

Panorama nacional da adesão ao pré-natal: série histórica de 2009 a 2018

National panorama of adherence to prenatal care: historical series from 2009 a 2018

Panorama nacional de adhesión a la atención prenatal: serie histórica de 2009 a 2018

Fonseca, Luan dos Santos;¹ Carvalho, Beatriz Correia;² Santos, José Cleyton de Oliveira;³ Ferreira, Laíse Luemmy de Lima;⁴ Lima, Ana Caroline Rodrigues⁵

RESUMO

Objetivo: analisar o panorama nacional da adesão pré-natal enquanto maior ou igual a sete consultas, segundo características sociodemográficas das mães de nascidos vivos entre os anos de 2009 e 2018. **Método:** estudo ecológico, descritivo, de séries temporais, efetuado na plataforma Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Brasil. **Resultados:** foram registrados 29.189.619 nascidos vivos, com predominância nas regiões sudeste e nordeste. O perfil epidemiológico da adesão a sete consultas ou mais é composto por mulheres brancas e pardas, cujas faixas etárias foram entre 30 e 39 e 40 ou mais anos, casadas ou em união estável, com 12 anos ou mais de estudo. **Conclusões:** predominou mais consultas de pré-natal em mulheres jovens, casadas, não negras, com 11 anos de estudo. Percebeu-se maior tendência de realização de sete ou mais consultas durante o período.

Descritores: Obstetrícia; Cuidado pré-natal; Gestantes; Recém-nascido

ABSTRACT

Objective: analyze the national panorama of prenatal adherence as greater than or equal to seven consultations according to sociodemographic characteristics of mothers of live births between the years 2009 and 2018. **Method:** ecological, descriptive study of time series, carried out on the Live Birth Information in Brazil. **Result:** 29,189,619 live births were registered, predominantly in the southeast and northeast regions. The epidemiological profile of adherence to seven consultations or more is composed of white and brown women, whose age groups between 30 and 39 and 40 or more years, married or in a stable relationship, with 12 years or more of study. **Conclusions:** there was a predominance of prenatal consultations among young, married, non-black women, with 11 years of schooling. There was a greater tendency to carry out seven or more consultations during the period.

Descriptors: Obstetrics; Prenatal care; Pregnant women; Infant, newborn

1 Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, Sergipe (SE). Brasil (BR). E-mail: luan-fonseca@hotmail.com ORCID: 0000-0002-2981-7327

2 Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, Sergipe (SE). Brasil (BR). E-mail: becorreia97@gmail.com ORCID: 0000-0002-1930-224X

3 Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracajú, Sergipe (SE). Brasil (BR). E-mail: cleyton-121@hotmail.com ORCID: 0000-0001-5616-7625

4 Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, Sergipe (SE). Brasil (BR). E-mail: laiseluemmy@hotmail.com ORCID: 0000-0002-8609-6108

5 Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, Sergipe (SE). Brasil (BR). E-mail: enf.carolinelima@gmail.com ORCID: 0000-0002-9109-2435

Como citar: Fonseca LS, Carvalho BC, Santos JCO, Ferreira LLL, Lima ACR. Panorama nacional da adesão ao pré-natal: série histórica de 2009 a 2018. J. nurs. health. 2022;12(1):e2212120433. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20433>



RESUMEN

Objetivo: analizar el panorama nacional de adherencia prenatal como mayor o igual a siete consultas según características sociodemográficas de madres de nacidos vivos entre los años 2009 y 2018. **Método:** estudio ecológico, descriptivo, de series de tiempo, realizado sobre el Sistema de Información de nacidos vivos en Brasil. **Resultado:** se registraron 29.189.619 nacidos vivos, con predominio en las regiones sureste y noreste. El perfil epidemiológico de adherencia a siete consultas o más está compuesto por mujeres blancas y morenas, cuyos grupos de edad entre 30-39 y 40 o más años, casadas o en relación estable, con doce años o más de estudio. **Conclusiones:** predominó la consulta prenatal entre mujeres jóvenes, casadas, no negras, con 11 años de escolaridad. Hubo una mayor tendencia a realizar siete o más consultas durante el período.

