orientações recebidas durante o pré-natal é maior quando o cuidado é compartilhado entre médicos e enfermeiros, como ocorre no serviço público, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em dimensões regionais, todas as macrorregiões apresentaram maior prevalência na realização do pré-natal na rede pública, destacando-se o Norte e Nordeste. Alguns estudos vêm avaliando a qualidade do pré-natal nas macrorregiões brasileiras, como Mario et al. (2019)<sup>4</sup> que identificou menores prevalências do desfecho do pré-natal adequado no país, principalmente nas regiões norte e nordeste.

Outros estudos nacionais também reforçam esses achados, enquanto isso, na região sudeste seguida da região sul apresentaram as maiores frequências da adequação.<sup>12,17</sup> Apesar do presente estudo não ter analisado diretamente a qualidade do pré-natal, os achados reforçam que não se pode avaliar os resultados dos programas do Ministério da Saúde, como o PHPN, no Brasil como um todo, mas é necessário analisar as particularidades de cada macrorregião do país, levando em consideração aspectos políticos, econômicos, ambientais e sociais.

Existem diversos estudos que analisaram a qualidade do acesso e assistência ao pré-natal<sup>17,4</sup>, apesar disso, a presente pesquisa é inédita ao destacar as desigualdades sociais relacionadas à assistência na rede pública e privada. Observando somente as desigualdades, os resultados foram semelhantes à outros estudos realizados, tanto em âmbito nacional como local, destacando-se as dimensões raciais, a idade avançada, a ausência de companheiro e indicadores socioeconômicos, sendo dimensões que indicavam inadequação do pré-natal.<sup>18,19</sup>

Porém, vale ressaltar que as desigualdades sociais não se refletem apenas em doenças negligenciadas, mas também afetam grupos que compartilham características específicas nos serviços de saúde pública, como no caso da assistência pré-natal<sup>20</sup>, e ainda existiam lacunas na análise da rede privada.

Ao observar a faixa etária, as mulheres assistidas no setor público eram mais jovens e com menor escolaridade do que aquelas atendidas no privado. Estudos mostram que mulheres com maior escolaridade engravidam tardiamente em comparação com aquelas que têm menos anos de escolaridade. Esta situação pode estar relacionada às exigências sociais impostas às mulheres inseridas no mercado de trabalho.<sup>21</sup>

A baixa escolaridade está correlacionada negativamente com o início precoce do pré-natal, a adesão e a frequência das consultas pré-natais. Além disso, a escolaridade pode estar relacionada com o baixo peso ao nascer, taxas de mortalidade perinatal, neonatal e infantil, e com o aumento do número de partos.<sup>21</sup>

O Brasil é um país marcado por muitas desigualdades que afetam e prejudicam a saúde dos mais pobres, com menor escolaridade, que vivem em situações de vulnerabilidade e em regiões com menos opções hospitalares.<sup>22</sup> A maior vulnerabilidade das mulheres pretas e pardas no pré-natal pode estar associada às piores condições socioeconômicas historicamente nesse grupo racial.<sup>23</sup> Consequentemente, repercutem na forma como utilizam o sistema de saúde,

demandando (ou não) por atendimento pré-natal, e refletindo na maneira como são acolhidas (ou mal acolhidas) nos serviços de saúde, tanto durante a gestação quanto no momento do parto.<sup>24</sup>

Leal et al (2005)<sup>25</sup>, corroboram ao afirmar que menos de um quinto das mulheres negras com nível de instrução mais baixo realizou um pré-natal considerado adequado. Mesmo entre aquelas com maior nível de instrução, esse benefício não abrange nem a metade delas. Associada à questão racial, a renda também aparece fortemente associada às condições do pré-natal e ao acesso ao setor público e privado. Isso porque o perfil socioeconômico de cada região possui relação direta com a adequação da atenção pré-natal.<sup>26</sup>

As regiões Norte e Nordeste são historicamente as menos favorecidas socioeconomicamente, com isso a população utiliza mais a rede pública. Esse desempenho inferior dessas regiões pode estar relacionado a diversos fatores, como as dificuldades geográficas, as grandes distâncias e as barreiras de acesso aos grandes centros para diagnósticos e tratamento, além da escassez de profissionais qualificados.<sup>27</sup>

No presente estudo, a presença de um companheiro também foi um importante fator relacionado ao pré-natal. Soares et al. (2021)<sup>28</sup> e Lempke et al. (2023)<sup>29</sup> concluíram que mulheres com um parceiro fixo apresentam um vínculo familiar e emocional mais forte, o que as torna menos propensas a enfrentar dificuldades durante a maternidade e têm um suporte financeiro maior. Ambos os estudos destacam que a participação do pai ou parceiro no pré-natal contribui para uma experiência mais positiva e uma maior adesão ao acompanhamento do pré-natal.

