

ACESSO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-023>

Data de submissão: 02/04/2025

Data de publicação: 02/05/2025

Anna Luísa da Silva Corgosinho Nolasco

Daphnny Laine Ferreira de Oliveira

Ana Luísa do Couto Silva

Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo Netto Maia

RESUMO

Objetivo: identificar as estratégias para promover o acesso e a adesão ao pré-natal entre as gestantes em situação de vulnerabilidade social. Método: revisão integrativa da literatura em nove bases de dados. Foram incluídos os estudos que respondem à pergunta de pesquisa, publicados em inglês, espanhol e português, sem delimitação da data de publicação. Para verificar a qualidade metodológica dos artigos, foi utilizado o sistema GRADE. As informações colhidas nos estudos, foram organizadas e sintetizadas em um quadro contendo oito categorias. Resultados: da busca nas bases de dados, foram encontradas 1096 publicações sobre o tema, e destas, cinco foram incluídas, publicadas na língua inglesa, entre 2015 e 2020. Diversas estratégias para garantir o acesso e adesão das gestantes em vulnerabilidade social ao pré-natal foram evidenciadas, além dos desafios para implementar as ações propostas, formando duas categorias. Conclusão: a revisão identificou múltiplas estratégias adotadas pelos serviços e profissionais de saúde para favorecer a adesão ao pré-natal, como as políticas públicas, apoio social, acompanhamento domiciliar, telemedicina, uso de aplicativos de saúde, assistência em grupo e flexibilização dos horários de atendimento. Ao mesmo tempo, foi evidenciado dificuldades multifatoriais que implicam na aplicação dessas propostas para permitir o acesso e adesão ao pré-natal de gestantes em vulnerabilidade, o que reforça a necessidade de mais estudos nessa área. Protocolo registrado no PROSPERO (CRD42024620030).

Palavras-chave: Gestantes. Vulnerabilidade social. Cuidado Pré-Natal. Promoção da saúde. Enfermagem. Revisão.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo toma por objeto o acesso ao pré-natal por gestantes em situação de vulnerabilidade social. É conhecido que o conceito de vulnerabilidade é amplo e pode ser reconhecido como processos sociais mais amplos contra os quais o indivíduo, por si só, não tem meios para agir e cujos rumos só o Estado, por meio de políticas públicas, tem condições de alterar⁽¹⁾.

Nesse sentido, considerando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), a vulnerabilidade pode-se dividir em quatro tipos, a saber: vulnerabilidade sexual; vulnerabilidade e desastres; vulnerabilidade em saúde; e vulnerabilidade social, esta com nota de escopo que aborda as características de uma pessoa ou comunidade que afetam sua capacidade de antecipar, confrontar, reparar e recuperar-se dos efeitos de um desastre natural ou causado pelo homem⁽²⁾. Logo, esta presente revisão trabalha com o conceito utilizado pelos Descritores em Ciência da Saúde, para realizar buscas na literatura com maior precisão, porém reconhece como significativo as outras definições dadas ao termo “Vulnerabilidade social”.

A literatura é consistente e considera que o pré-natal é caracterizado pela assistência à saúde da gestante para a prevenção e/ou detecção precoce de agravos tanto maternos como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Tem como finalidade o acompanhamento da mulher do início ao fim da gestação, a fim de fornecer um cuidado humanizado à gestante, além de abranger condutas de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos presentes nesse período⁽³⁾. Portanto, faz-se necessário que essa atenção pré-natal seja realizada de forma holística, observando as especificidades de cada mulher e identificando os fatores que possam estar colocando-a em situação de vulnerabilidade, e impossibilitando o acesso e realização do acompanhamento pré-natal⁽⁴⁾.

Diante do cenário apresentado, torna-se essencial compreender o acesso ao pré-natal como um direito humano fundamental, inscrito no princípio da dignidade da pessoa humana e garantido pela Constituição Federal de 1988, bem como por tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário⁽⁵⁻⁶⁾. O direito à saúde, como direito social, deve ser universal, integral e equitativo, princípios que ganham ainda mais relevância quando se trata de grupos historicamente marginalizados⁽⁷⁾.

A vulnerabilidade social, nesse contexto, não pode ser entendida apenas como uma condição individual, mas como uma expressão de processos estruturais que limitam o acesso a direitos básicos e perpetuam desigualdades, processos que afetam a capacidade de reação e recuperação de indivíduos e comunidades diante de adversidades sociais e econômicas⁽⁵⁻⁶⁾. Assim, garantir o acesso ao pré-natal com qualidade e equidade não é apenas uma questão técnica ou assistencial, mas um imperativo ético

e jurídico, que reafirma o compromisso do Estado com os direitos humanos, especialmente daqueles grupos mais fragilizados pelas desigualdades sociais.

Quando presente a condição da gestante, a vulnerabilidade social, torna-a ainda mais predisposta a acometimentos que podem prejudicar o bom desenvolvimento gestacional e interferir no desfecho da gestação. De acordo com o National Institute of Child Health and Human Development⁽⁸⁾, mulheres em comunidades desfavorecidas, em situação de vulnerabilidade social, enfrentam barreiras ao início precoce e à continuidade do cuidado pré-natal, o que pode aumentar os riscos de complicações como parto prematuro e mortalidade infantil. Esse cenário é acrescido por estresse crônico, baixa renda e falta de infraestrutura, afetando diretamente a saúde materna e fetal. Em vista disso, o acesso garantido ao acompanhamento pré-natal realizado com qualidade e de forma acolhedora, reduz os possíveis riscos que podem aparecer durante o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para a diminuição de problemas materno-fetais⁽⁹⁾.

Estudos mostram números significativos na cobertura pré-natal. No entanto, observa-se uma redução quanto à porcentagem de gestantes que realizaram o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, fato que pode estar intrinsecamente relacionado com o acesso ao pré-natal por mulheres que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade social⁽¹⁰⁾. É explícito, na literatura, uma lacuna que evidencia a dificuldade de acesso ao pré-natal por mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade, bem como as estratégias usadas para garantir o acesso dessas mulheres ao acompanhamento no ciclo gestacional.

No contexto da Linha de Cuidado Materno-Infantil e da organização do serviço para atendimento integral à mulher⁽¹¹⁾, e buscando avançar na garantia e proteção dos direitos humanos, com vistas à construção de um Brasil mais inclusivo, propõe-se este estudo que objetiva identificar as estratégias para promover o acesso e a adesão ao pré-natal entre as gestantes em situação de vulnerabilidade social.

Considerando a realidade do Brasil, em que é notório o contexto de desigualdade de gênero, e até mesmo entre mulheres, quando se compara o contexto étnico-racial, evidencia-se a necessidade de um olhar mais minucioso para essa população⁽¹²⁾.

Deste modo, a realização deste estudo se justifica, por ser um assunto que visibiliza as desigualdades dentro do contexto da saúde materno-infantil, especialmente de gestantes em situação de vulnerabilidade social, permitindo identificar as dificuldades de acesso ao cuidado pré-natal. Além disso, após busca bibliográfica realizada nas principais bases de dados, foi observado que esse é um tema que carece de informações, fomentando ainda mais o fundamento da pesquisa.

Acredita-se que esse estudo contribuirá para a ciência por reconhecer quais barreiras os profissionais estão enfrentando para a captação de gestantes em vulnerabilidade social no acompanhamento pré-natal e o que está sendo feito para minimizar esse contexto. Para o usuário, mais especificamente as mulheres enquadradas em situação de vulnerabilidade, contribui para promover sua visibilidade e fornecer informações acerca das implicações que essa condição permeia no período gestacional e o que está sendo feito para garantir que não afete o acesso ao cuidado pré-natal. Por fim, contribui socialmente para garantir o direito de todas as gestantes a um acompanhamento pré-natal, fortalecendo o sistema de saúde pública e promovendo melhorias nas condições sociais que impactam essa vulnerabilidade.