Descriptores: Obstetricia; Atención prenatal; Mujeres embarazadas; Recién nacido

INTRODUÇÃO

O cuidado Pré-Natal (PN) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como cuidados prestados por profissionais da saúde qualificados e com habilidades a fim de garantir as melhores condições de saúde possíveis para o binômio materno fetal durante a gestação.¹

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o PN é realizado pela equipe de saúde e tem o intuito de orientar a promoção de saúde no âmbito gestacional, estabelecendo intervenções que almejam a prevenção, o diagnóstico e o manejo clínico de eventuais problemas obstétricos que podem afligir esse processo.²

As gestantes devem ser orientadas, portanto, sobre mudanças fisiológicas esperadas quanto às possíveis intercorrências que podem surgir no período. Neste sentido, a classificação do risco gestacional é baseada em variáveis que devem ser analisadas por toda a equipe, são elas: idade, ocupação, situação familiar, escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, hábitos em relação ao tabagismo, avaliação nutricional, antecedentes obstétricos e patologias de risco atual

obstétricos e ginecológicos. De maneira simplificada, as gestantes podem ser classificadas em alto, habitual ou baixo risco. Uma vez classificada, a gestante é conduzida para atendimentos correspondentes ao grau de risco de sua gestação nas redes de atenção à saúde.³⁻⁴

As atuais orientações da OMS referem que um mínimo de oito consultas de PN pode reduzir as mortes perinatais em oito para cada 1.000 nascidos vivos.¹ Estudos corroboram com a OMS, quando indicam que a não realização do quantitativo mínimo de consultas PN associada à má qualidade dessas consultas atuam como fatores de risco para a elevação da mortalidade materna e neonatal, além da possibilidade do aumento de eventos indesejáveis inclusive no período pós-parto.^{2,5-8}

Diante das evidências e orientações existentes, principalmente a partir do ano de 2016, com relação ao número ideal de consultas PN, levando em consideração que os fatores sociodemográficos podem influenciar no acompanhamento no ciclo gravídico e, por conseguinte, na redução da mortalidade neonatal e complicações na

saúde materna, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como se encontra o panorama nacional da adesão ao PN enquanto maior ou igual a sete consultas no Brasil nos anos de 2009 a 2018?

Frente às considerações, o objetivo deste estudo é analisar o panorama nacional da adesão pré-natal enquanto maior ou igual a sete consultas, segundo características sociodemográficas das mães de nascidos vivos entre os anos de 2009 e 2018.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de série temporal, realizado a partir de dados oriundos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC),⁹ extraído em maio de 2020. O SINASC foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1990, este sistema dispõe informações que constam na Declaração de Nascido Vivo (DNV), portanto, contém dados do PN, do parto, do recém-nascido e da mãe.⁹⁻¹⁰

Analizou-se a série histórica (2009 a 2018) a partir das DNV a nível nacional. O período escolhido para o estudo decorreu da disponibilidade dos dados no sistema. A totalidade das informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional no referido período foi incluída.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado, elaborado pelos pesquisadores, de acordo com as variáveis de interesse para o estudo, bem como em relação à plataforma do SINASC,⁹ compostos de duas partes:

a) dados sociodemográficos maternos: regiões brasileiras de ocorrência do parto (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); etnia (branca, preta, amarela, parda, indígena); idade em anos (até 19, 20-29, 30-39, 40 ou mais); instrução em anos (nenhum, um a três anos, quatro a sete anos, oito a onze anos, doze ou mais anos) e estado civil;

b) dados para caracterização do acompanhamento qualificado do PN de acordo com o número de consultas realizadas, sendo sete ou mais consultas o quantitativo considerado adequado no presente estudo. Pois, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁹ apresenta esse número máximo de corte, não sendo possível, portanto, utilizar oito consultas como número mínimo de corte, conforme proposto pela OMS.¹ Dessa forma, sete ou mais consultas foi o número considerado como adequado no presente estudo.

Após o levantamento, os dados foram armazenados em planilhas eletrônicas e analisados com auxílio do programa *Microsoft Excel* 2016, ferramenta que contribuiu para a disposição dos resultados em gráficos. Com isso, a variável resposta foi padronizada pela quantidade de consultas de PN e a variável sociodemográfica analisada. A análise ocorreu da mesma forma para a distribuição regional das consultas de PN no território nacional. Os dados descritos no banco de dados como “ignorados” não foram incluídos para análise de dados.

A análise estatística descritiva simples permite que se tenha uma visão global acerca da variação de valores de

mesma natureza¹¹ e no estudo buscou sintetizar e elucidar os dados identificados para a posterior análise do que preconiza a literatura científica acerca das atuais orientações em relação à assistência ao PN. O estudo foi efetuado apenas com dados de origem secundária de acesso livre/gratuito, e os preceitos éticos foram atendidos conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹²

RESULTADOS

Foram registrados 29.189.619 nascidos vivos durante os anos de 2009 a 2018. Destes, 39,37% estavam concentrados na região Sudeste, 28,58% no Nordeste, 13,26% no Sul, 10,74% no Norte e 8,05% no Centro-Oeste. Observou-se que as regiões as quais as gestantes (com nascidos vivos) melhor aderiram às consultas de PN (sete ou

mais consultas) foram as da região Sul e as da região Sudeste, tendo como a quantidade mínima de 71,18% e máxima de 81,30% das gestantes que realizaram sete ou mais consultas.