Como limitação do estudo, pode ser destacado que a PNS é um inquérito e seus dados foram coletados de forma transversal, o que inviabiliza possíveis relações de temporalidade, afetando assim a inferência em causa e efeito. Além disso, o plano de amostragem inclui apenas moradores de domicílios particulares, excluindo um dos grupos mais marginalizados da sociedade: pessoas em situação de rua e aquelas que vivem em instituições. Entretanto, a PNS possui um delineamento robusto, sendo possível analisar uma amostra representativa do perfil de mulheres que realizaram o pré-natal. A realização da presente pesquisa oferece uma ampla gama de informações do acesso e da qualidade do pré-natal, permitindo delinear um panorama do atendimento público e privado no Brasil relacionado às desigualdades sociais.

Apesar da cobertura quase universal das consultas de pré-natal, ainda é necessário monitoramento da atenção à gestante, especialmente na rede pública. É importante, sobretudo, garantir a capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo para que a continuidade do acompanhamento possa ser assegurada e qualificada. Sendo assim, o presente estudo contribui para o conhecimento das iniquidades na assistência pré-natal, destacando a maior vulnerabilidade das mulheres pretas e pardas, servindo como um alerta para embasar a formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS.

### ***Considerações finais***

As principais ações para reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal dependem do acesso e da qualidade da assistência pré-natal oferecida pelos serviços de saúde. A identificação de vulnerabilidades e a intervenção adequada durante o acompanhamento pré-natal também desempenham um papel crucial nesse processo de redução.

O presente estudo analisou dados da PNS 2019, que se destaca como um instrumento relevante e um dos poucos inquéritos nacionais validados internacionalmente (PCATool) que aborda o tema do pré-natal de forma aprofundada. A abrangência e a relevância das informações coletadas fornecem dados sobre posição socioeconômica, escolaridade, sexo e outros fatores, tornando os inquéritos essenciais para evidenciar as iniquidades em saúde.

Por fim, é fundamental destacar a importância dessas análises para identificar os grupos vulneráveis e compreender seu perfil de utilização e acesso à assistência e ao pré-natal. Esse conhecimento é essencial para desenvolver estratégias de intervenção e embasar políticas públicas com foco na redução das iniquidades, além de melhorar o acesso, a igualdade e a integralidade do cuidado pré-natal para mulheres negras.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Lessa MSDA, Nascimento ER, Coelho EDAC, Soares IDJ, Rodrigues QP, Santos CADST, et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciênc saúde coletiva*. outubro de 2022;27(10):3881–90.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 2000; Seção 1:4.
3. Oba MD do V, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(2):11-7.
4. Mario DN, Rigo L, Boclin KDLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc saúde coletiva*. março de 2019;24(3):1223–32.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Rosa CQD, Silveira DSD, Costa JSDD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saúde Pública*. dezembro de 2014;48(6):977–84.
7. Silva JMPD, et al. Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2023;23:e20220135.
8. Paris GF, Peloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(10):447-52.
9. Gama ASM, et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00017617.
10. Giovanella L, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(Supl 1):2543-56.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento, organizador. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Filha MM, Costa JVD, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S85–100.
13. Gonçalves CV, Dias da Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):290-5.
14. Soares PRA Lessa P, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE002907.
15. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1041-7.
16. Marques BL, Lima FET, Moreira KAP, Rolim ILTP, Aquino PS, Oliveira SKP. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200203.
17. Domingues RMSM, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(3):140-7.

