

## DIFERENÇAS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS ÁREAS URBANAS E RURAIS DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

ANTENATAL CARE DIFFERENCES IN BRAZILIAN URBAN AND RURAL AREAS:  
A CROSS-SECTIONAL POPULATION-BASED STUDY

DIFERENCIAS EN LA ASISTENCIA PRENATAL BRINDADA EN ÁREAS URBANAS Y RURALES DE  
BRASIL: ESTUDIO TRANSVERSAL BASADO EN LA POBLACIÓN

Lais Santos de Magalhães Cardoso<sup>1</sup>  
Larissa Loures Mendes<sup>2</sup>  
Gustavo Velásquez-Meléndez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem pela UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>3</sup> Professor Titular da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Lais Santos de Magalhães Cardoso. Email: lilavate23@yahoo.com.br.  
Submetido em: 04/01/2012 Aprovado em: 07/12/2012

### RESUMO

Com este artigo, objetivou-se comparar a assistência pré-natal realizada nos contextos urbano e rural brasileiros. Mediante delineamento transversal, de base populacional, foram utilizados dados de uma subamostra – 588 mulheres – retirada do universo amostral da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006. Foram analisadas as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde referentes a procedimentos de assistência pré-natal preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Para o tratamento e a análise dos dados, utilizou-se o software Stata, versão 9.0, com o emprego do teste qui-quadrado e nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Os resultados revelaram diferenças significativas entre os contextos urbano e rural brasileiros no que se refere à escolaridade ( $p = 0,0071$ ) e à renda domiciliar bruta ( $p = 0,0001$ ) das gestantes; à posse de plano ou convênio de saúde ( $p = 0,0023$ ); à realização de teste para sífilis ( $p = 0,0293$ ); e à hepatite B ( $p = 0,0424$ ); à oferta para teste de HIV/aids ( $p = 0,0132$ ) e toxoplasmose ( $p = 0,0452$ ). Os melhores resultados foram sinalizados para as gestantes domiciliadas em zona urbana. Identificou-se acesso insatisfatório, em ambos os locais de residência, a procedimentos para a prevenção de deficiências nutricionais, vacinação antitetânica e número de consultas de pré-natal preconizado. Apontou no estudo, portanto, que a qualidade da assistência pré-natal ofertada em ambas as situações de domicílio apresentou-se comprometida em alguns aspectos e a assistência pré-natal dispensada na área rural mostrou-se ainda menos adequada.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Desigualdades em Saúde; Análise Quantitativa.

### ABSTRACT

This study aimed to compare prenatal care delivered in urban and rural Brazil. A cross-sectional population-based survey was conducted based on Children and Women's Health and Demography National Survey – PNDS 2006 data and refer to a sample of 588 women. The software Stata, version 9.0, was used on data analysis. The qui-square test was used to verify prevalence differences between pregnant woman living in Brazil's rural and urban areas regarding a) socioeconomic and demographic situation and; b) accomplishment of the procedures of prenatal care, according to Prenatal and Birth Humanization Program – PHPN. It was considered the level of significance of 5%. Results revealed differences in relation to women schooling ( $p = 0,0071$ ) and gross household income ( $p = 0,0001$ ), possession of health plan ( $p = 0,0023$ ), the accomplishment of tests for syphilis ( $p = 0,0293$ ) and hepatitis B ( $p = 0,0424$ ), and offer for HIV ( $p = 0,0132$ ) and toxoplasmosis ( $p = 0,0452$ ) tests, pointing out the best results for pregnant women living in urban areas. In addition, unsatisfactory access to procedures for nutritional deficiencies prevention, the tetanus vaccination and the number of visits recommended for both local – urban and rural areas, were identified. This study pointed out that the quality of prenatal care offered in both households situations is deficient. However, the prenatal care delivered in rural areas is even less adequate.

**Keywords:** Women's Health; Prenatal Care; Health Inequalities; Quantitative Analysis.

### RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo hacer una comparación entre la atención prenatal en áreas urbanas y rurales de Brasil. Se trata de un estudio transversal para el cual se utilizaron datos de una sub-muestra – 588 mujeres – tomada del universo – muestra definida por la Investigación Nacional de Demografía y Salud de la Niñez y la Mujer – PNDS 2006. Se analizaron variables demográficas, socioeconómicas y sanitarias referentes a los procedimientos de atención prenatal señalados por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento – PHPN. Para tratamiento y análisis de los datos se utilizó el software Stata versión 9.0., empleando la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia de 5% ( $p < 0,05$ ). Los resultados revelaron diferencias significativas entre los contextos urbano y rural brasileños en lo que se refiere a: escolaridad ( $p = 0,0071$ ) e