As gestantes (com nascidos vivos) das regiões Norte e Nordeste tiveram menor adesão ao PN durante o mesmo período, a adesão mínima para sete ou mais consultas foi de 33,69%, e a máxima de 65,06%. A região Centro-Oeste tem um comportamento intermediário com relação às demais, concentrando a adesão em torno dos 60,00% durante o período. Apesar de as regiões Sul e Sudeste apresentarem melhor adesão, pode-se afirmar que durante os dez anos houve aumento da adesão às consultas de PN em todas as regiões, principalmente no Norte e Nordeste (Figura 1).

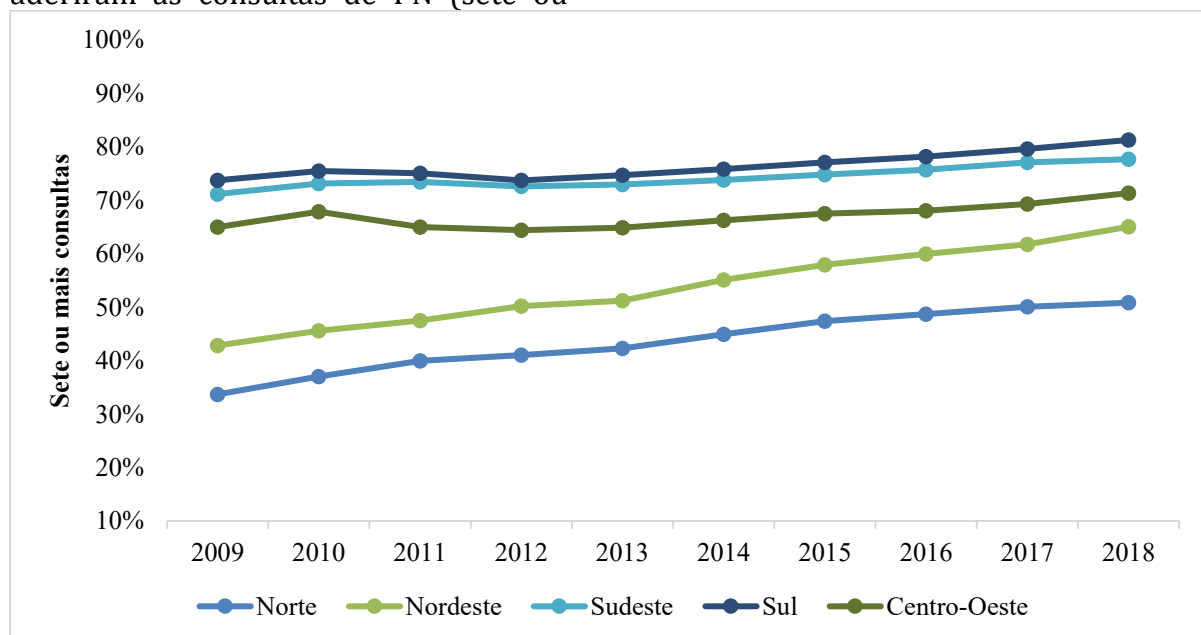


Figura 1: Panorama da adesão de sete ou mais consultas de PN, segundo as regiões do Brasil, nos anos de 2009-2018.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Ao analisar o perfil das gestantes segundo a etnia, notou-se que pardas (54,52%) e brancas (39,35%) foram predominantes nos registros. No que concerne à adesão a sete ou mais consultas, para as gestantes brancas houve redução da adesão de 18,55%, já para as pardas apresentaram crescimento de 13,81% no decorrer dos anos. Gestantes negras, indígenas e amarelas não tiveram aumento nem diminuição significativas da adesão ao longo dos anos (Figura 2).

Percebe-se que as faixas etárias entre 30-39 e 40 ou mais anos tem uma melhor adesão ao parâmetro de sete ou mais consultas. Tais faixas apresentam como maiores pontos 75,09% (40 ou mais) e 77,88% (30 a 39 anos), ambos no ano de 2018. Para as demais faixas etárias percebe-se uma menor adesão ao número preconizado de consultas durante a série de dez anos. Destaca-se que a faixa de até 19 anos esteve sempre com as menores taxas, as quais variaram de 40,95% a 58,71% (Figura 3).

