

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil”

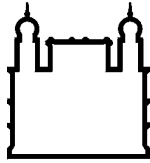
por

Carolina Dutra Degli Esposti

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Claudia Travassos
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Rejane Sobrino Pinheiro*

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil”

apresentada por

Carolina Dutra Degli Esposti

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Prof.^a Dr.^a Evangelina Xavier Gouveia de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama

Prof.^a Dr.^a Claudia Travassos – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 30 de março de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

E77d Esposti, Carolina Dutra Degli
Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. / Carolina Dutra Degli Esposti. -- 2015.
201 f. : il. ; tab.
Orientador: Claudia Travassos
Rejane Sobrino Pinheiro
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
1. Cuidado Pré-Natal. 2. Equidade no Acesso. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Assistência Odontológica. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Iniquidade Social. 7. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.601

À minha mãe, Marilza Dutra Degli Esposti, que sempre esteve ao meu lado,
me incentivando a ser uma pessoa melhor e a acreditar nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a vida, a saúde e a força necessária para lutar todos os dias por aquilo em que acredito.

Agradeço a minha família: a minha mãe (Marilza), por todo amor e dedicação; aos meus queridos tios (Marcia, Marli, Marcio, Marcione, Marlon, Jowanka, Viriane, Rui, Ronaldo (*in memorian*) e Rose), pelo amor e incentivo, sempre; aos meus primos de sangue e de coração, por todo o companheirismo e compreensão, em especial às “primas-quase-irmãs” Mayana (sempre tão doce) e Miraya (que muitas vezes me salvou nas “pendengas computacionais” e me acalmou nos momentos de tensão). Todos vocês foram fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui. Agradeço pela amizade e pelo carinho de cada um.

Ao Wilton Silva Filho, o maior presente que eu poderia ter ganhado. Companheiro para todas as horas, incentivador fiel de minhas ideias. Com seu amor, mudou o meu caminho, a minha direção. Amo compartilhar cada sonho e cada dia com você. A você, todo meu amor!

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que me acolheu inicialmente como graduanda em Odontologia e, depois, como mestranda em Saúde Coletiva e, mais recentemente, como docente. Agradeço, principalmente, ao apoio recebido nos momentos em que precisei me dedicar ao Doutorado.

Ao professor Dr. Adauto Emmerich Oliveira, que abriu as portas para que eu me tornasse mestre em Saúde Coletiva, me ensinou os primeiros passos da pesquisa científica e esteve presente nos momentos em que foram tecidas as ideias do projeto de avaliação, do qual esse trabalho faz parte, e, também, durante toda sua execução.

Ao professor e amigo Dr. Edson Theodoro dos Santos-Neto, que sempre me incentivou a ampliar minha capacitação como docente e pesquisadora, que me autorizou a usar seus bancos de dados e caminhou comigo no dia a dia dessa e de outras pesquisas.

Aos meus chefes do Departamento de Medicina Social da UFES, Crispim Cerutti Júnior e Angélica Espinosa Barbosa Miranda, que me incentivaram a realizar o doutorado e souberam entender esse difícil, porém prazeroso, momento.

Aos colegas do Departamento de Medicina Social da UFES, que acompanharam minha jornada científica e me incentivaram a me dedicar e a buscar aprender sempre mais. Agradecimento especial aos professores do curso de Odontologia: Raquel Baroni de Carvalho (minha professora na graduação em Odontologia, mulher exemplo de luta e determinação, que se tornou amiga e colega de trabalho e que sempre tão carinhosamente pensou nas estratégias que facilitaram meu trabalho como docente para que eu pudesse também ser estudante); Karina Tonini dos Santos Pacheco (amiga desde a Graduação em Odontologia na UFES, sempre me incentivou para a vida acadêmica e, sendo tão

compreensiva e amorosa, construiu junto comigo a realidade de docente, afinal somos a dupla sertaneja Ka-Ca) e Thiago Dias Sarti, Alice Pfister Sarcinelli Barbosa e Roberto Sarcinelli Barbosa, pelo incentivo

Aos funcionários da UFES, que, no dia a dia, buscaram facilitar minhas atividades. Em especial ao apoio recebido de Rosalina, Sidinei, Lúcia, Andreia e Tânia.

