

Cristiane Quadrado da Rosa<sup>1,II</sup>

Denise Silva da Silveira<sup>1,II</sup>

Juvenal Soares Dias da Costa<sup>1</sup>

# Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte

## Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar os fatores associados à ausência de realização de pré-natal em município de grande porte.

**MÉTODOS:** Estudo caso-controle, pareado por idade, com 716 mulheres, das quais 179 não realizaram o pré-natal e 537 o realizaram (controles), identificadas por meio do Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos, do município de Pelotas, RS, entre 2009 e 2010. Realizou-se análise múltipla por regressão logística condicional para estimar as *odds ratios* (OR).

**RESULTADOS:** No modelo final, as variáveis que mostraram associação com a não realização de pré-natal foram: ter menor escolaridade, especialmente menos de quatro anos de estudo (OR 4,46; IC95% 1,92;10,36), ser solteira (OR 3,61; IC95% 1,85;7,04) e ser múltipara (OR 2,89; IC95% 1,72;4,85). A prevalência de não realização de pré-natal por região administrativa variou de 3,9% a 0,7%.

**CONCLUSÕES:** Os fatores de risco encontrados devem ser considerados no planejamento de ações para a inclusão das mulheres no pré-natal, tanto pela gestão central quanto pelas equipes de saúde, e indicaram as regiões do município com maiores déficits na captação de pré-natal. A reorganização das ações para identificar as mulheres com esses fatores de risco na comunidade pode ser considerada o ponto inicial desse processo. É necessário ainda integrar as atividades entre programas locais que atuam sobre o grupo materno-infantil para a busca constante das gestantes sem atendimento.

**DESCRITORES:** Cuidado Pré-Natal, utilização. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Equidade em Saúde. Estudos de Casos e Controles.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>II</sup> Secretaria Municipal de Saúde. Pelotas, RS, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Cristiane Quadrado da Rosa  
Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas  
Universidade Federal de Pelotas  
Rua Três de Maio, 322  
96010-620 Pelotas, RS, Brasil  
E-mail: crisquadrado@ig.com.br

Recebido: 4/12/2013  
Aprovado: 1/7/2014

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze the factors associated with a lack of prenatal care in a large municipality in southern Brazil.

**METHODS:** In this case-control age-matched study, 716 women were evaluated; of these, 179 did not receive prenatal care and 537 received prenatal care (controls). These women were identified using the Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (Live Birth Information System) of Pelotas, RS, Southern Brazil, between 2009 and 2010. Multivariate analysis was performed using conditional logistic regression to estimate the odds ratios (OR).

**RESULTS:** In the final model, the variables associated with a lack of prenatal care were the level of education, particularly when it was lesser than four years [OR 4.46; 95% confidence interval (CI) 1.92;10.36], being single (OR 3.61; 95%CI 1.85;7.04), and multiparity (OR 2.89; 95%CI 1.72;4.85). The prevalence of a lack of prenatal care among administrative regions varied between 0.7% and 3.9%.

**CONCLUSIONS:** The risk factors identified must be considered when planning actions for the inclusion of women in prenatal care by both the central management and healthcare teams. These indicated the municipal areas with greater deficits in prenatal care. The reorganization of the actions to identify women with risk factors in the community can be considered to be a starting point of this process. In addition, the integration of the activities of local programs that target the mother and child is essential to constantly identify pregnant women without prenatal care.

**DESCRIPTORS:** Prenatal Care, utilization. Risk Factors. Socioeconomic Factors. Health Services Accessibility. Maternal-Child Health Services. Equity in Health. Case-Control Studies.

---

## INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal busca promover a saúde materna e fetal, rastrear situações de risco e tratar intercorrências o mais precocemente possível. Esse cuidado melhora desfechos clínicos e psicológicos na gestação e no puerpério, que reduzem a morbimortalidade materno-infantil.<sup>11,13,a</sup>

Muitos esforços vêm sendo implementados mundialmente com vistas a proporcionar acesso universal e de qualidade de atenção à saúde reprodutiva.<sup>12,15,16</sup> Nos países industrializados, mais de 95,0% das gestantes realizam pelo menos uma consulta de pré-natal e, naqueles emergentes, como Colômbia e África do Sul, esse indicador atinge 62,0% e 69,0%, respectivamente.<sup>3,11,14,15</sup>