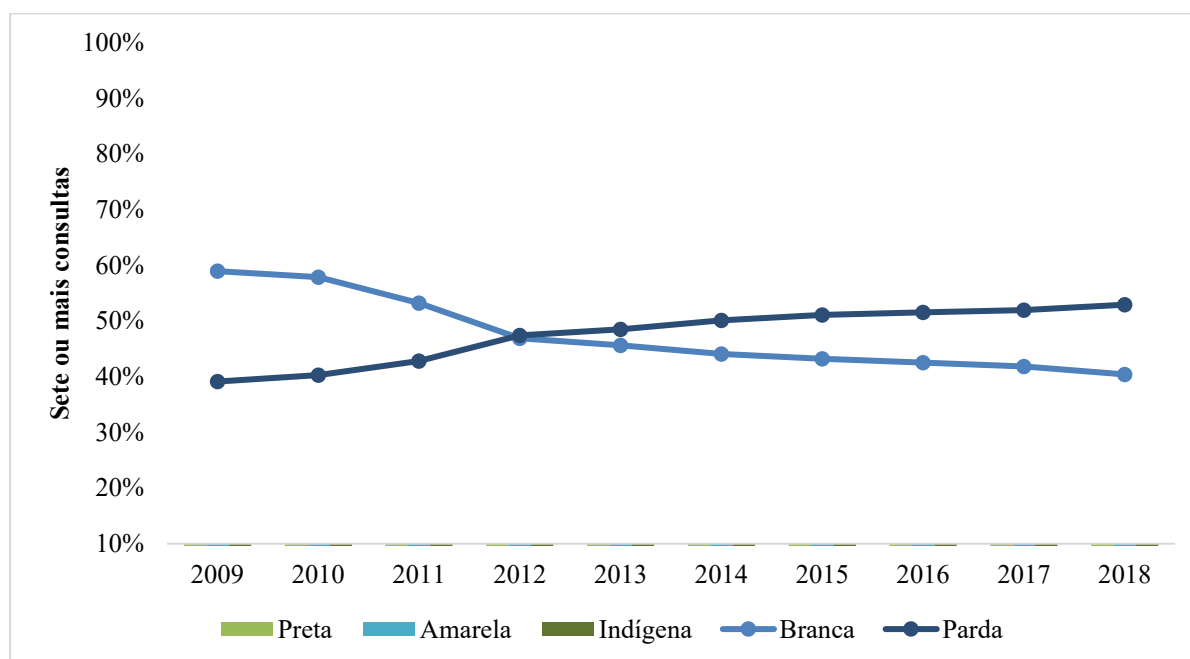


Figura 2: Adesão a sete ou mais consultas de PN segundo a etnia da mãe, Brasil, 2009-2018.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Durante o período dos dez anos, 55,95% das gestantes desse estudo possuíam oito a onze anos de estudo, 21,36% (quatro - sete anos), enquanto 18,02% possuíam doze anos de estudo ou mais (Figura 4). Ao analisar a instrução materna com a adesão ao quantitativo de consultas preconizado, percebe-se que as taxas de adesão foram crescentes à medida que houve aumento

nos anos de instrução materna. As gestantes com doze ou mais anos de estudo apresentaram melhor adesão (82,84%). Em contrapartida, as mulheres que não possuem nenhuma instrução apresentaram menor taxa (27,39%).

No tocante ao estado civil no período de 2009 a 2018, é possível observar que mulheres casadas e separadas judicialmente tiveram uma

melhor adesão às sete ou mais consultas. Suas maiores taxas foram no ano de 2018 em que as casadas tiveram 82,21% e as separadas judicialmente 77,77%. As em união consensual, no ano de 2011 obtiveram a menor taxa do período

(49,28%), porém cresceram essa adesão ao longo dos anos da série, chegando a 2018 com uma taxa de 67,21%. Para as demais categorias pode-se dizer que na maior parte do tempo a adesão foi crescente durante os anos (Figura 5).

