



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

GISELE SILVA LOURINHO

ISABELA CAMPOS SOUSA

**PRÉ-NATAL E MORBIDADE MATERNA EM POPULAÇÕES DOS
CAMPOS, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS EM ALTAMIRA-PA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Medicina da
UFPA, Campus de Altamira, como requisito
parcial para a obtenção de grau de
Bacharelado em Medicina.**

**Orientadora: Prof. Msc. Helane Conceição
Damasceno**

**Coorientadora: Prof. Msc. Maria Helena
Pires Araújo Barbosa**

ALTAMIRA

2021

GISELE SILVA LOURINHO

ISABELA CAMPOS SOUSA

**PRÉ-NATAL E MORBIDADE MATERNA EM POPULAÇÕES DOS
CAMPOS, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS EM ALTAMIRA-PA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Medicina da
UFPA, Campus de Altamira, como requisito
parcial para a obtenção de grau de
Bacharelado em Medicina.**

**Orientadora: Prof. Msc. Helane Conceição
Damasceno**

**Coorientadora: Prof. Msc. Maria Helena
Pires Araújo Barbosa**

ALTAMIRA

2021

GISELE SILVA LOURINHO

ISABELA CAMPOS SOUSA

**PRÉ-NATAL E MORBIDADE MATERNA EM POPULAÇÕES DOS CAMPOS, DAS
FLORESTAS E DAS ÁGUAS EM ALTAMIRA-PA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do grau de bacharelado em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.**

Aprovado em: ___/___/___

Conceito: _____

Banca examinadora:

Orientadora: Prof. Msc. Helane Conceição Damasceno

Membro titular: Prof. Msc. Rosiane Luz Cavalcante – UFPA

Membro titular: Prof. Espec. Janete de Oliveira Briana - UFPA

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará**

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L892p Lourinho, Gisele Silva.
 PRÉ-NATAL E MORBIDADE MATERNA EM POPULAÇÕES
 DOS CAMPOS, DAS FLORESTAS E DAS
 ÁGUAS EM ALTAMIRA-PA / Gisele Silva Lourinho, Isabela
 Campos Sousa . — 2021.
 39 f. : il. color.

 Orientador(a): Prof^a. MSc. Helane Conceição Damasceno
 Coorientador(a): Prof^a. MSc. Maria Helena Pires Araujo
 Barbosa

 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
 Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de
 Medicina, Altamira, 2021.

 1. Assistência pré natal . 2. Morbidade materna . 3.
 Assistência integral à saúde das mulheres . I. Título.

CDD 618.24

RESUMO

LOURINHO, Gisele Silva; SOUSA, Isabela Campos. **PRÉ-NATAL E MORBIDADE MATERNA EM POPULAÇÕES DOS CAMPOS, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS EM ALTAMIRA-PA.** 2021. 39 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Pará, Altamira, 2021.

Introdução: O pré-natal possui o intuito de acompanhar a mulher desde o início de sua gestação e, conseqüentemente, dar uma maior atenção àquelas com fatores predisponentes à uma evolução e/ou desfechos desfavoráveis. Nesse contexto, este trabalho constituiu uma análise da relação de tais desdobramentos com o acesso e com a qualidade do pré-natal realizado por mulheres integrantes das Populações dos Campos, das Florestas e das Águas (PCFA) no município de Altamira-PA. **Objetivo:** Avaliar o acesso e a qualidade ao pré-natal das PCFA e sua relação com a morbidade materna no ciclo gravídico-puerperal. **Metodologia:** Estudo de campo, analítico e prospectivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa: mulheres durante a gravidez, parto ou pós-parto imediato incluídas na classificação da Política Nacional de Saúde Integral de Populações dos Campos, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) e admitidas no Hospital Geral de Altamira (HGA). No período previamente estabelecido, a coleta de dados deu-se em três etapas: entrevista com a mulher no pós-parto imediato, por meio de um questionário estruturado elaborado pelas autoras e análise da Caderneta da Gestante; promoção em saúde, através de orientações e análise dos prontuários das pacientes entrevistadas, nos quais verificou-se as intercorrências durante a gestação, parto e pós-parto imediato focalizadas no estudo, utilizando a classificação do “CID-10, Capítulo XV: gravidez, parto e puerpério. Para a análise dos dados, utilizou-se o teste da razão de verossimilhança do qui-quadrado para amostras independentes, os programas Microsoft Excel e Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 24.0, todos em ambiente Windows 7. Esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE 28311420.6.0000.0121). **Resultados:** Notou-se que a cobertura do pré-natal nas PCFA possui abrangência e qualidade ainda insatisfatória, visto que a maioria das entrevistadas iniciou o pré-natal após a 12ª semana (56,7%) e realizou menos de seis consultas (56,7%), sendo as principais causas por elas apontadas: a grande distância da casa até a UBS (50%), o custo financeiro do deslocamento (30%) e o medo da pandemia. Outro fator de análise da qualidade são procedimentos clínicos e exames laboratoriais e de imagem, os quais tiveram baixa adesão pela maioria das puérperas. **Discussão:** A respeito da correlação da deficiência do pré-natal e a ocorrência de desfechos negativos, a pesquisa encontrou resultados relevantes, mesmo com a reduzida amostra e a ausência do registro de informações. **Conclusão:** As ações governamentais devem considerar as especificidades desses grupos, além investir na descentralização da saúde nos municípios do Brasil, assegurando o direito à saúde integral. A importância do presente trabalho consiste em trazer maior visibilidade ao tema, contribuir para a transformação dessa realidade em Altamira, além de enriquecer os estudos a nível nacional.

Palavras-chave: Assistência pré-natal. Morbidade materna. Assistência integral à saúde das mulheres.

ABSTRACT

LOURINHO, Gisele Silva; SOUSA, Isabela Campos. **PRENATAL AND MATERNAL MORBIDITY IN POPULATIONS OF FIELDS, FORESTS AND WATERS IN ALTAMIRA-PA.** 2021. 39 sheets. Final paper (Bachelor's degree) – Medical School, Federal University of Pará, Altamira, 2021.

Introduction: Prenatal care aims to follow a woman since the beginning of her pregnancy and, for that reason, to provide a greater attention to those with risk factors for an unfavorable evolution and/or outcomes. In this context, this work consisted in an analysis of the relation between those outcomes with the access and quality of prenatal care carried out by women members of the Populations of Fields, Forests and Waters (PCFA) in the municipality of Altamira-PA. **Objective:** To evaluate the access and quality of PCFA prenatal care and its relationship with maternal morbidity in the pregnancy-puerperal cycle. **Methodology:** Field study, analytical and prospective, with a quantitative approach. Participated in the research: women during pregnancy, childbirth or immediate postpartum included in the classification of the National Policy for Comprehensive Health of Populations of Fields, Forests and Waters (PNSIPCFA) and admitted to the General Hospital of Altamira (HGA). In the established period, data collection took place in three stages: interview with the woman in the immediate postpartum period, through a structured questionnaire prepared by the authors and analysis of the Pregnant Woman's Handbook; health promotion through guidance and analysis of the medical records of the interviewed patients, in which the complications during pregnancy, childbirth and immediate postpartum focused in the study were verified, using the classification of "ICD-10, Chapter XV: pregnancy, childbirth and puerperium". For data analysis, we used the chi-square likelihood ratio test for independent samples, Microsoft Excel and Statistic Package for Social Sciences (SPSS) version 24.0, all in Windows 7 environment. This research was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings at the Federal University of Santa Catarina (CAAE 283114200.6.0000.0121). **Results:** The coverage and quality of prenatal care in PCFA is still unsatisfactory, as most respondents started prenatal care after the 12th week (56.7%) and had less than six appointments (56.7%). They pointed as the main reasons for that: the long distance to the health center (50%), the financial cost of this travel (30%) and the fear of coronavirus pandemic. Another way to assess the quality of prenatal care is the clinical procedures, alongside with laboratory and imaging tests, which had low adherence by most postpartum women. **Discussion:** Regarding the correlation of prenatal deficiency and the occurrence of negative outcomes, the research found relevant results, even with the small sample and the absence of information records. **Conclusion:** Government actions must consider the specificities of these groups, as well as invest in the health decentralization process in Brazilian municipalities, ensuring citizens the right to integral health. Therefore, the importance of this work is to bring greater visibility to the theme, to contribute to the transformation of this reality in Altamira, in addition to enrich studies at a national level.