2 MÉTODO

Optou-se por uma revisão integrativa, um tipo de revisão de literatura que busca reunir, analisar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema específico, proporcionando uma visão mais ampla e integrada sobre o assunto. Uma revisão integrativa é útil para profissionais e pesquisadores, pois gera um panorama abrangente do conhecimento existente⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Para nortear esse estudo as etapas foram divididas em: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da síntese da pesquisa⁽¹⁵⁾. Destaca-se que o protocolo de pesquisa foi registrado na base de dados internacional de revisões sistemáticas PROSPERO (International prospective register of systematic reviews), produzida pelo CRD e financiada pelo National Institute for Health Research (NIHR) sob registro CRD42024620030.

A partir da identificação do tema foi possível formular a pergunta de pesquisa, utilizando o acrônimo PECO, com objetivo de reconhecer palavras chaves que representem a questão clínica como um todo⁽¹⁶⁾. Nesse acrônimo temos a letra P como população de interesse, E como exposição, C comparador/controle e O como desfecho de interesse. Assim, nesta revisão o “P”(população) será formada por gestantes em situação de vulnerabilidade social; “E”(intervenção primária) serão as estratégias para o acesso e adesão ao pré-natal; “C” (controle) as gestantes em segurança social em acompanhamento no pré-natal; “O”(desfecho) garantia de acesso e adesão ao pré-natal a todas as gestantes.

Logo, esta revisão tem como pergunta de pesquisa: “Quais são as estratégias adotadas pelos serviços e pelos profissionais de saúde para garantir o acesso e adesão ao pré-natal de mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social, em comparação com as empregadas em mulheres não vulneráveis?”

Os artigos foram identificados a partir de uma busca bibliográfica realizada em dezembro de 2024, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/Pubmed), Embase, Cochrane, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e Web of Science (WoS). Essas bases de dados foram escolhidas por serem amplamente reconhecidas por indexar artigos de alta qualidade, cobrindo literatura científica nacional e internacional. Além disso, elas possibilitam o acesso a diferentes tipos de estudos, como experimentais e observacionais, fundamentais para a síntese abrangente necessária em uma revisão integrativa.

Foram incluídos no estudo os artigos publicados em inglês, espanhol e português, não delimitando data de publicação, que apresentem resumos e informações sobre o acesso ao pré-natal de mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social. Eles foram agrupados por metodologia, a fim de identificar tendências metodológicas e como os achados se relacionam com diferentes abordagens.

A estratégia de busca será por meio da seguinte chave: “Gestantes OR Pregnant women OR Mujeres Embarazadas OR Femmes enceintes” AND “Vulnerabilidade social OR Social vulnerability OR Vulnerabilidad Social OR Vulnérabilité sociale” AND “Cuidado Pré-Natal OR Prenatal Care OR Atención Prenatal OR Prise en charge prénatale”. Essa estratégia foi adotada em todas as bases de dados escolhidas.

Inicialmente realizou-se uma triagem dos artigos, pela leitura dos títulos e resumos, que possibilitou a exclusão daqueles em duplicidade nas diferentes bases de dados, de estudos que não atendiam aos critérios de inclusão ou ao tema proposto. Assim, foram selecionados artigos para leitura na íntegra que respondiam à questão norteadora. Cada etapa do processo de seleção foi documentada de forma sistemática, por meio de um fluxograma que ilustra o número total de estudos encontrados nas buscas, o número de estudos excluídos após a triagem, o número de estudos excluídos após a leitura completa e o número final da amostra da revisão.

Para favorecer a validação da seleção das publicações para análise foi realizada a avaliação dos artigos por dois revisores independentes, considerando os critérios de inclusão e exclusão, e norteados pela pergunta de pesquisa, sendo as divergências resolvidas por um terceiro revisor. Este processo permitiu a inclusão de estudos consistentes e que contribuem para o alcance do objetivo e a exclusão de outros que não contemplam os requisitos necessários. A avaliação da certeza se deu por meio do Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para garantir a robustez das conclusões⁽¹⁷⁾.

Foram colhidas informações de como os estudos definem vulnerabilidade, as características das mulheres (idade, etnia/raça, status socioeconômico, localização geográfica), o tamanho da amostra, as barreiras identificadas (socioeconômicas, culturais, geográficas, estruturais, psicológicas ou emocionais) e as ações para facilitar o acesso. Os dados foram organizados e sintetizados por meio da elaboração de um quadro contendo os seguintes itens: identificação do artigo, autores, ano e periódico de publicação, local (país/cidade) de realização, objetivos, desenho metodológico, principais resultados e avaliação de certeza. Essa abordagem ajudou na coleta de dados específicos para comparar as dificuldades de acesso e as estratégias entre mulheres vulneráveis e não vulneráveis, proporcionando uma base sólida para as conclusões.

Por fim, os resultados foram integrados de forma narrativa, permitindo uma visão holística sobre o acesso ao pré-natal entre mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Como se trata de uma revisão integrativa, não houve interação direta com o ser humano ou animais. Os dados secundários utilizados foram analisados de forma ética, garantindo a confiabilidade e o respeito aos direitos autorais dos autores citados.

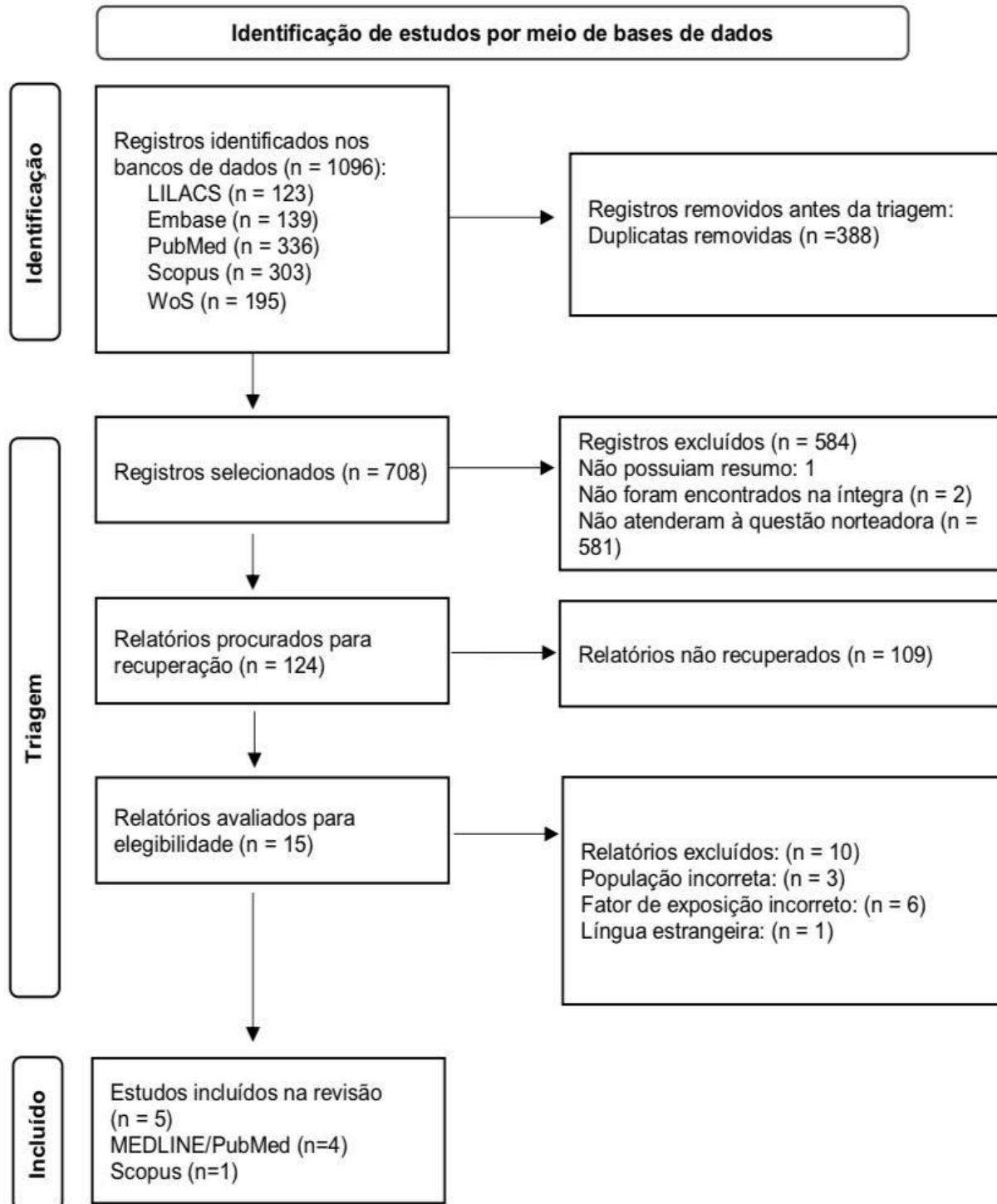
Os resultados do estudo serão divulgados por meio de artigo científico e apresentação de trabalho em eventos científicos da área. As despesas para implementação deste projeto serão de responsabilidade dos pesquisadores.

