



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO EMPREENDEDORISMO, PESQUISA,
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



FRANCISCA MARIA DA SILVA FREITAS

ACESSO A EXAMES DE PRÉ-NATAL NO BRASIL:
Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

SÃO LUÍS

2024

FRANCISCA MARIA DA SILVA FREITAS

ACESSO A EXAMES DE PRÉ-NATAL NO BRASIL:

Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito para fins de obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira.

Coorientadora: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.

SÃO LUÍS

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Freitas, Francisca Maria da Silva.

Acesso A Exames de Pré-natal No Brasil: : Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019 / Francisca Maria da Silva Freitas. - 2024.

66 p.

Coorientador(a) 1: Priscila de Souza Aquino.

Orientador(a): Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/cchs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2024.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Testes Laboratoriais. 3. Acesso Aos Serviços de Saúde. 4. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Enfermagem. I. Aquino, Priscila de Souza. II. Oliveira, Bruno Luciano Carneiro Alves de.

FRANCISCA MARIA DA SILVA FREITAS

**ACESSO A EXAMES DE PRÉ-NATAL NO BRASIL:
Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito para fins de obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira
Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino
Coorientadora
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa – 1º. Membro
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge – 2º. Membro
Examinadora Externa
Universidade Federal do Piauí

Àqueles que direta ou indiretamente me ajudaram nessa caminhada. À minha mãe que já partiu, mas continua presente na minha vida, por seu ensinamento e cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por permitir a realização de um sonho antigo de tornar-me Mestre. Agradeço a Ele também o dom da vida e por ser meu Pai amado, todo poderoso, criador do Céu e da terra, a quem glorifico todos os dias da minha existência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por atuar na expansão, apoio e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* no Brasil.

À Universidade Federal do Maranhão e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFMA/PPGENF), por ter sido porta aberta no universo acadêmico que me permitiu crescer intelectual e profissionalmente.

À minha mãe que já partiu, mas continua viva no meu coração, e sempre foi minha maior inspiração.

Ao meu amado esposo, José Rodrigues Freitas Filho, pelo companheirismo, amor e incentivo de toda uma vida. Divido com você esse grande sonho.

Às minhas filhas Vitória, Mariana e Maria Gabriela Freitas por estar sempre ao meu lado e sempre acreditarem que eu seria capaz de alcançar voos maiores. Ao meu filho Davi Freitas, meu caçula, por ter sido tão fundamental para essa grande conquista na minha vida. Obrigada meu filho. Agradeço a Deus pela grande missão de ser escolhida para ser a mãe de vocês.

Às amigas (Cibele Silva, Renata Pedra e Almira Bulcão) por terem sido minhas incentivadoras e em nome de toda a nossa caminhada até aqui.

Aos Prof. Dr. Bruno Luciano e Profa. Dra. Priscila Aquino, meus orientadores, por todo apoio, orientações, aprendizados e paciência para que esse momento chegasse.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão, pela competência e compromisso na condução do Mestrado em Enfermagem.

A todos aqueles que estiveram comigo durante esta caminhada e participaram de forma ímpar e decisiva no decorrer deste meu processo de amadurecimento pessoal e profissional.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim, terás o que colher”.

Cora Coralina

FREITAS, F. M. S. **ACESSO A EXAMES DE PRÉ-NATAL NO BRASIL: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Mestrado, São Luís, Maranhão, Brasil. 2024. 66f.

RESUMO

Introdução: A realização dos testes/exames laboratoriais é parte fundamental do cuidado pré-natal e busca prevenir, diagnosticar e tratar doenças ou agravos, a fim de se garantir melhores desfechos de saúde durante a gestação e o nascimento. O Brasil tem uma elevada cobertura de pré-natal ofertada por uma rede de serviços públicos e privados. Porém, a realização de exames no pré-natal ainda não é homogênea entre os grupos populacionais e localidades do país. **Objetivos:** Analisar a prevalência de exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência, entre os anos da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Método:** Estudo transversal, com dados de gestantes de 18 a 49 anos que realizaram pré-natais e foram entrevistadas na PNS realizada em 2013 (n=1.851) e 2019 (n=2.729). Foram investigados quatro testes/exames: sangue, urina, sífilis e HIV. A prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) dos testes/exames individuais e em conjunto foram estimados para cada ano da Pesquisa Nacional de Saúde. Também foi estimada a diferença absoluta e o IC95% da mudança da prevalência no período. Modelos de regressão de *Poisson*, com variância robusta foram testados para a associação do ano da PNS (2019 vs 2013) com o acesso ao conjunto dos exames de pré-natal. **Resultados:** A proporção de gestantes que declarou ter realizado pré-natal no Brasil foi de 97,3% (IC95%: 96,4; 98,3) em 2013 e de 98,2% (IC95%: 97,5; 98,8) em 2019. Os exames mais prevalentes foram urina e sangue, e os menos prevalentes foram os de sífilis e HIV. No período, cresceu a realização dos exames de sífilis (15,2; IC95%: 11,0; 22,0) e HIV (4,3; IC95%: 4,3; 8,0), mas reduziu a dos demais. A prevalência de realização dos quatro exames cresceu (9,9%; IC95%: 5,0; 16,0), alcançando 69,9% (IC95%: 67,0; 72,8) em 2019 ante os 60,0% (IC95%: 56,1; 63,9) em 2013. Esse crescimento ocorreu nos grupos e localidades mais vulneráveis do país. No período, a análise de regressão ajustada indicou maior chance de acesso ao conjunto dos quatro exames (RP=1,16; IC95%: 1,10; 1,16), ao de sífilis (RP=1,21; IC95%: 1,15; 1,27) e HIV (RP=1,04; IC95%: 1,03; 1,06). Contudo, reduziu a chance de acesso aos exames de sangue (RP=0,97; IC95%: 0,96; 0,98) e urina (RP=0,95; IC95%: 0,94; 0,96). **Conclusão:** Os resultados apontaram maior realização do conjunto com quatro testes/exames de pré-natal, e especificamente, de dois deles: sífilis e HIV. Mas, houve redução na realização dos exames de sangue e urina. O avanço ao conjunto dos testes/exames foi para os grupos e localidades mais vulneráveis do país. Contudo, essa prevalência ainda foi baixa e está associada a grupos e localidades vulneráveis, indicando a persistência das desigualdades no Brasil. Logo, gestantes mais vulnerabilizadas ainda têm prejuízos no acesso aos exames de rotina do pré-natal preconizados nos cuidados de saúde do binômio materno-infantil.

Descritores: Cuidado Pré-Natal. Testes Laboratoriais. Acesso aos Serviços de Saúde. Inquéritos epidemiológicos. Enfermagem.

FREITAS, F. M. S. **ACCESS TO PRENATAL TESTS IN BRAZIL: Results from the 2013 and 2019 National Health Survey.** Dissertation (Master's) – Postgraduate Program in Nursing. Master's degree, São Luís, Maranhão, Brazil. 2024. 66p.

ABSTRACT

Introduction: Laboratory tests/exams are a fundamental part of prenatal care and aim to prevent, diagnose, and treat diseases or deficiencies, ensuring better health outcomes during pregnancy and birth. Brazil has high prenatal care coverage offered by a network of public and private services. However, prenatal testing is still not homogeneous between population groups and localities in the country. **Objectives:** To analyze the prevalence of prenatal exams for pregnant women and the factors associated with the variation in this prevalence, between the years of the National Health Survey 2013 and 2019. **Method:** Cross-sectional study with dates pregnant women aged 18 to 49 years that received prenatal care and were interviewed in the PNS conducted in 2013 (n=1,851) and 2019 (n=2,729). Four tests/exams were examined: blood, urine, syphilis, and HIV. The prevalence and respective 95% confidence intervals (95%CI) of the individual and combined tests/exams were estimated for each year of the National Health Survey. Additionally, the absolute difference and the 95%CI of the change in prevalence over the period were estimated. Poisson regression models, with robust variance, were tested for the association between the year of the PNS (2019 vs 2013) with the access to all prenatal tests. **Results:** The proportion of pregnant women who reported having had prenatal care in Brazil was 97.3% (95% CI: 96.4; 98.3) in 2013 and 98.2% (95% CI: 97.5; 98.8) in 2019. The most prevalent were urine and blood tests, and the least prevalent were syphilis and HIV. During the period, the number of tests for syphilis (15.2; 95% CI: 11.0; 22.0) and HIV (4.3; 95% CI: 4.3; 8.0) increased, but the number of the others decreased. The prevalence of all four tests increased (9.9; 95%CI: 5.0; 16.0), reaching 69.9% (95%CI: 67.0; 72.8) in 2019 compared to 60.0% (95%CI: 56.1; 63.9) in 2013. This growth occurred in the country's most vulnerable groups and localities. In the period, the adjusted regression analysis indicated a greater chance of access to all four tests (PR=1.16; 95%CI: 1.10; 1.16), syphilis (PR=1.21; 95%CI: 1.15; 1.27), and HIV (PR=1.04; 95%CI: 1.03; 1.06). Nonetheless, it reduced the chance of access to blood (PR=0.97; 95%CI: 0.96; 0.98) and urine tests (PR=0.95; 95%CI: 0.94; 0.96). **Conclusion:** The results showed greater completion of the set of four prenatal tests/examinations, and specifically, two of them: syphilis and HIV. The advance in all tests/examinations was for the most vulnerable groups and locations in the country. However, this prevalence was still low and it was associated with vulnerable groups and locations, indicating the persistence of inequalities in Brazil. Therefore, more vulnerable pregnant women still face difficulties in accessing routine prenatal exams recommended in maternal and child health care.

Descriptors: Prenatal Care. Laboratory Tests. Access to Health Services. Epidemiological Surveys. Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BEMFAM: Sociedade Bem-estar da Família

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*

DESC: Descritores de Ciências da Saúde

DC: Doenças Crônicas

EUA: Estados Unidos da América

HBV: Hepatite B

HIV: *Human Immunodeficiency Virus*

HUMI: Hospital Universitário Materno Infantil

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95%: Intervalos de Confiança de 95%

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

MESH: Medical Subject Headings

MS: Ministério da Saúde

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PNS: Política Nacional de Saúde

PN: Pré-Natal

PHPN: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PPGEN: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PNISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PMS: Projeto Maternidade Segura

RAMI: Rede de Atenção Materno-Infantil

RMM: Razão da Mortalidade Materna

RP: Razão de Prevalência

RN: Recém-Nascido

RC: Rede Cegonha

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS: Sistema Único de Saúde

Taxa de Fertilidade: Taxa de Fertilidade

TB: Taxa Bruta

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFMA: Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE QUADROS

Quadros 1 - Variáveis demográficas e socioeconômicas região de residência, e local que fez o pré-natal, PNS, 2013 e 2019	31
Quadro 2 – Perguntas relacionadas aos pré-natais que foram realizados durante a entrevista da PNS de 2013 e 2019	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal de gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019.....	40
Tabela 2 - Prevalência e mudança da prevalência de exames de pré-natal de gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019	42
Tabela 3 - Prevalência e mudança da prevalência da realização de exames de pré-natal segundo características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal de gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalência de exames de pré-natal evidenciado nos estados brasileiros..... 42

Figura 2 - Associação bruta e ajustada de exames de pré-natal de gestantes com o ano em que foram entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019..... 45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Objeto do estudo.....	17
1.2 Hipótese.....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
4.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher e Pré-Natal no Brasil.....	20
4.2 Exames de Pré-Natal.....	23
4.3 Acesso Pré-Natal na redução da morbimortalidade materna e neonatal	26
5 MATERIAL E MÉTODO.....	29
5.1 Tipo de Estudo.....	29
5.2 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	29
5.3 Variáveis do Estudo.....	30
5.4 Fonte dos Dados da Pesquisa.....	33
5.5 Análise dos Dados.....	33
5.6 Aspectos éticos.....	34
6 RESULTADOS.....	35
REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

O acesso ao pré-natal e em particular aos seus exames laboratoriais constitui ainda um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Tais exames são fundamentais para diagnosticar e tratar doenças no período gestacional associadas a elevados índices de mortalidade materna (OMS, 2016). O período perinatal configura um grande desafio para as instituições governamentais de saúde e suas diretrizes, já que o cuidado com a díade mãe-bebê demanda uma série de ações e medidas especiais e distintas. Contudo, o cuidado pré-natal é reconhecido em todo o mundo como ação/intervenção que reduz a morbimortalidade materna e perinatal e sua implementação tem relação direta com os indicadores de saúde e de acréscimo social de uma nação (De Moura-Ferreira *et al.*, 2024; Dos Santos *et al.*, 2024; Paiz *et al.*, 2021).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram instituídos globalmente pela Organização das Nações Unidas (ONU). No 3º objetivo, constam metas que reforçam a capacidade de todos os países a instituir melhorias para o acesso a serviços de saúde essenciais e de qualidade, a todas as mulheres e recém-nascidos, na perspectiva de acesso universal aos serviços e insumos, entre eles o acesso ao pré-natal com testes/exames (ONU, 2021).

São vários os fatores associados às vulnerabilidades no acesso ao pré-natal e aos seus testes/exames de rotina. Dentre eles estão o acesso a limitados serviços de saúde, em especial em comunidades com poucos recursos econômicos e financeiros, disponibilidade de insumos, nível de educação precário, barreira culturais e sociais, mulheres em situações de migração ou violência domésticas (Silva *et al.*, 2019; Metwally *et al.*, 2019; Leal *et al.*, 2020).