Keywords: Prenatal care. Maternal morbidity. Comprehensive health care for women.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	MORBIMORTALIDADE MATERNA	6
1.2	PRÉ-NATAL	7
1.3	POPULAÇÃO DOS CAMPOS, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS	9
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3	METODOLOGIA.....	13
3.1	DESENHO DO ESTUDO	13
3.2	LOCAL E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA.....	13
3.3	AMOSTRA.....	13
3.4	PROCEDIMENTOS PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA	14
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	15
3.6	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.....	15
4	RESULTADOS.....	17
5	DISCUSSÃO.....	25
6	CONCLUSÃO.....	28
	APÊNDICES.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 MORBIMORTALIDADE MATERNA

A morbimortalidade materna esteve por muito tempo condicionada à falta de seu reconhecimento como um problema social e político, à não compreensão da sua real magnitude e à carência da qualidade dos serviços de saúde ofertados às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. A morte de uma mulher consequente à gravidez, aborto ou parto, por exemplo, era considerada um desfecho inevitável, provocando um descaso com a gestação e suas intercorrências (BRASIL, 2004a). Nesse contexto, em 1990 a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) no Brasil atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2010), já em 2018, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), a TMM não corrigida ainda permanecia com valores em torno de 59,1/100 mil NV no Brasil e 81,4/100 mil NV no estado do Pará.

Nesse sentido, apesar das morbimortalidades materna e neonatal serem eventos complexos e multifatoriais – associados às precárias condições socioeconômicas, ao local de moradia, ao baixo grau de informação e escolaridade –, ambos são, sobretudo, consequência das dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004b). Nesse contexto, a TMM é um importante indicador para avaliar o acesso e a qualidade da assistência em saúde ofertada, assim como as desigualdades socioeconômicas (SILVA *et al.*, 2018). Porém, há dificuldade de se trabalhar com a TMM, seja por problemas de sub-registro e subnotificação – comuns em países em desenvolvimento como o Brasil –, seja pela redução lenta, porém progressiva, no número de eventos.

Por isso, o estudo da morbidade materna, incluindo a morbidade materna grave – também denominada de *near miss* materno, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação ocorrida durante a gravidez, parto ou puerpério” – tem se apresentado como estratégico para a avaliação da qualidade do serviço e suas consequências. Essas complicações, graves ou não, relacionadas ao período gravídico-puerperal, são mais frequentes do que a morte materna e compartilham muitos de seus fatores de risco (ROSENDO; RONCALLI, 2016).

Infecções, doenças hipertensivas, diabetes e síndromes hemorrágicas são as intercorrências que mais causam internações durante a gravidez. Conseqüentemente, gestantes com internações prévias ao parto apresentam uma maior incidência de *near miss* materno e mortalidade materna que as gestantes sem internação prévia ao parto (ANDRADE *et al.*, 2020). Também estão relacionados à alta incidência de *near miss* materno: mulheres classificadas como de risco durante o pré-natal; mulheres que não receberam assistência pré-natal; dificuldades de acesso no momento da admissão para o parto; mulheres que não sejam brancas; baixa escolaridade; parto a fórceps e parto cesáreo atual. Esses resultados indicam que o *near miss* materno está relacionado tanto a intercorrências que aconteceram durante a gestação, quanto a dificuldades de acesso ao cuidado à gestação e ao parto (DIAS *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2016; MOURA *et al.*, 2018).

Assim, percebe-se que a redução da morbimortalidade materna, seja ela grave ou não, está intrinsecamente relacionada a uma assistência à saúde acessível, de qualidade e resolutiva durante toda a gestação, parto e pós-parto; mas sobretudo no pré-natal, em que a detecção precoce de fatores de risco e o tratamento das intercorrências é capaz de colaborar para a redução de riscos, tanto para a gestante como para o concepto.

1.2 PRÉ-NATAL

Há mais de 30 anos, discute-se o modelo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério no Brasil com o objetivo, dentre outros, de melhorar as taxas e, conseqüentemente, atingir parâmetros aceitáveis de TMM, aproximando-se das alcançadas em países desenvolvidos. A partir de 2000, esse modelo começou a ser estruturado pelo MS para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a). Porém, apesar de existirem avanços na saúde da mulher, esse processo tem se dado de forma lenta, constatação possível ao analisar a manutenção da alta TMM no Brasil (BRASIL, 2010).

Nesse mesmo período, o enfoque ao modelo de atenção à saúde em questão teve como ponto de partida a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pelo MS (BRASIL, 2000), seguido pela criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b), em 2004. Ambas objetivavam promover a melhoria das

condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, gerar a ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação de saúde, com enfoque na atenção específica à gestante e ao recém-nascido no pré-natal, parto e puerpério, de forma a diminuir as taxas de morbimortalidade materna – especialmente aqueles por causas evitáveis – e neonatal. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004b).

Também no ano de 2004, foi estabelecido o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, visando a, dentre outras ações, alterar as altas taxas de morte materna e neonatal através do aumento da cobertura do planejamento familiar, do pré-natal, da vigilância à saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura; além de ampliar a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2004a).

Por fim, e de forma a promover continuidade e melhoria às ações, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011b), uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que tem suas ações inseridas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2011b;). A RC objetiva implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com especial atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança desde o primeiro dia de vida até os vinte e quatro meses, além de estruturar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Considerando o histórico exposto, grandes esforços têm sido realizados em prol de mudar o panorama da atenção à saúde materno-infantil no país, com enfoque na ampliação do acesso e qualidade do serviço, principalmente ao pré-natal. Nessa perspectiva, em 1995 eram realizadas em média 1,2 consultas de pré-natal no SUS por parto, já no ano de 2011 esse número aumentou para 5,45 consultas por parto; entre 1986 e 2013, houve evolução de 78,7% para 97,4% no percentual de mulheres grávidas que realizaram uma ou mais consultas de pré-natal e de 59,1% para 84,3% nas que realizaram a primeira consulta de pré-natal até a décima segunda semana de gestação (NEVES *et al.*, 2020). Logo, nota-se que houve ampliação da cobertura do serviço de saúde, no entanto, essa melhoria depende de variáveis multifatoriais – como

condições socioeconômicas, escolaridade e local de moradia – e por isso não se dá de forma homogênea, nem necessariamente está condicionada à qualidade e efetividade do serviço.

Para representar tal constatação, diversos estudos acerca da utilização do serviço de atenção ao pré-natal mostraram que a frequência de consultas abaixo da recomendada ou seu início após os seis meses da gestação esteve associado às mulheres com menor nível socioeconômico; mulheres não brancas; desempregadas ou com menor renda; baixa escolaridade e moradoras das regiões Norte e Nordeste. (BRASIL, 2004b; DOMINGUES *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2020; VIELLAS *et al.*, 2014).

Dessa forma, percebe-se que esses fatores estão relacionados à dificuldade de acesso e, conseqüentemente, a piores desfechos relacionados à saúde materna, refletindo as iniquidades sociais em saúde (CARDOSO; MENDES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; ROSENDO; RONCALLI, 2016). Logo, apesar da Constituição Federal de 1988, assegurar a saúde “como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), a garantia destes permanece sendo um grande desafio ainda não efetivado para parte expressiva dos brasileiros, em particular, à população em situação de vulnerabilidades socioeconômicas e demográficas.

1.3 POPULAÇÃO DOS CAMPOS, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS

As populações dos campos, das florestas e das águas (PCFA) residentes, em sua maioria, nas regiões Norte e Nordeste do país, apresentam situações de iniquidades, vulnerabilidades e desigualdades históricas e estruturais relacionadas às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). No ano de 2011, visando a contemplar as necessidades de saúde considerando a diversidade territorial, cultural e socioeconômica desses povos, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Populações dos Campos e das Florestas (PNSIPCF), que representa um marco histórico na saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais dos campos e das florestas no processo saúde/doença dessas populações (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011c).