3 RESULTADOS

Na busca inicial, realizada nos bancos de dados, foram encontradas 1096 publicações sobre o tema. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir aquelas em duplicidade nas diferentes bases de dados ($n=388$), estudos que não atendiam aos critérios de inclusão ou ao tema proposto ($n=584$) e os que não estavam disponíveis na íntegra ($n=109$). Desses, foram selecionados 15 artigos para leitura na íntegra, sendo eliminados os artigos por não atender aos critérios de inclusão para o alcance do objetivo da pesquisa ($n=10$). Os artigos foram avaliados por dois revisores da equipe composta por quatro pesquisadores, mediante seleção independente considerando os critérios de inclusão e exclusão, e norteados pela pergunta de pesquisa, para favorecer a validação da seleção das publicações para análise. Cada revisor registrou sua avaliação e justificativa de inclusão ou exclusão do artigo em um instrumento que continha os respectivos títulos, resumos e base de dados. Os resultados foram comparados e as discordâncias solucionadas por consenso entre os revisores, sem a necessidade de inclusão de um revisor externo. Este processo de validação da seleção da amostra final dos artigos permitiu a inclusão de estudos que apresentassem consistências e contribuíssem para o alcance do objetivo e a exclusão de outros que não contemplassem os requisitos necessários. O

trabalho levou em consideração os aspectos éticos da pesquisa, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão. Dessa forma, dos 15 artigos lidos na íntegra, cinco responderam à questão norteadora e, portanto, constituíram a amostra final desta revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa. Brasil, 2025.



Na sequência, as publicações foram analisadas e os dados interpretados de forma organizada e sintetizados por meio da elaboração de um texto contendo os seguintes itens: identificação do artigo, autores, ano e periódico de publicação, local (país/cidade) de realização, objetivos, desenho metodológico, principais resultados e avaliação de certeza, classificação que permite identificar o perfil dos estudos desenvolvidos acerca do tema investigado. Os níveis de evidência foram determinados considerando a hierarquia de evidências do sistema GRADE, que classifica ensaios clínicos randomizados como evidência de alta qualidade e estudos observacionais como evidência de baixa qualidade. Fatores como limitações no desenho do estudo, inconsistências, evidências indiretas, imprecisão e viés de publicação podem levar a uma diminuição no nível de evidência.

Considerando os critérios usados na busca de dados, foi possível selecionar cinco artigos que atendiam aos critérios de inclusão para alcance do objetivo proposto. As publicações incluídas na amostra foram publicadas, em sua maioria, na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/Pubmed) (80%) e Scopus (20%). Os artigos selecionados foram publicados entre 2015 e 2020, sendo que dois foram publicados em 2015 (40%), dois em 2018 (40%) e um em 2020 (20%). Todos os trabalhos envolveram estudos de origem norte-americana, sendo publicados na língua inglesa, por autores que atuam na área da saúde, como enfermeiras, médicas, parteiras e docentes de diversas áreas, com maior concentração na Saúde da Mulher.

Em relação aos tipos de estudos incluídos, o nível de evidência muito baixo prevaleceu em 60% da amostra (um relato de experiência, um relatório de programa piloto e uma revisão da literatura), seguido do nível de evidência baixo, prevalente em 40% dos estudos (dois estudos observacionais).

Um estudo retrospectivo de prontuários analisou o impacto da Shade Tree Early Pregnancy Program (STEPP), uma clínica interprofissional gratuita nos EUA, evidenciando que 40% das gestantes iniciaram o pré-natal tarde(¹⁸). Já outro estudo observacional e por meio da revisão de prontuários, avaliou uma intervenção para otimizar o acesso ao pré-natal em uma comunidade de baixa renda, demonstrando que a taxa de início precoce subiu de 27% para 71,5% após medidas como ampliação de horários e simplificação do agendamento(¹⁹). Uma análise qualitativa examinou a implementação do modelo Centering Pregnancy no Haiti e identificou desafios estruturais e culturais na adoção do cuidado em grupo(²⁰). Por outro lado, um estudo de caso, relata a experiência de um programa piloto de visitas domiciliares para gestantes em situação de rua no Havaí, apontando ganhos na humanização do atendimento, mas também barreiras institucionais(²¹). Uma revisão da literatura com entrevistas com especialistas, investigou o potencial das tecnologias digitais na redução de

disparidades, destacando o uso de prontuários eletrônicos e comunicação móvel para otimizar a assistência⁽²²⁾.

Na análise dos estudos, constatou-se uma multiplicidade de atores envolvidos em estudos sobre a vulnerabilidade social de gestantes e puérperas, além de diversas estratégias adotadas pelos serviços e pelos profissionais de saúde para garantir o acesso e adesão ao pré-natal de mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social, evidenciando os desafios para implementação das ações propostas. Essa complexidade que envolve a assistência pré-natal em mulheres vulneráveis permitiu a construção de duas categorias temáticas, a saber: “Estratégias para melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal de gestantes vulneráveis” e “Desafios para adesão ao pré-natal por gestantes em situação de vulnerabilidade social”.

3.1 ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO E A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES VULNERÁVEIS

Os estudos identificaram estratégias inovadoras, incluindo o uso da tecnologia da informação em saúde, para aumentar o acesso ao pré-natal oportuno, melhorar a qualidade do cuidado pré-natal e aperfeiçoar a organização e entrega desses serviços, com o intuito de reduzir as disparidades na qualidade do cuidado pré-natal em ambientes com poucos recursos⁽²²⁾.