Contudo, no Brasil, a mortalidade materna não tem sido diferente do restante dos países. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) indicam que o Brasil apresenta altos índices de mortalidade materna. Nos anos de 2020 e 2021 foram notificados 1965 e 3030 óbitos maternos respectivamente. Houve aumento acentuado da Razão da Mortalidade Materna (RMM), passando de 71,9 óbitos para 100.000 nascidos vivos em 2020 para 113,1 para 100.000 nascidos vivos em 2021. A elevação também foi observada em todas as regiões do país (Ferreira *et al.*, 2023).

Além disso, as mulheres enfrentam várias discriminações relacionadas a gênero, raça e classe, causando impactos significativos na utilização dos serviços de saúde, especialmente no padrão de acesso ao pré-natal e de exames laboratoriais que são essenciais para prevenção e tratamento de doenças na gestação (Fabri *et al.*, 2024; Dos Santos *et al.*, 2024).

Na Europa, a cobertura pré-natal assume modelos de cuidados para satisfazer as necessidades das mulheres, garantir acesso equitativo aos serviços e reduzir as desigualdades em saúde (Fair *et al.*, 2020). O *European guidelines on perinatal care* (2023) retrata que o nascimento prematuro está associado à morbimortalidade neonatal significativa, bem como a um grande fardo econômico, estimado em milhares de milhões de euros anualmente em países com elevados recursos (Daskalakis *et al.*, 2023).

No Brasil, a cobertura do pré-natal é elevada, entretanto, a qualidade das consultas e a diversidade de exames realizados ainda são baixas. Fatores individuais e contextuais estão associados ao desigual acesso e cobertura de testes/exames laboratoriais. Os determinantes sociais da saúde amplificam os efeitos negativos sobre a saúde constituindo mecanismos explicativos das múltiplas desigualdades nessa etapa da vida (Mendes *et al.*, 2020).

Desse modo, o cuidado pré-natal é uma intervenção primordial para a redução de mortes por meio da detecção e tratamento de doenças, ao tempo que também é essencial para o incentivo a comportamentos que favoreçam a saúde de mulheres grávidas (Tsegaye; Ayalew, 2020). As recomendações atuais da *World Health Organization* (2016) “para uma experiência positiva de gravidez” envolvem o início precoce para detecção e tratamentos adequados com o mínimo de oito consultas. Também preconiza um conjunto de exames para a detecção de problemas maternos e tratamentos rápidos: diagnóstico precoce do HIV, triagem da sífilis (OMS, 2019), e outras triagens através dos exames de sangue e urina (Vasconcelos *et al.*, 2022).

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2022), os dados registrados nos Estados Unidos da América (EUA) revelam aumento sustentado das taxas de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) na população em geral e em especial em gestantes, atingindo um máximo histórico pelo sexto ano consecutivo. Essas infecções, sobretudo as transmitidas pelo vírus do HIV, da hepatite B (HBV) e sífilis representam peso significativo para a saúde pública, já que causam complicações graves para as mulheres e seus bebês. Os resultados adversos que podem ser causados através da transmissão vertical de algumas dessas infecções são o baixo peso ao nascer, alterações neurológicas, problemas de desenvolvimento, cegueira e natimorto (Leichliter *et al.*; 2020; Chaponda *et al.*, 2021).

A eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis é uma prioridade mundial. As estimativas apontam que há 1,4 milhões de novas infecções maternas por HIV e 988 000 por sífilis todos os anos (OMS, 2019). No entanto, estudos têm apontado que o acesso aos testes/exames durante o pré-natal precisa ser mais difundido (Stanikzai *et al.*, 2023).

Na África, um estudo sobre a cobertura do teste de HIV durante a gravidez (2015-2018) evidenciou diferença nessa testagem no pré-natal entre países e suas sub-regionais. Na África Austral e Oriental, ampliaram o acesso ao teste pré-natal de HIV para a maioria das mulheres, e nos países da África Ocidental e Central a cobertura foi baixa, apresentando também uma menor aceitação entre as mulheres (Awopegba *et al.*, 2020). Por outro lado, no Reino Unido, a cobertura de triagem do HIV no pré-natal, em 2018, alcançou 99,6%, ofertada de forma universal a partir de 1999 o que foi essencial na identificação precoce nesse país (Brsndon; Chakravarti; Hemelaar, 2022). Assim, o acesso a exames básicos no pré-natal pode reduzir a mortalidade infantil (Arroyave *et al.*, 2021) e materna (WHO, 2016; Thais Migoto *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021), mas ainda é um desafio global (Tsegaye; Ayalew, 2020).

O Ministério da Saúde brasileiro por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da iniciativa Rede Cegonha vem orientando a realização de exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos, além de outros critérios para garantir a qualidade da assistência às gestantes (Silva *et al.*, 2021; Brasil, 2016; Brasil, 2011; Brasil, 2000). Os exames indicados na rotina do pré-natal dependem da coleta de apenas dois materiais biológicos de cada gestante: sangue e urina, a fim de realizarem os exames típicos do pré-natal: Tipagem sanguínea (ABO e Rh), *Coombs* indireto, hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou a sorologia anti-HIV, Urina tipo I, Urocultura e antibiograma, Sorologia para Hepatite B (HBsAg) e Toxoplasmose (IgG e IgM), entre outros, com recomendações distintas (Brasil, 2016).

Apesar do avanço do pré-natal ao longo dos anos (Inoue-Nagata *et al.*, 2022), estudos que avaliam a adequação da assistência pré-natal apontam falhas no acesso aos testes/exames laboratoriais de rotina do pré-natal (Andrade *et al.*, 2024; Do Nascimento *et al.*, 2023; Cesar *et al.*, 2023; Vidal *et al.*, 2024).

Um estudo em um Centro de Parto Normal no interior do estado do Ceará, sobre a percepção de puérperas na assistência recebida no pré-natal, verificou que existem fragilidades relacionadas ao acesso à saúde nas unidades e, além disso, ao tempo de espera para a realização dos exames solicitados no pré-natal. Com isso, compreende-se que é preciso desenvolver melhorias para alcançar efetivamente a qualidade da assistência pré-natal e aprimorar as práticas profissionais da atenção primária para atender às expectativas das mulheres durante a assistência no período gravídico (Bezerra; Neves de Oliveira, 2021).

Analisar a prevalência de exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência é relevante para melhorias de políticas de saúde da mulher. Entretanto, as análises sobre essa temática são realizadas a partir de dados locais, sem ter

representatividade para todas as brasileiras, e não discutem apenas o aspecto do acesso a exames, dificultando a compreensão sobre o andamento da política pública de atenção ao pré-natal em todo o Brasil e da adequação na sua realização (Esposti *et al.*, 2020).

Nesse sentido, é relevante comparar bases de dados nacionais tais como as da Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) 2013 e 2019, nas quais foram entrevistadas mulheres de todo o Brasil, o que representa uma relevante base de dados para se analisar o acesso a exames no PN nos últimos anos (FIOCRUZ, 2021). Ressalta-se que dados das PNS com esse foco foram pouco explorados. Com a PNS 2013, o acesso aos serviços de pré-natal foi avaliado para os desfechos sobre a adequação do pré-natal, baseado no índice de Kessner modificado por Takeda (Mario *et al.*, 2019); em outra publicação se analisou somente o acesso ao pré-natal (Da Silva Nunes *et al.*, 2017).

Sobre a PNS 2019, por meio de busca na literatura em bases de dados nacionais e internacionais, aplicando Descritores de Ciências da Saúde e os *Medical Subject Headings* com estratégias de busca com operadores booleanos AND e OR, não se encontrou estudos sobre acesso, adequação, exames ou utilização de serviços na atenção ao pré-natal.

Diante do exposto, percebe-se que os dados da PNS podem auxiliar na indução de políticas públicas de saúde e contribuir com o desempenho do Sistema Nacional de Saúde do país, de forma a possibilitar que estratégias sejam implementadas centradas para a promoção, vigilância e atenção à saúde (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Deste modo, este estudo analisou a prevalência de exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência, entre os anos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019.

1.1 Objeto do estudo

Prevalência de exames pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência entre os anos da PNS 2013 e 2019.

1.2 Hipótese

H₀ – Não houve aumento da realização de exames pré-natal em gestantes entre os anos de 2013 e 2019;

H₁ – Houve aumento da realização de exames pré-natal em gestantes entre 2013 e 2019;

H₀ – Os fatores sociodemográficos não estão associados à realização dos pré-natais em gestantes.

H₁ – Os fatores sociodemográficos estão associados à realização dos pré-natais em gestantes.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos de prevalência e fatores associados à adequação da assistência ao pré-natal a partir da análise do número de consultas e mês de seu início são mais frequentes na literatura acadêmica do que aqueles sobre a realização de exames no pré-natal. Prioridades do Ministério da Saúde, como a Rede de Atenção à Saúde e a Rede Cegonha dependem desse conhecimento como forma de avaliar e monitorar a implementação das políticas públicas de saúde, organização dos serviços de saúde e manejo do cuidado à gestante e ao recém-nascido.

No campo laboral, fui me impulsionando o aprofundamento da temática devido à atuação como enfermeira obstetra no Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) no cuidado à gestante de risco habitual e de alto risco para o parto. O acolhimento a essas gestantes durante a admissão para o parto permitiu-me verificar através da caderneta da gestante o preenchimento incompleto e às vezes ausente dos resultados dos exames laboratoriais de rotina na gestação, além de vivenciar um número expressivo de complicações maternas e neonatais, como prematuridade, baixo peso ao nascer, e nascimento com escores ruins do Apgar. Tudo isso nos fez refletir sobre a adequação do pré-natal relacionada às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em especial aos exames laboratoriais e aos fatores de risco potencialmente associados.

Diante disso, percebe-se a dificuldade de acesso à assistência PN adequada, incluindo os exames laboratoriais necessários para um cuidado integral. Essa lacuna existente despertou o estudo, por entender a relevância da realização de exames laboratoriais no PN para o planejamento de ações de promoção e prevenção, bem como o tratamento oportuno quando necessário.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a prevalência de exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência entre os anos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos das gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019;
- Estimar a prevalência de exames no pré-natal das gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019;
- Analisar os fatores associados à variação da prevalência de exames no pré-natal de gestantes entrevistadas entre os anos na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizado um levantamento na base de periódicos nacionais e internacionais da Capes para a construção de uma fundamentação teórica para versar sobre o problema de pesquisa deste estudo e assim dar sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. A partir da análise das evidências disponíveis foram desenvolvidos os seguintes tópicos para esta revisão: Políticas Públicas de Saúde da Mulher e Pré-Natal no Brasil; Exames de Pré-Natal; e Acesso Pré-Natal na redução da morbimortalidade materna e neonatal.

4.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher e Pré-Natal no Brasil

A atenção Pré-natal constitui um recurso de importantes ações de cuidados de saúde, que abrangem as perspectivas preventivas, diagnósticas e curativas. Essas ações quando implementadas de forma segura e adequada, podem reduzir a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez e o nascimento (WHO, 2016).

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher passou a ser inserida às políticas nacionais de saúde, com demandas restritas a questões relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, nesse período, expressavam uma visão restrita sobre a mulher, voltada ao seu papel de mãe e doméstica, com responsabilidades de criar, educar e cuidar da saúde dos filhos e familiares (Machado; Penna, 2022; Brasil, 2004b).

Em 1965, na carência de políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva, a recém-formada Sociedade Bem-estar da Família (BEMFAM), organização não governamental, passou a oferecer serviços de planejamento familiar (Machado; Penna, 2022; BEFAM, 1965). Os serviços vinculados à BEMFAM ofereciam planejamento familiar separado da atenção à assistência, com distribuição de métodos contraceptivos que resultavam em riscos à saúde da mulher, por não seguir critérios ou monitoramento clínico, além de não permitir a livre escolha do método contraceptivo (Costa, 2009).

Contudo, em 1974, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com foco nos programas de prevenção à gravidez de alto risco, suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda (Mamede; Prudêncio, 2015; Yunes, 1975).

Nesse cenário, a força do movimento feminista marcou a década de 80 na proposta de elaboração de uma política voltada para a saúde da mulher e para sua institucionalização enquanto programa de saúde. Em 1983, o MS instituiu uma comissão para formular as linhas de ação que serviram de eixo para o que se tornou o PAISM (Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher). Essa comissão teve a participação dos profissionais de saúde, gestores e feministas. Posteriormente, no ano de 1984, foi publicado e divulgado oficialmente pelo MS o documento que firmava as bases desse programa (Souto; Moreira, 2021, Brasil, 1984).

O PAISM inseriu como princípios e diretrizes as propostas que, anos depois, seriam o alicerce que fundamentaria o Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, bem como integralidade e equidade da atenção (Brasil, 2004a).

Num período histórico sobre a política da mulher aconteceram ações direcionadas à saúde da mulher, no qual foi possível perceber a priorização especialmente na saúde reprodutiva, para as ações voltadas à redução da mortalidade materna centralizada no atendimento pré-natal, assistência ao parto e planejamento reprodutivo. A partir disso, reprimiu-se a atuação em outras áreas estratégicas da saúde da mulher como climatério, reprodução assistida, infertilidade, queixas ginecológicas, dentre outras (De Almeida; Teles; Machado, 2021; Souto; Moreira, 2021).