*ingreso domiciliario bruto ( $p=0,0001$ ) de las embarazadas; afiliadas a un plan o convenio de salud ( $p=0,0023$ ); realización de la prueba para sífilis ( $p=0,0293$ ) y hepatitis B ( $p=0,0424$ ); oferta para pruebas de VIH/ SIDA ( $p=0,0132$ ) y toxoplasmosis ( $p=0,0452$ ). Aunque los mejores resultados fueron obtenidos por las embarazadas de las zonas urbanas, se identificó, en ambos casos, acceso insatisfactorio a procedimientos para la prevención de deficiencias nutricionales, vacunación antitetánica y número de consultas prenatales. El estudio señaló, por tanto, que la calidad de la atención prenatal en ambas situaciones de domicilio está comprometida en algunos aspectos y que aquella de la zona rural es todavía menos adecuada.*

**Palabras clave:** Salud de la Mujer; Atención Prenatal; Desigualdades en la Salud; Análisis Cuantitativo.

## INTRODUÇÃO

A saúde é uma condição que possui fatores determinantes e condicionantes multidimensionais. Nessa perspectiva, há que se considerar que as desigualdades em saúde também se manifestam em razão de uma multidimensionalidade causal, sendo evidenciadas entre grupos sociais com diferentes condições socioeconômicas e demográficas.<sup>1</sup>

Em 2000, visando à redução mundial das desigualdades sociais, a Organização das Nações Unidas (ONU), com a participação e comprometimento de seus Estados-Membros, elaborou a *Millennium Development Goals (Declaração do Milênio)*, que estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento para o milênio. Dentre esses, figura o objetivo de número 5 “Melhorar a saúde materna”, cujas metas são: reduzir em três quartos a mortalidade materna e alcançar acesso universal à saúde reprodutiva, ambas intimamente relacionadas à qualidade da atenção dispensada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério.<sup>2</sup>

No que se refere à gestação, o acompanhamento pré-natal de qualidade configura ação eficaz para detecção precoce e tratamento de intercorrências de saúde materna, colaborando para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o conceito. O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a promoção da saúde materna e neonatal, bem como para a diminuição das taxas de morbimortalidade correlatas, como a taxa de mortalidade materna.<sup>3,4</sup>

Assim, em 2000, objetivando assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN),<sup>5</sup> que definiu novo modelo nacional de ações assistenciais da atenção pré-natal.<sup>6</sup> Em suma, propôs que fossem realizadas e garantidas às gestantes as seguintes atividades: primeira consulta de pré-natal dentro dos quatro primeiros meses de gestação; acesso a, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal; realização de, pelo menos, uma consulta no puerpério, considerando o prazo de até 42 dias após o parto/nascimento; acesso aos exames laboratoriais ABO-Rh, VDRL, glicemia de jejum, urina, contagem de hemoglobina e hematócrito; oferta do exame para testagem anti-HIV; oferta da vacinação antitetânica, seja dose imunizante, seja de reforço; acesso

a atividades educativas; classificação de risco gestacional, com garantia de acesso a serviços especializados para gestação classificada como de alto risco.<sup>5</sup>

No Brasil, apesar de se observarem avanços na cobertura da assistência pré-natal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória, haja vista a incidência de sífilis congênita estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos no Sistema Único de Saúde (SUS) para 2002, os transtornos hipertensivos serem a causa mais frequente de morte materna e o percentual de gestantes que não conseguem realizar o elenco mínimo de ações preconizadas pelo PHPN.<sup>6</sup>

Desde a criação do PHPN, observa-se que, em âmbito nacional, em estudos sobre a avaliação da assistência pré-natal, na sua maioria, são investigados a cobertura e os indicadores do programa ou variáveis similares, como número de consultas, captação da gestante e procedimentos realizados.<sup>7-17</sup> Observam-se, ainda, estudos em que se investiga equidade em pré-natal, evidenciando as disparidades nessa atenção com preferência por recortes socioeconômicos e regionais.<sup>10,14,18-21</sup> Entretanto, são escassos os estudos nacionais em que se avalia a assistência pré-natal adotando como categoria analítica o local de residência, ou seja, área urbana e área rural, e como esse fator pode influenciar a prestação de serviços básicos de saúde à população.