A revisão dos artigos indica diversas estratégias adotadas pelos serviços e pelos profissionais de saúde para garantir o acesso e adesão ao pré-natal de mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade social, como acesso ao pré-natal oportuno, qualidade do cuidado pré-natal e gestão do cuidado pré-natal, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização das estratégias para melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal de mulheres em situação de vulnerabilidade social. Divinópolis-MG, Brasil, 2025

Acesso ao pré-natal oportuno	<ul style="list-style-type: none"> Políticas públicas⁽¹⁹⁾ Suporte social em condições vulneráveis^(19,21-22) Acompanhamento domiciliar⁽²¹⁾ Monitoramento contínuo⁽²²⁾ Atendimento pré natal em visitas domiciliares⁽²¹⁾ Atendimento pré natal em abrigos⁽²¹⁾ Atendimento pré natal em centros comunitários⁽²¹⁾ Atendimento pré-natal remoto⁽²²⁾ Atendimento em grupo⁽²⁰⁾ Simplificação dos processos de agendamento⁽¹⁹⁾ Agendamento prioritário para gestantes com mais de três meses de gestação⁽¹⁹⁾ Flexibilidade nos horários de atendimento⁽¹⁹⁾ Atendimento após as 18h e nos fins de semana⁽¹⁹⁾ Uso de dispositivos móveis⁽²¹⁻²²⁾ Uso de aplicativos de saúde⁽²²⁾ Uso de telemedicina⁽²¹⁻²²⁾ Uso de tecnologia da informação (Mensagens)⁽²²⁾
Qualidade do cuidado pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> Captação precoce⁽¹⁸⁾ Apoio social precoce⁽¹⁸⁾ Triagens mais eficientes⁽¹⁹⁾ Acompanhamento personalizado⁽¹⁸⁾ Atendimento em grupo⁽²⁰⁾ Educação em saúde⁽²⁰⁾ Rede de apoio com participação de líderes comunitários⁽²⁰⁾ Melhoria contínua da qualidade⁽²²⁾
Gestão do cuidado pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> Integração de serviços⁽²¹⁻²²⁾ Coordenação do cuidado entre diferentes serviços de saúde⁽²²⁾ Pré-natal em dispositivos móveis de saúde⁽²¹⁾ Tecnologia da informação para mapeamento espacial⁽²²⁾ Telemedicina para monitorização⁽²¹⁾ Prontuários eletrônicos⁽²²⁾ Registros eletrônicos portáteis⁽²¹⁾ Comunicação via mensagens de texto⁽²²⁾ Programa de melhoria contínua da qualidade⁽²²⁾ Novos processos operacionais e clínicos⁽¹⁹⁾ Clínica comunitária⁽¹⁹⁾ Clínica gratuita⁽¹⁸⁾ Pesquisa de identificação de barreiras ao acesso⁽¹⁹⁾ Protocolos padronizados⁽¹⁹⁾

As estratégias voltadas para a garantia do acesso ao pré-natal oportuno incluem a implementação de programas que levam o atendimento até as gestantes em situação de vulnerabilidade social, eliminando barreiras geográficas, financeiras e estruturais. Um exemplo é o Midwifery Integrated Home Visitation Program (MI-Home), que envolveu parteiras e médicos oferecendo atendimento pré-natal móvel e suporte social a gestantes em condições vulneráveis. Após três meses, 10 gestantes foram atendidas, recebendo assistência médica e suporte social. A iniciativa permitiu um atendimento mais humanizado e coordenado, melhorando o acompanhamento pré-natal dessas gestantes⁽²¹⁾.

Outra iniciativa relevante foi o uso de tecnologias móveis, como telemedicina e aplicativos de saúde, que possibilitaram a realização de consultas remotas e o monitoramento contínuo das gestantes. Esse recurso mostrou-se especialmente útil para mulheres que enfrentam dificuldades de transporte ou residem em áreas com escassez de serviços de saúde, conforme apontado por estudiosos em trabalho publicado em 2010⁽²²⁾. Que também abordaram a tecnologia da informação (TI) em saúde como facilitadora da divulgação da importância dos cuidados pré-concepcionais, pré-natais precoces e cuidados inter concepcionais, por meio do uso do Serviço de Mensagens Curtas (SMS), que tem muitos benefícios em relação a outros modos de comunicação, incluindo baixo custo, fácil e conveniente de usar e altamente acessível e popular. Esse recurso também pode ser usado para facilitar a coleta de dados sobre raça, etnia e idioma falado, sendo que esses dados são fundamentais para identificar riscos, estratificar dados e identificar lacunas de acesso. Destacam, também, que a TI em saúde também pode ser usada para facilitar o mapeamento espacial das lacunas de acesso na pré-concepção e no pré-natal precoce.

A ampliação de políticas públicas também desempenhou um papel significativo na garantia de acesso ao acompanhamento pré-natal. A expansão do programa Medicaid nos Estados Unidos, por exemplo, permitiu que gestantes sem seguro saúde acessassem consultas pré-natais sem custos adicionais. Além disso, a simplificação dos processos de agendamento e o aumento da flexibilidade nos horários de atendimento contribuíram para que mais mulheres pudessem iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação. A taxa de início do pré-natal no primeiro trimestre aumentou de 27% para 71,5% após a intervenção. Apesar da captação precoce, não houve diferenças significativas na idade gestacional ao parto ou na taxa de parto vaginal⁽¹⁹⁾.

No que se refere à qualidade, a revisão mostra que as estratégias para melhoria do cuidado pré-natal foram enfatizadas na implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, o uso de medidas de desempenho e estratégias para aprimorar o atendimento pré-natal⁽¹⁹⁾. Exemplo dessas estratégias está descrito como clínicas gratuitas administradas por estudantes que, por meio das consultas de início precoce, no primeiro trimestre gestacional, puderam identificar afecções que necessitavam de tratamento clínico, também, o aconselhamento da redução de riscos e o apoio social foram iniciados mais cedo, dando continuidade a um acompanhamento personalizado, visando a individualidade de cada gestante⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, o atendimento das gestantes em grupo foi usado como uma estratégia para aprimorar a assistência e a adesão dessas mulheres, por meio de um modelo econômico que combina a avaliação clínica com a educação em saúde, baseando-se na construção de uma comunidade, uma rede de apoio, entre os participantes. O processo envolveu a adaptação do modelo Centering

Pregnancy para um contexto de poucos recursos, denominado Fanm Pale (Women Speak), com seis sessões, cobrindo tópicos relacionados à gravidez⁽²⁰⁾.

Quanto ao aprimoramento da organização e na entrega do cuidado pré-natal, foram mencionados modelos inovadores, como o uso da tecnologia para mapear lacunas no acesso e melhorar a continuidade dos registros dos pacientes, a expansão dos horários das clínicas flexibilização no agendamento, atendimento pré natal utilizando visitas domiciliares e a telemedicina como meio de monitorização^(18-19,21-22).

Um exemplo de aprimoramento explicitado foi a implementação do programa Midwifery Integrated Home Visitation Program (MI-Home), um projeto piloto realizado no Havaí para melhorar o acesso ao cuidado pré-natal de gestantes em situação de rua ou com dificuldades de acesso aos serviços de saúde tradicionais. O programa leva os serviços de assistência diretamente às gestantes, eliminando barreiras como transporte, falta de documentos ou dificuldades de deslocamento, às consultas ocorrem em locais seguros, como abrigos, centros comunitários ou na própria casa da gestante, garantindo maior adesão ao pré-natal. Também foram utilizados dispositivos móveis de saúde e telemedicina para otimizar o acompanhamento que incluem registros eletrônicos portáteis. Essa iniciativa de parceria entre os centros comunitários e a telemedicina permitiu um atendimento mais humanizado e coordenado⁽²¹⁾.

Outro meio de aprimoramento da gestão do cuidado pré-natal destacado na revisão foi a clínica comunitária voltada para populações de baixa renda, que buscou melhorar as taxas de entrada precoce em cuidados pré-natais identificando e abordando barreiras ao acesso. As barreiras foram identificadas por meio de pesquisas com pacientes, grupos focais e consultas para compreender os principais obstáculos ao início precoce do pré-natal. Assim, com base nessas informações, a clínica redesenhou seus processos operacionais e clínicos, como a extensão do seu horário de funcionamento, incluindo atendimento após as 18h e nos fins de semana. Para melhorar as taxas de entrada precoce a equipe de atendimento passou a realizar triagens mais eficientes, garantindo que gestantes com mais de três meses de gestação recebessem agendamento prioritário para iniciar o pré-natal o mais rápido possível. Além disso, foram introduzidos protocolos padronizados para o cálculo preciso da idade gestacional, evitando erros no agendamento e garantindo atendimento dentro do período adequado. A implementação dessas estratégias resultou em um aumento de cerca de 44,5% no número de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre⁽¹⁹⁾.