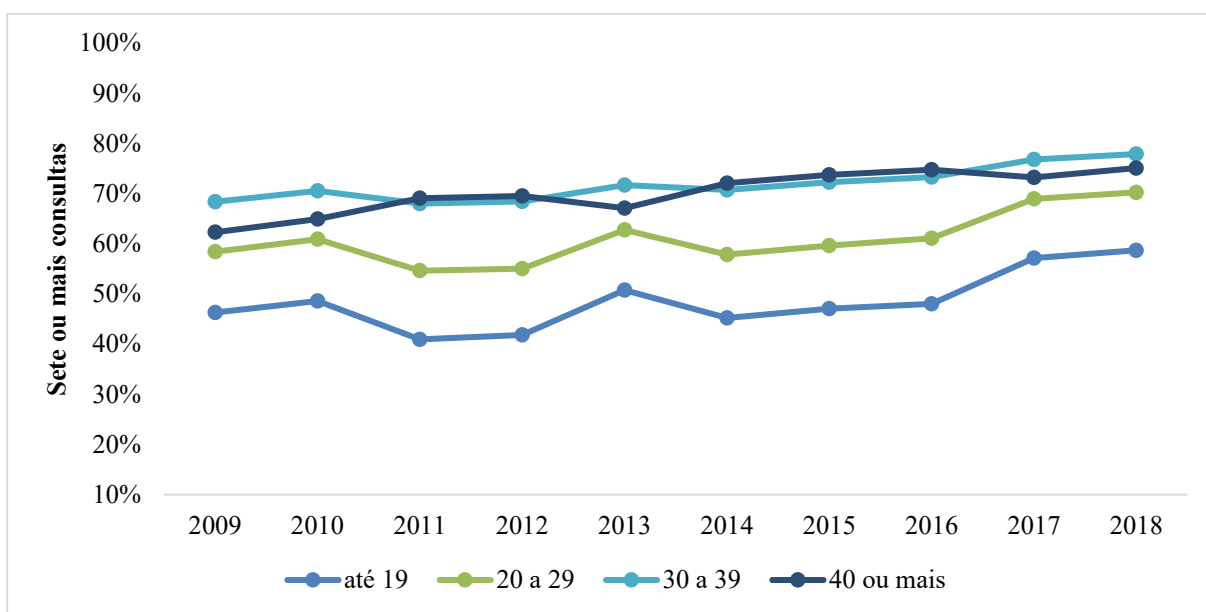


Figura 3: Adesão de sete ou mais consultas de PN segundo a idade da mãe, Brasil, 2009-2018. Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

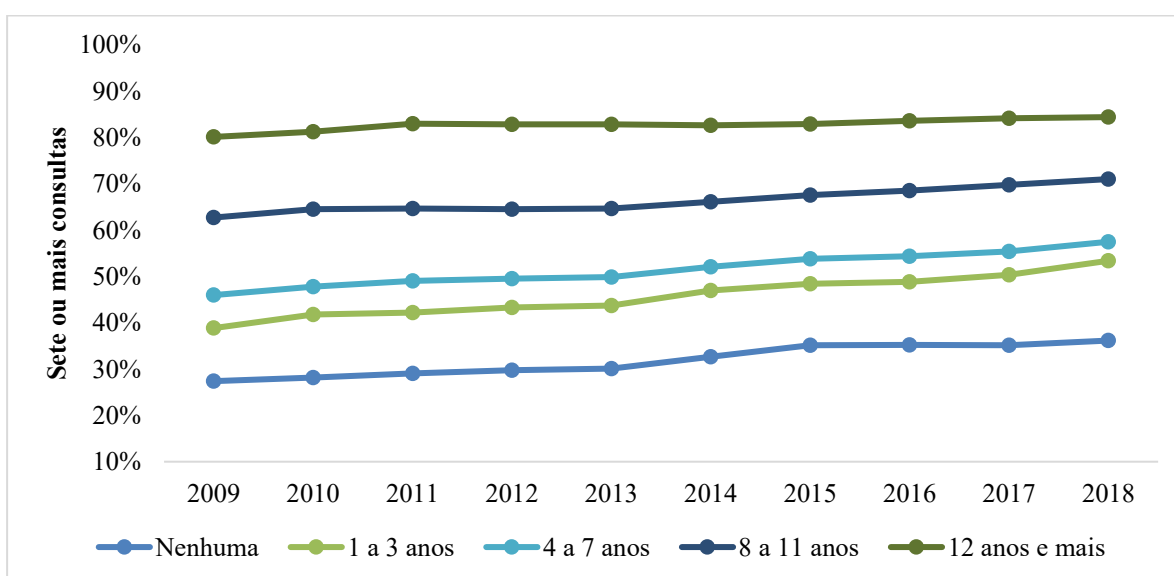


Figura 4: Adesão a sete ou mais consultas de PN segundo anos de instrução da mãe, Brasil, 2009-2018. Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