Aos meus alunos, que souberam respeitar meu momento estudante e que, muitas vezes, demonstraram o brilho no olhar de quem percebe na Saúde Coletiva uma forma especial de fazer saúde.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) e ao Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória (FACITEC), que, por meio de incentivos à pesquisa no Estado do Espírito Santo, permitiram a execução da coleta de dados primários e as primeiras análises utilizadas nesse estudo.

À Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca” – Fundação Oswaldo Cruz, instituição que me recebeu como aluna no doutorado em Saúde Pública e me deu todo o suporte para que eu me desenvolvesse como pesquisadora e docente.

À Capes, pela bolsa de doutorado.

À minha orientadora, Dra. Claudia Travassos, que acreditou no meu projeto de tese e foi sempre tão paciente e incentivadora. O que aprendi com você, não somente sobre a vida acadêmica, mas também sobre a vida real, vou levar comigo para sempre!

À minha segunda orientadora, Dra. Rejane Sobrino Pinheiro, que aceitou compartilhar comigo seu conhecimento e deu um novo olhar ao trabalho desenvolvido. Sua paciência e dedicação foram fundamentais. Feliz de ter te conhecido e ter aprendido tanto com você!

Às professoras que avaliaram meu projeto de Tese no momento da qualificação do projeto e, também, no momento da defesa, pois contribuíram para que este trabalho tivesse mais qualidade: Dra. Evangelina Xavier Gouveia de Oliveira e Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama. E também às professoras que participaram como banca efetiva em minha defesa de tese: Dra. Angélica Espinosa Barbosa Miranda e Sônia Duarte de Azevedo Bittencourt.

Aos meus colegas da turma de Doutorado em Saúde Pública de 2011, em especial aos amigos: Aline Guio Cavaca (amiga de longa dada e parceira bibliográfica, que esteve comigo desde a seleção para o Doutorado até o dia da defesa de ambas, que, curiosamente, foi agendada para o mesmo dia); Flávia Batista Portugal (menina de ouro, sempre tão amorosa e presente), Deise Riba Coelho (menina linda e guerreira), Delba Barros (companheira até os últimos minutos. “Vai dar tempo, amiga, já Deu!”), Jorge Luiz Lima da Silva (um lutador), Armando Cypriano Pires (tão doce e paciente), Tatiana Aragão Figueiredo (linda e alegre) e tantos outros, que compartilharam comigo muitas risadas,

aliviando os momentos difíceis dessa jornada. Saibam que nutro um grande carinho por vocês.

Aos amigos de outras turmas, que sempre me incentivaram e me ofereceram um sorriso: Louise Schil (pessoa linda e guerreira. Sinto muito orgulho de você!), Tatiana Gamarra (tão doce e amiga), Juliana Machado (forte e amorosa) e Claudia Araújo (alegre e paciente). A companhia de vocês durante o curso tornou tudo mais leve. A amizade que tenho por vocês é imensa!

Aos funcionários da Fiocruz e parceiros: funcionários da livraria da Abrasco, das bibliotecas da Ensp e de Manguinhos, da Secretaria Acadêmica, da Casa Amarela, da xérox, da portaria, do Apoio Acadêmico e de tantos outros setores. Sem eles eu não teria conseguido transitar com facilidade pelo imenso mundo que é o campus da Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro (aquilo de fato é um labirinto).

Aos demais amigos, que estiveram presentes, de longe e de perto, me incentivando e me apoiando. Em especial aos amigos Katrini Guidolini Martinelli, Priscilla Araújo Guedes de Moraes, Vanesa Milanezi, Juliana Cruz e Edma Cristina Stein.

Às mulheres que aceitaram participar deste estudo, abrindo as portas de suas casas e de suas vidas, revelando suas batalhas no dia a dia da utilização dos serviços de saúde no Espírito Santo. Essas mulheres acreditam no potencial do Sistema Único de Saúde e precisam de nosso apoio para torná-lo mais humano e de qualidade. Muitas histórias me foram contadas e, apesar de não fazerem parte do escopo desta tese, ajudaram-me a crescer como ser humano e como mulher.

Por fim, a todos aqueles que acreditaram no meu sonho e me apoiaram durante diversos momentos, tornando este um trabalho coletivo. Foram quatro anos de muito aprendizado. Muitas coisas aconteceram nesse período e, tenho certeza, hoje sou uma pessoa melhor, graças a cada um que participou, direta ou indiretamente, da minha construção e do meu amadurecimento acadêmico, profissional e pessoal!