No Brasil, a cobertura pré-natal aumentou significativamente após a adoção do Programa Nacional de

Humanização do Pré-Natal e Nascimento em 2000, cuja principal estratégia é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-nascidos.<sup>19</sup> A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde publicada em 2009 indicou redução na proporção de mães que não realizaram o pré-natal (de 14,0% em 2000 para 2,7% em 2006). A proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal aumentou, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006.<sup>b</sup> Em 2010, a cobertura do pré-natal no País foi de 98,0%.<sup>c</sup>

Apesar da melhoria na cobertura e quase universalidade do pré-natal, um percentual da população alvo não recebe esse serviço, dependendo do nível de desenvolvimento

---

<sup>a</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: Il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

<sup>b</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 2014 mar 6]. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica). Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/)

<sup>c</sup> Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em saúde: estatísticas vitais: nascidos vivos 2011. Brasília (DF); s.d. [citado 2012 nov 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

do local onde as mulheres residem, do acesso a serviços de saúde e da organização do sistema de saúde.<sup>12,13,20,21</sup> A não realização do pré-natal tem sido associada a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos. Problemas como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade foram identificados por vários estudos como fortemente associados com a não realização de pré-natal.<sup>4,8,16,18</sup>

A maioria dos estudos publicados aponta que a não realização do pré-natal se deve, principalmente, a fatores socioeconômicos (baixas renda familiar e escolaridade), de acesso às consultas (local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento), de qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social.<sup>13,20,21</sup> Outros fatores potencialmente relacionados são: idade materna (adolescência e idade mais avançada), não convivência com companheiro, uso de álcool ou outras drogas na gravidez, multiparidade, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito sobre o pré-natal.<sup>8-10,15,17</sup>

Considerando a relevância do tema para as políticas públicas direcionadas ao cuidado da mulher na gestação, este estudo teve por objetivo analisar os fatores associados à ausência de realização de pré-natal em município de grande porte.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo caso-controle retrospectivo, pareado por idade materna, utilizando dados secundários disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do município de Pelotas, RS.

Foram considerados casos as mulheres residentes em Pelotas, RS, que não realizaram pré-natal e tiveram filho(s) nascido(s) vivo(s) nos anos de 2009 e 2010. Os controles foram as mulheres residentes em Pelotas que realizaram pré-natal e tiveram filho(s) nascido(s) vivo(s) nesse mesmo período.

Nos anos do estudo, o SINASC municipal teve cobertura total dos partos, tendo sido computados 4.057 nascimentos em 2009 e 3.909 em 2010. Esse banco de dados é alimentado por dados extraídos do formulário Declaração de Nascido Vivo (DNV), realizada no próprio município desde o ano de 1999. A DNV, em três vias, é emitida logo após o nascimento da criança, no serviço onde ocorreu o parto, sendo a primeira recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde, passando por revisão para ser digitada. Além da DNV, o estudo também utilizou como fonte de informação a base de dados municipal das Autorizações de Internação Hospitalar.

Optou-se por selecionar três controles para cada caso para aumentar o poder do estudo. Todos os controles foram emparelhados por idade materna, com diferença de cerca de três anos, e selecionados de acordo com a

região administrativa de moradia no município, a partir do local do caso: Areal, Três Vendas, Centro, Fragata, Praias, Porto e 1º ao 9º Distritos (rurais). Para a seleção dos controles, casos e controles foram organizados por ordem crescente de idade e selecionados aleatoriamente. O estudo incluiu 179 casos (74 de 2009 e 105 de 2010) e 537 controles (222 de 2009 e 315 de 2010). Com esse tamanho de amostra foi possível detectar *odds ratios* (OR de 1,65 ou mais), supondo prevalências das exposições variando de 20,0% a 70,0%, com intervalo de confiança de 95% e poder estatístico de 80,0%.