Tal política reconheceu as diversidades presentes nos diferentes territórios não urbanos do Brasil e abarcou a concepção de que o termo “rural” não se contrapõe ao urbano. Além disso, considerou que a população rural é invisibilizada dentro desta categoria como grupos

populacionais homogêneos e propõe a terminologia “populações do campo e da floresta” para expor a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade dessas populações (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). Torna-se importante destacar que apenas no ano de 2014 o termo “populações das águas” foi inserido nessa política, o que resultou na mudança da nomenclatura para Política Nacional de Saúde Integral de Populações dos Campos, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2014a).

Considera-se que as populações dos campos, das florestas e das águas são caracterizadas:

Por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros. (BRASIL, 2014, art. 2º, inciso XVI)

A PNSIPCFA tem como propósito contribuir para a diminuição das vulnerabilidades em saúde das PCFA e busca assegurar o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização por meio de ações integrais voltadas para toda a população, com enfoque específico na atenção à saúde feminina, considerando a saúde sexual e reprodutiva, assim como a violência sexual e doméstica (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013, BRASIL, 2011c).

Tal enfoque está pautado na realidade de que as mulheres em áreas não urbanas são expostas ao isolamento geográfico, à dispersão populacional e à desigualdade no acesso aos serviços de saúde, quando comparadas com mulheres residentes em áreas urbanas (CARDOSO; MENDES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013). Ao vivenciar essa realidade, às mulheres da PCFA é negligenciado o direito constitucional ao atendimento digno em todo o período gravídico-puerperal. (BRASIL, 2000).

Em áreas não urbanas, o deslocamento de famílias com precárias condições socioeconômicas dificulta o acesso ao atendimento adequado com profissional de saúde, a continuidade das ações e, conseqüentemente, a resolução das suas demandas de saúde. Isso impõe um desafio ao SUS quanto à garantia do acesso resolutivo e humanizado aos usuários que necessitam de atenção à saúde. Nesse sentido, quando é retirada da mulher a possibilidade

de acesso a um serviço de qualidade, o sistema de saúde contribui para que haja um aumento da morbimortalidade materna neste grupo vulnerável (CARDOSO; MENDES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013)

Nesse contexto, nota-se que as mulheres das PCFA possuem muitos comemorativos para a dificuldade de acesso ao pré-natal, corroborando para baixo alcance dos indicadores de saúde relacionados à saúde materna, refletindo, dessa forma, as deficiências de assistência à saúde que culminam em risco para aumento da morbimortalidade materna evitável.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso e a qualidade ao pré-natal das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira e a relação com morbidade materna na gestação, no parto e pós-parto imediato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o acesso e a qualidade do pré-natal realizado pelas mulheres da PCFA, através do número de consultas; dos dados do exame físico e dos exames laboratoriais e de imagem solicitados;
- Investigar as razões da má adesão, não adesão e/ou abandono do pré-natal;
- Entender a percepção das mulheres acerca da importância do acompanhamento pré-natal e sua influência na saúde materno-fetal;
- Correlacionar o acesso e a qualidade do pré-natal com o desenvolvimento de desfechos maternos negativos que poderiam ser preveníveis, controlados e/ou resolutivos com o acompanhamento em questão;
- Realizar a promoção da saúde para as mulheres da PCFA entrevistadas.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de campo; analítico e prospectivo, com abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

O estudo foi realizado no município de Altamira, cidade-polo referência da região Transamazônica/Xingu, situado no sudoeste do estado do Pará, com população estimada para o ano de 2020 pelo TABNET DATASUS em 115.969 habitantes. A população feminina é estimada em 58.188, sendo que a população de mulheres em idade fértil (MIF) – correspondendo a faixa etária de 10 a 49 – perfaz um total de 38.567. O município possui como referência o Hospital Geral de Altamira (HGA), composto por 86 leitos de internação, sendo que, destes, 34 leitos são destinados ao setor obstétrico (10 de obstetrícia e 24 de puerpério), para atender toda a região do Xingu (Altamira, Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruará e Vitória do Xingu), com uma taxa de ocupação média dos leitos de 100%.

3.3 AMOSTRA

Fizeram parte da pesquisa mulheres durante a gravidez, parto ou pós-parto imediato incluídas na classificação da PNSIPCFA. Os critérios de inclusão: mulheres maiores de idade e como critério de exclusão: mulheres indígenas. As pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), após a leitura e explicação por parte das pesquisadoras.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados se realizou em três etapas. Inicialmente, foi feita uma entrevista com a gestante ou mulher no pós-parto imediato que encontravam-se internadas no Hospital Geral de Altamira, por meio de questionário estruturado elaborado pelas autoras, com questões fechadas visando coletar dados referentes ao perfil sociodemográfico (idade, raça, renda, situação trabalhista, escolaridade, estado civil e a classificação da população segundo a PNSIPCFA); a qualidade e o acesso ao pré-natal (quando iniciou; quantidade de consultas realizadas; as razões para não realização (dificuldade de acesso ao serviço; interesse pessoal; não oferta local do serviço de pré-natal; outro, caso haja); e a percepção da mulher acerca da importância do pré-natal (Apêndice A). Além disso, avaliou-se também a Caderneta da Gestante, observando quando se iniciou o pré-natal, a quantidade de consultas e os exames/testes realizados durante esse período (Apêndice B).

Após isso, foi feita a promoção em saúde acerca do Pré-Natal, através de orientações sobre sua importância, o número mínimo de consultas, os exames essenciais, os ultrassons necessários em cada trimestre, sinais de alarme durante a gravidez e orientações acerca dos cuidados necessários durante o puerpério com a própria saúde e com a saúde do recém-nascido.

A terceira etapa se deu por meio da análise de prontuários das pacientes entrevistadas, na qual foi verificado as intercorrências durante a gestação, parto e pós-parto imediato que podem ser preveníveis e/ou resolutivas com o pré-natal, usando a classificação do “CID-10, Capítulo XV: gravidez, parto e puerpério”:

- (10) Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério;
- (11) Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta;
- (12) Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão;
- (13) Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa;
- (14) Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria /significativa;
- (15) Eclâmpsia;
- (23) Infecções do trato geniturinário na gravidez;
- (45) Descolamento prematuro da placenta (*abruptio placentae*);
- (24) Diabetes mellitus na gravidez. (WHO, 2019).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

As usuárias que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE, de acordo com o qual foram esclarecidas sobre todo o processo do estudo e suas etapas, assim como a garantia do total sigilo da sua identificação.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), sob o número de parecer CAAE 28311420.6.0000.0121.

O presente estudo não traz danos físicos aos participantes. No entanto, pode ocorrer constrangimento durante as respostas, por dúvidas que possam surgir. Como benefícios têm-se a oportunidade de propiciar um maior conhecimento da mulher a respeito da importância do pré-natal e dos direitos dela como gestante e parturiente.

3.6 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

O tipo de pesquisa é descritivo, com abordagem quantitativa. Na mensuração das frequências absolutas e relativas, a abordagem quantitativa utilizada nesta pesquisa objetiva dar tratamento estatístico aos dados, com o propósito de identificar tendências, aderências e associações entre as variáveis em estudo (AYRES, 2015).

O tratamento estatístico busca identificar, por meio das frequências absolutas, se os dados convergem para algum diferencial em especial ou se há tendência ou não, é o foco do presente trabalho, usando, para tal, no primeiro momento a estatística descritiva dos dados com base em frequências absolutas e relativas, e em seguida a aplicação de testes estatísticos (BUSSAB E MORETTIN, 2010).

Neste estudo foi utilizado o teste da razão de verossimilhança do qui-quadrado para amostras independentes. Trata-se de um teste de hipótese que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula (H_0 = As frequências observadas ocorrem na mesma proporção para os diferentes grupos). É um teste estatístico para n amostras cujas proporções das diversas modalidades estão dispostas em tabelas de frequência, sendo os valores esperados

deduzidos matematicamente, procurando-se determinar se as proporções observadas nas diferentes categorias ocorrem conforme o esperado ou apresentam alguma tendência. Para realização do teste, foi adotado um nível de significância de p-valor < 0.05 , ou seja, se p-valor < 0.05 aceita-se H_1 = As frequências observadas diferem significativamente para os diferentes grupos.