Cumprir mencionar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em estudo com o intuito de avaliar comparativamente a situação da assistência pré-natal entre os países em desenvolvimento, apontou que as disparidades de acesso e uso desses serviços apresentam estreita relação com o local de residência, o nível de escolaridade e a distribuição de renda.<sup>22</sup> Segundo a mesma organização, a maior diferença no acesso a cuidados especializados de pré-natal é verificada entre as mulheres ricas e pobres, e entre as áreas urbanas e rurais.<sup>23</sup>

Particularmente no Brasil, o acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio para o SUS.<sup>24</sup> Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996 retrataram lacunas na efetividade das ações de saúde na área rural. Apontaram que, aproximadamente, 14% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal, sendo que, desse total, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32%, no meio rural.<sup>25</sup>

Diante desse cenário, com este estudo objetivou-se avaliar comparativamente a assistência pré-natal realizada nos contextos urbano e rural brasileiros, adotando como parâmetro avaliativo a realização de procedimentos – indicadores de processo – preconizados pelo PHPN, com a finalidade de identificar possíveis desigualdades entre esses locais, relativas à qualidade e efetividade da atenção à gestação neles dispensada. Partiu-se da hipótese de que a assistência pré-natal oferecida no contexto rural mantém-se menos adequada do que a oferecida no contexto urbano, ou seja, as gestantes residentes na área rural ainda têm menos acesso ao elenco de ações preconizadas pelo PHPN. Os dados analisados foram provenientes da PNDS de 2006.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma investigação quantitativa, de base populacional e delineamento transversal, na qual se utilizou o banco de dados da PNDS de 2006, disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.<sup>26</sup>

### ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS DA PNDS DE 2006

A PNDS de 2006<sup>25</sup> integra um programa mundial de pesquisas, o *Demographic and Health Survey* (DHS) e baseia-se em amostra nacional, com a finalidade de traçar o perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de 5 anos no Brasil.

Realizado de novembro de 2006 a maio de 2007, trata-se de um estudo de delineamento transversal, cujo universo amostral foi definido por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em dois estágios de seleção: primeiramente foram selecionados setores censitários<sup>4</sup> e, em seguida, domicílios particulares neles alocados.

A amostra de setores foi obtida por amostragem aleatória simples por conglomerados, conformando dez estratos amostrais definidos mediante a combinação das cinco macrorregiões brasileiras e dos contextos urbano e rural, de maneira a propiciar a obtenção de uma amostra representativa da população brasileira. Cumpre esclarecer que o número de setores selecionados em cada estrato foi definido de maneira a garantir um número mínimo de entrevistas que permitissem um número mínimo de coleta de sangue em crianças segundo os percentuais de incidência de deficiência de vitamina A no sangue.<sup>26</sup> O número mínimo de entrevistas por estrato foi obtido considerando-se amostras com populações grandes e utilizando uma aproximação pela amostragem aleatória simples com erro de cinco pontos percentuais. Para a seleção dos domicílios, utilizou-se o método de amostragem inversa, uma vez que não se tinha conhecimento prévio se o domicílio selecionado tinha ou não pelo menos uma mulher elegível, ou seja, em idade repro-

ductiva – entre 15 e 49 anos de idade. Assim, foram selecionados aleatoriamente 12 domicílios por setor.

Foram, portanto, aplicados questionários em 14.617 domicílios, dos quais 13.056 tinham pelo menos uma mulher elegível entrevistada. Desse modo, obteve-se informação sobre um total de 15.575 mulheres elegíveis.

Os dados foram adquiridos mediante a realização de inquérito domiciliar, com a aplicação de questionário estruturado composto pelos seguintes instrumentos:

- a. ficha do domicílio: prevê a identificação do município e o local de residência, o registro de todos os moradores do domicílio. coletando o grau de parentesco de cada morador em relação ao responsável do domicílio, o sexo, a identificação do cônjuge dos moradores, da mãe e do pai, além da idade, grau de instrução, existência de mulheres de 15 a 49 anos e de crianças nascidas a partir de janeiro de 2001. Contém também questões sobre características da moradia, tais como tipo de fonte de água utilizada, número de cômodos, material predominante usado na construção das paredes, piso e telhado e posse de bens duráveis;
- b. questionário da mulher: prevê a coleta de informações sobre características da entrevistada, reprodução, anticoncepção, acesso a medicamentos, gravidez e parto, amamentação, vacinação, saúde e nutrição, conjugalidade e atividade sexual, planejamento da fecundidade, características do cônjuge, trabalho e medidas antropométricas.

De maneira complementar à aplicação dos questionários, recorreu-se ao cartão da criança e a embalagens de contraceptivos, com o intuito de se aferir a informação declarada ou mesmo melhorar a qualidade desta. Dados antropométricos como peso e altura das mulheres e crianças e circunferência da cintura da mulher foram adquiridos por meio de mensurações diretas, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Foram realizadas coletas de sangue para dosagem de vitamina A, investigação de hemoglobinopatias e análise do teor de iodo no sal consumido nos domicílios.