18. Rosa CQD, Silveira DSD, Costa JSDD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saúde Pública*. dezembro de 2014;48(6):977–84.
19. Silva JMDDP, Kale PL, Fonseca SC, Nantes T, Alt NN. Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2023;23:e20220135.
20. Garcia ÉM, Theodoro dos E, et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4633–42.
21. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. outubro de 2005;39(5):768–74.
22. Baratieri T, et al. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3).
23. Camelo LV, et al. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1).
24. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. [The vulnerability of Afro-Brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the Active Ombudsman survey]. *Cien Saude Colet*. novembro de 2018;23(11):3505–16.
25. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. *Cad Saúde Pública*. 2005;39(1):1999–2001.
26. Guimarães WSG, et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5).
27. Leal MC, Pereira APE, Lamarca GA, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8.
28. Soares PRAL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2021;34.
29. Lempke TMC, et al. A participação do pai/parceiro no pré-natal e o fortalecimento da saúde do trinômio mãe-pai-filho. *Braz J Implantol Health Sci*. 2023;5(4):2292-303.

## Figuras e tabelas

Figura 1. Distribuição do pré-natal no atendimento público e privado no Brasil e macrorregiões. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

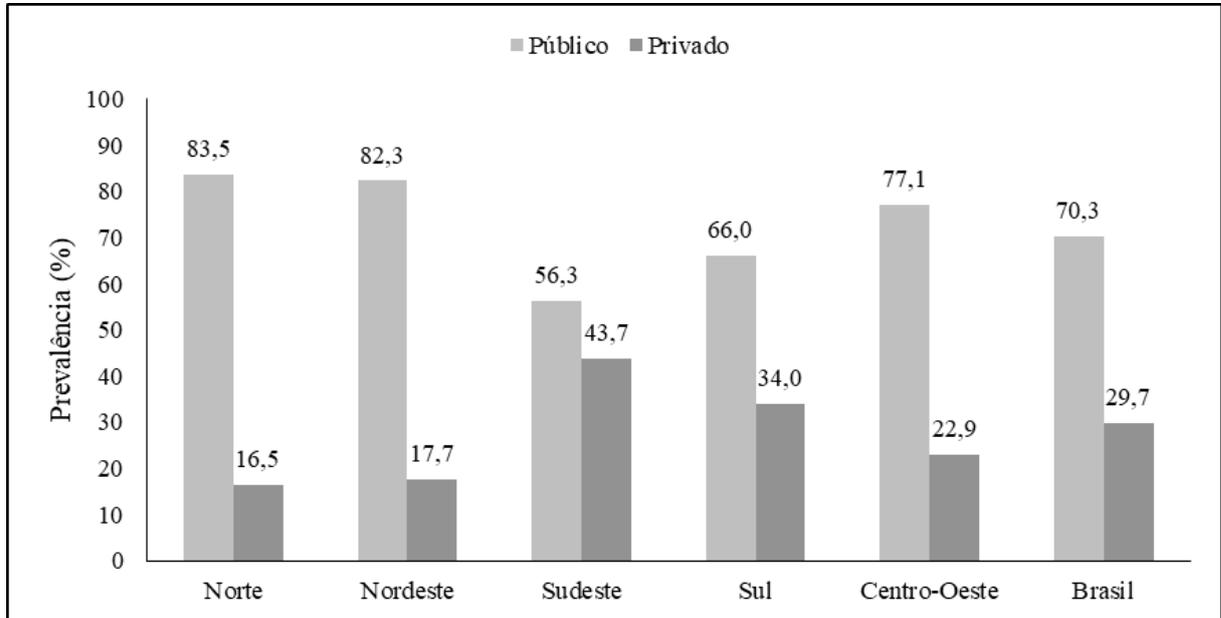
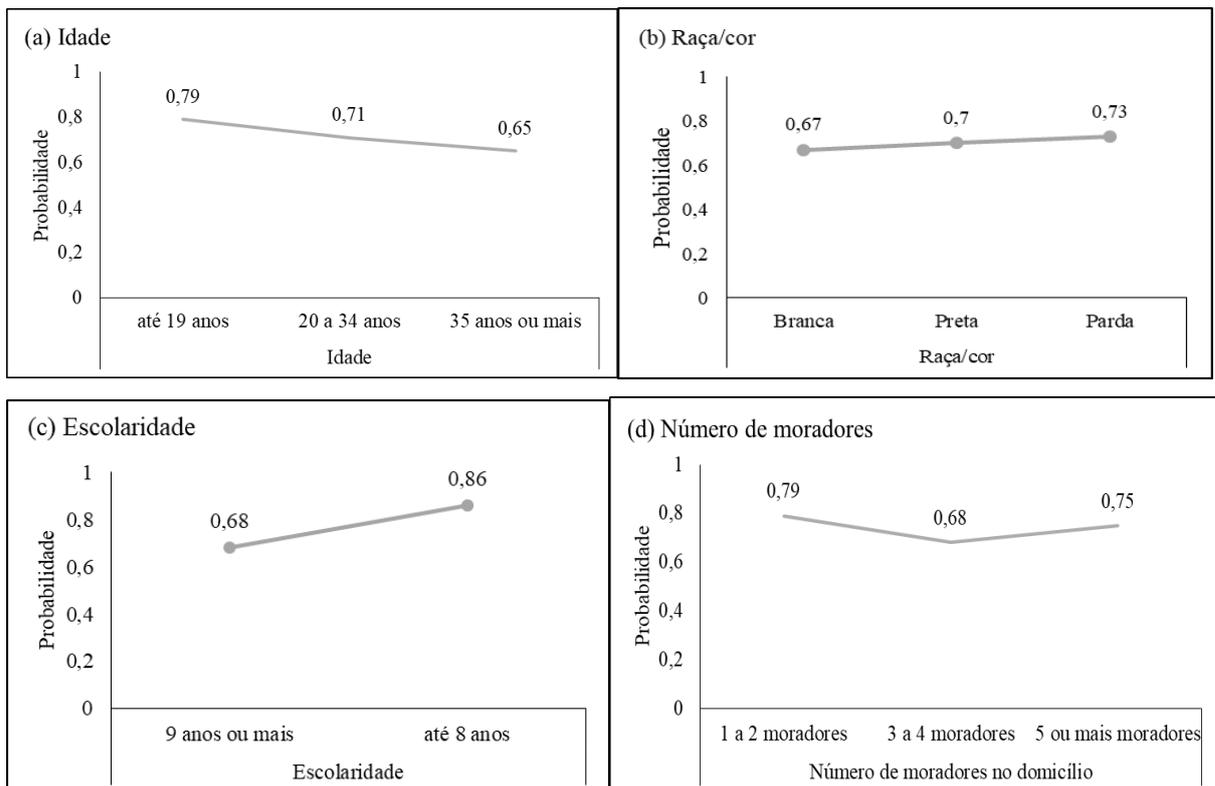
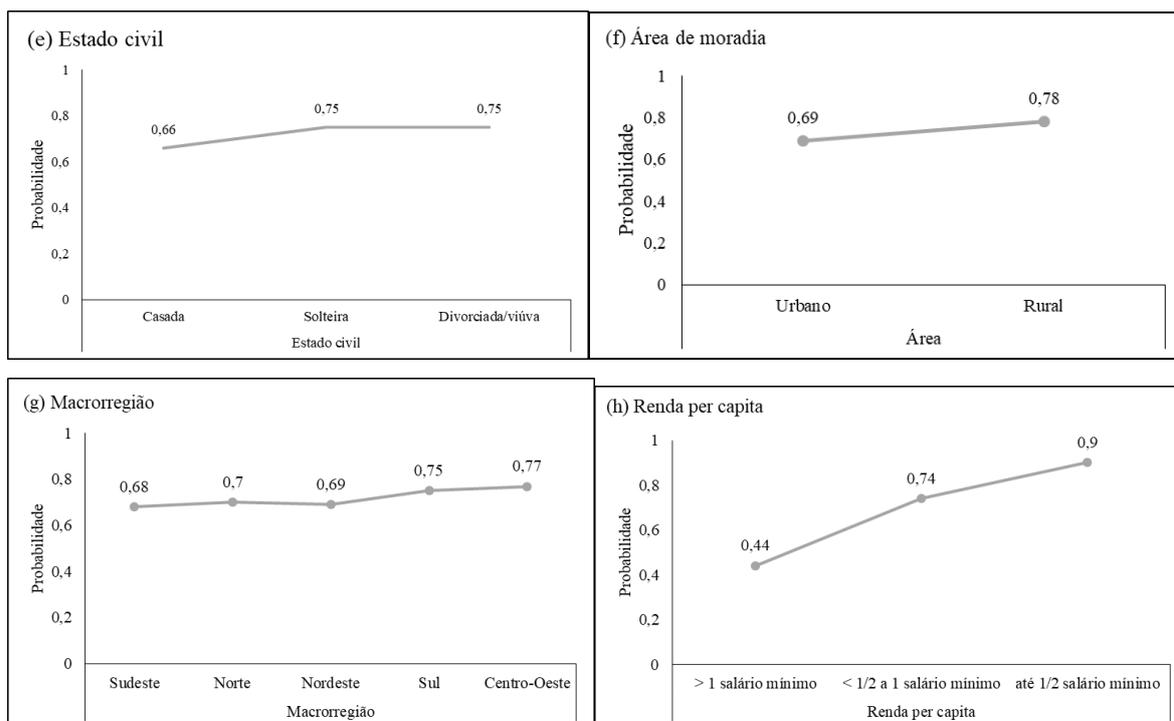