Desta forma, os dados coletados foram tabulados, interpretados, processados e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para a análise dos dados foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema *Microsoft Excel*, *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0, todos em ambiente Windows 7.

4 RESULTADOS

A tabela 1 mostra que a maioria das mulheres que compõe as populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira são pardas (26; 86,7%), com renda menor que um salário-mínimo (21; 70%), desempregadas (26; 86,7%), com ensino fundamental incompleto (12; 40%), em união estável (25; 83,3%) e residentes na zona rural (28; 93,3%).

Tabela 1 - Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira – PA segundo as características sociodemográficas.

Perfil Sociodemográfico	n	%	p-valor⁽¹⁾
Raça / Cor			
Parda	26	86,7%	0.000*
Preta	4	13,3%	
Renda			
Menos de 1 salário	21	70,0%	0.000*
1 a 2 salários	9	30,0%	
Situação Trabalhista			
Desempregada	26	86,7%	0.000*
Empregada	4	13,3%	
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo	5	16,7%	0.000*
Ensino Fundamental Incompleto	12	40,0%	
Ensino Médio Completo	6	20,0%	
Ensino Médio Incompleto	6	20,0%	
Ensino Superior	1	3,3%	
Estado Civil			
Solteira	5	16,7%	0.000*
União Estável	25	83,3%	
Classificação Populacional			
Ribeirinha	2	6,7%	0.000*
Zona Rural	28	93,3%	

Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

Nota 1: Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

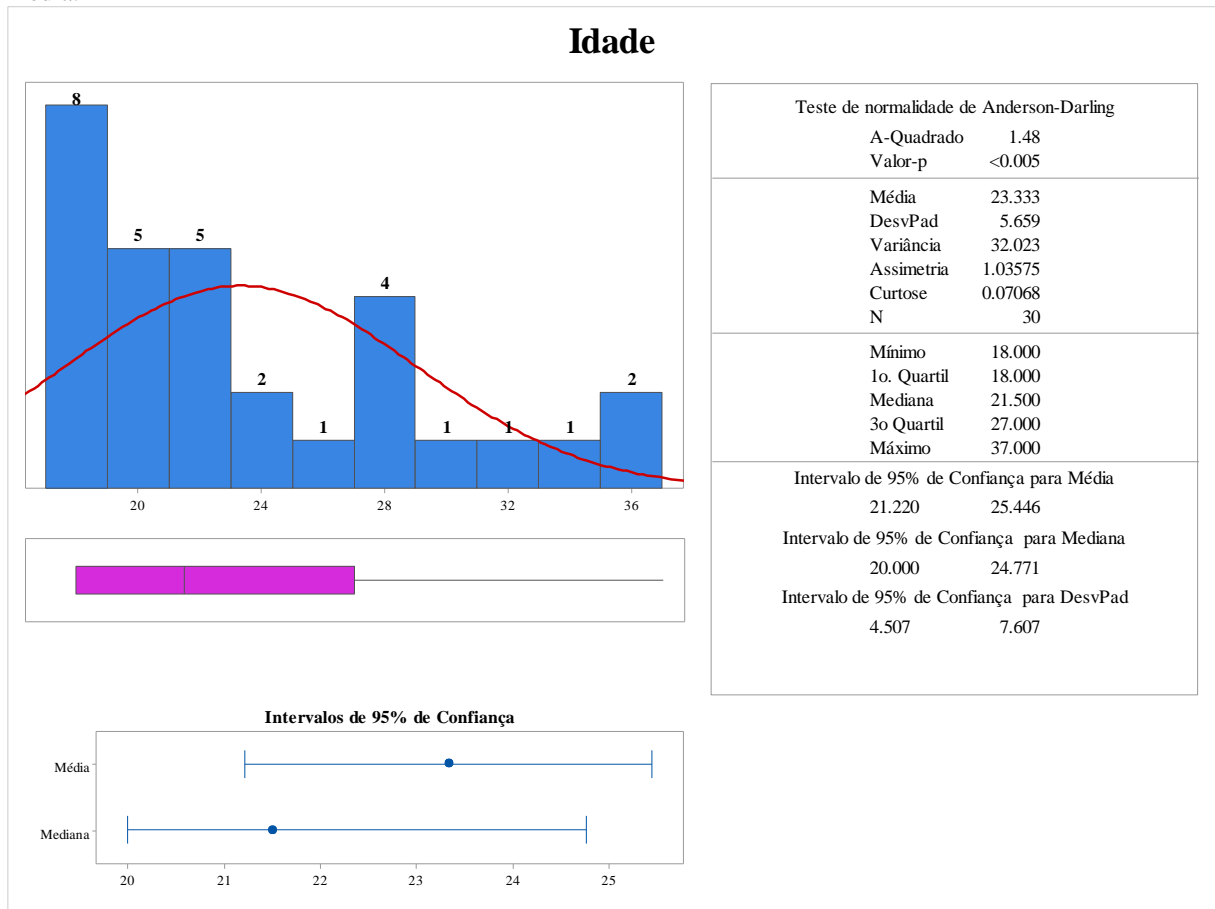
Nota 2: O teste estatístico não considera a frequência do grupo “Sem informação”.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado (Wilks' G²) de Pearson para tendência (p-valor<0.05).

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

A figura 1 mostra que a idade média é 23 anos ($\mu = 23,33$), variando com desvio padrão igual a sete anos ($\sigma = 5,65$). A variância se mostrou elevada (32,023), sendo que a idade mínima é 18 anos e máxima, 37 anos. O primeiro quartil ($Q_1 = 18$ anos) mostra que 25% das mulheres possuem 18 anos de idade, o segundo quartil ($Q_2 = 21$ anos) mostra que 50% das mulheres possuem entre 18 e 27 anos de idade.

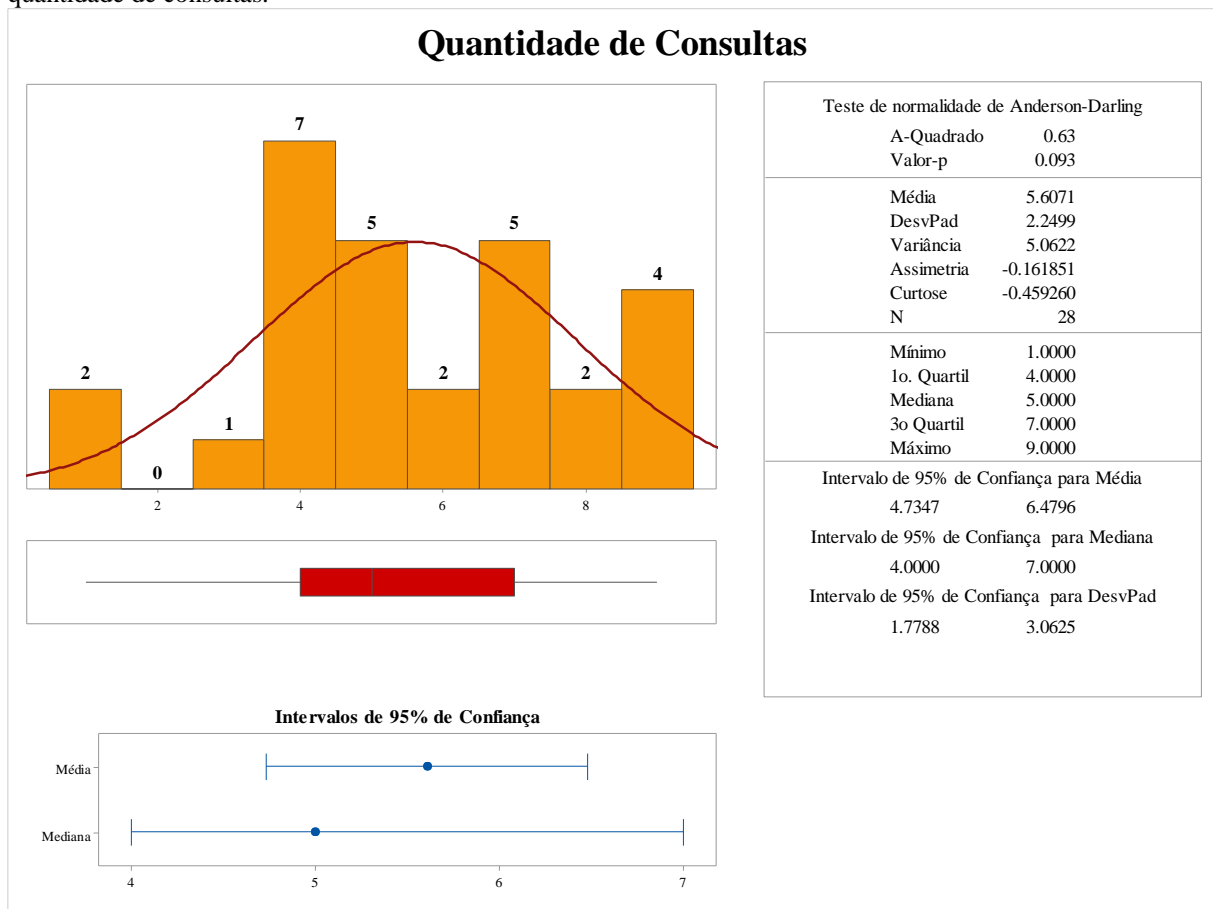
Figura 1 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira - PA segundo a idade média.



Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

A figura 2 mostra que o número médio de consultas é de seis ($\mu = 5.60$), variando com desvio padrão igual a duas consultas ($\sigma = 2.24$). A variância se mostrou baixa (5.06), o número mínimo de consultas é um, o máximo de consultas é nove. Ressalta-se que duas mulheres não realizaram nenhuma consulta. O primeiro quartil ($Q_1 = 4$ consultas) mostra que 25% das mulheres realizaram até quatro consultas, o segundo quartil ($Q_2 = 5$ consultas) mostra que 50% das mulheres realizaram até cinco consultas.

Figura 2 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira - PA segundo a quantidade de consultas.



Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

A tabela 2 mostra que 12 (40%) mulheres iniciaram o pré-natal entre 12 e 16 semanas, 15 (50%) mulheres realizaram menos de seis consultas, sendo a principal razão da baixa assiduidade ao pré-natal, início tardio (após 16 semanas), abandono (nos casos de mulheres com menos de 6 consultas) e a grande distância da casa até a UBS (15; 50%). Dessa amostra, 21 (70%) mulheres acham importante o pré-natal para a saúde do conceito e da mãe.

Tabela 2 - Características obstétricas das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira - PA.

Característica materna/neonatal	n	%	p-valor ⁽¹⁾
(continua)			
Início do Pré-Natal			
Menos de 12 semanas	11	36,7%	0.044*
12 a 16 semanas	12	40,0%	
Mais de 16 semanas	5	16,7%	
Não respondeu	2	6,7%	

Tabela 2 – Características obstétricas das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira - PA.

(conclusão)			
Característica materna/neonatal	n	%	p-valor⁽¹⁾
Quantas consultas			
Nenhuma	2	6,7%	0.038*
Menos de 6 consultas	15	50,0%	
Mais de 6 consultas	13	43,3%	
Razões			
Custo financeiro do deslocamento	9	30,0%	0.026*
Grande distância da casa até a UBS	15	50,0%	
Não se aplica	12	40,0%	
Todas as opções	3	10,0%	
Importância do pré-natal			
Saúde do conceito	3	10,0%	0.000*
Saúde do conceito e da mãe	3	10,0%	
Todas as opções	21	70,0%	
Não respondeu	3	10,0%	

Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

Nota 1: Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

Nota 2: O teste estatístico não considera a frequência do grupo “Sem informação”.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado (Wilks' G²) de Pearson para tendência (p-valor<0.05).

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

A tabela 3 evidencia os exames laboratoriais e ultrassonográficos feitos pelas participantes durante a gestação.

Tabela 3 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira – PA, segundo as características laboratoriais.

(continua)			
Exames Laboratoriais	n	%	p-valor⁽¹⁾
Hemograma			
0	8	26,7%	0.015*
1	11	36,7%	
2	9	30,0%	
3	2	6,7%	
VDRL			
0	6	20,0%	0.020*
1	13	43,3%	
2	10	33,3%	
4	1	3,3%	
Sífilis			
0	11	36,7%	0.000*
1	14	46,7%	
2	5	16,7%	
HIV			
0	4	13,3%	0.000*
1	16	53,3%	
2	10	33,3%	

Tabela 3 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira - PA segundo as características laboratoriais.

Exames Laboratoriais	n	%	(conclusão) p-valor ⁽¹⁾
Hepatite B e C			
0	3	10,0%	0.000*
1	20	66,7%	
2	7	23,3%	
HBsAg			
0	17	56,7%	0.000*
1	8	26,7%	
2	5	16,7%	
Toxoplasmose			
0	13	43,3%	0.000*
1	16	53,3%	
2	1	3,3%	
Urina EAS			
0	6	20,0%	0.000*
1	16	53,3%	
2	7	23,3%	
3	1	3,3%	
Urinocultura			
0	22	73,3%	0.000*
1	8	26,7%	
Fenotipagem ABO e Rh			
0	4	13,3%	0.000*
1	26	86,7%	
Glicemia			
0	4	13,3%	
1	18	60,0%	0.000*
2	8	26,7%	
Teste oral de tolerância à glicose			
0	30	100,0%	-
Ultrassonografia			
0	3	10,0%	
1	4	13,3%	
2	12	40,0%	0.000*
3	8	26,7%	
4	3	10,0%	

Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

Nota 1: Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

Nota 2: O teste estatístico não considera a frequência do grupo “Sem informação”.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado (Wilks' G²) de Pearson para tendência (p-valor<0.05).

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

A tabela 4 discorre sobre a frequência com que exames clínicos foram realizados nas gestantes do estudo.

Tabela 4 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira – PA segundo os exames clínicos.

Exames Clínicos	n	%	P-Valor⁽¹⁾
Medida da altura uterina			
<50%	1	3,3%	
>50%	3	10,0%	
Todas as consultas	24	80,0%	
Não respondeu	2	6,7%	
Medida de batimento cardíaco fetal			
<50%	1	3,3%	
>50%	6	20,0%	
Todas as consultas	21	70,0%	
Não respondeu	2	6,7%	
Medida de pressão arterial			
>50%	2	6,7%	
Todas as consultas	26	86,7%	
Não respondeu	2	6,7%	
Registro do peso			
<50%	1	3,3%	
>50%	5	16,7%	
Todas as consultas	22	73,3%	
Não respondeu	2	6,7%	
Intercorrências			
DHEG	2	6,7%	
ITU	10	33,3%	
Nenhuma	19	63,3%	

Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

Nota 1: Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

Nota 2: O teste estatístico não considera a frequência do grupo “Sem informação”.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado (Wilks' G²) de Pearson para tendência (p-valor<0.05).

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

A tabela 5 mostra a realização de exames laboratoriais nas participantes do estudo de acordo com o trimestre da gravidez em que se encontravam, denotando seu seguimento clínico

Tabela 5 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira no Pará segundo os exames laboratoriais.

Exames Laboratoriais	n	%	p-valor⁽¹⁾
(continua)			
Hemograma			
1º Trimestre	10	33,3%	
2º Trimestre	15	50,0%	
3º Trimestre	10	33,3%	0.000*
VDRL			
1º Trimestre	10	33,3%	
2º Trimestre	19	63,3%	
3º Trimestre	9	30,0%	0.000*

Tabela 5 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira no Pará segundo os exames laboratoriais.