A PNDS de 2006 foi aprovada *ad referendum* pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST/aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e, posteriormente, recebeu a aprovação do mesmo Comitê em 3 de outubro de 2005.<sup>26</sup>

### ASPECTOS METODOLÓGICOS DESTA ESTUDO

Foram analisados dados referentes a uma subamostra provinda do banco de dados da PNDS de 2006. Foram consideradas apenas as respostas das mulheres que relataram estar grávidas no momento da aplicação dos questionários – um subtotal de 588 mulheres – com o intuito de realizar um levantamento

de informações mais recentes relativas à assistência pré-natal, à qual vinham sendo submetidas, na tentativa de reduzir a ocorrência de um possível viés de memória.

A avaliação da assistência pré-natal pautou-se pela realização de procedimentos básicos conforme preconiza o PHPN e, portanto, as variáveis utilizadas foram: 1) Captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; 2) Tipagem sanguínea (ABO-Rh), Contagem de Hemoglobina/Hematócrito, Glicemia de jejum, compiladas na categoria Exame de sangue 3) Exame de urina; 4) Sorologia para hepatite B (HBsAg); 5) Sorologia para HIV; 6) Sorologia para VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*); 7) Sorologia para toxoplasmose (IgM); 8) Imunização antitetânica; 9) Aferição de massa corporal; 10) Aferição de estatura; 11) Aferição da pressão arterial; 12) Prescrição de sulfato ferroso; e 13) Prescrição de ácido fólico. Ademais, foram selecionadas variáveis demográficas, econômicas e sociais, a saber: cor, faixa etária, escolaridade, renda, posse de plano de saúde e serviço onde foi realizado o pré-natal.

Os dados foram processados utilizando-se o pacote estatístico Stata – *Data Analysis and Statistical Software* –, versão 9.0. Procedeu-se, inicialmente, a uma análise descritiva com medidas de tendência central e medidas de dispersão das variáveis socioeconômicas e demográficas. Posteriormente, realizou-se a análise estatística univariada, na qual foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar diferenças na prevalência de: a) fatores socioeconômicos e demográficos e b) realização de procedimentos básicos de assistência pré-natal, comparando-se as proporções encontradas entre as diferentes situações de domicílio – residir em zona rural ou urbana. O nível de significância utilizado para avaliar as diferenças de parâmetros foi de 5%.

## RESULTADOS

Selecionados os domicílios, 15.575 mulheres na faixa etária dos 15 a 49 anos participaram do estudo. Após selecionar a variável *gravidez atual*, a população estudada constituiu-se de 588 mulheres, com idades entre 15 e 43 anos e com uma média de 6,9 meses completos de gravidez no momento da entrevista, das quais 379 (78,3%) residiam em área urbana e 209 (21,6%) em área rural.

As gestantes, em ambas as situações de domicílio, eram, em maior parte, não brancas e com idade entre 18 e 34 anos. Para a escolaridade, a média de anos de estudo para as mulheres urbanas apresenta um valor superior em quase dois anos daquela apresentada pelas mulheres vivendo em zonas rurais – respectivamente, 8,8 e 6,8 anos (dados não mostrados, provenientes do banco de dados da PNDS 2006<sup>25</sup>). Verificou-se que as mulheres domiciliadas na área urbana possuem, em sua maioria, entre cinco a onze anos de estudo, enquanto as domiciliadas na área rural possuem, em maior parte, até oito anos de estudo (Tabela 1). Todavia, essas diferenças não apresentaram significância estatística.

Quanto à renda domiciliar bruta, houve diferença entre o grupo de gestantes que reside na área urbana e o que reside na rural: média de 1.062 reais para as gestantes domiciliadas em área urbana, em contraposição à média de 517 reais (dados não mostrados, provenientes do banco de dados da PNDS 2006<sup>25</sup>), para aquelas residentes na zona rural. Apenas 22% das mulheres residentes na área rural apresentaram renda superior a 2,3 salários mínimos – o equivalente a 800 reais – e, portanto, se enquadraram no melhor tercil de renda domiciliar bruta, contra aproximadamente 39% das residentes na área urbana (Tabela 1). Cabe esclarecer que o salário mínimo no ano da realização da PNDS era de 350 reais.<sup>27</sup>

Identificou-se que 17% das residentes em área urbana alegaram possuir plano ou convênio de saúde, em contraposição às 7,8% residentes no contexto rural. Ademais, em ambos os locais, mais de 80% declararam ter realizado o pré-natal em serviços públicos do SUS (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das gestantes segundo fatores demográficos e socioeconômicos em zona urbana e rural – PNDS, 2006