Figura 2. Distribuição das probabilidades previstas para atendimento no pré-natal no atendimento público no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.





Nota: Probabilidades estimadas por modelo de regressão logística para cada variável significativa.

Legenda. (a) Idade (b) Raça/cor (c) Escolaridade (d) Número de moradores (e) Estado civil (f) Área de moradia (g) Macrorregião (h) Renda per capita.

Tabela 1. Características de acesso e assistência ao pré-natal no atendimento público e privado no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Características do pré-natal		Público		Privado	
		%	(IC95%)	%	(IC95%)
<b>Acesso ao pré-natal</b>					
Início do pré-natal (semanas)	até 12 semanas	87,9	(84,49;90,59)	96,2	(92,35;98,12)
	> 12 semanas	12,1	(9,41;15,51)	3,8	(1,88;7,65)
Quantidades de consultas do pré-natal	1 a 2	1,8	(1,02;3,25)	0,3	(0,08;1,03)
	3 a 5	14,3	(11,85;17,12)	4,5	(2,81;6,99)
	6 ou mais	83,9	(80,89;86,49)	95,3	(92,72;96,93)
Qual profissional atendeu na maioria das consultas?	Médico(a)	62,6	(59,15;65,96)	97,4	(94,30;98,80)
	Enfermeiro(a)	37,4	(34,04;40,85)	2,6	(1,2;5,70)
<b>Assistência ao pré-natal</b>					
Realizou exame de sangue, sem considerar o teste de gravidez?	Sim	92,7	(90,06;94,68)	98,5	(96,97;99,27)
	Não	7,3	(5,32;9,94)	1,5	(0,73;3,03)
Realizou exame de urina, sem considerar o teste de gravidez?	Sim	92,2	(89,40;94,22)	96,8	(93,79;98,36)
	Não	7,8	(5,78;10,60)	3,2	(1,64;6,21)
	Sim	93,6	(91,92;94,95)	97,1	(94,68;98,44)

Durante o pré-natal foi aferida sua pressão arterial?	Não	6,4	(5,05;8,08)	2,9	(1,56;5,32)
Durante o pré-natal foi verificado seu peso?	Sim	94,8	(93,38;96,01)	96,2	(92,63;98,06)
	Não	5,2	(4,00;6,62)	3,8	(1,94;7,37)
Durante o pré-natal mediram sua barriga?	Sim	85,2	(82,47;87,59)	86,2	(81,51;89,88)
	Não	14,8	(12,41;17,53)	13,8	(10,12;18,49)
Durante o pré-natal ouviram o coração do bebê?	Sim	78,4	(75,67;80,94)	88,4	(84,43;91,54)
	Não	21,6	(19,06;24,33)	11,5	(8,46;15,57)
Durante o pré-natal examinaram suas mamas?	Sim	23,9	(20,77;27,41)	62,9	(56,83;68,68)
	Não	76,1	(72,59;79,23)	37,0	(31,32;43,17)

Notas: IC, intervalo de confiança.