3.2 DESAFIOS PARA ADESÃO AO PRÉ-NATAL POR GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Os estudos analisados nesta revisão identificaram diversas barreiras para que as ações do pré-natal sejam acessíveis a todas as mulheres, incluindo: dificuldades de acesso a serviços psiquiátricos, transporte, burocracia para obtenção de documentos e barreiras ao atendimento médico tradicional, linguagem, alfabetização, espaço físico, adequação cultural do conteúdo e contexto sociopolítico⁽¹⁸⁻²²⁾.

O contexto socioeconômico foi fator preponderante em todos os estudos com relação à dificuldade de participação das gestantes no cuidado pré-natal. As populações com baixo recurso, tanto financeiro como social, apresentaram acesso limitado ao pré-natal. Na tentativa de resolver essa questão, as clínicas gratuitas administradas por estudantes seriam uma opção, no entanto, é necessário comprometimento tanto da equipe multidisciplinar de cuidado, quanto das participantes, além de infraestrutura adequada de saúde e recursos financeiros⁽¹⁸⁾.

A fim de melhorar a qualidade do pré-natal, pesquisadores sugerem a implementação de políticas públicas, envolvendo transporte acessível e programas de saúde móveis, o que novamente retorna a dificuldade de acesso a recursos financeiros para manter essa possibilidade⁽¹⁹⁾. Em comunidades de baixa renda, como no Haiti, aulas de pré-natal comunitárias podem ser eficazes e promover a adesão, mas necessitam de espaço físico adequado, além da dificuldade em manter a participação das mulheres ser um obstáculo, devido ao estigma social, a crenças culturais e limitações econômicas⁽²⁰⁾. Em mulheres que se encontram em situação de rua, há ainda mais desafios a serem enfrentados, como ausência de moradia estável, insegurança alimentar e rede de apoio fragilizada. Visto isso, estudiosos sugerem a integração dos serviços de saúde, no entanto, essa população ainda enfrenta grande estigma e preconceitos, e ainda não se sentem seguras e confortáveis em buscar os serviços de saúde⁽²¹⁾.

Mulheres que se encontram em classe econômicas mais baixas recebem cuidados de pior qualidade quando comparadas com aquelas em condições mais favorecidas, por isso os especialistas propõem estratégias inovadoras como a telemedicina, educação comunitária e atualização na formação dos profissionais de saúde que atendem esse grupo de mulheres, contudo necessitam de financiamento sólido e profissionais treinados⁽²²⁾.

A adesão ao pré-natal em populações carentes é afetada por fatores socioeconômicos, culturais e educativos. A pobreza, a falta de transporte, o custo dos cuidados de saúde e a insegurança alimentar são barreiras significativas, dificultando o acesso e a continuidade do pré-natal. Inovações como clínicas gratuitas administradas por estudantes, telemedicina e grupos de apoio comunitário têm se

mostrado eficazes para melhorar a adesão ao pré-natal, proporcionando cuidados acessíveis e inclusivos, mas ainda assim enfrentam desafios na implementação dessas soluções, já que devem estar adaptadas às realidades locais para garantir a continuidade e a qualidade do pré-natal⁽¹⁸⁾.

4 DISCUSSÃO

A revisão dos artigos revela que o uso do termo vulnerabilidade social pelos estudiosos, embora possam variar em suas abordagens, convergem na compreensão de que essa condição está fortemente associada a fatores socioeconômicos, culturais, geográficos e estruturais que impactam o acesso ao pré-natal e a qualidade do atendimento recebido(22). Em geral, a vulnerabilidade é descrita como uma condição caracterizada pela exposição a riscos sociais, econômicos e de saúde, muitas vezes agravados pela desigualdade de acesso aos serviços básicos(19). Nesse sentido, as palavras de Brazileiro e Francischetto(23) reforçam essa concepção ao destacar que a vulnerabilidade social não se limita aos aspectos econômicos, mas está diretamente relacionada a fatores estruturais, culturais e institucionais que restringem o acesso aos direitos fundamentais. Em sua pesquisa, evidencia como a exclusão social e o estigma restrito à marginalização de determinados grupos dificulta sua inserção em políticas públicas essenciais, como o atendimento pré-natal. Além disso, ressalta o papel da Defensoria Pública na promoção da educação em direitos humanos como um meio de reduzir desigualdades e fortalecer a emancipação social de populações vulneráveis. Dessa forma, o estudo corrobora a noção de que a vulnerabilidade não deve ser compreendida apenas como uma condição individual, mas sim como um complexo multifatorial, resultante de um contexto histórico e estrutural que perpetua desigualdades e impede o pleno exercício da cidadania.

Embora estudos apontem uma maior incidência de vulnerabilidade social entre jovens e adolescentes, que frequentemente enfrentam barreiras adicionais devido à falta de suporte familiar e à dependência financeira, nos artigos incluídos no estudo, as mulheres em situação de vulnerabilidade tendem a apresentar características específicas, como ampla variação de idade⁽²⁰⁾. A etnia e a raça também desempenham um papel significativo, com mulheres negras, indígenas e latinas frequentemente apresentando maior dificuldade no acesso ao pré-natal em comparação com mulheres brancas, reflexo de desigualdades estruturais históricas que perpetuam a exclusão social e a disparidade no atendimento de saúde⁽²²⁾. O status socioeconômico é outro fator determinante, visto que mulheres de baixa renda, sem emprego formal ou sem acesso a serviços de saúde subsidiados pelo governo, encontram desafios consideráveis para iniciar e manter um acompanhamento pré-natal adequado⁽²¹⁾. Além disso, a localização geográfica exerce um impacto direto sobre esse acesso, sendo que mulheres que vivem em áreas rurais ou periferias urbanas frequentemente enfrentam longas

distâncias até os serviços de saúde, escassez de unidades de atendimento e dificuldades no transporte, tornando o acompanhamento irregular ou inexistente⁽¹⁹⁾.

As principais barreiras identificadas nos estudos incluem fatores socioeconômicos, como a falta de recursos financeiros para transporte e consultas, ausência de seguro de saúde e impossibilidade de afastamento do trabalho sem prejuízo financeiro⁽¹⁹⁾. Barreiras culturais também se mostram relevantes, incluindo baixa alfabetização em saúde, falta de conhecimento sobre a importância do pré-natal e crenças ou desconfiança no sistema de saúde⁽²²⁾. As barreiras geográficas são expressivas, principalmente para mulheres que vivem em locais remotos ou sem infraestrutura adequada, onde a distância até um serviço de saúde pode inviabilizar a realização do pré-natal⁽²¹⁾. No âmbito estrutural, observa-se a falta de profissionais capacitados, escassez de equipamentos médicos e longos tempos de espera para atendimento, fatores que desestimulam a continuidade do acompanhamento⁽²⁰⁾. Ademais, as barreiras psicológicas e emocionais são frequentemente mencionadas, incluindo o medo de julgamento por parte dos profissionais de saúde, principalmente em casos de gravidez não planejada, violência doméstica ou uso de substâncias, além do estresse e da sobrecarga emocional resultantes da marginalização social e da luta diária pela sobrevivência⁽²²⁾.