Variáveis	Área urbana		Área rural		Valor-p
	n	%	n	%	
<b>Cor da pele</b>					
Branca	126	33,6	68	32,9	0,52
Não branca	249	66,4	139	67,1	
<b>Idade (anos completos)</b>					
<18	36	9,5	16	7,7	0,45
18 – 24	153	40,4	90	43	
25 – 34	164	43,2	81	38,8	
35 – 44	26	6,9	22	10,5	
<b>Escolaridade</b>					
até 4 anos de estudo	62	16,6	81	39,3	< 0,01
de 5 a 8 anos de estudo	138	36,9	69	33,5	
de 9 a 11 anos de estudo	143	38,2	55	26,7	
12 anos e +	31	8,3	1	0,5	
<b>Renda domiciliar bruta</b>					
1º tercil (12 a 350 reais)	94	30,4	70	44,0	< 0,01
2º tercil (360 a 780 reais)	95	30,7	54	34	
3º tercil (800 a 10.000 reais)	120	38,8	35	22	
<b>Possui convênio ou plano de saúde</b>					
Sim	66	17,4	16	7,7	< 0,01
Não	313	82,6	192	92,3	
<b>Fez pré-natal no SUS</b>					
Sim	264	80,2	148	87,1	0,17
Não	65	19,8	22	12,9	

Fonte: PNDS 2006.<sup>25</sup>

Quanto ao preconizado pelo PHPN, 25% das gestantes residentes na área urbana realizaram seis ou mais consultas até o momento da entrevista, contra 19% das residentes em área rural. Não foi verificada, no entanto, diferença estatística. A média de idade gestacional na primeira consulta foi de 3,7 meses para a zona urbana e 2,6 meses para a zona rural (dados não mostrados, provenientes do banco de dados da PNDS 2006<sup>25</sup>). Em termos de valores percentuais, observa-se que grande parcela das gestantes captadas precocemente nas regiões urbana e rural (91,7% vs. 91,8%) realizou exame de urina (89% vs. 86%) e de sangue (93% vs. 91,7%). Não houve diferenças significativas entre urbano/rural no acesso a esses procedimentos. Quanto a outros exames complementares, identificou-se que uma proporção baixa das gestantes residentes em áreas rurais referiu ter realizado teste para sífilis – VDRL (52%); sorologia para hepatite B – HbsAg (52%); e ter sido ofertado teste para HIV/aids (68%) e sorologia para toxoplasmose (57%). Quando comparadas essas proporções com as da área urbana, observam-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) que favorecem a área urbana na prestação desses serviços. Nessa região, porém, o percentual de cobertura desses procedimentos (teste para sífilis, hepatite B e toxoplasmose) se encontra abaixo dos 80%. Além disso, menos da metade das gestantes, em ambos os locais de residência, relatou ter sido imunizada contra tétano na gravidez em curso, não havendo diferenças significativas entre as diferentes situações de domicílio (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo captação precoce, realização de exames complementares e imunização antitetânica, por zona urbana e rural – PNDS, 2006

Variáveis	Urbana		Rural		Valor-p
	n	%	n	%	
<b>Captação precoce</b>					
Sim	299	91,7	156	91,8	0,07
Não	27	8,3	14	8,2	
<b>Número de consultas</b>					
Menos de 6	247	75,3	137	80,6	0,62
Igual ou mais de 6	81	24,7	33	19,4	
<b>Exame de sangue</b>					
Sim	306	93,3	155	91,7	0,20
Não	22	6,7	14	8,3	
<b>Exame de urina</b>					
Sim	294	89,4	147	86,5	0,56
Não	35	10,6	23	13,5	
<b>Teste para VDRL</b>					
Sim	230	74,4	81	51,9	0,03
Não	79	25,6	75	48,1	

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo captação precoce, realização de exames complementares e imunização antitetânica, por zona urbana e rural – PNDS, 2006

Variáveis	Urbana		Rural		Valor-p
	n	%	n	%	
<b>Sorologia HBsAg</b>					
Sim	233	74,9	80	52	0,04
Não	78	25,1	74	48	
<b>Teste para HIV</b>					
Sim	273	84	114	67,9	0,01
Não	52	16	54	32,1	
<b>Sorologia toxoplasmose (IgM)</b>					
Sim	221	73,9	91	56,5	0,04
Não	78	26,1	70	43,5	
<b>Imunização antitetânica</b>					
Sim	159	42,5	73	35,1	0,09
Não	215	57,5	135	64,9	

Fonte: PNDS 2006.<sup>25</sup>

Quanto aos procedimentos para avaliação do estado nutricional e do risco gestacional, identificou-se que, em ambas as situações de residência, uma grande percentagem de gestantes – acima de 95% – realizou aferição de massa corporal e diagnóstico de pressão arterial, não tendo sido verificadas diferenças significativas entre as áreas (Tabela 3). Entretanto, observou-se que a mensuração da estatura, outro procedimento considerado de baixa complexidade, apresentou percentual de ocorrência abaixo de 75% em ambos os contextos – urbano e rural –, não havendo diferenças significativas.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes segundo realização de procedimentos relativos à avaliação do estado nutricional e do risco gestacional, por zona urbana e rural – PNDS, 2006