As variáveis maternas selecionadas foram: idade (contínua); estado civil autodeclarado (casada; separada; solteira; viúva); escolaridade em anos de estudo (< 4; quatro a sete; oito a 11; ≥ 12); ocupação da mãe quanto ao trabalho; número de filhos nascidos vivos e mortos (número absoluto); duração da gestação em semanas (< 22; 22 a 27; 28 a 31; 32 a 36; 37 a 41; ≥ 42); e endereço de residência (região administrativa). Algumas variáveis independentes foram reagrupadas ou transformadas: estado civil (solteira; casada); trabalhava (não; sim); paridade a partir da informação do número de filhos nascidos vivos e mortos em gestações anteriores (primípara – primeira gestação e primeiro parto e múltipara – as demais situações) e prematuridade (não; sim). Foram considerados prematuros os nascimentos com duração da gestação < 37 semanas.

Após seleção das variáveis do estudo, avaliou-se o percentual de informações ignoradas de idade e endereço. No caso de falta dessas informações, foi realizada busca nas Autorizações de Internação Hospitalar, mediante autorização do Centro de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Saúde. O cálculo da distância em metros (percorrida a pé) entre a residência dos casos e controles até o serviço de pré-natal da unidade de atenção primária à saúde (APS) mais próxima de sua moradia foi realizado por meio do software Google Earth™, utilizando-se o serviço Google Maps™. Para efetivar o cálculo, tanto o endereço da mulher quanto o dos serviços de APS do seu distrito de moradia foram informados no software. Para identificação do serviço mais próximo à residência foi utilizada listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, definição de seu modelo de atenção (Tradicional ou Estratégia Saúde da Família – ESF).

A análise dos dados foi realizada no programa Stata versão 11.0 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*) e incluiu a obtenção das frequências de todas as variáveis de interesse entre casos e controles. Na análise bruta, foram realizadas análises bivariadas cruzando cada uma das exposições entre casos e controles. Procedeu-se à análise múltipla mantendo-se no modelo de análise as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$  para controle de fatores de confusão. Calcularam-se as OR brutas e ajustadas, respectivos IC95% e teste de significância por meio de Regressão Logística Condicional.

A inclusão das variáveis no modelo ajustado foi em dois níveis hierárquicos: distância entre a residência da mulher e o serviço de APS mais próximo, modelo de atenção do APS e ocupação, escolaridade e estado civil da mulher, no primeiro nível; e paridade e duração da gestação, no segundo nível.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem de Pelotas (Processo CAAE 12396813.6.0000.5316).

## RESULTADOS

O percentual de informações ignoradas para as variáveis selecionadas a partir da base de dados do SINASC municipal foi menor que 8,0%: idade materna (1,0%), paridade (2,0%), endereço (4,0%), prematuridade (5,0%), estado civil (6,0%), trabalho materno (6,0%) e escolaridade em anos de estudo (8,0%). Após seleção de casos e controles foi necessário consultar a base de dados das Autorizações de Internação Hospitalar para identificar os endereços de 3,9% dos casos e 8,6% dos controles.

Na distribuição dos 179 casos por região administrativa de moradia no município, a partir do endereço de residência da mulher, observou-se maior número de casos nas regiões Areal e Três Vendas e menor nas regiões Praias e Distritos. No entanto, ao se analisar o número de casos em relação ao total de nascidos vivos de cada região, destacaram-se elevadas prevalências de mulheres sem pré-natal nas regiões Areal, Porto, Centro e Praias (Tabela 1).

Quanto a casos e controle, a média de idade tanto dos casos quanto dos controles foi de 25 anos (DP = 6,2) e variou de 14 a 44 anos; por categoria de idade, 20,0% eram mulheres com menos de 20 anos e 8,4% tinham 35 anos ou mais.

Na distribuição das variáveis independentes entre casos e controles destacaram-se as maiores frequências entre os casos do estado civil solteira, de menor escolaridade

(< 7 anos de estudo) e de multiparidade. Com relação à distância entre a residência da mulher e o serviço de APS mais próximo, a maior ocorrência de não realização do pré-natal foi observada na categoria de 500 a 1.000 metros, tanto para os casos quanto para os controles. Quanto ao modelo de atenção do serviço de saúde, mais de metade dos casos e controles tinha o serviço do modelo Tradicional como o mais próximo para atendimento (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as OR brutas e ajustadas para as variáveis independentes. Após ajuste, as mulheres solteiras apresentaram associação estatisticamente significativa e positiva para a não realização do pré-natal. As menores escolaridades (quatro a sete anos e menos de quatro anos de estudo) se mostraram associadas ao desfecho, com aumento do risco de não realizar pré-natal conforme a diminuição da escolaridade (p-tendência linear < 0,001). Quanto à paridade, a multiparidade mostrou-se associada positivamente à não realização de pré-natal (p < 0,001). Não se obteve evidência de associação entre a não realização de pré-natal e distância entre a residência da mulher durante a gestação e o serviço de saúde mais próximo, modelo de atenção do serviço, trabalho e duração da gestação.