No contexto dessas discussões, o Projeto Maternidade Segura (PMS) foi criado em 1987, uma iniciativa global da Organização das Nações Unidas (ONU) com objetivo de melhoria e fortalecimento dos serviços de atenção obstétrica e redução da mortalidade materna (Alves *et al.*, 2022).

Por sua característica evitável, reduzir a mortalidade materna foi uma diretriz mundial das metas de Desenvolvimento do Milênio para 2015. No entanto, muitos países, inclusive o Brasil, não conseguiram alcançar esse compromisso mundial de redução desta taxa em três quartos, entre os anos de 1990 e 2015. Essa meta foi reiterada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, repactuando a redução da mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos (Carvalho, 2020; Motta; Moreira, 2021).

Seguindo o percurso de melhorias do direito à saúde da mulher, o MS instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM nº 569, tendo como objetivo principal assegurar às gestantes e ao recém-nascido a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto e puerpério (Brasil, 2000).

Nesse sentido, para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o PHPN estabeleceu um pacote de atividades a serem seguidas, como: a realização da 1ª consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; mínimo de seis consultas, sendo uma no

primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro, preferencialmente; além disso, uma consulta puerperal e a realização de alguns exames laboratoriais, vacinação e atividades educativas (Brasil, 2000).

É notório destacar que ainda que o PHPN tenha assegurado melhoria no direito à saúde, as morbimortalidades maternas e infantis permanecem como um grande desafio para o Brasil. Percebe-se que algumas questões têm sido limitações para essa melhoria, como por exemplo, a fragmentação dos serviços e ações de saúde, além de cenários como a medicalização escusada no processo de gestação, parto e nascimento (Da Silva *et al.*, 2023; Moura *et al.*, 2023).

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tendo como premissa o respeito às diretrizes do SUS. Essa política fortalece os avanços no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo cuidado às questões de violência sexual e doméstica e abortamento inseguro (De Oliveira *et al.*, 2023; Brasil, 2004b).

Em 2006, por meio da Portaria nº 399 do MS foi criado o Pacto pela Saúde com o objetivo de inovar os processos e instrumentos da gestão do SUS. Esse documento foi pactuado nas três esferas do governo, com metas articuladas nos três componentes: O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O pacto pela vida tem como uma das prioridades a redução da mortalidade materna, infantil e neonatal (Brasil, 2006; Menicucci; Costa; Machado, 2018).

Na busca pelo avanço no campo da atenção obstétrica foi lançada em 2011 pelo MS, a estratégia Rede Cegonha, por meio da Portaria GM/MS 1.459, revogada pela Portaria de consolidação nº 3 e nº 6 de 2017 (Silva *et al.*, 2021). Essa política consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha, devidamente normatizada e com força de lei nacional estabelece três objetivos em seu arcabouço, sendo eles:

I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade; e,

III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011).

Essa política no ano de 2022 foi substituída pela Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), a qual foi alvo de várias críticas, pois descaracterizava a política anterior e fragilizava ações voltadas ao parto, nascimento, puerpério, direitos sexuais e reprodutivos (Castilho; Rocha, 2022). A RAMI permaneceu por pouco tempo, revogada pela portaria GM/MS N° 13 de janeiro de 2023, com o retorno da RC como política atual (Brasil, 2023).

Nesse cenário, o Brasil vem desenvolvendo políticas de saúde da mulher e implementando ações que garantam seus direitos e a redução da morbimortalidade, principalmente em situações previsíveis com ações de prevenção e promoção da saúde.

Nos últimos anos, a assistência pré-natal no Brasil apresenta elevada cobertura, chegando a 98,7%, com 75,8% iniciando antes da 16ª semana de gestação e 73,1% frequentando 6 ou mais consultas. Essa cobertura não envolve necessariamente a realização de exames, o que não garante a essas gestantes a realização de procedimentos adequados para um PN de qualidade. Nesse estudo, o início precoce reduz para 60,6% quando utilizada a recomendação da rede cegonha do início do PN até a 12ª semana gestacional (Viellas *et al.*, 2014).

Estudo realizado por Mario *et al.* (2019) ao avaliar a qualidade do pré-natal segundo a PNS 2013 encontrou um percentual de 80,6% de gestantes com pré-natal adequado; no entanto, quando envolve a inclusão de exames, esse percentual cai para 71,4%, apontando existência de desigualdade e qualidade no atendimento, apesar de uma ampla cobertura.

4.2 Exames de Pré-Natal

O cuidado pré-natal configura-se como uma das ações de grande relevância quando se fala de atenção à saúde da mulher, por contribuir para a redução da morbimortalidade materna, bem como infantil e, dessa forma, melhorar os indicadores de saúde nacionais (Dos Reis; Borges; Costa, 2021). Esse cuidado abrange um pacote de medidas que objetiva promover partos com nascimentos saudáveis, sem desfechos negativos para saúde da mulher e de seus filhos, com ações de promoção e prevenção da saúde, assim como o diagnóstico precoce e tratamento adequado (Rocha, Lopes; 2022).

A coleta e o acompanhamento dos exames laboratoriais durante o PN são avaliados como adequados para precaver, caracterizar e ajustar as anormalidades que possam afetar a gestante e seu feto, igualmente como constituir a terapêutica de doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação. A assistência pré-natal de qualidade fornece um desfecho mais adepto e propicia a detecção e a terapêutica competente de afecções, além do controle de

potenciais confusões para a saúde da mulher e do bebê, auxiliando na redução da morbimortalidade materna e neonatal (Livramento *et al.*, 2019).

Por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da iniciativa Rede Cegonha são estabelecidas diretrizes para o acompanhamento pré-natal com o intuito de garantir às gestantes atendidas na rede pública a qualidade desse cuidado. Essas diretrizes incluem o início do pré-natal no primeiro trimestre com no mínimo 7 consultas, além da realização de exames laboratoriais, procedimentos clínicos, atividades educativas, imunização, além de outras atividades (Silva *et al.*, 2019, Brasil, 2011). A realização dos exames laboratoriais de rotina possibilita a detecção precoce das doenças infecciosas, e tratamento em tempo oportuno (Mario *et al.*, 2019). Compreendem exames com base em amostras de sangue e urina: tipagem sanguínea, pesquisa de anemia, glicemia de jejum, teste para sífilis e HIV (Thais Migoto; Pallisser de Oliveira; Helena de Souza Freire, 2022). Além da investigação de outras infecções como toxoplasmose, hepatite B e infecção urinária (Mario *et al.*, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, durante a primeira consulta as gestantes na sua totalidade devem realizar o teste rápido de HIV e sorologia para sífilis, sendo repetidos no terceiro trimestre da gestação (Brasil, 2013). Em relação à sífilis os protocolos nacionais recomendam a investigação no primeiro e terceiro trimestre de gravidez, na admissão para o parto, e na situação de abortamento (Brasil, 2021). Essas condutas são cruciais para intervenções que diminuam a transmissão vertical das doenças (Araújo; Souza, 2020).

A prevalência de exames laboratoriais em diferentes países sofre grande variação. Um estudo realizado em Telangana, na Índia, mediu a qualidade dos cuidados pré-natais recebidos durante a gestação, revelando que há cada vez mais deficiências na qualidade desses cuidados. Desse modo, apesar da elevada cobertura do cuidado pré-natal subsiste lacunas substanciais de qualidade, especialmente na comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas e na disponibilidade de serviços essenciais (Radovich *et al.*, 2022).

Em um inquérito populacional na Itália onde foram analisados as coberturas e o resultado dos exames da triagem para rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus (CMV), hepatite B (HBV) e C (HCV), HIV e infecções por estreptococos do grupo B (GBS) na gravidez na província autônoma de Trento, entre mulheres que deram à luz nos hospitais entre 2007 e 2014 (N = 38.712) verificou-se que a atenção ao rastreamento e detecção de casos infectados está crescendo ao longo do tempo. Além disso, a assistência prestada durante a gestação tem papel preponderante na determinação da cobertura dos exames. As gestantes

imigrantes, múltiparas e com menor escolaridade necessitam de atenção especial (Dalmartello *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado no Sul da África sobre a cobertura do rastreamento da sífilis e positividade por estado de tratamento do HIV entre mulheres grávidas inscritas no inquérito sentinela sobre cuidados pré-natais de 2019, revelou que a cobertura nacional do rastreamento da sífilis atingiu a meta global de 95%. A positividade para sífilis foi maior entre mulheres HIV positiva em comparação com mulheres negativas. A introdução de testes rápidos de sífilis e a garantia de um fornecimento universal de tratamento adequado para a sífilis reduzirão a probabilidade de transmissão da sífilis de mãe para filho (Kufa *et al.*, 2023).

No Brasil, a assistência PN, considerando a realização de pelo menos um exame de VDRL e um de HIV na gestação, teve cobertura de 88% e 79% respectivamente, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores prevalências. Com relação aos exames de glicemia e urina, a prevalência chegou próximo a 85% sendo que a região sul se sobressaiu (Leal *et al.*, 2020). Além disso, Dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica do Brasil referem uma média de 71% de gestantes que realizaram testes de HIV e sífilis em 2023 (Brasil, 2023).

Um estudo sobre PN no Brasil com dados do ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em relação aos exames solicitados pelos profissionais de saúde, evidenciou que 88% da totalidade deles foram solicitados, com melhor desempenho e estrutura para as Unidades Básicas e as equipes de saúde das regiões Sudeste e Sul (Neves *et al.*, 2020).

No entanto, há estudos que evidenciam falhas no preenchimento do cartão da gestante relacionadas ao registro de exames, além de outras informações (Da Silva Monteiro; Da Silveira Moreira; Farias, 2020). As razões da elevada taxa de ausência de registro podem estar relacionadas à falta de solicitação dos exames pela dificuldade na realização, demora do acesso aos resultados, erros na execução, ausência de insumos, dentre outras causas (De Oliveira *et al.*, 2023; Cardoso *et al.*, 2023).

A literatura tem destacado os efeitos do cuidado pré-natal sobre a vida e a saúde dos neonatos. Em uma revisão sistemática revelou-se que as intervenções baseadas nos exames pré-natais apresentam uma diferença significativa em relação ao risco de desfechos adversos para o recém-nascido (Ribeiro; Dos Santos Moraes, 2023).

No cenário da sífilis, os desfechos são natimortos, aborto, morte neonatal, ou ainda graves sequelas perinatais (Macêdo *et al.*, 2020), o que reforça a importância da realização dos exames no pré-natal, pela capacidade de detectarem as Infecções Sexualmente

Transmissíveis (IST) que têm potencial de causar infecções graves ao binômio (Sullivan *et al.*, 2022).

Com o avanço dos métodos diagnósticos e a mudança no cenário das doenças - aumento da prevalência das IST -, e as várias possibilidades de condutas diagnósticas e terapêuticas mais adequadas, foram propostos pelos autores Amorim e Melo (2009), o grau de recomendação e nível de evidência para o rastreamento das infecções no período da gestação. Foi utilizada uma escala de recomendação de A a C, onde A é o maior nível de evidência recomendado. Para a solicitação dos exames preconizados e de rotina no pré-natal boa parte teve recomendação A: sorologia para a Sífilis (VDRL) em virtude do risco da transmissão vertical, prevenção de complicações no recém-nascido e promoção de tratamento precoce; Hepatite B por reduzir significativamente a transmissão vertical, e diminuir o risco de o recém-nascido desenvolver hepatite crônica; Sorologia para HIV pela possibilidade de transmissão em vários momentos da gestação; Sumário de urina, pois a infecção urinária induz o parto prematuro e o baixo peso ao nascer. Já com recomendação C tiveram o rastreio de citomegalovírus e toxoplasmose, que apesar da grave repercussão para o feto, não houve evidências para comprovar melhora do prognóstico com o rastreamento universal.

No Caderno de Atenção Básica, o Ministério da Saúde traz no escopo de suas recomendações o grau de recomendação para o rastreio de sífilis, indicando recomendação B: em caso de resultado positivo, indica-se tratamento imediato por ser benéfico para a mãe e o bebê durante a gestação, e para as demais infecções (HIV e hepatite B) seguem recomendações A (Brasil, 2013).

4.3 Acesso Pré-Natal na redução da morbimortalidade materna e neonatal

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019. Das mulheres que estiveram grávidas, 98,2% afirmaram ter tido pelo menos uma consulta de PN, destas 86,6% iniciaram com menos de 13 semanas de gestação: gestantes com níveis mais baixos de escolaridade ficaram próximo de 80%, enquanto as de maior grau de instrução chegaram a 95,4% de início precoce do pré-natal (Brasil, 2021).

A relação entre o número de consultas de pré-natal e a ocorrência com os resultados perinatais inadequados foi estudada por Rodrigues *et al.* (2022), ao encontrar associação significativa entre o número de consultas de pré-natal (≥ 6 atendimentos) e menores taxas de internações em UTI neonatal e adulta e mortalidade *neonatal* nas primeiras 24 horas.

No estudo de Do Nascimento Pantoja *et al.* (2021) sobre associação entre número de consultas pré-natal e as características maternas e neonatais, os autores apresentaram relação com o número de consultas estatisticamente significativa para os desfechos maternos e neonatais, evidenciando que o pré-natal adequado e de qualidade pode contribuir na identificação precoce de ocorrências com resultados desfavoráveis, tanto gestacionais quanto neonatais, colaborando na diminuição de riscos e reduzindo a ocorrência de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A mortalidade neonatal, morte de um recém-nascido entre 0 e 27 dias de vida, responde por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida. A preocupação com esses óbitos incide sobre a evitabilidade dessas mortes. No Brasil, cerca de três milhões de crianças nascem ao ano, sendo a maioria em hospitais (Brasil, 2014). O nascimento, portanto, é um momento crucial para a saúde do recém-nascido (Góes *et al.*, 2021).