Tabela 2. Características socioeconômicas e demográficas das mulheres assistidas pelo pré-natal no atendimento público e privado no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Características socioeconômicas e demográficas	Público		Particular		
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	
Idade	até 19 anos	13,6	(11,00;16,76)	2,1	(1,06;4,14)
	20 a 34 anos	67,5	(63,69;71,12)	65,2	(59,02;70,85)
	35 anos ou mais	18,9	(15,99;22,11)	32,7	(27,14;38,84)
Raça/cor	Branca	27,7	(24,26;31,34)	53,9	(48,29;59,54)
	Preta	12,9	(10,21;16,25)	9,7	(6,92;13,60)
	Parda	59,4	(55,43;63,26)	36,3	(30,65;42,29)
Escolaridade	9 anos ou mais	65,2	(1,79;4,45)	97,2	(95,55;98,21)
	até 8 anos	34,8	(31,33;38,41)	2,8	(1,79;4,45)
Número de moradores no domicílio	1 a 2 moradores	5,9	(4,49;7,86)	5,1	(3,18;8,28)
	3 a 4 moradores	53,4	(49,80;56,96)	77,1	(71,37;82,00)
	5 ou mais moradores	40,6	(36,92;44,49)	17,7	(13,36;23,14)
Estado civil	Casada	30,7	(27,59;33,99)	64,9	(59,02;70,44)
	Solteira	63,9	(60,47;67,28)	31,7	(26,46;37,52)
	Divorciada/viúva	5,4	(3,53;8,05)	3,3	(1,89;5,77)
Área	Urbano	80,1	(77,87;82,14)	94,9	(92,75;96,46)
	Rural	19,9	(17,86;22,13)	5,1	(3,54;7,25)
Renda per capita	> 1 SM	10,1	(8,01;12,66)	63,4	(56,92;69,58)
	< 1/2 a 1 SM	28,9	(25,52;32,58)	27,2	(21,88;33,41)

até 1/2 SM 61,0 (57,29;64,55) 9,2 (6,58;12,85)

Notas: IC, intervalo de confiança. SM, Salário-mínimo. \* p-valor>0,05

Tabela 3. Razão de chances (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) bruto e ajustado por variáveis socioeconômicas e demográficas de acordo com o pré-natal realizado no atendimento público. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

. Características socioeconômicas e demográficas	Análise Bruta		Análise Ajustada		
	OR <sup>1</sup>	IC95% <sup>2</sup>	OR <sup>1</sup>	IC95% <sup>2</sup>	
Idade	20 a 34 anos	1.0			
	até 19 anos	6.24	(2.95; 13.19)	2.05	(0.58; 7.25)
	35 anos ou mais	0.55	(0.40; 0.77)	0.61	(0.39; 0.94)
Raça/cor	Branca	1.0		1.0	
	Preta	2.58	(1.62; 4.10)	1.27	(0.66; 2.42)
	Parda	3.19	(2.33; 4.37)	1.62	(1.01; 2.58)
Escolaridade	9 anos ou mais	1.0		1.0	
	até 8 anos		(11.20; 18.31)	5.28	(3.02; 9.22)
Número de moradores no domicílio	1 a 2 moradores	1.0			
	no 3 a 4 moradores	0.60	(0.33; 1.07)	0.36	(0.16; 0.81)
	5 ou mais moradores	1.98	(1.04; 3.77)	0.69	(0.29; 1.63)
Estado civil	Casada	1.0		1.0	
	Solteira	4.26	(3.14; 5.77)	2.20	(1.50; 3.22)
	Divorciada/viúva	3.41	(1.62; 7.16)	2.18	(0.81; 5.85)
Área	Urbano	1.0		1.0	
	Rural	4.63	(3.04; 7.06)	2.17	(1.28; 3.65)
Macrorregião	Sudeste	1.0		1.0	
	Norte	3.91	(2.46; 6.22)	1.17	(0.60; 2.30)
	Nordeste	3.61	(2.48; 5.26)	1.09	(0.68; 1.77)
	Sul	1.51	(1.00; 2.31)	1.78	(1.03; 3.06)
	Centro-Oeste	2.61	(1.69; 4.01)	2.13	(1.17; 3.85)
Renda per capita	> 1 SM	1.0		1.0	
	< 1/2 a 1 SM	6.66	(4.40; 10.1)	5.22	(3.16; 8.62)
	até 1/2 SM		(25.93; 41.4)		(10.28; 18.7)

Notas: IC, intervalo de confiança. SM, Salário mínimo. <sup>1</sup> Odds Ratio; <sup>2</sup> Intervalo de confiança de 95%. <sup>3</sup> p valor > 0,20; 4 p valor > 0,05. 1,0: Categoria de referência.