## DISCUSSÃO

Os benefícios da realização do acompanhamento pré-natal têm ampla discussão no meio científico, com a redução da mortalidade materna e infantil sendo o principal.<sup>2,7,18</sup> A privação desse cuidado pode causar gestações prematuras, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e óbitos maternos e infantis por afecções no período peri e pós-natal.<sup>4,8,16,18</sup> Esse cenário justifica a realização de estudos que contribuam para o entendimento da exclusão do pré-natal.

O município de Pelotas disponibiliza ampla rede de serviços de APS desde a década de 1980 e está estruturado com 42 serviços na zona urbana e 11 na zona rural. Apesar dessa oferta e elevada cobertura pré-natal, 1,8% das gestantes em 2009 e 2,7% em 2010 estavam excluídas desse atendimento, o que significa aumento expressivo do número de casos, ao redor de 50,0%. Nesses mesmos anos, as prevalências no Brasil foram de 1,9% e 1,8%.<sup>c</sup>

Mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas às casadas. Uma hipótese para esse achado pode estar relacionada ao resultado encontrado em outros estudos onde o apoio do parceiro durante a gestação mostrou-se favorecedor para adesão ao pré-natal e, contrariamente, a falta de contato com o pai do bebê, juntamente com baixa escolaridade materna, contribuíram tanto para a não procura por atendimento quanto para realização de menor número de consultas na gestação.<sup>12,17</sup>

**Tabela 1.** Distribuição de casos de mulheres que não realizaram pré-natal e sua distribuição em relação ao total de nascidos vivos por Região Administrativa. Pelotas, RS, 2009-2010.

Região Administrativa	Casos	Nascidos vivos	% de casos
	n	n	
Areal	41	1.354	3,9
Três Vendas	41	2.191	1,9
Fragata	32	1.889	1,7
Porto	28	757	3,7
Centro	27	1.075	2,5
Praias	7	287	2,4
Distritos Rurais	3	413	0,7

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis estudadas entre os casos de mulheres que não realizaram o pré-natal e os controles. Pelotas, RS, 2009-2010.

Variável	Caso (N = 179)		Controle (N = 537)	
	n	%	n	%
Distância entre residência e serviço de APS em metros				
Até 500	52	31,7	169	34,6
501 a 1.000	82	50,0	212	43,4
1.001 ou +	30	18,3	108	22,0
Modelo de atenção				
Estratégia Saúde da Família	79	44,1	227	42,5
Tradicional	100	55,9	307	57,5
Estado civil				
Casada	12	6,8	110	20,6
Solteira	164	93,2	423	79,4
Escolaridade (em anos de estudo)				
> 11	14	8,0	81	15,2
8 a 11	42	24,0	208	39,1
4 a 7	97	55,4	215	40,4
< 4	22	12,6	28	5,3
Trabalhava				
Sim	47	26,5	176	32,9
Não	130	73,5	359	67,1
Paridade				
Primípara	32	18,0	213	39,7
Múltipara	146	82,0	323	60,3
Prematuridade				
Não	129	80,1	426	79,8
Sim	32	19,9	108	20,2

APS: Atenção Primária à Saúde

A não realização de pré-natal apresentou forte associação com a baixa escolaridade, considerada um dos principais fatores associados à não utilização dos serviços de saúde em geral. Já a maior escolaridade contribuiu para a realização de pré-natal mesmo nas classes econômicas mais baixas.<sup>1,9,13,19,20</sup> Nesse sentido, a escolaridade influencia tanto a utilização dos serviços de saúde pelas camadas da população menos favorecidas quanto a realização do pré-natal.<sup>5,19</sup>