O período neonatal constitui um período de elevada vulnerabilidade na vida de um indivíduo, principalmente relacionado aos aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, com necessidade de atenção especial, de maneira adequada, integral e qualificada de proteção social e de saúde (Alves *et al.*, 2022).

No estudo de Puthussery *et al.* (2022) os autores apontam as disparidades no momento do início dos cuidados pré-natais e fatores associados etnicamente, densa e socialmente desfavorecida das mães negras africanas, em relação às mães brancas britânicas.

Dentre as principais causas da mortalidade infantil, a maioria está relacionada à prematuridade, que por sua vez também se relacionam às alterações do desenvolvimento (Coelho *et al.*, 2018). A prematuridade é definida como o nascimento antes das 37 semanas de gestação e caracteriza um enorme desafio para os serviços de saúde pública mundialmente, sobretudo por sua relação com a morbimortalidade neonatal (Kale; Fonseca, 2023).

O cuidado pré-natal representa um papel essencial no enfrentamento aos nascimentos prematuros, e é decisivo para a captação precoce da gestante para o início do pré-natal. Em gestantes classificadas com um pré-natal não adequado elevou-se em 18% a chance de nascimentos prematuros (Serrazina; Da Silva, 2019).

No período de 2013 a 2019 no Brasil nasceram 17.627.221 crianças, das quais 11,1% foram pré-termos. As prevalências se apresentaram semelhantes em todas as regiões do país, e destas a maioria foi pré-termo tardio (72,3%). Com relação à proporção de adequação do acesso ao pré-natal e os níveis de prematuridade, o grupo que não realizou o pré-natal e os com acesso “inadequado” somou 21,8%, o que pode dar força à prematuridade tardia (34 a 36 semanas de gestação) no Brasil (Brasil, 2021).

Os fatores de risco maternos envolvidos na prematuridade estão associados, em especial, à assistência pré-natal, hábitos de vida, condições clínicas e socioeconômicas da gestante. Esse estudo encontrou que 57% das puérperas de bebês prematuros realizaram menos de cinco consultas de PN e apontou cinco vezes mais chances de prematuridade em relação às mães de crianças a termo (Kale; Fonseca, 2023). Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BPN) tendem a ser aqueles cujas mães tiveram menos de 6 consultas de pré-natal ao longo da gestação, renda inferior a um salário-mínimo e idade gestacional a termo (Capelli *et al.*, 2020).

Com relação ao índice de APGAR em algumas análises foi possível perceber que à medida que se aumenta o número de consultas de pré-natal há aumento nesse índice, com números maiores no grupo de sete ou mais consultas de pré-natal (Resende, 2022). Outra análise corrobora com esse achado ao afirmar que o índice de APGAR se correlaciona positivamente com o número de consultas de pré-natal (Brito *et al.*, 2022). Esses estudos evidenciam a importância do acompanhamento do pré-natal e seu impacto positivo sobre os desfechos neonatais.

Dessa forma, é imprescindível a qualidade dos serviços de saúde para o planejamento e a adequação da assistência. O cuidado acessível e de qualidade às gestantes por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde é primordial, pois intervém sobre as condições de saúde dos indivíduos em todas as fases da vida (Brasil, 2012a).

Diante disso, percebe-se a necessidade de monitoramento do PN por meio de exames laboratoriais como uma ferramenta de tratamento e prevenção de desfechos para o binômio mãe-bebê.

5 MATERIAL E MÉTODO

A partir deste tópico será apresentada a metodologia aplicada a este estudo, a partir do tipo de estudo, Pesquisa Nacional de Saúde, as variáveis do estudo, Fonte dos dados da pesquisa, análises dos dados e os aspectos éticos do estudo.

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal com base nos dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que foi realizada em 2013 e 2019. Nesse estudo, os dados foram utilizados para se analisar a prevalência do acesso a exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência entre os anos da PNS 2013 e 2019.

A escrita do artigo seguiu as indicações do protocolo STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) (Moola *et al.*, 2020). A análise da qualidade da metodologia do estudo foi avaliada por meio da ferramenta da *Joanna Briggs Institute (JBI)* e como resultado ao *check-list* da JBI para o risco de viés foi considerado “risco baixo”.

A JBI é uma organização internacional de pesquisa com sede na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade de Adelaide, no sul da Austrália. A JBI desenvolve e fornecem informações, *software*, educação e formação exclusivas e baseadas em evidências, projetados para melhorar a prática e os resultados em saúde. Com mais de 70 entidades colaboradoras, atendendo mais de 90 países, a JBI é líder global reconhecida em cuidados de saúde baseados em evidência (Moola *et al.*, 2020)

5.2 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A PNS é um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional. Nela são coletadas informações válidas e representativas da população brasileira sobre suas condições de vida (Souza-Júnior *et al.*, 2015; Stopa *et al.*, 2020).

Num breve histórico sobre a PNS, ela teve seu início pelo Comitê Temático sobre Informações de Base Populacional da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Funciona em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 2013 e 2019. A partir de 2013 foi coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz. A partir dos dados, o MS demonstrou interesse em conduzir a pesquisa. A população-alvo em

2013 foram os indivíduos ≥ 18 anos de idade e em 2019 ≥ 15 anos de idade, residentes em domicílios particulares permanentes no Brasil (FIOCRUZ, 2021).

Os questionários têm questões sobre os domicílios e todos os seus moradores. As respostas às questões podem ser autorreferidas ou referidas por terceiros. Parte das questões é destinada apenas ao registro das informações de saúde de um morador selecionado (≥ 18 anos em 2013 e ≥ 15 anos em 2019) aleatoriamente entre todos os moradores do domicílio (Souza-Júnior *et al.*, 2015; Stopa *et al.*, 2020). Evidencia-se que a amostra da PNS é uma subamostra da Amostra Mestra da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) (FIOCRUZ, 2021).

A PNS utiliza amostra probabilística complexa de um conjunto de unidades de áreas selecionadas (setores censitários) de todas as Unidades Federadas (UF) do Brasil. A amostragem utilizada foi probabilística por conglomerados em três estágios de seleção, com estratificação pelas áreas selecionadas. Existe a exceção dos locais como os quartéis, bases militares etc.; alojamento, acampamentos etc.; embarcações, barcos, navios; aldeia indígena; penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias etc.; asilos, orfanatos, conventos, hospitais etc.; e assentamentos rurais (FIOCRUZ, 2021).

Os domicílios representam as unidades secundárias e a terciária, o morador (≥ 18 anos em 2013 e ≥ 15 anos de idade em 2019), selecionado de cada domicílio a partir da listagem dos moradores, que responde à parte individual do questionário aplicado pela PNS. Os setores censitários ou conjunto de setores foram selecionados inicialmente por probabilidade proporcional ao tamanho e por probabilidade igualmente proporcional para a PNS. Já os domicílios e os moradores foram selecionados por amostragem aleatória simples. Detalhes metodológicos podem ser obtidos em publicações da PNS (Souza-Júnior *et al.*, 2015; Stopa *et al.*, 2020).

5.3 Variáveis do Estudo

Neste presente estudo foram consideradas apenas mulheres de 18 a 49 anos de idade que estiveram grávidas nos dois anos anteriores a data da coleta dos dados da PNS e fizeram pré-natal. Essas foram entrevistadas como morador selecionado nas duas PNS e autorreferiram as informações referentes aos módulos do questionário destinado a elas. Em 2013, 1.851 mulheres que estiveram gestantes compuseram a amostra, e em 2019 outras 2.729. A expansão das amostras pelos pesos de seleção permitiu inferir para uma população de 3.062.734 em 2013 e de 3.745.458 em 2019. Para as análises foram utilizadas um conjunto

de variáveis socioeconômicas, demográficas, local das consultas e exames realizados durante o pré-natal.

Entre as variáveis socioeconômicas e demográficas incluiu-se: faixas etárias (18 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos); cor/raça (branca, parda, preta, outras); estado civil (com ou sem cônjuge), participar de atividades religiosas (sim, não), plano de saúde (sim, não), escolaridade (em níveis, até fundamental incompleto ou equivalente, médio incompleto ou equivalente, superior incompleto ou equivalente, superior completo); renda domiciliar *per capita* em salários mínimos (SM) (Até 1/2 SM, 1/2 até 1 SM, 1 a 2 SM, 2 a 3 SM, Mais de 3 SM), macrorregião de residência no país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); Unidades Federadas (UF) (26 estados brasileiros e Distrito Federal), tipo de cidade (capital/região metropolitana, interior).

Na PNS, as mulheres que estiveram grávidas nos dois anos antes da data da entrevista foram questionadas sobre a realização de exame de sangue que estão disponíveis nas PNS 2013 e 2019 (sem considerar o teste de gravidez), exame de urina (sem considerar o teste de gravidez), teste/exame para sífilis e o teste/exame para HIV/Aids e local de realização do pré-natal (Somente público, público e privado). Para esses exames ou testes as respostas possíveis foram: sim, não, não sabe/não lembra ou ignorado. Para cada um deles, as respostas foram agregadas: sim vs as demais. Os quatro testes/exames também foram agregados para se verificar a realização conjunta de todos eles (sim, não). O quadro abaixo descreve as variáveis utilizadas na pesquisa.

Quadro 1 - Variáveis demográficas e socioeconômica da região de residência, e local que fez o pré-natal de gestantes, PNS, 2013 e 2019.

Variáveis	Categorias
Faixa etária (em anos).	18 a 29, 30 a 39, 40 a 49.
Cor/raça.	Branca, Parda, Preta, Outras.
Estado civil.	Com cônjuge, Sem cônjuge.
Participa de atividades religiosas.	Sim, Não.
Plano de saúde.	Sim, Não.
Escolaridade.	Até fundamental incompleto ou equivalente Médio incompleto ou equivalente Superior incompleto ou equivalente Superior completo.

Renda domiciliar per capita	Até 1/2 SM, 1/2 até 1 SM, 1 até 2 SM, 2 até 3 SM, Mais de 3 SM.
Macrorregião do país	Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste, Sul
Tipo de cidade.	Capital ou Região Metropolitana Interior.
Local em que fez o pré-natal.	Somente público, Público e privado.

Fonte: PNS (2013 e 2019).

A extensão das amostras de seleção permite deduzir para uma população de 3.062.734 em 2013 e de 3.745.458 em 2019, quais foram os exames e o critério utilizado de acordo com as entrevistas avaliadas da PNS de 2013 a 2019.

O (Quadro 2) representa Perguntas relacionadas ao pré-natal que foram realizadas durante a entrevista da PNS de 2013 e 2019.

Quadro 2 - Perguntas relacionadas ao pré-natal de gestantes que foram realizadas durante a entrevista da PNS de 2013 e 2019.

Código variável	Pergunta	Tipo de exame	ANO PNS	DESCRIÇÃO		UTILIZADO	
S020	Durante o pré-natal, a Senhora fez exame de sangue?	Sangue	2013	1	Sim	1	Sim
				2	Não	2	Não
				Não aplicável			
S076	Nesta gravidez, você fez algum exame de sangue, sem considerar o teste de gravidez?	Sangue	2019	1	Sim	1	Sim
				2	Não	2	Não
				9	Ignorado		
S035	Durante o atendimento pré-natal a Senhora realizou exame de urina?	Urina	2013	1	Sim	1	Sim
				2	Não	2	Não
				Não aplicável			
S077	Nesta gravidez, você fez algum exame de urina, sem considerar o teste de gravidez?	Urina	2019	1	Sim	1	Sim
				2	Não	2	Não
				3	Não sabe/Não lembra		

				Não aplicável		
S027	Durante o atendimento pré-natal a Senhora realizou exame de sangue para sífilis?	Sífilis	2013	1 Sim 2 Não 3 Não sabe Não aplicável	1 Sim 2 Não	
S080	Durante o pré-natal de (nome) foi realizado teste/ exame para sífilis?	Sífilis	2019	1 Sim 2 Não 3 Não sabe/Não lembra 9 Ignorado Não aplicável	1 Sim 2 Não	
S034	A Senhora fez o teste de HIV?	HIV	2013	1 Sim 2 Não, pois já sabia que estava infectada pelo HIV 3 Não Não aplicável	1 Sim 2 Não	
S091	Neste pré-natal foi realizado teste/ exame para HIV/AIDS?	HIV	2019	1 Sim 2 Não 9 Ignorado Não aplicável	1 Sim 2 Não	

* As linhas em dégradés de cinza e branco servem para evidenciar as perguntas que foram comparadas.

Fonte: PNS (2013 e 2019).

5.4 Fonte dos Dados da Pesquisa

Dados provenientes da PNS 2013 e 2019, coletados no sítio eletrônico da Fiocruz (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>) entre agosto e setembro de 2022. Estudo anteriores (Stopa *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2019; Barros *et al.*, 2017) são relevantes e podem auxiliar na compreensão dos métodos e resultados da PNS.