Variáveis	Urbana		Rural		Valor-p
	n	%	n	%	
<b>Aferição de massa corporal</b>					
Sim	316	96,1	163	95,9	0,58
Não	13	3,9	7	4,1	
<b>Aferição da estatura</b>					
Sim	240	73,9	113	66,9	0,58
Não	85	26,1	56	33,1	
<b>Aferição da PA</b>					
Sim	317	96,3	166	97,7	0,27
Não	12	3,7	4	2,3	

Fonte: PNDS 2006.<sup>25</sup>

Verificou-se, adicionalmente, que a porcentagem de gestantes que receberam prescrição de sulfato ferroso foi de, aproximadamente, 60% na área urbana e de 54% na rural, sendo essa porcentagem ainda mais baixa para prescrição de ácido fólico, aproximadamente 45% na área urbana e de 33% na rural (Tabela 4), diferenças não significativas em termos estatísticos.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes segundo acesso à terapêutica de prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais durante a gestação, por zona urbana e rural – PNDS 2006

Variáveis	Urbana		Rural		Valor-p
	n	%	n	%	
<b>Médico receitou sulfato ferroso</b>					
Sim	226	59,6	113	54,1	0,32
Não	153	40,4	96	45,9	
<b>Médico receitou ácido fólico</b>					
Sim	170	44,9	69	33	0,09
Não	209	55,1	140	67	

Fonte: PNDS 2006.<sup>25</sup>

## DISCUSSÃO

Tal qual relatado por Reis<sup>28</sup> apesar de as diferenças entre os espaços rurais e urbanos no Brasil serem cada vez menores, são ainda bastante significativas no que concerne ao acesso a alguns bens e serviços fundamentais. As características sociodemográficas e econômicas das gestantes investigadas revelaram diferenças entre os distintos locais de residência no que se refere à escolaridade, à renda domiciliar bruta, à posse de convênio ou plano de saúde e à prestação de serviços de assistência pré-natal.

Considerando-se que há menor acesso a serviços essenciais – como de saúde e de educação – nas áreas rurais, espera-se, portanto, maior proporção de mulheres com baixa escolaridade nessa região. Os resultados encontrados neste estudo revelam que a escolaridade das mulheres residentes em áreas urbanas é maior do que daquelas residentes em áreas rurais. Esses achados foram confirmados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios<sup>29</sup> que estimou a média de 7,4 anos de estudo para as mulheres residentes nas áreas urbanas, em contraposição aos 4,5 anos de estudo para as residentes em áreas rurais. A baixa escolaridade pode interferir na saúde, uma vez que a capacidade de autocuidado da população pode ser influenciada pelo seu nível de instrução.<sup>30</sup> Esse resultado pode ser impactante para a saúde da mulher gestante. Em estudo anterior realizado em Caxias do Sul, revelou-se que quanto maior era a escolaridade da gestante, mais precoce era a busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas realizadas.<sup>30</sup>

Constatou-se que a renda domiciliar bruta é distribuída de forma desigual entre as participantes residentes nas zonas urbana e rural. Tal fato pode interferir negativamente na qualidade de vida e de saúde dessa população, uma vez que o acesso a bens e serviços básicos no Brasil ainda depende quase que exclusivamente do nível de rendimento de seus membros.<sup>29</sup> O menor poder aquisitivo das famílias das mulheres residentes nas áreas rurais pode contribuir para explicar as diferenças encontradas nos resultados referentes à posse de plano ou convênio de saúde. Segundo Albuquerque *et al.*,<sup>31</sup> a cobertura pelos planos de saúde é maior entre os residentes nas áreas urbanas e nos estados com maior renda e maior oferta de emprego formal e de serviços de saúde. Esses autores apontam, ainda, que grande parte dos beneficiários concentra-se nos municípios mais populosos e de maior industrialização do país.

A PNDS de 1996 revelou que 73% das gestantes da área urbana e 46% da área rural ingressaram no pré-natal no primeiro trimestre da gestação.<sup>25</sup> Os dados da PNDS de 2006, aqui analisados, por sua vez, apontaram aumento importante da cobertura desse serviço em ambas as regiões. Foi alta a proporção de mulheres investigadas que iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação. Na amostra analisada, houve menor média no tempo para ingresso no pré-natal na área rural, indicando que as mulheres aí residentes são captadas tendo decorrido menor tempo de gestação, o que é fundamental para a detecção precoce das gestações de alto risco e intervenção sobre causas de eventos prejudiciais tanto para a mãe quanto para o concepto.<sup>34</sup>

Quanto às percentagens encontradas para o número de consultas de pré-natal realizado, não se pode afirmar que o mínimo de seis consultas preconizado pelo PHPN não esteja sendo atendido, uma vez que as mulheres aqui investigadas não haviam findado o período gestacional.