As mulheres múltiparas apresentaram risco duas vezes maior para não realização de pré-natal, comparadas às primíparas. Estudos apontam que mulheres não primíparas e sem complicações obstétricas prévias tendem a não realizar pré-natal, sobretudo aquelas com falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito.<sup>1,8,10,17,21</sup>

A duração da gestação não se mostrou associada com a não realização de pré-natal. A coleta dessa informação de forma agrupada na DNV, em faixas de idade gestacional, pode ter sido fator limitante na avaliação

precisa da relação entre prematuridade e desfecho. Estudos evidenciaram que a não realização do pré-natal pode levar à prematuridade.<sup>2,8,18,20</sup> Entretanto, estudo de Kilsztajn et al<sup>16</sup> mostrou que o aumento do número de consultas de pré-natal de 0 a 3 para 7 ou mais reduziu significativamente a prevalência de baixo peso e/ou pré-termo (de 14,0% para 4,0%).

Neste estudo, a variável modelo de atenção do serviço de saúde de APS mais próximo foi considerada *proxy* da organização-gestão do serviço quanto à oferta em favor da equidade das ações prioritárias desse nível de atenção. A variável modelo de atenção Tradicional não mostrou associação positiva com a não realização de pré-natal. Esse resultado pode estar relacionado à baixa cobertura da ESF no município, à época do estudo e à livre escolha, por parte da gestante, da unidade básica de saúde na qual deveria ser atendida. A não realização de pré-natal e a distância entre a residência da mulher e o serviço de saúde mais próximo não se mostraram associados, no que concorda com a literatura.<sup>1,6,13,20</sup> A seleção dos controles por região administrativa de moradia do caso e a alta densidade

**Tabela 3.** Odds ratios brutas e ajustadas entre os casos e controles. Pelotas, RS, 2009-2010.

Variável (nível hierárquico)	OR <sub>bruta</sub>	IC95%	p	OR <sub>ajustada</sub>	IC95%	p
Distância entre residência e serviço de APS em metros (1)			0,800 <sup>T</sup>			–
Até 500	1	–		–	–	
501 a 1.000	1,26	0,84;1,90				
≥ 1.001	0,87	0,51;1,47				
Modelo de atenção (1)			0,707	–	–	–
Estratégia Saúde da Família	1	–				
Tradicional	0,93	0,67;1,33				
Solteira (1)			< 0,001			< 0,001
Não	1	–		1	–	
Sim	4,02	2,11;7,67		3,61	1,85;7,04	
Escolaridade em anos de estudo (1)			< 0,001 <sup>T</sup>			< 0,001 <sup>T</sup>
> 11	1	–		1	–	
8 a 11	1,17	0,60;2,84		1,05	0,53;2,05	
4 a 7	2,73	1,46;5,11		2,29	1,21;4,33	
< 4	4,93	2,16;11,24		4,46	1,92;10,36	
Trabalhava (1)			0,111			0,912
Sim	1	–		1	–	
Não	1,34	0,93;2,03		1,02	0,67;1,56	
Paridade (2)						
Primípara	1	–	< 0,001	1	–	< 0,001
Múltipara	4,18	2,54;6,89		2,89	1,72;4,85	
Prematuridade (2)						
Não	1	–	0,967	–	–	–
Sim	0,99	0,72;1,37				

APS: Atenção Primária à Saúde

<sup>T</sup> Tendência linear

de serviços de APS, especialmente nas regiões urbanas do município, podem ter contribuído para esse resultado.

Mesmo com a ampla cobertura da rede de serviços de APS do município de Pelotas, a inclusão de gestantes sem pré-natal não deve acarretar sobrecarga de trabalho às equipes de saúde. Uma reorganização das ações priorizando mulheres com as características de risco identificadas pode ser considerada o ponto inicial desse processo. A integração das atividades de programas locais que atuam sobre o grupo materno-infantil, como “Primeira Infância Melhor”, “Prá-nenê” e Bolsa Família, aperfeiçoaria as estratégias: de

busca constante das gestantes sem atendimento; de educação em saúde sobre planejamento familiar; necessidade de início precoce do pré-natal; e de inserção das crianças na puericultura. O apoio às famílias para que não ocorra o abandono dos estudos em função da gestação também é uma ação importante a ser desenvolvida pelos profissionais.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas pela liberação dos bancos de dados do SINASC relativos aos anos de interesse do estudo.