## 8 CONCLUSÕES FINAIS

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, e essa desigualdade histórica, se reflete na saúde. Fatores sociodemográficos como renda e raça são determinantes importantes para as condições de vida e saúde da população.

Considerando estes apontamentos, a presente dissertação teve como objetivo analisar o acesso do pré-natal entre a rede pública e a rede privada no Brasil.

Os resultados observados mostraram que há disparidades no acesso e na qualidade dos serviços prestados às mulheres grávidas entre a rede privada e a rede pública do país.

Em relação ao acesso e assistência pré-natal, a rede privada apresentou melhores resultados em todas as variáveis analisadas. Já em relação às características socioeconômicas e demográficas, destaca-se na rede pública a raça/cor parda e preta, menor nível de escolaridade, maior número de moradores no domicílio, estado civil solteira e menor renda per capita, quando comparada a rede privada.

A limitação do estudo em questão está diretamente relacionada ao uso da PNS, que, embora ofereça um grande banco de dados representativo, apresenta um viés específico no perfil da amostra. O foco da análise foi direcionado para mulheres, particularmente aquelas que estiveram grávidas e que realizaram o acompanhamento pré-natal. O tamanho da amostra, ao ser composto por um subgrupo da população feminina, pode influenciar a representatividade dos dados.

São escassos os estudos que avaliam a assistência pré-natal com base em inquéritos epidemiológicos, especialmente utilizando a PNS 2019.

O presente estudo poderá auxiliar na reformulação e elaboração de políticas públicas, especialmente entre populações vulneráveis, ao fornecer dados substanciais sobre a assistência pré-natal no Brasil, suas desigualdades e os fatores associados. Também possibilita a identificação de disparidades no acesso e na qualidade dos serviços de pré-natal entre as redes pública e privada, sendo essencial para compreender as desigualdades no sistema de saúde brasileiro e fornecer subsídios valiosos para a melhoria dos serviços prestados em ambas as redes.

A análise do acesso e qualidade da assistência à gestante é importante, não apenas para garantir o cuidado adequado durante o pré-natal, mas também para contribuir na redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

Por fim, ressalta-se a importância de novos estudos sobre a assistência pré-natal, uma vez que a análise contínua desse cuidado é fundamental para identificar lacunas no sistema de saúde e promover maior equidade no acesso à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, Melania Maria Ramos De. et al. Fatores de risco para macrosomia em recém-nascidos de uma maternidade-escola no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 5, p. 241–248, 2009.
- ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053–1064, 2011.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.
- AUGUSTO, Maria Helena Oliva; COSTA, Olavo Viana. Entre o público e o privado a saúde hoje no Brasil. *Tempo Social*; **Rev. Sociol. USP**, S. Paulo, 11(2): 199-217, out. 1999.
- BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2009.
- BARATIERI, Tatiane. et al. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. e00103221, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. p. 27.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa Humanização do Parto Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **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, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 20ª. ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Seção 1, p. 109

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Rápido Pré-Natal: Atenção Primária à Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é PNS?** 2021. Disponível em ><https://www.pns.icict.fiocruz.br>< Acesso em: 23 abril 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**. Disponível em: [Pagamento por Desempenho — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://Pagamento por Desempenho — Ministério da Saúde (www.gov.br)). Acesso em: 10 maio 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em: Sistema Único de Saúde - SUS — Ministério da Saúde. Acesso em: 25 novembro 2024c.

BRITO, Franciele Aline Machado De. et al. Rede Cegonha: maternal characteristics and perinatal outcomes related to prenatal consultations at intermediate risk. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210248, 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, Taiana Silva; PELLANDA, Lucia Campos; DOYLE, Pat. Prevalência de natimortos no Brasil: investigação de diferenças regionais. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 2, p. 200–206, 2018.

CESAR, Juraci A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v.11, n.3, p: 257-263, jul./set., 2011.

CESAR, Juraci A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, nov, 2012.

COSTA, Ana Maria. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-55.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768–774, 2005.

Domingues, Rosa Maria Soares Madeira. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública** 2015; 37(3):140-147.

GARNELO, Luiza. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 3, p. e00181318, 2019.