A literatura corrobora com esses achados ao reforçar a relevância das barreiras culturais, evidenciando que a ausência de educação em saúde para gestantes contribui para o desconhecimento sobre a importância do pré-natal e para a adesão tardia ao serviço de acompanhamento do pré-natal⁽²⁴⁾. O medo de julgamento por parte dos profissionais de saúde, abordado em outro estudo⁽²²⁾, também é destacado no artigo como um fator que desestimula a procura pelo pré-natal, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade, como adolescentes, gestantes de baixa renda e usuárias de substâncias psicoativas. Outro aspecto que se alinha aos achados, é a influência das desigualdades sociais e raciais no acesso ao pré-natal. Enquanto a revisão já aponta que fatores socioeconômicos dificultam a adesão ao acompanhamento⁽¹⁹⁾, outro estudo⁽²⁴⁾ reforça que mulheres negras e de baixa escolaridade apresentam maior risco de receber um atendimento inadequado, seja pela falta de políticas direcionadas a essa população ou pela persistência da discriminação no sistema de saúde.

Os estudos analisados apresentam variações significativas no tamanho da amostragem, refletindo as diferentes abordagens metodológicas adotadas. Um estudo analisou 428 prontuários de mulheres atendidas em uma clínica comunitária para avaliar o impacto da assistência pré-natal precoce e os fatores que dificultam o acesso a esse serviço⁽¹⁹⁾. Outro estudo, realizado na Shade Tree Clinic, coletou dados retrospectivos de 152 mulheres atendidas entre 2010 e 2013, com foco em gestantes sem seguro de saúde e nos desafios enfrentados para iniciar o acompanhamento pré-natal⁽¹⁸⁾. Por sua vez, a pesquisa que descreve um programa piloto voltado para gestantes em situação de rua no Havaí

não especifica uma amostragem numérica exata, mas destaca as dificuldades no acesso ao pré-natal e as estratégias implementadas para mitigar essas barreiras⁽²¹⁾.

Da mesma forma, o estudo de uma revisão da literatura e entrevistas com especialistas sobre estratégias inovadoras para reduzir as disparidades na qualidade do cuidado pré-natal em contextos de vulnerabilidade não apresenta uma amostragem quantitativa específica⁽²²⁾. Por fim, outros estudiosos analisaram a implementação do modelo de cuidado pré-natal em grupo no Haiti, sem detalhar uma amostra específica, mas enfatizando os desafios estruturais, culturais e socioeconômicos que impactam a assistência às gestantes em comunidades de baixa renda⁽²⁰⁾. Essas diferenças nos tamanhos das amostras demonstram a complexidade da vulnerabilidade social e permitem uma compreensão abrangente dos fatores que influenciam o acesso ao atendimento pré-natal em diferentes contextos.

Na tentativa de reduzir as dificuldades de acesso precoce e adesão ao cuidado pré-natal de gestantes em vulnerabilidade, os estudos revisados sugerem estratégias como visitas domiciliares, acesso a clínicas gratuitas, telemedicina, grupos de apoio e expansão dos horários de atendimento⁽¹⁸⁻²²⁾. Nesse ponto, os pesquisadores inovam ao utilizarem como estratégia, clínicas gratuitas para acompanhamento pré-natal de gestantes que não possuem plano de saúde⁽¹⁸⁾. Nelas, o atendimento interprofissional, com acadêmicos de medicina e enfermagem-obstétrica, sob supervisão, forneceu um atendimento mais completo e acessível, além de contínuo e com rede de apoio educacional, o que permitiu uma maior adesão dessas mulheres. Além disso, o benefício foi mútuo, visto que ofereceu aos acadêmicos voluntários um modelo de aprendizagem que concilia teoria e prática, baseado em evidências; enquanto contribuiu para o cuidado pré-natal de mulheres em vulnerabilidade⁽¹⁸⁾. Outros estudiosos destacam um modelo de aprendizagem que integra ensino e serviço como um método de aprendizado importante no âmbito profissionalizante na saúde, que permite que os futuros profissionais possam enriquecer de conteúdos práticos, fortalecendo sua formação, ao mesmo tempo em que essa abordagem permite uma tentativa de reduzir as discrepâncias assistenciais dos mais desassistidos⁽²⁵⁾.

Novas abordagens para auxiliar na adesão e acesso das gestantes ao acompanhamento pré-natal são essenciais para garantir um cuidado com qualidade durante a gestação, e devem priorizar tanto o acolhimento dessas mulheres que se encontram em vulnerabilidade como também o estabelecimento de um vínculo de confiança com os profissionais⁽¹⁹⁾. Nesse contexto, a literatura ressalta a interligação entre o acolhimento do paciente e a boa relação com os profissionais que o assistem, como fator preponderante para a adesão ao tratamento⁽²⁶⁾.

Outro fator inovador foi a inserção de líderes comunitários e a adaptação à realidade local nos grupos de apoio⁽²¹⁾. A literatura enfatiza que a participação de parteiras tradicionais e profissionais de

saúde locais foi essencial para aumentar a aceitação dos grupos de apoio entre as gestantes⁽²⁰⁾. É notório a importância desses grupos dentro do contexto de educação em saúde, no entanto, muitas vezes possuem dificuldades como estrutura inadequada, baixa adesão de profissionais e usuários, falta de compreensão da gestão; ausência de encaminhamento formal, falta de organização quanto à periodicidade, cronograma e planejamento⁽²⁷⁾.

Intervenções em grupo, com trabalhos voltados para os cuidados com a saúde materna e práticas de parto seguro, auxiliam as grávidas em comunidades com baixos recursos. Assim, o apoio e a motivação dos líderes da comunidade foram essenciais para aumentar a adesão ao pré-natal, junto a adaptação das realidades locais e conhecimento das gestantes que estavam participando, que permitiu a permanência das mulheres no grupo⁽²⁰⁾; também é essencial que os profissionais estejam preparados para lidar com as barreiras e que haja um planejamento conjunto baseado nas necessidades da população⁽²⁷⁾.

Um meio complementar para garantir o acesso ao pré-natal é a extensão dos horários de funcionamento do serviço de saúde, como discutido por estudiosos. A oferta de consultas após as 18h e nos fins de semana permitiu que muitas gestantes que antes enfrentavam dificuldades para comparecer às consultas devido ao trabalho ou falta de transporte pudessem iniciar o acompanhamento mais cedo. Como resultado, a taxa de início do pré-natal no primeiro trimestre aumentou e essa medida ajudou a reduzir faltas, melhorar a continuidade do cuidado e distribuir melhor a demanda nos serviços de saúde, tornando o atendimento mais⁽¹⁹⁾.

Na realidade brasileira o Programa Saúde na Hora, criado pelo Ministério da Saúde em 2019, tem como principal objetivo ampliar o acesso à Atenção Primária por meio da extensão dos horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a oferta de atendimentos noturnos e aos fins de semana, o programa possibilita que gestantes que trabalham ou possuem dificuldades de deslocamento consigam realizar o pré-natal de forma mais acessível. Além disso, a iniciativa contribui para a redução da sobrecarga em emergências e hospitais, garantindo um acompanhamento contínuo e qualificado durante a gestação, o que pode impactar positivamente nos desfechos materno-infantis⁽²⁸⁾.

O uso da telemedicina, também foi visto como estratégia de acesso ao pré-natal como um meio de melhorar a continuidade dos registros dos pacientes e utilizar a telemedicina como forma de monitorização⁽²²⁾ e o uso da telemedicina para fornecer consultas virtuais durante visitas domiciliares, facilitando o acesso ao cuidado especializado para gestantes em situação de rua, também para fornecer orientação e apoio emocional, especialmente em comunidades com acesso limitado a serviços presenciais⁽²¹⁾. Complementar, é discutido a trajetória da telemedicina no Brasil, ressaltando

como a adoção de tecnologias de informação e comunicação tem sido gradual e enfrenta resistências, especialmente por parte de profissionais de saúde que ainda não percebem claramente seus benefícios⁽²⁹⁾. Essa resistência é atribuída a questões culturais, falta de familiaridade com as novas tecnologias e preocupações éticas e legais. De maneira semelhante, pesquisadores discutem os desafios na adoção de tecnologias de saúde em áreas com recursos limitados, enfatizando a necessidade de estratégias que considerem as especificidades locais e promovam a aceitação por parte dos profissionais e pacientes⁽²²⁾.