Adotando-se como parâmetro a realização do elenco mínimo de ações preconizadas pelo PHPN, os dados aqui levantados indicaram algumas diferenças importantes entre as regiões no que se refere aos exames complementares. Neste estudo, apontou-se que a realização de exames complementares está aquém do que se prevê, sendo as mulheres residentes na área rural as mais prejudicadas. Apesar de as mulheres do estudo ainda estarem com a gestação em curso, os resultados encontrados referentes à realização de testes para sífilis e hepatite B e para a oferta de testes para HIV/aids e toxoplasmose devem ser considerados, uma vez que esses exames têm sua solicitação prevista ainda na primeira consulta, ou seja, ainda no primeiro trimestre da gestação. A detecção precoce de doenças infectocontagiosas propicia o tratamento das gestantes, contribuindo para a minoração do risco da transmissão vertical de HIV e de sífilis congênita, dentre outras doenças, além da prevenção de agravos ao concepto.<sup>32</sup>

Nesse sentido, torna-se objeto de preocupação a proporção insatisfatória de gestantes que realizaram esses testes, tan-

to na área urbana quanto na rural, indicando falhas na prevenção e controle de doenças. Os valores encontrados para a zona rural podem estar atrelados à baixa escolaridade das gestantes, despreparo ou baixa qualificação dos profissionais de saúde, falta de insumos para a realização dos testes e até problemas relacionados à cobertura dos serviços da Atenção Primária, como déficit no número de equipes de PSF, de visitas pelo agente de saúde e de oferta de consultas por profissional.<sup>9</sup>

Outro resultado expressivo e que também pode estar associado às questões supracitadas refere-se à grande proporção de gestantes que relataram não ter recebido imunização antitetânica em ambas as regiões. A vacinação das gestantes, associada ao atendimento higiênico ao parto, com o uso de material estéril para o corte e clampamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, é um procedimento determinante para a prevenção do tétano neonatal.<sup>3</sup> Os valores encontrados neste estudo podem, porém, não expressar uma mazela da assistência pré-natal, mas serem explicados pelo fato de grande parte das gestantes já terem sido vacinadas há menos de cinco anos da gestação em curso, não havendo, portanto, necessidade de reforço da vacina.

Quanto à suplementação de ferro e de ácido fólico, não foi identificada significância estatística para as diferenças encontradas entre os meios urbano e rural. Todavia, diante das baixas proporções encontradas tanto para o estrato urbano quanto para o rural, pode-se pensar em falha dos profissionais de saúde nos cuidados nutricionais profiláticos importantes durante a gestação, com destaque especial para a prescrição do folato. Prescrever esse suplemento antes e durante a gestação contribui para a prevenção de malformações congênitas. Dentre essas, as malformações por defeito no tubo neural (DNT) figuram entre as de maior importância epidemiológica,<sup>33</sup> e, apesar de se reconhecer que sua origem é multifatorial, em estudos vem se confirmando que a suplementação de ácido fólico durante a gestação é a principal medida de prevenção. Borrelli e colaboradores<sup>33</sup> identificaram que, entre mães que tiveram filhos com DNTs, o não uso do ácido fólico se justificou pela gravidez não planejada e pelo desconhecimento da importância de tal procedimento. Evidenciou-se, ainda, que, entre as que tomaram ácido fólico, a administração se deu após o 28º dia de gravidez, portanto, fora do período desejado.

Torna-se necessário, portanto, que campanhas seja intensificadas para esclarecimento da população sobre a importância da suplementação de ácido fólico durante a gestação e esforço no sentido de melhor qualificar os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento das gestantes, sobretudo enfermeiros, que desempenham importante papel educativo nas consultas de enfermagem de pré-natal.

Algumas limitações devem ser consideradas a este estudo, dentre elas o fato de o banco de dados da PNDS de 2006

não fornecer todas as variáveis preconizadas pelo PHPN para a atenção pré-natal, como as que dizem respeito à realização de ações educativas. Assim, não foi possível avaliar outros elementos também importantes para uma análise mais ampla da qualidade desta atenção. Além disso, a utilização de dados secundários pode ser outro fator limitante, haja vista a dificuldade de se avaliar a sua confiabilidade e precisão. Outra questão se refere ao delineamento transversal, que não permite afirmar que as associações encontradas atestem causalidade.

## CONCLUSÃO

Com este estudo, objetivou-se avaliar a atenção pré-natal dispensada em diferentes locais de oferta dos serviços de saúde ou de residência das gestantes: área urbana e área rural. Sabendo-se que existem diferenças sociodemográficas e econômicas entre esses contextos, partiu-se da hipótese de que os resultados encontrados revelariam uma realidade já conhecida, ou seja, que a assistência pré-natal oferecida no contexto rural é menos adequada do que a do contexto urbano, no que se refere ao acesso a ações preconizadas pelo PHPN, e que as mulheres residentes na zona rural apresentam situação socioeconômica menos favorável.