## REFERÊNCIAS

- Ali AAA, Osman MM, Abbaker AO, Adam I. Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:67. DOI:10.1186/1471-2393-10-67
- Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(1):93-107. DOI:10.1590/S1415-790X2002000100011
- Alvarez JS, Caballero F, Castrillón JJC, Escobar DM, Franco AM, Gómez P, et al. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1º nivel, Manizales, años 2005-2007. *Arch Med Manizales*. 2010;10(1):20-30.

4. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev Para Med.* 2006;20(1):47-51.
5. Bastos GAN, Santos IS, Costa JSD, Capilheira MF. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(4):620-32. DOI:10.1590/S1415-790X2011000400009
6. Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:2. DOI:10.1186/1471-2393-8-2
7. Calderon IMP, Paranhos IM, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(5):310-5. DOI:10.1590/S0100-72032006000500008
8. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saude Publica.* 2008;24(5):1024-32. DOI:10.1590/S0102-311X2008000500009
9. Cesar JA, Mendonza-Sassi RA, Gonzales-Chiica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2011;27(5):985-94. DOI:10.1590/S0102-311X2011000500016
10. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saude Publica.* 2010;26(9):1788-96. DOI:10.1590/S0102-311X2010000900012
11. Fescina RH, De Mucio B, Diaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en la APS. 3.ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR Publicación Científica, 1577).
12. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Castelo Branco V, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saude Publica.* 2004;20(Suppl 1):101-11. DOI:10.1590/S0102-311X2004000700011
13. Hill Z, Kirkwood BR, Edmond K. Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2004.
14. Hosseinpoor AR, Victora CG, Bergen N, Barros AJD, Boerma T. Towards universal health coverage: the role of within-country wealth-related inequality in 28 countries in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ.* 2011;89(12):881-90. DOI:10.2471/BLT.11.087536
15. Houweling TAJ, Ronsmans C, Campbell OMR, Kunst AE. Huge poor-rich in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2007;85(10):745-54. DOI:10.2471/BLT.06.038588
16. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saude Publica.* 2003;37(3):303-10. DOI:10.1590/S0034-89102003000300007
17. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, et al. Risk factors for Inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9:31. DOI:10.1186/1471-2393-9-31
18. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Jr I, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saude Publica.* 2007;41(6):1013-22. DOI:10.1590/S0034-89102007000600017
19. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2004;4(3):269-79. DOI:10.1590/S1519-38292004000300007
20. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex.* 2006;48(5):418-29. DOI:10.1590/S0036-36342006000500008
21. Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:61. DOI:10.1186/1471-2393-10-61

---

Baseado em dissertação de mestrado de Rosa CQ, intitulada: "Fatores associados à não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS", apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 2013. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

---

## DESTAQUES

O artigo analisa fatores associados à ausência e atendimento de pré-natal em Pelotas, município de grande porte da Região Sul do Brasil. Apesar da melhoria na cobertura e do pré-natal, parte da população-alvo ainda não recebe esse atendimento. Estudos publicados apontam que a ausência do pré-natal se deve, sobretudo, a fatores socioeconômicos, dificuldade no acesso ao local das consultas, à qualidade dos cuidados em saúde e ao suporte social. O acompanhamento de pré-natal adequado é essencial para a saúde materna e fetal, além de possibilitar o rastreamento de situações de risco e o tratamento precoce de intercorrências. Esse cuidado melhora desfechos clínicos e psicológicos na gestação e no puerpério, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil.

As variáveis que mostraram associação com a não realização de pré-natal foram: ter menor escolaridade, especialmente menos de quatro anos de estudo, ser solteira e ser múltipara. A prevalência de não realização de pré-natal por região administrativa variou de 3,9% a 0,7%.

Espera-se que os serviços de saúde organizem-se para identificar as gestantes sem atendimento de pré-natal de sua área de abrangência. A integração das atividades de programas locais que atuam sobre o grupo materno-infantil aperfeiçoaria as estratégias: busca constante das gestantes sem atendimento; educação em saúde sobre planejamento familiar; necessidade de início precoce do pré-natal; e inserção das crianças na puericultura.

Rita de Cássia Barradas Barata  
Editora Científica