			(conclusão)
Exames Laboratoriais	n	%	p-valor⁽¹⁾
Sífilis			
1º Trimestre	8	26,7%	0.400 ^{ns}
2º Trimestre	10	33,3%	
3º Trimestre	8	26,7%	
HIV			
1º Trimestre	12	40,0%	0.046*
2º Trimestre	14	46,7%	
3º Trimestre	9	30,0%	
Hepatite			
1º Trimestre	12	40,0%	0.000*
2º Trimestre	15	50,0%	
3º Trimestre	8	26,7%	
HBsAg			
1º Trimestre	4	13,3%	0.000*
2º Trimestre	5	16,7%	
3º Trimestre	3	10,0%	
Toxoplasmose			
1º Trimestre	11	36,7%	0.000*
2º Trimestre	5	16,7%	
3º Trimestre	3	10,0%	
Exame de urina			
1º Trimestre	8	26,7%	0.000*
2º Trimestre	19	63,3%	
3º Trimestre	8	26,7%	
Urinocultura			
1º Trimestre	3	10,0%	0.032*
2º Trimestre	4	13,3%	
3º Trimestre	0	0,0%	
Fenotipagem ABO			
1º Trimestre	8	26,7%	0.002*
2º Trimestre	16	53,3%	
3º Trimestre	1	3,3%	
Glicemia			
1º Trimestre	10	33,3%	0.007*
2º Trimestre	16	53,3%	
3º Trimestre	8	26,7%	
Teste oral de tolerância à glicose			
1º Trimestre	0	0,0%	-
2º Trimestre	1	3,3%	
3º Trimestre	0	0,0%	
Ultrassonografia			
1º Trimestre	8	26,7%	0.000*
2º Trimestre	26	86,7%	
3º Trimestre	16	53,3%	

Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

Nota 1: Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

Nota 2: O teste estatístico não considera a frequência do grupo “Sem informação”.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado (Wilks' G²) de Pearson para tendência (p-valor<0.05).

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos

Verifica-se na tabela 6 que não houve nesta pesquisa a correlação significativa entre o acesso ao pré-natal e o desenvolvimento de desfechos maternos negativos, de maneira que a frequência de intercorrências como infecção do trato urinário foi maior entre mulheres que iniciaram o pré-natal com menos de 12 semanas de gestação (6; 60%) e a maioria das mulheres que não apresentou intercorrências fizeram o início do pré-natal entre 12 e 16 semanas (10; 52,6%)

Tabela 6 – Distribuições das populações dos campos, das florestas e das águas de Altamira - PA segundo a correlação entre o acesso ao pré-natal e o desenvolvimento de desfechos maternos negativos.

Intercorrências	Início do Pré-natal								p-valor ⁽¹⁾
	<12 semanas		>16 semanas		12 a 16 semanas		Não respondeu		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DHEG	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0.166 ^{ns}
Infecção urinária	6	60,0%	3	30,0%	1	10,0%	0	0,0%	
Nenhuma	5	26,3%	2	10,5%	10	52,6%	2	10,5%	

Fonte: Protocolo de pesquisa (2021).

Legenda: DHEG: doença hipertensiva específica da gravidez.

Nota 1: Os resultados são baseados em linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

Nota 2: O teste estatístico não considera a frequência do grupo “Sem informação”.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado (Wilks' G²) de Pearson para independência (p-valor<0.05).

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal na rede SUS do município de Altamira, correlacionando com a morbidade materna em populações dos campos, das florestas e das águas. Nas análises realizadas, notou-se que a cobertura do acompanhamento gestacional é praticamente universal na cidade em si, porém, na zona rural e nas comunidades ribeirinhas, onde habita a população estudada, a abrangência e qualidade dessa assistência ainda é insatisfatória, o que pode ser justificado pelo perfil socioeconômico e demográfico das mulheres que compõe a PCFA, o qual as deixa historicamente às margens dos serviços de saúde.

Nesse contexto, encontrou-se gestantes e puérperas majoritariamente pardas (26; 86,7%), com renda menor que um salário-mínimo (21; 70%), desempregadas (26; 86,7%), com ensino fundamental incompleto (12; 40%), em união estável (25; 83,3%), residentes na zona rural (28; 93,3%) e com idade média igual a 23 anos. Logo, nota-se que as características socioeconômicas e demográficas desse grupo são compatíveis com que apresenta a Política Nacional de Saúde Integral das Populações dos Campos, das Florestas e das Águas (BRASIL 2011c; BRASIL 2013; BRASIL 2014a): pessoas vulneráveis socioeconomicamente, possuindo uma realidade que impacta diretamente no acesso aos serviços de saúde no geral, dentre eles o pré-natal.

Nessa conjuntura, notou-se que a maioria das entrevistadas iniciaram o pré-natal após as 12 semanas de gestação (56,7%) e realizaram menos de 6 consultas (56,7%), o que é aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b) e do Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), já que as intervenções necessitam ser precoces para o tratamento de distúrbios como as doenças hipertensivas específicas da gravidez, diabetes gestacional e infecção do trato urinário. Outro dado encontrado foi que as principais razões da baixa assiduidade ao pré-natal (nos casos de mulheres com menos de seis consultas) e do início tardio (após 16 semanas) foram devido à grande distância da casa até a UBS (50%) e ao custo financeiro de tal deslocamento (30%). Entretanto, notou-se durante as entrevistas que outro importante motivo foi o medo da infecção pelo vírus SARS-CoV-19, o qual não estava no questionário, devido não ser a proposta de avaliação da pesquisa.

Alguns estudos (CASTRO et. al, 2020; VIELLAS et.al.,2014) constataram fatores para a inadequação ao pré-natal que corroboram com a pesquisa, como a menor escolaridade, baixa renda, residir em áreas rurais e cor/raça preta ou parda. Porém, esta relação não é completamente elucidada na literatura – alguns autores não descrevem a associação, enquanto outros destacam a cor da pele (preta ou parda) como fator de risco para o cuidado pré-natal inadequado, visto que está associada comumente ao pertencimento a uma classe socioeconômica menos favorecida (MARIO et.al, 2019). Ademais, no estudo, assim como demonstrado por Rosa, Silveira e Costa (2014), possuir o apoio do parceiro mostrou-se como ponto favorecedor para adesão ao pré-natal, na medida em que as puérperas sem parceiro fixo tiveram menor adesão ao acompanhamento gestacional. Assim, a inadequação do uso da assistência esteve associada a vários fatores indicativos da persistência de desigualdade social, mostrando que os grupos socialmente mais vulneráveis recebem atenção pré-natal deficiente (MARTINELLI et.al, 2014; COIMBRA et.al, 2003).

Quanto à qualidade do pré-natal, além da quantidade de consultas e a idade gestacional precoce no início do acompanhamento, outro fator primordial para essa análise são os procedimentos obstétricos e clínicos (VIELLAS et.al.,2014). Na pesquisa, a maioria das mulheres foram submetidas aos exames básicos como verificação da pressão arterial (86,7%), altura uterina (80%), ausculta dos batimentos cardíacos (70%) e do peso (76,3%), similar aos achados de Domingues *et al.* (2012), sendo o fator ponderal essencial para a avaliação nutricional da gestante (CASTRO et.al, 2020), o que se correlaciona com diabetes gestacional, obesidade e baixo peso, os quais estão associados com distócias e parto prematuro, respectivamente (BALSSSELS et.al., 2018). A elevada frequência desses quatro procedimentos demonstra o quanto estes estão presentes na rotina profissional, embora nenhum deles tenha sido realizado em 100% das mulheres (CARVALHO et.al, 2016).

Em relação aos exames laboratoriais que necessitam ser realizados ao menos duas vezes durante a gestação (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012), os achados da presente pesquisa foram aquém do esperado. A exemplo disso: 11(36,7%) realizaram o hemograma; 11 (36,6%) fizeram o VDRL; 10 (33,3%) realizaram o teste rápido anti-HIV mulheres; apenas cinco (16,75) testaram o HbsAg e apenas oito (26,6%) realizaram exames de urina EAS e oito (26,6%) testaram a glicemia de jejum. Algumas pesquisas (CARNEIRO E COELHO, 2010;

JORDÃO et.al. 2016) relacionam a baixa adesão aos exames com a falta de esclarecimento acerca da importância destes para a segurança da mãe e do conceito. Quanto à urinocultura, ressalta-se que nenhuma mulher a realizou no primeiro e terceiro trimestres. Em relação aos exames do segundo trimestre – teste oral de tolerância à glicose e Coombs indireto (caso necessário) – a taxa de adesão foi zero, algo semelhante ao encontrado por Domingues *et al.* (2012). Soma-se isso ao fato de que a maioria dos exames não foram feitos no período preconizado.