5.5 Análises dos Dados

Para ambos os anos da PNS foram estimados as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) das variáveis socioeconômicas, demográficas e local do pré-natal. Diferenças na distribuição das frequências das variáveis foram verificadas segundo o ano e consideradas estatisticamente significante ao nível de 5% na ausência de sobreposição dos IC95%. Teste de Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para confirmar diferenças entre as duas PNS. A prevalência e os respectivos IC95% dos testes/exames individuais e em conjunto foram estimadas para cada ano da PNS.

A mudança da prevalência entre os dois anos da PNS foi apresentada por meio da diferença absoluta. A magnitude dessa variação no período foi computada com Modelos Linear Generalizado (GLM), usando a distribuição Gaussiana. Os dados dos dois inquéritos foram agregados em um único banco. Usando-se o peso do morador selecionado com calibração, foram calculadas as mudanças absolutas de 2013 a 2019 segundo características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal. Para calcular a mudança de prevalência de 2013 para 2019, foi modelado o efeito do ano sobre o desfecho segundo a variável de agrupamento.

A taxa de prevalência percentual relatada foi calculada como o exponencial do coeficiente menos um e multiplicado por 100. Por fim, foram realizados modelos de regressão de Poisson, variância robusta, bruta e ajustada por variáveis socioeconômicas, demográficas e local do pré-natal para testar a associação do ano da PNS (2019 vs 2013) com o acesso a exames de pré-natal. Todas as análises foram feitas no *software RStudio* versão 2023.6.1.524 (*R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America*) e incorporam todas as características do plano amostral complexo da PNS 2013 e 2019.

5.6 Aspectos Éticos

A PNS recebeu aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada pelo parecer nº 328.159 (PNS 2013) emitido em julho de 2013 e o parecer nº 3.529.376 (PNS 2019), emitido em agosto de 2019. As gestantes que participaram da amostra concordaram através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No presente estudo não foi necessária a apreciação em comitê de

ética em pesquisa em conformidade com a Resolução 466/2012 por utilizar dados secundários da PNS disponíveis em site oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2012b).

6 RESULTADOS

EXAMES DE PRÉ-NATAL NO BRASIL: prevalência e fatores associados segundo a
Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Revista da Escola de Enfermagem da USP

eISSN: 1980-220X

SJR: 0,247

QUALIS: A2

Francisca Maria da Silva Freitas¹, Rita Da Graça Carvalhal Frazão Correia², Camila Biazus Dalcin³, Priscila de Souza Aquino⁴, Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira⁵.

Correspondência

Francisca Maria da Silva Freitas¹

Endereço: Rua B, casa, 29, residencial Vinhais, CEP 65.070-565.

E-mail: fmsf10@hotmail.com

Telefone: +55 98 8811-7483

¹Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha Universidade Federal de Minas Gerais, (UFMG). Enfermeira do Centro de Parto do Hospital Materno Infantil - EBSEH/HU – UFMA. <https://orcid.org/0000-0002-7754-4845>.

²Doutora em Biotecnologia - RENORBIO pela Universidade Estadual do Ceará- UEC. Docente do quadro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado Acadêmico (PPGENF). <https://orcid.org/0000-0002-6451-5156>.

³ Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da University of Dundee, School of Education and Social Work, Escócia, Reino Unido. <https://orcid.org/0000-0003-1910-3045>.

⁴Doutora em Enfermagem pela UFC com estágio de Doutorado sanduíche na Universidade de São Paulo (USP- Ribeirão Preto). Professora Adjunto da Universidade Federal do Ceará (UFC). <https://orcid.org/0000-0003-4976-9817>.

⁵Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente do quadro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado Acadêmico (PPGENF). <https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>

ARTIGO ORIGINAL

Exames pré-natal no Brasil: prevalência e fatores associados segundo a Pesquisa Nacional de Saúde

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência entre os anos da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Método: Estudo transversal realizado com mulheres que realizaram pré-natal, entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (n=1.851) e 2019 (n=2.729).

Resultados: Os exames mais prevalentes foram urina e sangue, e os menos prevalentes foram sífilis e HIV. No período, cresceu a realização dos exames de sífilis (15,2; IC95%: 11,0; 22,0) e HIV (4,3; IC95: 4,3; 8,0), mas reduziu a dos demais. A prevalência de realização dos quatro exames cresceu e alcançou 69,9% (IC95%: 67,0; 72,8) em 2019 ante os 60% (IC95%: 56,1; 63,9) em 2013. **Conclusão:** Observou-se maior realização do conjunto dos quatro exames de pré-natal, e especificamente para sífilis e HIV, em detrimento à redução na realização dos exames de sangue e urina. Apesar do crescimento no acesso aos grupos e localidades mais vulneráveis do país ao conjunto dos exames, ainda é baixa a prevalência nesses grupos.

DESCRIPTORES: Cuidado pré-natal; Testes laboratoriais; Acesso aos serviços de saúde; Inquéritos epidemiológicos; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de pré-natal são essenciais à saúde materna e neonatal, pois permitem a identificação precoce e o tratamento oportuno de problemas que possam ocorrer na gestação e pós-parto, além de reduzir a morbimortalidade materna, fetal e infantil⁽¹⁾. No entanto, milhões de gestantes em todo o mundo ainda não os recebem adequadamente. O 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas, institui a meta de redução da morbimortalidade materna e infantil, o que requer esforços globais para o alcance do acesso universal aos serviços e insumos de saúde, entre eles o acesso ao pré-natal com realização dos exames^(2,3).

Apesar de consistir parte fundamental para o alcance das metas globais, esse acesso ainda representa um problema de saúde global⁽⁴⁾. Nos Estados Unidos as disparidades persistem e são significativas. Mulheres nascidas nos EUA apresentam taxas mais elevadas de cuidados pré-natais comparadas às imigrantes⁽⁵⁾. Na Inglaterra, a qualidade do cuidado se mostra insatisfatória pelas desigualdades de acesso e encaminhamento tardio. Ademais, a realização de exames no pré-natal ainda não é homogênea entre os grupos populacionais e localidades desse país⁽⁶⁾.

Uma pesquisa com gestantes brasileiras revelou a prevalência de acesso a exames de pré-natal inferior a 37,3%⁽⁷⁾. Já outra pesquisa realizada com 408 puérperas em três maternidades de referência do Estado do Paraná, sul do Brasil, revelou prevalência abaixo de 50% no período gestacional⁽⁸⁾. Razões para isso são atribuídas aos determinantes sociais da saúde, na medida em que as características individuais (menor escolaridade, renda, idade, ausência de companheiro) e contextuais (região de moradia e tipo de serviços utilizados) maternas induzem a uma menor realização de exames e de cobertura de pré-natal⁽⁹⁻¹¹⁾.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde do Brasil⁽¹²⁾ vem investindo na disponibilização de exames laboratoriais e testes rápidos para o diagnóstico precoce de sífilis e HIV. Estes podem ser realizados na Atenção Primária à Saúde e maternidades, com o auxílio de testes rápidos (treponêmicos) e exames laboratoriais (treponêmicos e/ou não treponêmicos).

Apesar disso, no Brasil, estudos de prevalência e fatores associados à realização de exames no pré-natal ainda são menos frequentes na literatura acadêmica do que aqueles sobre a adequação da assistência ao pré-natal a partir da análise do número de consultas e período

de início. Prioridades do Ministério da Saúde, a organização política em Rede de Atenção à Saúde e a estratégia Rede Cegonha dependem desse conhecimento como forma de avaliar e monitorar a implementação das políticas públicas de saúde, organização dos serviços de saúde e manejo do cuidado à gestante e seu recém-nascido⁽⁸⁻¹³⁾.

Dessa forma, análises sobre a prevalência da realização de exames no pré-natal e os fatores associados à variação dessa prevalência no Brasil ainda são escassas, o que contribui para manter o desconhecimento sobre a atenção aos problemas de saúde que acometem as gestantes e com risco de transmissão vertical na gestação ou trabalho de parto.

Portanto, este estudo buscou analisar a prevalência do acesso a exames no pré-natal de gestantes e os fatores associados à variação dessa prevalência no Brasil.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal. A escrita do artigo seguiu as indicações do protocolo STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)⁽¹⁴⁾.

Local

Os dados foram oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019, a qual é um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional. Nela são coletadas informações válidas e representativas da população brasileira sobre suas condições de vida⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

População e critérios de seleção

A população-alvo em 2013 foram os indivíduos ≥ 18 anos de idade e em 2019 ≥ 15 anos de idade, residentes em domicílios particulares permanentes no Brasil. Os questionários abordam os domicílios e todos os seus moradores⁽¹⁶⁾.

A PNS utiliza amostra probabilística complexa de um conjunto de unidades de áreas selecionadas (setores censitários) de todas as Unidades Federadas (UF) do Brasil. A amostragem utilizada foi probabilística por conglomerados em três estágios de seleção, com estratificação pelas áreas selecionadas⁽¹⁷⁾. Os domicílios representam as unidades secundárias e a terciária o morador (≥ 18 anos em 2013 e ≥ 15 anos de idade em 2019) selecionado de cada

domicílio a partir da listagem dos moradores, que responde à parte individual do questionário aplicado pela PNS. Detalhes metodológicos podem ser obtidos em publicações da PNS⁽¹⁵⁾.

Definição da amostra

Neste estudo foram consideradas apenas gestantes de 18 a 49 anos de idade que estiveram grávidas nos dois anos anteriores a data da coleta dos dados da PNS e fizeram pré-natal. Em 2013, 1.851 gestantes compuseram a amostra, e em 2019 outras 2.729.

Análise e tratamento dos dados

Na PNS, as gestantes que estiveram grávidas nos dois anos antes da data da entrevista foram questionadas sobre a realização de exame de sangue (sem considerar o teste de gravidez), exame de urina (sem considerar o teste de gravidez), exame para sífilis e HIV/*Aids* e local de realização do pré-natal (somente público, público e privado). Para esses exames ou testes as respostas possíveis foram: sim, não, não sabe/não lembra ou ignorado. Para cada um deles, as respostas foram agregadas: sim vs as demais. Os quatro exames também foram agregados para se verificar a realização conjunta de todos eles (sim, não). Para ambos os anos da PNS, foram estimadas as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) das variáveis socioeconômicas, demográficas e local do pré-natal. Diferenças na distribuição das frequências das variáveis foram verificadas segundo o ano e consideradas estatisticamente significante ao nível de 5% na ausência de sobreposição dos IC95%. Teste de Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para confirmar diferenças entre as duas PNS.

A prevalência e os respectivos IC95% dos exames individuais e em conjunto foram estimadas para cada ano da PNS. A mudança da prevalência entre os dois anos da PNS foi apresentada por meio da diferença absoluta. A magnitude dessa variação no período foi computada com Modelos Linear Generalizado (GLM), usando a distribuição Gaussiana. Os dados dos dois inquéritos foram agregados em um único banco. Usando-se o peso do morador selecionado com calibração, foram calculadas as mudanças absolutas de 2013 a 2019 segundo características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal. Para calcular a mudança de prevalência de 2013 para 2019, foi modelado o efeito do ano sobre o desfecho segundo a variável de agrupamento. A taxa de prevalência percentual relatada foi calculada como o exponencial do coeficiente menos um e multiplicado por 100. Por fim, foram realizados modelos de regressão de Poisson, variância robusta, bruta e ajustada por variáveis socioeconômicas, demográficas e local do pré-natal para testar a associação do ano da PNS (2019 vs 2013) com o acesso a exames de pré-natal. Todas as análises foram feitas no

Software RStudio versão 2023.6.1.524 (*R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America*).

Aspectos éticos

Os dados da PNS 2013 e 2019 são de domínio público e podem ser utilizados de acordo com as pesquisas de interesse. As pesquisas foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (processo nº 328.159 emitido em julho de 2013; processo nº 3.529.376 de agosto de 2019). Todas as entrevistadas assinaram termo de consentimento livre e esclarecido⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

A amostra foi composta a partir de dados de 4.580 gestantes entrevistadas. Os dados relativos às características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal das gestantes na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019 foram dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal de gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019.