GONDIM, Fatima Sonally Sousa. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: avanço no monitoramento da saúde dos brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe1, p. e2021309, 2022.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento (Org.). **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: : Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento (Org.). **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2021.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2008: Primeiras Análises: desigualdade de renda, sobre a evolução recente da pobreza e da desigualdade, condições de vida: qualidade dos domicílios e acesso a bens**. Brasília, DF, 2009. (Comunicados da Presidência, n. 30).

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Os resultados dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio**. Ano 13 . Edição 87. Brasília, DF, 2016. Disponível em: Os resultados dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Acesso em: 25 novembro 2024.

LANSKY, Sônia; FRICHE. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S192–S207, 2014.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista Saúde Pública**, v.39, n.1, p: 100-7, 2005.

LEAL, Maria Do Carmo. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 8, 2020.

LESSA, Millani Souza De Almeida. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, 2022.

LINHARES, Angélica Ozório; CESAR, Juraci A. Suplementação de sulfato ferroso entre gestantes: um estudo de série temporal no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. e00095821, 2022.

MAGALHÃES, Alessandra Lourenço Caputo. et al. Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, o que mudou? **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(2), p. 385-396, 2023.

MALLMANN, Mariana Borsa. et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 4, 2018.

MARIO, Débora Nunes. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1223–1232, 2019.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 7:433-46, 1973.

MENDES, Rosemar Barbosa. et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793–804, 2020.

MENEZES, Gabriela Rodrigues De. et al. Sífilis congênita e recusa terapêutica da gestante: análise jurídica e bioética. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3010PT, 2023.

MINAYO, Maria Cecília De Souza; PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos Da. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3701–3714, 2022.

NASCIMENTO, Camilla Cristina Lisboa do. et al. Vacinação na gravidez: cronstução e validação de tecnologia educacional. **Cogitare Enferm.** v28:e90023, 2023.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva. et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

OBA, Maria Das Dores Do Vale; TAVARES, Maria Solange Guarino. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 11–17, 2000.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo; OLINTO, Beatriz Anselmo. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1137–1142, 2000.

OLIVA AUGUSTO, Maria Helena; COSTA, Olavo Viana. Entre o público e o privado - a saúde hoje no Brasil. Tempo Social; **Revista de Sociologia**. USP, S. Paulo, 11(2): 199-217, out. 1999 (editado em fev. 2000).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento de desenvolvimento sustentável**. Disponível em: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil, Acesso em: 15 de novembro de 2024.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. suppl 1, p. S25–S32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 343–347, 2012.

PALMEIRA, Nathalia Campos; MORO, Julia Pustrelo; GETULINO, Fabiana De Abreu; et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 3, p. e2022966, 2022.

PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Priscilla Martha. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2013; 35(10):447-52

REZENDE. Políticas de saúde, confiança e afeto em narrativas de parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad* - **Revista Latinoamericana** ISSN 1984-6487 / n. 38 / 2022

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 69–104, 2005.

ROMA, Júlio César. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e sua transição para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Revista Ciência e cultura**, v.71, n.1, p: 33-39, 2019.

ROSA, Cristiane Quadrado Da; SILVEIRA, Denise Silva Da; COSTA, Juvenal Soares Dias Da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977–984, 2014.

SANTOS NETO, Edson Theodoro Dos. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057–3068, 2012.

Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2013-2015 (PNPM), 2016.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 269–279, 2004.

SELLERA, P. E. G. et al. Weighted capitation incentive (Previne Brasil Program): impacts on the evolution of the population register in PHC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 2743-2750, 2023.

SILVA, Josy Maria De Pinho Da; et al. Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20220135, 2023.

SILVA, Vinicius Siqueira Tavares Meira; PINTO, Luiz Felipe. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4045–4058, 2021.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Atenção ao Pré-Natal Rotinas para gestantes de risco habitual**. Rio de Janeiro, 2019.

STOPA, Sheila Rizzato. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, p. e2020315, 2020.

SZWARCWALD, Célia Landmann. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333–342, 2014.

TOMASI, Elaine. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5 , n.1, p:133-149, 2000 .

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 225-264, 2005.

VICTORA, Cesar G. Por que precisamos de inquéritos populacionais sobre saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. suppl 1, p. EN010222, 2022.

VIELLAS, Elaine Fernandes. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, 2014.