Quanto ao exame ultrassonográfico, preconiza-se que seja feito ao menos um exame até a 13ª semana e seis dias (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012), visto que este período é o mais fidedigno para calcular a idade gestacional, a qual é fundamental para o monitoramento do crescimento e bem-estar fetal (VIELLAS et.al.,2014). Apenas 26,7% das mulheres seguiram tal recomendação, 76% das mulheres realizaram o exame duas vezes e 10% não o realizaram em nenhum momento da gestação.

A respeito do desenvolvimento de desfechos negativos e a correlação com a deficiência do pré-natal, encontrou-se que uma mulher desenvolveu doença hipertensiva específica da gravidez, 10 desenvolveram infecção urinária e nenhuma evoluiu com diabetes gestacional ou descolamento prematuro de placenta. A maioria das entrevistas que desenvolveu infecção urinária (6; 60%) iniciaram o pré-natal antes da 12ª semana gestacional, sendo que uma evoluiu para parto prematuro devido à infecção, o que pode denotar uma correlação com a baixa oferta de exames e de análise clínica, que compromete a qualidade do pré-natal. Logo, apesar da reduzida amostra, houve resultados relevantes.

Além disso, uma dificuldade encontrada foi o fato de os profissionais frequentemente negligenciarem o registro das informações nos prontuários e cadernetas da gestante, mesmo sendo uma importante ferramenta de comunicação e de permitir a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde (GUIMARAES et.al, 2020; VIELLAS, 2014), além de ser fundamental em situações éticas e jurídicas (DOMINGUES et.al, 2012). Logo, não foi possível adicionar ao estudo fatores contribuintes para a análise da qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, como a prescrição de sulfato ferroso e a vacinação, os quais eram relatados pelas puérperas como feitos, porém não existiam comprovação de tais informações.

6 CONCLUSÃO

Durante as práticas na graduação, as autoras constataram que há uma desatenção às necessidades de saúde dos PCFA, além de existirem poucos dados descritos na literatura que relacionam pré-natal e morbidade materna a essa população específica. Logo, a importância do presente trabalho consiste em trazer maior visibilidade ao tema, contribuir para a transformação dessa realidade no município de Altamira – PA, além de enriquecer os estudos a nível nacional.

Os achados do presente estudo mostram que, no geral, há uma baixa adesão ao pré-natal devido às desfavoráveis condições de acesso que as populações dos campos, das florestas e das águas vivenciam, sobretudo relacionadas às grandes distâncias e ao custo demandado para o deslocamento até o serviço de saúde mais próximo, visto que a maioria das UBSs se concentram na cidade de Altamira. Além disso, quando analisada a qualidade do pré-natal através dos exames clínicos, laboratoriais e de imagem, constata-se que suas frequências de realização estão inferiores às preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012). Porém, não se encontrou um significativo número de desfechos negativos, resultado este que pode ser atribuído à reduzida amostra. No entanto, ainda assim houve relevância no que diz respeito ao conhecimento adquirido sobre a qualidade e o acesso assistência integral à saúde da mulher.

Diante disso, para melhorar o acesso aos serviços de saúde, as ações governamentais devem considerar as especificidades desses grupos populacionais e seus processos de reprodução social. Sendo assim, a efetividade dessa atuação depende de maiores investimentos e de avanço na descentralização da saúde nos municípios do Brasil, principalmente os que abrigam as populações mais vulneráveis, assegurando a todos o direito à saúde integral. Ademais, deve-se ter um foco voltado para o crescimento de recursos humanos, estimulando os profissionais a atuarem nessas áreas mais longínquas, por meio de salários mais justos, além da flexibilidade da jornada de trabalho e melhoria da infraestrutura e subsídios da UBS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Magna Santos et al. Severe maternal morbidity in public hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 36, n. 7, p. 1–15, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00096419.

AYRES, Manuel. **BioEstat 5.4: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas**. Sociedade Civil Mamirauá, 2015.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 247-254, 2018.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. **Portaria no 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Altera a Portaria n° 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), 2014a. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004a. 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TabNet DataSUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 14 de jan. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Diário Oficial da União, Brasília, 2000. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. Estatística Básica., 7ª edição, 1ª reimpressão, Ed. 2011.

CARDOSO, Laís Santos de Magalhães; MENDES, Larissa Loures; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 86–92, 2013. DOI: 10.5935/1415-2762.20130008.

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1216-1226, 2010.

CARVALHO et.al. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 25 (2) • Apr-Jun 2016.

CASTRO, Lígia Laura de Sousa et al. Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 16, 2020.

COIMBRA, Liberata C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 456-462, 2003.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. suppl 1, p. S169–S181, 2014. DOI: 10.1590/0102-311x00154213.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHILITZ, Arthur Orlando Corrêa; DO CARMO LEAL, Maria. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: Findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 13, n. Suppl 3, 2016. DOI: 10.1186/s12978-016-0232-y. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0232-y>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; VIELLAS, Elaine Fernandes; DIAS, Marcos Augusto Bastos; TORRES, Jacqueline Alves; THEME-FILHA, Mariza Miranda; GAMA, Silvana Granado Nogueira Da; LEAL, Maria do Carmo. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 140–7, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25988250>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 425-437, 2012.

GUIMARÃES, Thaíse Almeida et al. Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

JORDÃO, Bruna Amato et al. Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 2, p. 26-34, 2016.

MARIO, Débora Nunes et al. Quality of prenatal care in Brazil: national health research 2013. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 1223-1232, 2019.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 56-64, 2014.

MOURA, Barbara Laisa Alves; ALENCAR, Gizelton Pereira; DA SILVA, Zilda Pereira; DE ALMEIDA, Marcia Furquim. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 1–13, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00188016.

NEVES, Rosália Garcia; FLORES-QUISPE, Maria Del Pilar; FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia Gastal; TOMASI, Elaine. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e servicios de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. e2019019, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000100008.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 546-553, 2013.

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, p. 302–314, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s120.

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

ROSENDO, Tatyana Maria Silva de Souza; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Near miss materno e iniquidades em saúde: Análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 191–201, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.20802014.

SILVA, Josy Maria de Pinho Da; PINHO, De; FONSECA, Sandra Costa; AUGUSTO, Marcos; DIAS, Bastos; IZZO, Aline Silva; TEIXEIRA, Gabrielle Pires. Conceitos , prevalência e características da morbidade materna grave , near miss , no Brasil : revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 37–65, 2018.

VIELLAS, Elaine Fernandes; AUGUSTO, Marcos; DIAS, Bastos; VIANA, Janaina; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, p. 85–100, 2014.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#XV>

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DESTINADO À ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA, INVESTIGAÇÃO DO ACESSO E PERCEPÇÃO DA MULHER ACERCA DO PRÉ-NATAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: Pré-natal e morbidade materna em populações dos campos, das florestas e das águas em Altamira-PA

Orientadores: Helane Conceição Damasceno e Maria Helena Pires Araújo Barbosa

Data: ___/___/___

Nome (iniciais): _____

1. Perfil sociodemográfico

- Idade: _____
- Raça/Cor:

() Branca () Amarela () Parda () Preta

- Renda

() Menos de um salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos
() de 2 a 3 de salários-mínimos () de 3 a 4 de salários-mínimos
() Mais de 4 salários-mínimos

- Situação Trabalhista

() Empregada () Desempregada

- Escolaridade

() Sem escolaridade () Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto
() Ensino Médio Completo () Ensino Superior

- Estado Civil

Solteira Casada
 Viúva Divorciada

- Classificação da população segundo a PNSIPCFA

Moradora de zona rural Atingida por barragem
 Ribeirinha Quilombo

2. Investigação do acesso ao pré-natal

- Quando iniciou o pré-natal?