Características					
2013		2019			
(n=1.851)		(n=2.729)		p-valor ¹	
%	IC95%	%	IC95%		
Total	97,3	96,4; 98,3	98,2	97,6; 98,9	
Faixa etária (em anos)					
18 a 29	61,3	57,5; 65,0	52,8	49,5; 56,0	0,001
30 a 39	35,2	31,6; 38,3	41,5	38,9; 44,8	
40 a 49	3,5	2,2; 4,3	5,7	4,7; 7,2	
Cor/raça					
Branca	39,9	36,1; 43,7	35,9	32,8; 39,1	0,20
Parda	50,0	46,2; 53,8	51,2	48,0; 54,5	
Preta	8,8	6,7; 10,9	11,3	9,2; 13,5	
Outras	1,3	0,6; 2,0	1,5	1,0; 2,1	
Estado civil					
Com cônjuge	43,4	39,6; 47,1	41,9	38,8; 45,0	0,56
Sem cônjuge	56,6	52,9; 60,4	58,1	55,0; 61,2	

Participação em atividades religiosas					
Sim	46,3	42,5; 50,1	48,3	45,0; 51,5	0,45
Não	53,7	49,9; 57,5	51,7	48,5; 55,0	
Plano de saúde					
Sim	27,8	24,0; 31,6	27,2	24,0; 30,3	0,82
Não	72,2	68,4; 76,0	72,8	69,7; 76,0	
Escolaridade					
Até fundamental incompleto ou equivalente	23,0	19,9; 26,0	18,0	15,7; 20,2	0,001
Médio incompleto ou equivalente	24,1	20,8; 27,3	19,0	16,5; 21,5	
Superior incompleto ou equivalente	41,1	37,1; 45,0	43,6	40,4; 46,8	
Superior completo	11,9	9,5; 14,3	19,5	16,7; 22,2	
Renda domiciliar per capita					
Até ½ SM	43,0	39,1; 46,8	44,5	41,4; 47,7	0,95
½ até 1 SM	29,5	26,2; 32,9	28,6	25,4; 31,7	
1 até 2 SM	17,5	14,2; 20,8	16,3	13,6; 19,1	
2 até 3 SM	4,1	2,5; 5,6	4,3	2,8; 5,9	
Mais de 3 SM	5,9	4,2; 7,6	6,2	4,8; 7,7	
Macrorregião do país					
Norte	10,0	8,5; 11,6	11,3	10,1; 12,6	0,81
Nordeste	28,8	25,5; 32,1	28,5	26,2; 30,7	
Centro-oeste	8,3	7,0; 9,6	8,7	7,4; 9,9	
Sudeste	38,2	34,3; 42,2	38,5	35,4; 41,6	
Sul	14,6	11,9; 17,4	13,0	11,5; 14,6	
Tipo de cidade					
Capital ou Região Metropolitana	42,3	38,8; 45,8	38,6	36,0; 41,2	0,18
Interior	57,7	54,2; 61,2	61,4	58,8; 64,0	
Local em que fez o pré-natal					
Somente público	69,3	65,5; 73,0	64,9	61,6; 68,2	0,09
Público e privado	30,7	27,0; 34,5	35,1	31,8; 38,4	

Notas: IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; 1- Teste de Qui-quadrado de Pearson.

A proporção de gestantes que declarou ter realizado pré-natal no Brasil aumentou 0,9% entre os anos. Apesar da faixa etária de 18 a 29 anos ser a mais prevalente entre os anos, foi observada redução nesse intervalo e aumento das demais faixas etárias entre os anos. Predominaram as seguintes características das gestantes em ambos os anos: pardas, sem cônjuge, sem atividades religiosas, sem plano de saúde, com renda de até ½ salário mínimo, residentes na região Sudeste, no interior e que realizaram o pré-natal em serviços públicos. Observou-se entre os anos, crescimento significativo de gestantes com maior escolaridade, superior incompleto e superior completo, com consequente redução das menores escolaridades. Os dados referentes à prevalência dos exames realizados pelas gestantes foram dispostos na tabela 2.

Tabela 2. Prevalência e mudança da prevalência da realização de exames de pré-natal de gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019.

Exames	2013		2019		Mudança absoluta	
	(n=1.851)		(n=2.729)		(2019 vs 2013)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Sangue	97,3	96,2; 98,4	94,3	92,6; 96,1	-3,0	-4,9; -0,9
Urina	98,1	97,2; 98,9	93,1	91,2; 95,0	-5,0	-6,8; -2,8
Sífilis	64,6	60,8; 68,5	79,8	77,4; 82,2	15,2	11,0; 22,0
HIV	85,1	82,3; 87,8	89,4	87,9; 91,1	4,3	1,0; 8,0
Total	60,0	56,1; 63,9	69,9	67,0; 72,8	9,9	5,0; 16,0

Notas: IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Conforme observa-se na tabela 2, houve redução significativa na realização de exames de sangue e urina pelas gestantes entrevistadas e aumento significativo na realização de exames de sífilis, HIV e exames total entre os anos da PNS. Os dados referentes à realização do conjunto de exames de pré-natal pelas Unidades de Federação foram dispostos na figura 1.

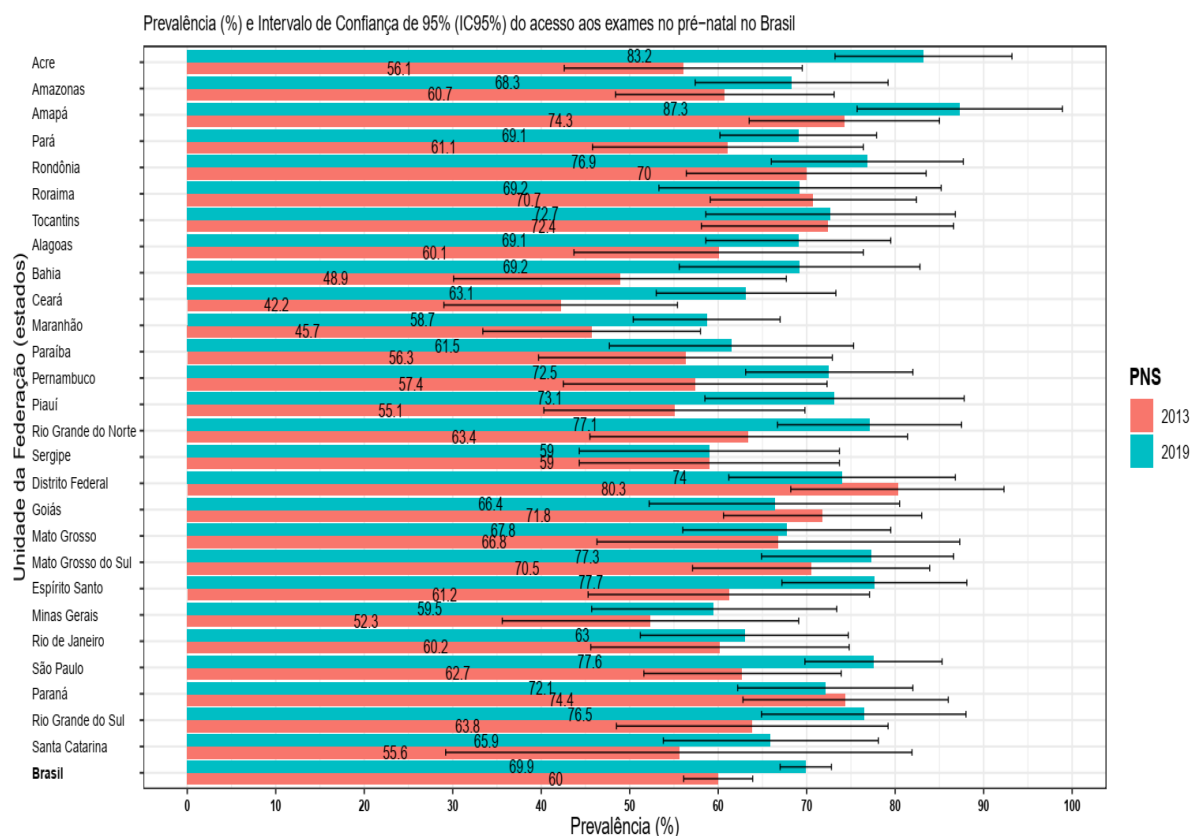


Figura 1. Prevalência (%) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) da realização do conjunto de exames no pré-natal de gestantes entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019.

Observa-se na figura 1 em 2013 que houve diferença significativa no acesso ao pré-natal: o Ceará apresentou a menor prevalência quando comparado ao Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins, Goiás, Mato Grosso do Sul e Paraná. Já em 2019, as menores estimativas foram Maranhão, Ceará e Minas Gerais. Houve uma diferença significativa entre Maranhão, que apresentou a menor prevalência, e Acre, Amapá e São Paulo. Entre os anos, somente o estado do Acre apresentou aumento estatisticamente significativo, bem como o Brasil de modo geral, denotando aumento da realização dos exames investigados.

Os dados referentes à realização dos exames de pré-natal segundo características socioeconômicas, demográficas e local de realização do pré-natal das gestantes foram dispostos na tabela 3.

Até 1/2 SM	51,0	45,4; 56,7	66,4	62,4; 70,5	17,0	9,0; 25,0
1/2 até 1 SM	66,6	59,9; 73,4	70,2	64,3; 76,1	4,0	-5,4; 14,0
1 até 2 SM	63,4	52,0; 74,8	79,0	72,1; 85,9	15,6	-2,0; 34,0
2 até 3 SM	62,7	42,7; 82,8	70,5	57,2; 83,8	7,8	-15,0; 37,0
Mais de 3 SM	79,8	68,0; 91,6	69,0	57,7; 80,4	-10,2	-23,4; 5,0
Macrorregião do país						
Norte	63,8	56,1; 71,6	71,5	66,3; 76,8	7,7	-1,2; 19,0
Nordeste	51,5	44,9; 58,1	67,2	62,7; 71,7	17,0	8,0; 27,0
Centro-oeste	72,0	64,6; 79,4	70,1	63,3; 76,9	-1,2	-11,3; 9,0
Sudeste	60,1	52,4; 67,7	70,6	64,6; 76,5	10,5	-1,0; 22,0
Sul	67,1	57,2; 76,9	72,3	65,9; 78,8	5,0	-6,5; 19,0
Tipo de cidade						
Capital ou Região Metropolitana	68,2	63,8; 72,5	73,0	69,4; 76,7	4,8	-0,9; 11,0
Interior	54,0	48,1; 60,0	67,9	63,8; 72,0	15,0	7,0; 24,0
Local em que fez o pré-natal						
Somente público	54,5	49,8; 59,2	67,5	63,9; 71,0	14,0	7,0; 21,0
Público e privado	72,4	66,0; 78,8	74,4	69,4; 79,3	2,0	-5,8; 1,0

Notas: IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Conforme observa-se na tabela 3, a realização dos exames aumentou ao longo dos anos das pesquisas, com diferença estatisticamente significativa para as gestantes mais jovens (18 a 29 anos), pardas, sem cônjuge, sem plano de saúde, de menor escolaridade, menor renda, residentes na região Nordeste, nas cidades localizadas no interior e com pré-natal realizado somente na rede pública.

A figura 2 evidencia a associação bruta e ajustada do ano da PNS com a realização simultânea e específica dos exames de pré-natal.

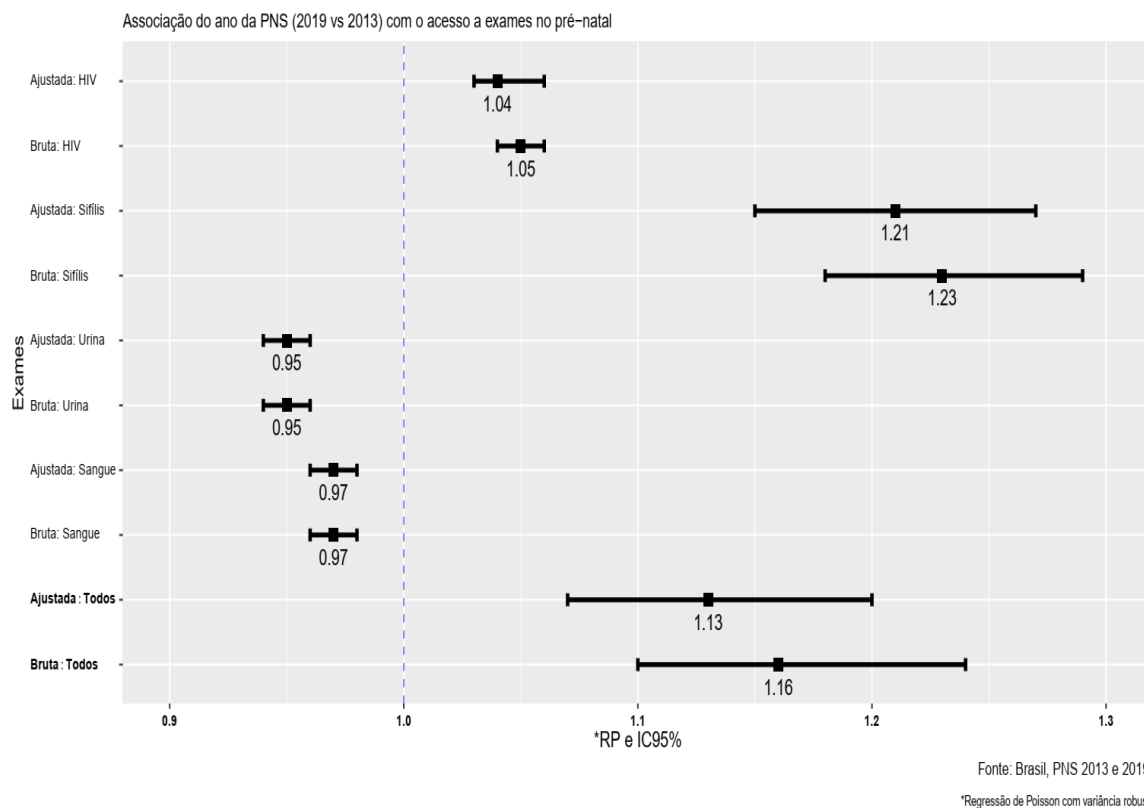


Figura 2. Associação bruta e ajustada de exames no pré-natal de gestantes com o ano em que foram entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2013 e 2019.