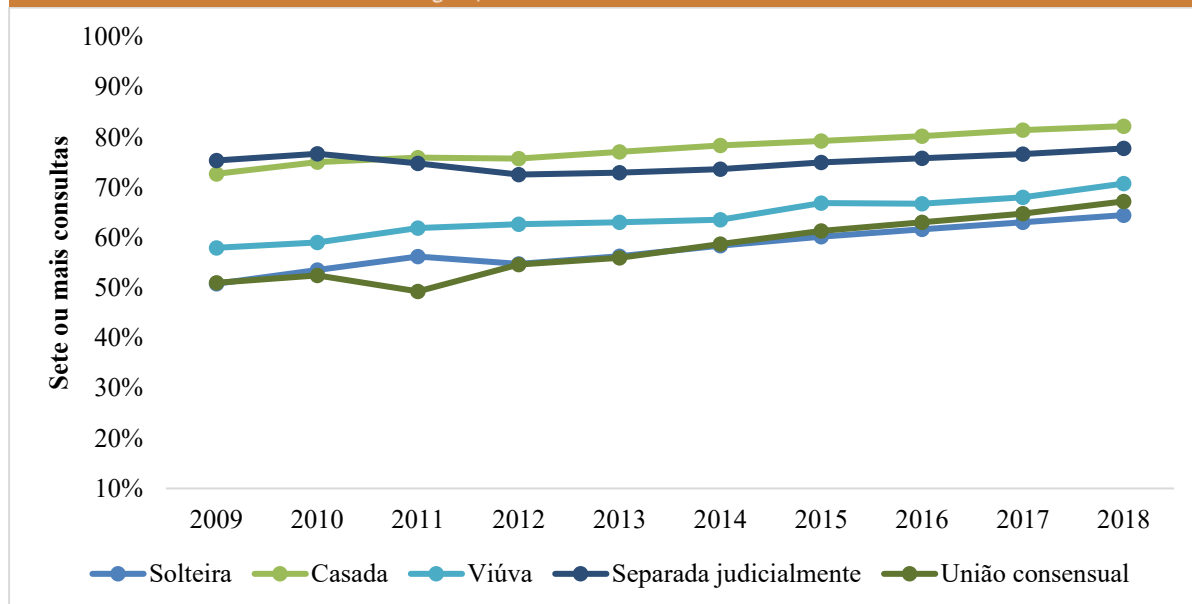


Figura 5: Adesão a sete ou mais consultas de PN de acordo com o estado civil da mãe, Brasil, 2009-2018. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

DISCUSSÃO

No Brasil, a busca pela qualificação da assistência materno-infantil é observada com a implantação de políticas, como a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha.¹³ Esse esforço tem demonstrado resultados positivos como evidenciado no presente estudo, no qual houve aumento significativo da adesão de gestantes a sete ou mais consultas em todo o país.

Apesar dos avanços, ainda existem dificuldades de acesso devido às iniquidades geográficas, que se apresentam como um conjunto de outras problemáticas a serem superadas.¹⁴ Nesse estudo, as desigualdades geográficas podem ser evidenciadas a partir do percentual de sete ou mais consultas durante toda a série histórica, assim como é principalmente demonstrada no ano de 2018 na região

Sul (81,30%) e Sudeste (77,70%), enquanto a região Norte apresenta apenas 50,80%. Diversos estudos obtiveram resultados que corroboram com estes achados de maior número de consultas na região Sul e Sudeste, referente a discrepância entre as regiões, fatores como falhas no sistema de coordenação, dificuldades na promoção do cuidado integral e desconexão entre os níveis de assistência contribuem para essa realidade.¹⁵⁻¹⁹

Foram apontados como resultado deste estudo as regiões Norte e Nordeste como as mais acometidas pela não adesão da quantidade de consultas adequadas de PN, assim como evidenciado em outro estudo²⁰ ao descrever indicadores de qualidade, como consultas na gestação, exames complementares, vacinação, sulfato ferroso e procedimentos de exame físico e orientações, da atenção PN no Brasil em 2017. Outros estudos também apresentaram resultados similares,

sobre a não adequação da quantidade maior ou igual a sete.^{16,18-19} Desse modo, muitas mulheres ficam sem a realização das consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, evidenciando-se que o serviço de assistência não é disposto de modo homogêneo por todo o território, demonstrando o impacto das desigualdades regionais para intercorrências frente o binômio mãe e filho.^{18,20-21}

Um estudo de avaliação de qualidade do PN evidenciou que a disponibilidade de infraestrutura teve os piores resultados nas Unidades Básicas de Saúde das regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto os melhores índices se concentraram nas regiões Nordeste e Sul. Estudos como estes^{19,22} comprovam que as diferenças regionais são fatores que se apresentam como barreiras de acesso e podem justificar o resultado identificado em relação à realização de um quantitativo menor de consultas de PN na região Norte e Centro-Oeste. Além disso, demonstram as fragilidades na implementação de uma rede integral de cuidado diante do ciclo gravídico.