< 12 semanas gestacionais 12 a 16 semanas gestacionais
 > 16 semanas gestacionais

- Quantas consultas você realizou?

Não realizou < 6 consultas ≥ 6 consultas

- Qual a razão da baixa assiduidade ao pré-natal, início tardio (após 16 semanas) ou do abandono? (nos casos de mulheres com menos de 6 consultas)

Grande distância da casa até a UBS Falta de acompanhante
 Custo financeiro do deslocamento Não julga como importante

3. Investigação da percepção da mulher acerca do pré-natal (é possível marcar mais de 1 opção).

- Qual a importância que você vê no pré-natal?

Cuidar da minha saúde Cuidar da saúde do bebê
 Informações sobre o parto Todas as opções acima
 Nenhuma importância

Curva de altura uterina / idade gestacional

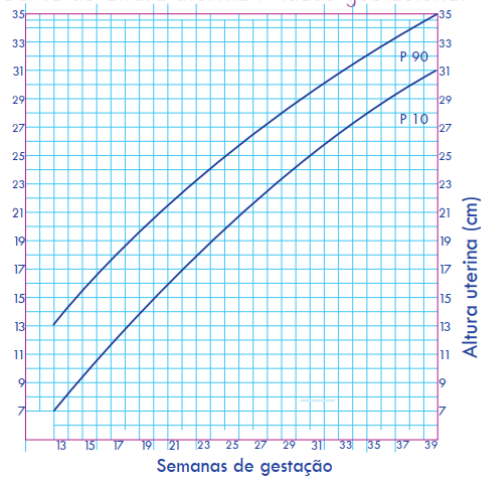
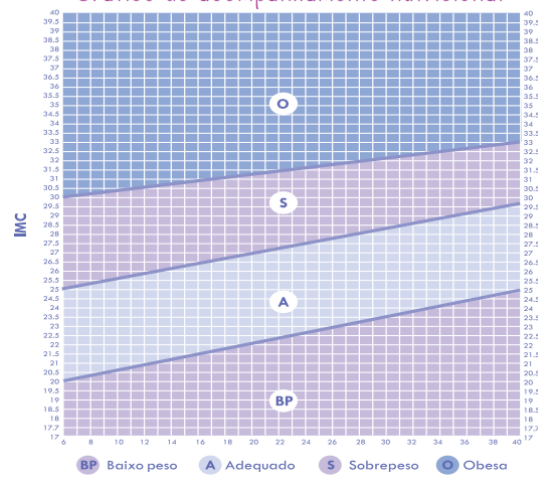


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data										
Queixa										
IG-semanas										
Peso (kg)/IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHG)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
BCF/Mov. fetal										
Toque, se indicado										
Participou de atividades educativas SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>										
Realizou visita à maternidade SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>										
Assinatura										

Idade de gestação	Início trab. parto	Terminação	Sexo	Alta materna	Alta do recém-nascido	Patologias do R.N.
Semanas	Espontâneo <input type="radio"/> Induzido <input type="radio"/>	Espontâneo <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/>	Sadia <input type="radio"/>	Sadio <input type="radio"/>	Nenhuma <input type="radio"/>
			VDLR	Transf. <input type="radio"/>	Transf. <input type="radio"/>	M. hial <input type="radio"/>
			APGAR 1º min. <input type="text"/> 5º min. <input type="text"/>	Com patol. <input type="radio"/>	Com patol. <input type="radio"/>	Apneias <input type="radio"/>
			Reanimação	Óbito: <input type="radio"/>	Óbito: <input type="radio"/>	Infecção <input type="radio"/>
			Ex. físico imediato	Óbito: <input type="radio"/>	Fetal <input type="radio"/>	S. asp. <input type="radio"/>
			Peso	Gravidez <input type="radio"/>	Intraparto <input type="radio"/>	Hemor. <input type="radio"/>
			Peso/IG	Parto <input type="radio"/>	Pós-parto <input type="radio"/>	Neurol. <input type="radio"/>
			Per. cef.	Puerpério <input type="radio"/>	Dias <input type="text"/>	Hiperb. <input type="radio"/>
					Horas <input type="text"/>	A. cong. <input type="radio"/>
						Outra SDR <input type="radio"/>

Parto	Medicação no parto	Tranq.
NÃO SIM	Anestesia local <input type="radio"/>	Ocitocina <input type="radio"/>
Laceração <input type="radio"/>	Anestesia reg. <input type="radio"/>	Antibiótico <input type="radio"/>
Dequit. espont. <input type="radio"/>	Anestesia geral <input type="radio"/>	Outra <input type="radio"/>
Placenta compl. <input type="radio"/>	Analgesia <input type="radio"/>	Nenhum <input type="radio"/>

Temperatura	Lóquios	Amamentação
Pressão arterial	Cicatriz cirúrgica (no caso de cesariana)	Exame de mamas (queixas)
Peso	Vínculo/estado emocional	Planejamento reprodutivo
Períneo		
Eliminações vesicais		
Eliminações intestinais		

APÊNCICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar do estudo “Pré-natal e morbidade materna em populações dos campos, das florestas e das águas em Altamira-PA” que está sendo desenvolvido pelas discentes Gisele Silva Lourinho e Isabela Campos Sousa vinculadas à faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará(UFPA) - Campus Altamira, sob a orientação da professora Msc. Helane Conceição Damasceno e Coorientação da professora Msc. Maria Helena Pires Araújo Barbosa. A pesquisa possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número de parecer CAAE 28311420.6.0000.0121.

Esta pesquisa objetiva compreender a relação do acesso e qualidade do pré-natal com morbidade materna na gestação, no parto e pós-parto imediato em populações das florestas, dos campos e das águas no município de Altamira-PA.

A pesquisa será efetivada a partir da entrevista de forma presencial com questionário produzido pelas discentes e observação da caderneta da gestante. Posteriormente serão coletados dados do prontuário da entrevistada. Todas as informações obtidas e que estejam relacionadas com a privacidade da entrevistada serão mantidas em sigilo. As entrevistadas terão suas identidades preservadas, não sendo divulgadas para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participam efetivamente do estudo.

Você poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalidade. Você também poderá solicitar informações sobre a pesquisa em qualquer momento e poderá tirar dúvidas entrando em contato com a orientadora e coorientadora. Para sanar dúvidas sobre a ética dessa pesquisa você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Assim, ao assinar o termo, você está aceitando participar do estudo voluntariamente, mantendo sua autonomia e liberdade individual, sem interesse financeiro, não obtendo nenhuma recompensa ou remuneração.

Esta pesquisa atende as resoluções 466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele foi

impresso em duas vias para que ambas sejam assinadas e rubricadas. Após o consentimento, uma via ficará com o participante e a outra em poder do pesquisador responsável.

A pesquisadora, que também assina este documento, compromete-se a conduzir esta pesquisa cumprindo a resolução 466/2012 e suas complementares do CNS, que abordam os preceitos éticos em pesquisa envolvendo humanos e a proteção aos participantes da pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, além de conhecer os riscos e benefícios associados à participação e estar ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa “**Pré-natal e morbidade materna em populações dos campos, das florestas e das águas em Altamira-PA**” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em eventos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Altamira/PA, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Participante



Impressão
Datiloscópica
do(a) Participante

Assinatura de Pesquisadora

Para esclarecimento de quaisquer dúvidas:

Helene Conceição Damasceno
Orientadora Responsável
Faculdade de Medicina – Campus Altamira
Universidade Federal do Pará
Altamira/PA
Telefone: (93) 991484009
E-mail: helanehd@hotmail.com

Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Coorientadora
Faculdade de Medicina – Campus Altamira
Universidade Federal do Pará
Altamira/PA
Telefone: (84) 99600-5595
E-mail: mariahelenapab@hotmail.com

CEPSH - UFSC
Rua Des. Lima, 222, 4º andar, sala 401,
Prédio da Reitoria II, Trindade.
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis/SC
Telefone: (48) 3721-6094
E-mail: cep.propesq@contato.ufsc