Conforme observa-se na figura 2, verificou-se melhoria do acesso simultâneo a todos os exames. Em 2019, em relação ao ano de 2013, após o ajuste pelos fatores de confusão, gestantes tiveram chance 13% maior de realização dos exames investigados. Ao detalhar-se por exame, observa-se situação de melhora de acesso à realização para os exames de sífilis e HIV, chances 23% e 5% maiores, respectivamente. Por outro lado, entre os anos da PNS, gestantes apresentaram redução no acesso à realização dos exames de sangue e urina, 3% e 5% menores, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram aumento na realização do conjunto dos quatro exames de pré-natal, especialmente impulsionado pelos exames de sífilis e HIV no período de 2013 a 2019 no Brasil. Embora seja elevada a prevalência, houve redução do acesso aos exames de sangue e urina. O avanço ao conjunto dos exames observado foi para os grupos e localidades mais vulneráveis do país. Contudo, ainda persistem desigualdades no acesso, em

âmbitos individuais e contextuais, evidenciando a necessidade de intensificar esforços para acesso mais equânime aos testes/exames laboratoriais de pré-natal em todo o Brasil. Está comprovado que o acesso oportuno, apropriado e equitativo a cuidados de saúde de qualidade durante a gravidez contribui para melhores resultados de saúde dos indivíduos que dão à luz e dos bebês após o nascimento⁽¹⁹⁾.

Uma revisão abrangente realizada com 68 revisões sistemáticas de 20 países diferentes sobre equidade dos serviços de saúde evidenciou algumas barreiras para o acesso pré-natal, como: pacientes não brancas, com menor escolaridade, menor renda e residentes em áreas de localização remota⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, no comparativo entre os estudos das PNS de 2013 e 2019, houve um avanço significativo da realização dos exames para o grupo de gestantes entre a menor faixa de idade do estudo (18 a 29 anos) e de menor escolaridade. Nos EUA, mulheres mais jovens, com menos de 24 anos, com menor escolaridade confirmaram mais tardiamente a gravidez e receberam cuidados pré-natais mais tardiamente do que desejavam, o que pode dificultar a adequada assistência e realização dos exames⁽²⁰⁾. Outro estudo realizado em 19 países da África Oriental, sobre a qualidade dos cuidados pré-natal e fatores associados entre mulheres grávidas apontou semelhança sobre estes resultados, ao revelar que a qualidade desse cuidado foi maior na faixa de idade dos 20 aos 34 anos (69,44%) e com maior escolaridade⁽²¹⁾.

Na República Democrática de São Tomé e Príncipe, das gestantes que tiveram o mínimo de 8 consultas, apenas 34% conseguiram realizar dois exames de hemoglobina e dois de urina, evidenciando que mesmo com o número de acompanhamento adequado, as gestantes não conseguiram realizar o rastreio recomendado durante a gestação. Considerando a realização de pelo menos um exame, 95,5% tiveram rastreamento para HIV, 91,2% para sífilis, 60,1% para hepatite, 75,5% para hemoglobina, 54,6% para glicemia e 70,3% para urina. A justificativa para a não realização foi ausência de reagente e a falta de apoio econômico⁽²²⁾. Em outro estudo em Lusaka, na Zâmbia, sobre os fatores associados ao rastreio do HIV e da sífilis entre grávidas na primeira consulta pré-natal, apenas 29% das mulheres grávidas fizeram o rastreio da sífilis, em comparação com 95% que fizeram o rastreio do HIV na primeira consulta pré-natal⁽²³⁾.

No Brasil, um estudo sobre a qualidade do registro dos cartões das gestantes realizado em Belo Horizonte-Minas Gerais, região sudeste, averiguou baixa frequência dos exames laboratoriais do primeiro, segundo e terceiro trimestres registrados. Observou-se que os exames solicitados no primeiro trimestre tiveram frequência igual ou maior que 50% de

registros completos: urina rotina (57,8%), glicemia jejum (61,9%), HBsAg (57,6%), Anti-HIV (57,6%), VDRL (60,4%), hemograma (52,7%), ABO-Rh (61,4%) e toxoplasmose (58,8%). Nenhum exame registrado no terceiro trimestre obteve frequência igual ou maior que 50% de registro completo⁽²⁴⁾.

Estudo realizado em Fortaleza, região Nordeste do Brasil, ao analisar 560 consultas pré-natais evidenciou que apenas 25,4% das gestantes realizaram todos os exames preconizados adequadamente. Essa foi a menor adequabilidade encontrada na assistência pré-natal, em detrimento à realização dos procedimentos clínico-obstétricos e número de consultas e acesso precoce. As prevalências de adequabilidade foram: 30,9% para HIV, 36,2% para sífilis, 34,4% para urina⁽²⁵⁾.

Um achado que merece atenção é a melhora de acesso para os grupos de maior vulnerabilidade. Contudo, a marcante desigualdade no acesso e na qualidade do cuidado pré-natal tem sérias repercussões maternas e infantis, relacionados em grande parte às dificuldades geográficas, barreiras de acesso a serviços diagnósticos e terapêuticos⁽²⁶⁾. Isto revela a necessidade urgente de melhorias da adequação pré-natal, para um cuidado integral que responda às demandas relacionadas às vulnerabilidades social e econômica, sendo primordial para a prevenção e detecção precoce de síndromes e patologias maternas e fetais por meio dos exames laboratoriais, e consequentemente da redução das mortes⁽²⁷⁾.

Deve-se destacar que desde 2016 o Ministério da Saúde declarou epidemia de sífilis no Brasil⁽²⁸⁾. Contudo, apesar dos esforços para aumentar a testagem e o tratamento da infecção entre as mulheres grávidas, as taxas de sífilis congênita no país permanecem elevadas⁽²⁸⁾. Evidencia-se que a relação da sífilis congênita está diretamente associada a fatores relacionados à vulnerabilidade socioeconômica. Estes determinantes não afetam apenas o acesso a serviços essenciais de cuidados pré-natais, mas também a continuidade e a qualidade de tais medidas preventivas⁽²⁹⁾.

Existem grandes desafios para a melhoria da oferta do cuidado pré-natal e acesso aos seus exames. Percebe-se a urgente necessidade de políticas de saúde que contribuam com o acesso aos testes/exames laboratoriais de pré-natal a população vulnerável, para que assim, consiga-se reduzir as desigualdades em saúde e seus efeitos nos indicadores de mortalidade materno-infantil no país. Essa ação faz parte das metas do ODS até 2030 e para isso requer a qualificação desses serviços⁽³⁰⁾.

Limitações e contribuições do estudo

Apesar desses resultados, há algumas limitações. A utilização de dados de inquéritos epidemiológicos em que as gestantes autorreferiram as informações dos exames podem apresentar viés recordatório e de informação. Houve mudanças substanciais nas PNS em relação à forma que se realizou a pergunta sobre os exames (em 2013: *Durante o pré-natal, a Sra. fez exame de sangue?* e em 2019: *Nesta gravidez, você fez algum exame de sangue, sem considerar o teste de gravidez?*). A abordagem distinta para o mesmo exame pode ter influenciado o entendimento e a informação processada durante a entrevista, interferindo nas respostas das gestantes. Outro ponto importante está relacionado a não investigação de sorologias para vírus da hepatite B e toxoplasmose. Ademais, não é possível confirmar se o exame de sangue realizado foi de glicemia ou hematócrito, visto que, são informações autorrelatadas e não verificadas em cartão de gestante.

Contudo, trata-se de um inquérito nacional com gestantes de todo o Brasil. Os resultados indicam a importância de se investigar o acesso aos exames de rotina do pré-natal. Pode contribuir para reformulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal no país. Além de contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde, dentre eles, do enfermeiro, para a tomada de decisões assertivas para um cuidado às gestantes, em vista do perfil epidemiológico de vulnerabilidade apresentado.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou aumento na realização do conjunto dos quatro testes/exames de pré-natal e também especificamente para os exames de sífilis e HIV no período de 2013 a 2019 no Brasil. Porém, houve redução dos exames de sangue e urina. Esse avanço foi para os grupos e localidades mais vulneráveis do país. No entanto, ainda é baixa a prevalência e ainda observa-se iniquidades de acesso à realização dos exames no Brasil.

Apesar da importância dessa temática, estudos de âmbito nacional publicados ainda não realizam uma análise dos testes/exames de pré-natal preconizados no país. Assim, este estudo indica um caminho para uma pauta de pesquisa que eleva a produção científica sobre a importância da investigação do acesso aos testes/exames de rotina do pré-natal, podendo contribuir para reformulação de estratégias de intervenção que visem à melhoria dos indicadores do pré-natal na população usuária do SUS.

Além disso, vem contribuir com a produção do conhecimento. Em especial para o conhecimento dos profissionais de saúde, dentre eles, do enfermeiro(a), que atua na Atenção Primária a Saúde em consultas e solicitação, avaliação e acompanhamento de gestantes. Logo,

fortalece o aprendizado para as tomadas de decisões assertivas para um cuidado integral e igualitário.

REFERÊNCIAS

1. Mohseni M, Isfahani HM, Moosavi A, Mohammadian ED, Mirmohammadi F, Ghazanfari F, et al. Health system-related barriers to prenatal care management in low- and middle-income countries: a systematic review of the qualitative literature. *Primary Health Care Research & Development*. 2023; 27(24):e15. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1463423622000706>.
2. ODS. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável [internet]. 2024 [cited 2024 Jan. 15]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
3. ONU. Organização das Nações Unidas [internet]. 2022 [cited 2024 Jan. 15]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/199938-unfpa-brasil-segue-com-%C3%ADndices-elevados-de-gravidez-na-adolesc%C3%Aancia>
4. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
5. Janevic T, Weber E, Howell FM, Steelman M, Krishnamoorthi M, Fox A. Analysis of state Medicaid expansion and access to timely prenatal care among women who were immigrant vs US born. *JAMA Netw Open*. 2022 Oct 3;5(10):e2239264. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.39264>.
6. McDonald H, Moren C, Scarlett J. Health inequalities in timely antenatal care: audit of pre- and post-referral delays in antenatal bookings in London 2015–16. *Journal of Public Health [Internet]*. 2020;42(4):801-815. Available from: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz184>
7. Luz LA da, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde debate [Internet]*. 2018Oct;42(spe2):111–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>
8. Fabri ER, Canônico SB, Silva RMM da, Ferreira H, Zilly A, Contiero AP. Prevalência e fatores associados à realização de exames pré-natais na pandemia de COVID-19: um estudo transversal. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2023;27:e20230009. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0009pt>
9. Holcomb DS, Pengetnze Y, Steele A, Karam A, Spong C, Nelson DB. Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Sep;3(5):100442. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100442>. Epub 2021 Jul 8.
10. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al.. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2017;33(3):e00195815. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
11. Silva EP da, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2019;53:43. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 13 de Janeiro de 2023. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências [Internet]; Brasília; 2023 [cited 2023 Set. 13].

Available from:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html

13. Brito JGE de, Santos JM de J, Barreiro M do SC, Dantas D da S, Leite AM, Mendes RB. Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2021;26:e75169. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75169>
14. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*[internet]. JBI, 2020 [cited 2023 Set. 13]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
15. Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, Antonaci G de A, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015Apr;24(2):207–16. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
16. Stopa Sheila Rizzato, Szwarcwald Célia Landmann, Oliveira Max Moura de, Gouvea Ellen de Cassia Dutra Pozzetti, Vieira Maria Lúcia França Pontes, Freitas Marcos Paulo Soares de et al . Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [citado 2024 Abr 29] ; 29(5): e2020315. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020 [acessado 05 Jul 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
18. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 466 de dezembro de 2012 [internet]. 2012 [cited 2023 Set. 13]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Ladak Z, Grewal N, Kim MO, Small S, Leber A, Hemani M, Sun Q, Hamza DM, Laur C, Ivers NM, Falenchuk O, Volpe R. Equity in prenatal healthcare services globally: an umbrella review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024; 24(1):191. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06388-0>
20. Krukowski RA, Jacobson LT, John J, Kinser P, Campbell K, Ledoux T, Gavin KL, Chiu CY, Wang J, Kruper A. Correlates of Early Prenatal Care Access among U.S. Women: Data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *Matern Child Health J*. 2022; 26(2):328-341. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03232-1>
21. Raru TB, Mamo Ayana G, Bahiru N, Deressa A, Alemu A, Birhanu A, et al. Quality of antenatal care and associated factors among pregnant women in East Africa using Demographic and Health Surveys: A multilevel analysis. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455065221076731. Available from: <https://doi.org/10.1177/17455065221076731>
22. Vasconcelos A, Sousa S, Bandeira N, Alves M, Ana Luísa Papoila, Pereira F, et al. Antenatal screenings and maternal diagnosis among pregnant women in Sao Tome & Principe-Missed opportunities to improve neonatal health: A hospital-based study. *PLOS Glob Public Health*, 2022;29(2):e0001444. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001444>.
23. Arsenaault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, Kruk ME. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1186-e1195. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30389-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30389-9)

24. Camargos LF de, Lemos PL, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021;25(1):e20200166. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0166>
25. Balsells MMD, Oliveira TMF de, Bernardo EBR, Aquino P de S, Damasceno AK de C, Castro RCMB, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. *Acta paul enferm* [Internet]. 2018May;31(3):247–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800036>
26. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020;54:08. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
27. Nascimento BTS do, Assis JJC de, Silva RPD, Lima EM, Barbosa LRDS, Costa KLD, et al. Associação de Gravidez na Adolescência e Prematuridade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024;6(1):396-406. Available from: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p396-406>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis | Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e hepatites virais [Internet]. antigo.aids.gov.br. [cited 2024 Feb 28]. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/taxonomy/term/595>
29. Etti M, Neto ASL, Monteiro HS, Araújo MAL, Dos Santos de Sousa G, Castro MC. Determinants of congenital syphilis in Fortaleza, Brazil: A retrospective case-control study. *PLOS Glob Public Health*. 2023 Dec 6;3(12):e0002626. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002626>
30. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Oct;26(10):4397–409. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>

NORMAS DA REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Instruções aos Autores

O manuscrito pode ser submetido nos idiomas português, inglês ou espanhol e ser destinado exclusivamente à REEUSP. Não é permitida a apresentação simultânea do manuscrito a outro periódico, parcial ou integralmente.