Quanto às variáveis socioeconômicas e demográficas, os resultados revelaram diferenças importantes entre os contextos no que se refere à escolaridade, à renda domiciliar bruta e à posse de plano ou convênio de saúde das mulheres que conformaram o universo da pesquisa, apontando os melhores resultados para a área urbana.

Quanto à avaliação da assistência pré-natal, os resultados encontrados indicaram comprometimento da qualidade do serviço oferecido, haja vista as expressivas proporções de mulheres que não tiveram acesso a procedimentos previstos em ambas as situações de domicílio. Todavia, verificou-se que a inadequação do cuidado atribuiu-se, majoritariamente, o baixo acesso a exames complementares para diagnóstico de HIV, sífilis, toxoplasmose e hepatite B, indicando possível falha dos serviços de saúde na prevenção e controle de doenças infectocontagiosas e, ainda, na prevenção de deficiências nutricionais. E, nesse quesito, identificou-se que as gestantes da área rural são as mais expostas aos agravos decorrentes de tal inadequação.

Apesar das limitações, neste estudo evidenciaram-se iniquidades em saúde relacionadas à situação de domicílio, ou seja, persistem disparidades entre os espaços urbanos e rurais brasileiros com consequências diretas para a saúde e a qualidade de vida das gestantes e conceptos. Nesse sentido, torna-se importante repensar as políticas públicas e os programas de atenção pré-natal implementando medidas que redirecionem as ações em saúde no sentido de minorar essas desigualdades espaciais, ou seja, com a adoção de enfoques diferenciados para a realidade que se apresenta na zona rural.

Impera-se, também, a necessidade de melhor capacitar os profissionais de saúde atuantes na atenção pré-natal em áreas urbanas, uma vez que os resultados revelaram que a qualidade da atenção aí dispensada, conforme dados analisados, também está aquém do desejável.

## REFERÊNCIAS

- Fahel M. Desigualdades em saúde no Brasil: análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. In: Fahel M, Neves JAB, organizadores. Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil. Belo Horizonte: Puc Minas; 2007. p.219-48.
- World Health Organization. Millenium Development Goal 5: fact sheet. Suíça: World Health Organization; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Newman NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(7):1609-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização do parto: humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(3):103-5.
- Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4): 456-62.
- Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25(10): 717-24.
- Moura ERF, Holanda F Jr, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(6):1791-9.
- Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2003; 6(4): 307-18.
- Carvalho DSC, Novaes HMDN. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad Saúde Pública. 2004; 20(Supl 2): S220-30.
- Leal MC, Gama SGN da, Ratto KMN, Cunha CB da. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (Suppl 1): S63-S72.
- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago T di G do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1281-9.
- Kofman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(Suppl 1): S23-S32.
- Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad Saúde Pública. 2006; 22(1):173-9.
- Nascimento ER do, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007; 7(2):191-7.
- Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the program for humanization of prenatal care and childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). Cad. Saúde Pública. 2008; 24(7):1572-80.
- Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK da, Araújo NS de, Silva NN da. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1): 35-45.
- Serruya SJ, Lago T de G do, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(7):517-25.
- Almeida SD de M, Barros MB de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005, 17(1):15-25.
- Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(11):2507-16.
- World Health Organization. Antenatal care in Developing Countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneva: World Health Organization; 2003.
- World Health Organization. Key Messages: fact sheet. Suíça: World Health Organization; 2008.
- 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 82 p.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Benfan; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS-2006. [Citado 2010 mar. 10]. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>.
- Tribunal Regional do Trabalho. Diretoria de Documentação, Legislação e Jurisprudência. 3ª Região, Minas Gerais. Salário Mínimo. Minas Gerais: Tribunal Regional do Trabalho. [Citado 2010 ago. 03]. Disponível em: <<http://www.trt3.jus.br/informe/calculos/minimo.htm>>.
- Reis DS dos. O rural e urbano no Brasil. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais: anais eletrônicos do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006 Set 18-22; Caxambú – MG, Brasil. ABEP. [Citado 2010 maio 12]. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006\\_777.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_777.pdf)>.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
- Trevisan M do R, Lorenzi DRS De, Araújo NM de, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24(5):293-9.
- Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(5):1421-30.
- Rodrigues, CS, Guimaraes, MDC, Cesar, CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5):851-8.
- Borrelli M, Mendes ETR, Randi R Jr, et al. Prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural pela administração de ácido fólico – desafio da saúde pública. Arq Méd ABC. 2005; 30(1):44-7.