No Brasil, a implementação da telemedicina enfrenta barreiras relacionadas à regulamentação e à ética médica; a ausência de diretrizes claras e a necessidade de atualização das políticas públicas são apontadas como obstáculos para a integração definitiva da telemedicina no sistema de saúde⁽²⁹⁾. A literatura menciona desafios semelhantes ao implementar programas de telemedicina para populações vulneráveis, ressaltando a importância de um arcabouço legal sólido que assegure a privacidade e a segurança dos dados dos pacientes⁽²¹⁾.

Da mesma forma, a estratégia de visitas domiciliares foi explorada por estudiosos como forma de ampliar o acesso ao cuidado antenatal de forma segura, principalmente, para gestantes em situação de rua, pois as consultas eram realizadas não apenas nos domicílios, mas também nas ruas, em abrigos e centros comunitários, o que atravessa barreiras como a falta do transporte e o medo do estigma e preconceito nos serviços de saúde⁽²¹⁾. Nessa perspectiva flexível e itinerante, a estratégia Consultório na Rua, instituída em 2011 pela Política de Atenção Básica tem o objetivo de ampliar o acesso à saúde para população em situação de rua, a partir de equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde, seguindo o princípio de que, no Brasil, a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua como de qualquer outro cidadão é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde⁽³⁰⁾.

A análise dos artigos revela os principais desafios que dificultam o acesso das gestantes aos serviços de saúde, a saber: barreiras físicas, financeiras, estruturais e educacionais, visto que o transporte público é de difícil alcance, especialmente para gestantes em áreas rurais ou em situação de rua⁽²¹⁾. Em consonância, a ciência reforça o quanto esses fatores afetam a qualidade do atendimento em saúde de grupos vulneráveis; como pessoas deficientes, não alfabetizadas e idosas; interferindo diretamente na entrada e qualidade dos serviços de saúde⁽³¹⁾. Também, há obstáculos financeiros e estruturais, como a falta de recursos para o transporte para ir até as consultas pré-natais, a insegurança alimentar e as dificuldades para adquirir medicações e suplementações necessárias, aquelas não dadas pelo governo; e estruturais como horários de funcionamento restritos nas clínicas dificultam o

comparecimento de mulheres trabalhadoras e a sobrecarga dos serviços de saúde, com longo tempo de espera para consultas e exames⁽¹⁹⁾.

Da mesma forma, a educação reflete com o baixo nível de alfabetização, que dificulta a compreensão sobre a importância do pré-natal e das orientações clínicas. As normas culturais e crenças tradicionais podem influenciar a decisão das mulheres sobre procurar atendimento pré-natal, especialmente em comunidades com forte presença de parteiras tradicionais⁽²⁰⁾. Nesse sentido, a literacia para a saúde, conceito que explica a capacidade social e cognitiva do indivíduo, relacionada ao acesso, compreensão e aplicação de informações de saúde, para promover a tomada de decisão em situações que envolvam a sua saúde é bem vinda na tentativa de explicar o fenômeno⁽³²⁾.

Destaca-se, nos estudos selecionados para esta revisão, o medo de discriminação e estigma que afastam gestantes em situação de vulnerabilidade, como adolescentes, usuárias de substâncias, mulheres em situação de rua; somado a ausência de rede de apoio familiar e social, o que gera um estresse crônico que dificulta a adesão ao pré-natal⁽²¹⁾. Esse último fator está também fortemente ligado à saúde mental das mulheres, no qual observa-se que o apoio social é um fator protetor da saúde mental, reduzindo a presença de sintomas emocionais e físicos relacionados a alterações psicológicas, além de atuar como um redutor dos efeitos do estresse⁽³³⁾.

Por fim, os autores concluíram, em seus estudos que, apesar do avanço de algumas estratégias, ainda há uma lacuna de pesquisas sobre inovações no cuidado pré-natal, principalmente para garantir o acesso a mulheres em situação de vulnerabilidade social⁽¹⁹⁾. A humanização, dentro dessa perspectiva, permite abranger a vulnerabilidade quase que em sua totalidade, atuando na integralidade do cuidado à mulher, mas ainda assim é necessário uma reflexão crítica por parte dos profissionais que atendem esse grupo⁽³⁴⁾. Apesar de apresentar resultados promissores, a maioria dos estudos disponíveis sobre o tema carece de metodologia rigorosa para avaliação de impacto, uma vez que analisam apenas contextos específicos, a partir de amostras pequenas e sem grupo de comparação. Embora sejam aplicáveis a contextos semelhantes, os resultados dos estudos restringem a força das conclusões por não apresentarem uma análise quantitativa robusta que confirme a eficácia das estratégias propostas, contribuindo para um nível de evidência mais baixo. Há necessidade de investir em estudos de revisão sistemática com meta-análise ou ensaios clínicos randomizados, para aumento do nível de evidência dos trabalhos⁽¹⁹⁾. Dentro das ciências da saúde, a prática baseada em evidências é indispensável para a fundamentação de novas propostas e estratégias, reforçando a necessidade da consideração de bons níveis de evidência nos estudos⁽³⁵⁾.

Outro ponto relevante é que grande parte dos estudos foca apenas na implementação das estratégias, sem uma análise quantitativa robusta dos impactos a longo prazo. Fatores como adesão ao

pré-natal, redução de complicações obstétricas e neonatais, bem como os desfechos materno-infantis após a adoção das intervenções, ainda são pouco explorados⁽¹⁹⁾. É de suma importância para a tomada de decisões, o auxílio na clínica e criação de diretrizes, a presença de estudos que compreendam plenamente os efeitos de uma intervenção, sendo necessário realizar análises quantitativas robustas que considerem os impactos a longo prazo; ao integrar essas abordagens metodológicas rigorosas, os pesquisadores podem fornecer dados mais confiáveis, portanto, investir em estudos que utilizem ensaios clínicos randomizados e análises de longo prazo é fundamental para aprimorar a qualidade da assistência à saúde e os resultados para os pacientes⁽³⁶⁾.

5 CONCLUSÃO

A revisão evidencia que as principais dificuldades enfrentadas pelas gestantes no acesso ao pré-natal decorrem de fatores socioeconômicos, logísticos, estruturais e socioculturais. Barreiras como transporte inadequado, custo dos cuidados de saúde, insegurança alimentar, dificuldades com alfabetização e linguagem, horários restritos dos serviços, superlotação, burocracia para obtenção de benefícios e ausência de documentos impactam negativamente a adesão ao cuidado. Além disso, a falta de unidades de saúde próximas a áreas de baixo índice socioeconômico, a desorganização nos sistemas de triagem e a precariedade dos espaços físicos dificultam ainda mais o acesso. No âmbito sociocultural, o medo do estigma e da discriminação, crenças tradicionais, estresse crônico e a ausência de suporte familiar também se configuraram como desafios relevantes.

Diante dessas dificuldades, os estudos revisados apresentam diversas estratégias para ampliar o acesso e a adesão ao pré-natal, como acesso ao pré natal oportuno o que envolve políticas públicas, suporte social em condições vulneráveis, acompanhamento domiciliar, monitoramento contínuo, atendimento em abrigos e centros comunitários, atendimento antenatal remoto, telemedicina, com uso de dispositivos móveis, aplicativos de saúde, assistência em grupo, simplificação do processo de agendamento e flexibilização dos horários de funcionamento dos serviços de saúde. Quanto aos meios que aprimoram a qualidade do cuidado pré-natal, visando adesão e acesso, foi reconhecida a captação precoce, o apoio social precoce, triagens mais eficientes, acompanhamento personalizado, educação em saúde, rede de apoio com participação de líderes comunitários e a melhoria contínua da qualidade.