A submissão deve ser feita online no sistema *ScholarOne*, acompanhada de uma carta ao Editor Científico, destacando os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

Adicionalmente, deve informar os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID a seu perfil no ScholarOne e informá-lo no momento da submissão.

Não há limite no número de autores, mas as pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

O *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) recomenda que a autoria seja baseada em contribuições substanciais: a) na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou em sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Para indicar as contribuições dos autores recomenda-se usar a CRediT Contributor Roles Taxonomy). Desta forma, na submissão do manuscrito, os nomes dos autores devem ser escritos por extenso, informar detalhadamente sua contribuição, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade de Direitos Autorais.

Caso haja algum conflito de interesse, os autores devem informar no momento da submissão. Os conflitos de interesses podem ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Conflitos de interesses podem ocorrer entre autores, revisores ou editores.

Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para a avaliação do manuscrito. Estes deverão ser obrigatoriamente doutores, que possam ser localizados na Plataforma Lattes de acordo com a temática do manuscrito, não deve ter conflito de interesses e não devem pertencer às instituições de quaisquer dos autores. Os nomes podem ser acatados ou não pelos

Editores Associados. A REEUSP solicita o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO e da Declaração de Disponibilidade de Dados que devem ser anexados obrigatoriamente ao sistema *ScholarOne* como arquivos complementares para avaliação dos revisores.

Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório que considerarem mais adequados para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Diversos repositórios de Acesso Aberto estão disponíveis, tais como: SciELO Data, Repositório de Dados Científicos da USP e Harvard Dataverse.

O autor deve informar à REEUSP o número DOI atribuído aos dados de pesquisa e/ou ao preprint e o nome do servidor onde foi depositado. O material deve obedecer a licença Creative Commons para compartilhamento de dados e ser citado como “Disponibilidade de Dados” após a seção “Aspectos Éticos” do manuscrito. O manuscrito aprovado deve ser revisado por um profissional credenciado pela REEUSP e traduzido para o inglês, caso o idioma original seja português ou espanhol. Artigo Original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas no total (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. S. da S. *et al.* Nursing care for women in prepartum and delivery: aiming at a safe maternity. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e206111633738, 2022.
- AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, p. 148-155, 2009.
- ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03645, 2020.
- ARROYAVE L, SAAD GE, VICTORA CG, BARROS AJD. Inequalities in antenatal care coverage and quality: an analysis from 63 low and middle-income countries using the ANCq content-qualified coverage indicator. *Int J Equity Health*. 2021 Apr 17;20(1):102. doi: 10.1186/s12939-021-01440-3. PMID: 33865396; PMCID: PMC8052706.
- AWOPEGBA, O.E. *et al.* Prenatal care coverage and correlates of HIV testing in sub-Saharan Africa: Insight from demographic and health surveys of 16 countries. **PLoS One**, v. 9, n. 15, p. e0242001, nov. 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0242001.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros—PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.
- BRANDON, O.; CHAKRAVARTI, S.; HEMELAAR, J. Trends in management and outcomes of pregnant women living with HIV between 2008–2013 and 2014–2019: A retrospective cohort study. **Frontiers in Medicine**, v. 9, p. 970175, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/2006. **Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Ministério da Saúde: Brasília-DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 10 de janeiro de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 15 de dezembro de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Saúde Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/indez.php/saudebrasil>. Acesso em: 30 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1984. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática* Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-aco-es-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-aco-es-de-saude/aco-es-de-saude/1-politica-nac-atencao-mulher2.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica 4/2022 - DAPES/SAPS/MS.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.** 2. ed. rev. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. Portaria GM/MS Nº 13 de Janeiro de 2023. Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica**. Brasília: SISAB, 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml> Acesso em: 15 out. 2023b.

BRASIL. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

BEZERRA, Tamires Barbosa; NEVES DE OLIVEIRA, Camila Almeida. A PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA RECEBIDA NO PRÉ-NATAL. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 2021, 15.2.

BRITO, F. A. M. *et al.* Rede Cegonha: características maternas e desfechos perinatais relacionados às consultas pré-natais no risco intermediário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.

BEFAM. Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil. Rio de Janeiro (RJ). 1965. Disponível: <https://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/sociedade-civil-bem-estar-familiar-no-brasil>. Acesso em: março de 2024.

CAPELLI, J. C. S. *et al.* Baixo peso ao nascer e fatores associados ao pré-natal: estudo seccional em uma maternidade de referência de Macaé. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 1, p. 163-173, 2020.

CARDOSO, Ana Cláudia Paiva, et al. Os registros de pré-natal sob a perspectiva dos enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023, 23.10: e13192-e13192.

CARVALHO, D. *et al.* O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. 2020.

CASTILHO, G. G. C.; ROCHA, L. M. L. N. A rede cegonha na formação da agenda no governo de Dilma Rousseff. **Serviço Social e Saúde**, v. 21, p. e022006-e022006, 2022.

CESAR, Juraci Almeida, et al. Assistência pré-natal entre adolescentes no extremo sul do Brasil: adequação e fatores associados. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2023, 23: e20220271.

CHAPONDA, E. B. *et al.* Sulfadoxine-pyrimethamine parasitological efficacy against *Plasmodium falciparum* among pregnant women and molecular markers of resistance in Zambia: an observational cohort study. **Malaria journal**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2021.

COELHO, J. M. F. *et al.* Associação entre qualidade do pré-natal e baixo peso ao nascer em uma instituição hospitalar em Feira de Santana. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 2, p. 129-135, 2018.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14: 1073-1083.

DA SILVA MONTEIRO, I.; DA SILVEIRA MOREIRA, R.; FARIAS, S. F. Atenção em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do Recife a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, 2020.

DA SILVA NUNES, A. D. *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.

DASKALAKIS, George, *et al.* European guidelines on perinatal care: corticosteroids for women at risk of preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2023, 36.1: 2160628.

DALMARTELLO, M. *et al.* Coverage and outcomes of antenatal tests for infections: a population based survey in the Province of Trento, Italy. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 32, n. 12, p. 2049-2055, 2019.

DE ALMEIDA, Jéssica Teles; MACHADO, Raquel Cavalcanti Ramos. Gênero, raça e participação política da mulher negra: da visibilização à inclusão. *Direito Público*, 2021, 18.98.

DE MOURA-FERREIRA, Maria Cristina, *et al.* PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA: EMPECILHOS E POTENCIALIDADE. *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, 2024, 39.

DE OLIVEIRA TOSS, Ana Flávia, *et al.* Óbito materno e fetal em mulheres que não frequentam o pré-natal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023, 23.6: e12979-e12979.

DOS SANTOS, Maria das Candeas Menezes, *et al.* CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2023*. 2675-6218, 2023, 4.7: e473647-e473647.

DE OLIVEIRA, Lucas Fernandes, *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes com sífilis cujo parceiros sexuais receberam tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023, 23.7: e12964-e12964.

DO NASCIMENTO PANTOJA, I. *et al.* Associação entre número de consultas pré-natal e as características maternas e neonatais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, p. e8843-e8843, 2021.

DO NASCIMENTO, Roberto Pereira; ROCKENBACH, Valeria Barão Machado. Pré-natal odontológico: percepção das gestantes atendidas no município de Vilhena-RO. *Revista Ciência Plural*, 2023, 9.3: 1-18.

DOS REIS, A. L. P.; BORGES, R. M. S.; COSTA, C. M. A. A presença do pai no pré-natal na Atenção Primária de Saúde. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. Spe. 1, p. e94-e94, 2021.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1735-1750, 2020.

FAIR, Frankie, *et al.* Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*, 2020, 15.2: e0228378.

FABRI, Eduarda Rockenbach, *et al.* Prevalência e fatores associados à realização de exames pré-natais na pandemia de COVID-19: um estudo transversal. *Escola Anna Nery*, 2024, 27: e20230009.

FERREIRA, Michelle Elaine Siqueira; COUTINHO, Raquel Zanatta; QUEIROZ, Bernardo Lanza. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023, 39: e00013923.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **O que é a PNS?** Brasília: FIOCRUZ, 2021.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde publica**, v. 35, p. e00012219, 2019.

GÓES, F. G. B. *et al.* Boas práticas no cuidado ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto: revisão integrativa. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J.)**, p. 899-906, 2021.

INOUE-NAGATA, A. K. *et al.* ICTV virus taxonomy profile: Potyviridae 2022. **Journal of General Virology**, v. 103, n. 5, p. 001738, 2022.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C. Restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso ao nascer: fenótipos de risco de morte neonatal, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00231022, 2023.

KUFA, T. *et al.* Syphilis screening coverage and positivity by HIV treatment status among South African pregnant women enrolled in the 2019 antenatal HIV sentinel survey. **Scientific reports**, v. 13, n. 1, p. 5322, 2023.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020.

LEICHLITER, J. S. *et al.* Trends in factors indicating increased risk for STI among key subpopulations in the United States, 2002–2015. **Sexually transmitted infections**, v. 96, n. 2, p. 121-123, 2020.

LIVRAMENTO, D. V. P. do *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, e20180211, 2019.

MACÊDO, V. C. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cad Saúde Colet**, v. 28, n. 4, p. 518-528, 2020.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. M. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320221, 2022.

MAMEDE, Fabiana Villela; PRUDÊNCIO, Patrícia Santos. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015, 36: 262-266.

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

MELO, E. C.; DE OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 4, jul./aug. 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>.

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**, 2020, 25.3: 793-804.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 29-40, 2018.

METWALLY, A. M. *et al.* Enhancing the value of women's reproductive rights through community based interventions in upper Egypt governorates: a randomized interventional study. **International journal for equity in health**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2019.

MOOLA, S. *et al.* Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **JBÍ Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4397-4409, 2021.

MOURA, Silvio, et al. Garantia do direito à saúde de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Revista Científica Multidisciplinar do CEAP*, 2023, 5.2.

NEVES, R. G. *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, p. e2019019, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016.

Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;sequence=2> Acesso em: 12 dez. 2023.

PAIZ, Janini Cristina et al. Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3041-3051, 2021.

PUTHUSSEY, Shuby, et al. Disparities in the timing of antenatal care initiation and associated factors in an ethnically dense maternal cohort with high levels of area deprivation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022, 22.1: 1-11.

RADOVICH, E. *et al.* Measuring the quality of antenatal care in a context of high utilisation: evidence from Telangana, India. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 22, n. 1, p. 876, 2022.

RESENDE, M. R. *et al.* Relação entre cobertura pré-natal, características maternas, da gestação e APGAR dos recém-nascidos vivos em Minas Gerais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e22011124539-e22011124539, 2022.

RIBEIRO, D. A. P. C. G.; DOS SANTOS MORAIS, M. O. A importância do exame de sífilis no pré-natal. **Inova Saúde**, v. 13, n. 2, p. 119-127, 2023.

ROCHA, C. R. F. C.; LOPES, I. M. D. Avaliação da qualidade do pré-natal em um hospital amigo da criança no interior do nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e53111125277-e53111125277, 2022.

RODRIGUES, K. M. D. *et al.* Relationship between the number of prenatal care visits and the occurrence of adverse perinatal outcomes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 68, p. 256-260, 2022.

SERRAZINA, Andrea Fferreira; DA SILVA, Geísa Sereno Velloso. Captação da Gestante para Pré-natal precoce. **Revista Pró-Universus**, v. 10, n. 1, p. 29-33, 2019.

SILVA, E. P. *et al.* Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. **Revista de saude publica**, v. 53, 2019.

SILVA, J. C. *et al.* Etnicidade: influência nos desfechos adversos perinatais Ethnicity: influence in adverse perinatal outcomes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 73443-73456, 2021.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set. 2021.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. *et al.* Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 207-216, 2015.

STANIKZAI, M. H. *et al.* Contents of antenatal care services in Afghanistan: findings from the national health survey 2018. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 2469, 2023.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020315, 2020.

SULLIVAN, Erin E., *et al.* Access to contraceptives in school-based health centers: Progress and opportunities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2022, 62.3: 350-359.

THAIS MIGOTO, Michelle; PALLISSER DE OLIVEIRA, Rafael; HELENA DE SOUZA FREIRE, Márcia. Validação de indicadores para monitoramento da qualidade do pré-nata. **Anna Nery School Journal of Nursing/Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 26, 2022.

TSEGAYE, B.; AYALEW, M. Prevalence and factors associated with antenatal care utilization in Ethiopia: an evidence from demographic health survey 2016. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

VASCONCELOS, A. *et al.* Antenatal screenings and maternal diagnosis among pregnant women in Sao Tome & Principe-Missed opportunities to improve neonatal health: A hospital-based study. **PLOS Glob Public Health**, v. 29, n. 2, p. e0001444, 2022. doi: 10.1371/journal.pgph.0001444.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* El cuidado prenatal en Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

VIDAL, Eglídia Carla Figueirêdo, *et al.* Assistência pré-natal associada aos desfechos neonatais em maternidades: estudo transversal de base hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2024, 57: e20230145.

YUNES, J. Programa nacional de saúde materno-infantil. In: *Conferência Nacional de Saúde*. 1975. p. 49-134.