O acesso em saúde engloba características gerais que pautam a organização social em âmbito nacional e está vinculado a disponibilidade de serviços no momento de busca pelo usuário, na disponibilidade de informação, nas questões geográficas e infra estruturais.²³ Por se apresentar como um indicador de qualidade para a atenção PN é importante o direcionamento aos grupos de gestantes mais afetados pela falta de acesso, segundo sua caracterização.²³

No presente estudo, o grupo étnico indígena não alcançou o percentual de

1,00% de realização de no mínimo sete consultas durante a série histórica analisada. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), mulheres indígenas são menos prováveis de buscar serviços de saúde e um dos motivos deste comportamento está ligado a forma como sua população é tratada pelos profissionais da saúde.²⁴ Características sociodemográficas não podem ser dissociadas das iniquidades de acesso ao PN e a não adesão da população indígena traduz que tais aspectos não são mensurados ou norteados pelo princípio da equidade. Relatos dos próprios grupos indígenas afirmam que eles não são compreendidos ou são maltratados e muitas vezes se sentem mais confortáveis em suas comunidades e com a utilização de seus métodos baseados na medicina tradicional e que por vezes não são respeitados nos ambientes de saúde.^{15,24}

Os dados comprovam as largas disparidades existentes para a adesão ao PN, mulheres indígenas das regiões Norte e Nordeste continuam sendo as menos assistidas.¹⁵⁻¹⁶ Ainda em relação à etnia, um contraponto observado nos resultados foi o crescimento da adesão de pardos na ascensão dos anos quando houve a análise de adesão a um $n^{\circ} \geq 7$ consultas de PN e declínio de mulheres de etnia branca.

A idade é um fator que possui influência sobre a adesão às consultas de PN. Em um estudo com 24 mulheres, 25,00% realizaram apenas três consultas ou nenhuma consulta de PN e todas estavam na faixa etária dos 15 aos 18 anos.²⁵ A apresentação das séries elucidadas é inversamente proporcional a faixa etária, o que pode se justificar

segundo a consciência do risco durante a gravidez, que se configura como uma das motivações para a busca de assistência de PN. Houve a comparação entre gestantes jovens e em idade avançada sobre a percepção de risco na gestação, evidenciando que as mulheres mais velhas têm maior percepção.²⁶

No que tange à escolaridade, mulheres com maiores níveis de escolaridade tendem a mostrar maior adesão aos exames pré-natais,^{15,27} como ocorreu no presente estudo. Em contraste, foi notório também que houve a crescente adesão de mulheres analfabetas.

Quanto à situação conjugal, estudos apontam que mulheres casadas tendem a aderir mais às consultas de PN. Fator que pode ser atribuído a maior sensação de segurança financeira, mas está relacionado principalmente sobre a percepção de cuidado e participação do cônjuge na gestação, como demonstrado em um estudo em João Pessoa/PB, onde o maior percentual de mulheres com adequadas consultas de PN possuíam companheiros.²⁸

O número de consultas insuficientes configura-se como uma das inadequações enfrentadas pela assistência de PN como preconizado pelo PHPN.¹³ Sabe-se, que a qualidade do serviço pode sofrer impactos provenientes da quantidade no que concerne a transmissão de orientações e fomento de autonomia para a sua realização, bem como para promoção da saúde por meio de condutas de educação seguras e efetivas.²⁹⁻³⁰

Diante do exposto, observa-se como principal limitação a análise segundo as recomendações mais atuais

preconizadas pela OMS em relação à quantidade ideal de consultas de PN (mínimo de 8 consultas), porém o estudo utilizou como parâmetro sete ou mais consultas, pois era o quantitativo mais próximo do ideal disponibilizado pelo banco de dados do DATASUS. Ademais, a elucidação do panorama descrito pela pesquisa contribui para o fomento de estratégias que ampliem cada vez mais a adesão das gestantes ao programa a partir da ampliação crescente e garantia do acesso de serviços de saúde na APS.

CONCLUSÕES

A análise da série descrita na construção deste panorama apontou que o perfil de adesão à sete ou mais consultas de PN é composto por mulheres em sua maioria pardas nas faixas etárias entre 30 e 39 e 40 ou mais anos, com oito a onze anos de estudo, casadas. Percebeu-se uma maior tendência de realização de consultas ao longo dos anos. O estudo ainda enfatiza outras pesquisas que abordam precisamente as variáveis socioeconômicas demográficas como barreiras de acesso e a universalização dos serviços acaba comprometida.

Portanto, é importante que o profissional possua visão holística sobre as necessidades das suas pacientes e oriente à mulher sobre a necessidade dessa assistência direcionada e os impactos que a falta de acesso a esses serviços podem trazer para ela e seu filho. Contudo, faz-se necessário que a estratégia de saúde da família atue de forma eficaz e abrangente na captação precoce da gestante e na manutenção do vínculo com a instituição, a partir de visitas regulares além da constante busca

ativa por meio do agente comunitário de saúde.