Também foram apontadas estratégias na gestão do cuidado, de modo a integrar os serviços de assistência à saúde, a coordenação do cuidado, o uso de dispositivos móveis de saúde, a tecnologia da informação para mapeamento espacial, prontuários eletrônicos portáteis, comunicação via mensagem de texto, inserção de programas de melhoria contínua de qualidade e clínicas comunitárias. Apesar dos avanços proporcionados por essas estratégias, a revisão aponta que a ausência de estudos

metodologicamente rigorosos, com randomização e controle, limita a capacidade de estabelecer causalidade entre as intervenções e seus impactos. Embora as evidências sugiram que tais iniciativas podem melhorar a adesão ao pré-natal e os desfechos materno-infantis, a literatura carece de avaliações robustas que analisem seus efeitos a longo prazo. Além disso, fatores socioculturais e estruturais continuam sendo entraves significativos, exigindo uma abordagem intersetorial para serem enfrentados de maneira efetiva.

Dessa forma, é essencial que políticas públicas sejam fortalecidas para garantir um pré-natal acessível e de qualidade para gestantes em situação de vulnerabilidade. A estruturação dos serviços de saúde de maneira equitativa, o financiamento adequado e a articulação entre diferentes setores, como saúde, assistência social e educação, são fundamentais para garantir a sustentabilidade das iniciativas e assegurar um impacto real na qualidade de vida das gestantes e seus filhos. Assim, este estudo reforça a necessidade de promover mudanças estruturais e políticas eficazes que assegurem o direito de todas as mulheres a um pré-natal humanizado e de qualidade.

REFERÊNCIAS

Costa MA, Santos MPG, Marguti B, Pirani N, Pinto CVS, Curi RLC, et al. Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8257>. Acesso em: 14 mar 2025

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2024. São Paulo (SP): BIREME / OPAS/OMS; 2024 [atualizado 2024 Fevereiro 08]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>

Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2021;25(1):e20200098. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 5 dez 2024

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988 [citado 2025 abr 14]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. Paris: ONU; 1948 [citado 2025 abr 14]. Disponível em: <https://www.un.org/pt/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [citado 2025 abr 23]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Preconception care and research activities. Disponível em: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preconceptioncare/researchinfo/activities>. Acesso em: 4 dez 2024.

Alves GA, Dallegrave CD, Tomazzoni RR, de Quadros RW, Herdt MCW, Baldessar MZ, et al. Influência de vulnerabilidades sociais e clínicas de parturientes em relação ao perfil de recém-nascidos em um hospital do sul do Brasil. Rev AMRIGS. 2022 Jul-Set; 66(3):810-816. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1425048>. Acesso em: 14 mar 2025

Backes DS, Leite AG, Pereira CC, Knob GH, Backes MTS, Abaid JLW. Qualification of prenatal care and management in the context of primary health care. Aquichan. 2023; 23(4): e2344. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.4.4>

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Linha de cuidado materno-infantil de Minas Gerais. Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; outubro de 2024. 51 p.

Brasil, Ministério das Mulheres. Relatório anual socioeconômico da mulher 2024. Brasília: Ministério das Mulheres; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero/raseam/ministériodasmulheres-obig-raseam-2024.pdf>. Acesso em: 5 fev 2025

Cronin MA, George E. O porquê e o como da revisão integrativa. *Métodos de pesquisa organizacional*. 2023 Jan; 26(1):168-192. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>

Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2008 Out;17(4):758–764. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Oermann MH, Knfl K. Writing for publication in nursing and healthcare: getting it right. 4th ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2021.

Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: estudos observacionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/estudosobservacionais.pdf. Acesso em: 25 nov 2024

GRADE Working Group. GRADE Handbook. Updated 2024. Cochrane Training. Disponível em: <https://training.cochrane.org/resource/grade-handbook>. Acesso em: 22 nov 2024.

Danhausen K, Joshi D, Quirk S, Miller R, Fowler M, Schorn MN. Facilitando o acesso ao cuidado pré-natal por meio de uma clínica gratuita administrada por estudantes interprofissionais. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2015 Mai-Jun;60(3):267-273. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12304>

Shah JS, Revere FL, Toy EC. Melhorando as taxas de cuidados pré-natais de entrada precoce em uma população carente. *Matern Child Health J*. 2018 Jul; 22,1738–1742. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2569-z>

Abrams JA, Forte J, Bettler C, Maxwell M. Considerations for Implementing Group-Level Prenatal Health Interventions in Low-Resource Communities: Lessons Learned From Haiti. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2018 Jan; 63(1):121-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12684>

Kurata N, Minton L, Del Priore D, Merino D, Miller C, Lee MJ. An Interim Report on the Provision of Prenatal Care for Pregnant Mothers Experiencing Homelessness in Hawai'i. *Hawaii J Health Soc Welf*. 2020 May;79(5):118-121. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490398/>. Acesso em: 14 mar 2025

Lu MC, Kotelchuck M, Hogan VK, Johnson K, Reyes C. Innovative strategies to reduce disparities in the quality of prenatal care in underresourced settings. *Med Care Res Rev*. 2010 Oct;67(5 Suppl):198S-230S. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077558710374324>

Brazileiro JFF, Francischetto GPP. Educação em direitos humanos para grupos vulnerabilizados e Defensoria Pública. *RDP* [Internet]. 2023 Jan-Mar. 20(105):247-270. Disponível em: <https://doi.org/10.11117/rdp.v20i105.6925>

Cá AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AFL, et al. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. Rev Enfermagem Atual In Derme [Internet]. 2022; 96(38). Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1372>

Nalom DMF, Ghezzi JFSA, Higa E de FR, Peres CRFB, Marin MJS. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019 May;24(5):1699–708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>

Yamamoto AO, Duarte AG, Oliveira JLB de, Espindola TL. A importância do vínculo profissional com o usuário na atenção primária em saúde: revisão de escopo. CLCS [Internet]. 2024 Out; 8;17(10):e11336. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-082>

Rossetto M, Grahl F. Grupos educacionais na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura de 2009 a 2018. RSD [Internet]. 2021 Ago;10(10):e174101018561. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18561>

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Saúde na Hora no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 17 mar 2020; Seção 1:68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 10 de mar 2025.

Lisboa LL. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. Saúde Soc. 2023;32(1):e210170. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210170pt>

Brasil, Ministério da Saúde. Consultório na Rua: estratégia de atenção à saúde da população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua>. Acesso em: 10 de mar 2025.

Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS et al. Architectural and communications barriers to access to primary health care in Brazil: an analysis based on the first national census of primary health care centers, 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2020 Fev; 27; 29(2):e2018258. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200022>

Pavão ALB, Werneck GL. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021 Sep;26(9):4101–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05782020>

Gaino LV, Almeida LY, Oliveira JL, Nievas AF, Saint-Arnault D, Souza J. The role of social support in the psychological illness of women. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3157. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157>

Paiva CCN, Lemos A, Souza M das D de. Estratégias de humanização do cuidado no pré-natal: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 Dez;11(1):214-23. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11896>. Acesso em: 26 mar 2025

Gonçalves HA, Nascimento MB da C, Nascimento KC S. Revisão sistemática e metanálise: níveis de evidência e validade científica. Rev. Elet. Deb. Educ. Cient. Tecnol. [Internet]. 2015 nov;5(3):193-211. Disponível em: <https://doi.org/10.36524/dect.v5i03.129>

Raggio DP, Gallegos CL, Laux CM, Elagami RA. A importância dos estudos clínicos randomizados e seu impacto na tomada de decisão clínica. Rev Científica CRO-RJ. 2022;7(1):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/244963.7.1-2>