É preciso também que os enfermeiros realizem educação continuada e permanente para fornecer informações atualizadas e instruir adequadamente essa gestante, visto que, segundo as novas orientações da OMS um mínimo de oito consultas de PN pode reduzir as mortes perinatais em oito para cada mil nascidos vivos, na prática essa recomendação pôde ser evidenciada no crescimento.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 172p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 2 Gomes RNS, Carvalho Filha FSS, Portela NLC. Assessment on the influence of prenatal care abandonment in fetal and newborn mortality. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2017;9(2):416-21. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.416-421>
- 3 Flores TR, Neves RG, Mielke GI, Bertoldi AD, Nunes BP. Inequalities on coverage of prenatal assistance in Brazil: a nationwide study. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(2):593-600. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.26792019>
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 302p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
- 5 Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* 2020;23:E200088. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200088>
- 6 Coelho JMF, Galvão CR, Rodrigues RM, Carvalho SS, Santos BM, Miranda SS, et al. Associação entre qualidade do pré-natal e baixo peso ao nascer em uma instituição hospitalar em Feira de Santana. *Rev. epidemiol. controle infecç.* 2018;8(2):129-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v1i2.10406>
- 7 Saloio CA, Morais OL, Gonçalves DA, Bessa HEM, Coelho JP, Afonso MSM. Magnitude and determinants of neonatal and postneonatal mortality in Goiânia, Goiás, Brazil: a retrospective cohort study, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2020;29(5):e2020132. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500008>
- 8 Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. *Rev. bras. enferm.* 2014;67(3):354-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140046>
- 9 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. *Informações de saúde (Tabnet): Estatísticas vitais: Nascidos vivos – 1994 a 2018*. Brasil: Ministério da Saúde; 2020.

Disponível em:
[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftoh
tm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftoh.htm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def)

10 Szwarcwald CL, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Almeida WS, Frias PG, Damacena GN, et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2019;35(10):e00214918. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00214918>

11 Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

12 Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun 2013; Seção 1:59-62. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/5483111/dou-secao-1-13-06-2013-pg-59>

13 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 27 jun 2011; Seção 1:109-11. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/27934478/pg-109-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-27-06-2011>

14 Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG, Aratani N, Moita MLG, Tanaka OY. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2019;35(10):e00103118. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00103118>

15 Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, 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. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2019;35(Suppl3):e00181318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181318>

16 Mario DN, Rigo L, Boclin KDLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, et al. Quality of prenatal care in Brazil: national health research 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019;24:1223-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>

17 Saavedra JS, Cesar JA, Linhares AO. Prenatal care in southern Brazil: coverage, trend and disparities. *Rev. saúde pública (Online)*. 2019;53(40):1-8. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000968>

18 Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev. saúde pública (Online)*. 2020;54(8):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

19 Anjos JC, Boing AF. Regional differences and factors associated with the number of prenatal visits in Brazil: analysis of the information system on live Births in 2013. *Rev. bras. epidemiol*. 2016;19(4):835-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>

20 Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde da Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2017;33(3):1-11. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00195815>

21 Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolution of socioeconomic inequalities in conducting prenatal consultations among Brazilian parturiente women: analysis of the period 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2018;27(4):e2018022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000400014>

22 Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2019;34(5):e00110417. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110417>

23 Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2017;34(6):e00213816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>

24 Pan-American Health Organization (PAHO). Gender, Equity, and Indigenous Women's Health in the Americas [internet]. Washington DC: Pan-American Health Organization, 2004. 31p. Available from: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Gender-Equity-and-Indigenous-Women-Health-Americas.pdf>

25 Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região

Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc.* 2015;24(3):765-79. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015127606>

26 Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. *J. midwifery womens health.* 2012;57(5):445-53. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00188.x>

27 Yang C, Chen X, Zu S, He F. Retrospective analysis of risk factors for low 1-minute Apgar scores in term neonates. *Braz. j. med. biol. res.* 2019;52(12):e9093. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1414-431x20199093>

28 Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil. *Rev. saúde pública (Online)*. 2019;53(43):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>

29 Silva MEPD, Jurado SR, Feitosa LG, Marta IER, Zuque FTDS, Valadão FB. Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal. *Nursing (São Paulo)*. 2020;23(263):3760-5. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/263/pg103.pdf>

30 Marques BL, Tomasi YA, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2021;25(1):e20200098. DOI:

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>

Recebido em: 11/01/2021
Aceito em: 21/12/2021
Publicado em: 23/02/2022