Somente quando se transmitem efetivamente nas comunidades informações adequadas sobre a saúde, sobre as respostas apropriadas da assistência à saúde e sobre as oportunidades de uso correspondente dos serviços de saúde é que se pode estabelecer um acesso equitativo a tais serviços.

Essa é a ideia central de promover o acesso como liberdade de uso.

Thiede, Akewonko e McIntyre

RESUMO

A cobertura e a quantidade de consultas pré-natal têm aumentado no Brasil. Porém, uma baixa adequação do cuidado persiste e há associação negativa com pessoas em condições sociodemográficas desfavoráveis. O objetivo desta tese foi analisar as desigualdades sociais e geográficas no desempenho e na adequação da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, que, inicialmente realizou um estudo seccional, com 1209 puérperas residentes na região, internadas em estabelecimentos do SUS para o parto, entre abril de 2010 e fevereiro de 2011. Foram coletadas informações sobre a assistência médica-odontológica pré-natal, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante e características sociais maternas, além de informações sociais e sobre a organização local dos serviços de saúde, fornecidas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Foram realizadas, também, análises estatísticas descritivas para os desfechos analisados: desempenho da assistência pré-natal, definido com base nas atividades previstas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e adequação da assistência odontológica de acordo com a necessidade da gestante. Em seguida foram testadas as associações entre os desfechos e as variáveis sociais maternas e calculadas as razões de chance de desempenho adequado do pré-natal e da adequação da assistência odontológica no pré-natal. Na etapa qualitativa, foram entrevistadas 24 puérperas. Utilizou-se a análise de conteúdo das representações sociais na análise de dados sobre o acesso aos serviços de pré-natal. Os resultados revelaram que na região há cobertura alta (98%) de pré-natal, porém baixa adequação do processo de cuidado (4,4% das gestantes receberam cuidado adequado) e baixa adequação da assistência odontológica no pré-natal (15,4% com assistência adequada). Foram identificadas desigualdades sociais e geográficas no acesso ao pré-natal médico-odontológico de qualidade prestado pelo SUS. Existiam, entretanto, diferenças no padrão de desigualdades no acesso e na adequação em dois âmbitos distintos do cuidado pré-natal: o desempenho do pré-natal propriamente dito e a adequação da assistência odontológica no mesmo. A chance de acesso ao pré-natal (1º nível de desempenho) foi influenciada por fatores predisponentes (maior idade da gestante e menor número de partos anteriores), contextuais (residir em Vitória) e sociais (maior escolaridade e família chefiada pela própria gestante), enquanto a chance de adequação do processo de cuidado (3º nível de desempenho) foi influenciada apenas pelos fatores predisponentes e por fator contextual (residir em Vitória). Por sua vez, a adequação da assistência odontológica pré-natal, conforme a necessidade da gestante, pareceu sofrer influência apenas de fatores ligados às características contextuais da oferta e do processo de cuidado (residir em Vitória, residir em região coberta por saúde da família e em região com maior proporção de gestantes com acesso ao pré-natal de qualidade). Barreiras de acesso aos serviços pré-natal médico-odontológico de qualidade, relacionadas à disponibilidade, à capacidade de pagar e à aceitabilidade também foram relatadas por gestantes na etapa qualitativa da pesquisa, mas foram superadas por algumas delas. A complexidade nas relações entre o acesso aos serviços pré-natal médico-odontológico de qualidade e a condição social da gestante precisa ser observada na organização dos serviços, para que seja realmente garantida a equidade no acesso aos mesmos, contribuindo com a redução da morbimortalidade materna e perinatal e com a construção de um sistema efetivo e universal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Equidade no acesso; Qualidade da assistência à saúde; Assistência Odontológica; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The coverage and number of pre-natal consultations has been increasing in Brazil. However, there is still a low adequacy of care and a negative association with people in unfavorable sociodemographic conditions. The aim of this thesis was to analyze the social and geographical inequalities in the performance and adequacy of medical and dental prenatal care in the Brazilian Public Health System (SUS) at the Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo, Brazil. This is a quantitative and qualitative study, which was initiated by a cross-sectional study on 1,209 mothers living in this region, admitted to SUS facilities for delivery between April 2010 and February 2011. Data were collected on medical and dental prenatal care, on the impact of oral health on the pregnant woman's quality of life and social maternal characteristics, as well as social information and the local organization of health services, provided by the Municipal Health Secretariats. Descriptive statistical analyses were performed for the outcomes analyzed: prenatal care performance, defined by the activities under the Program for Humanization of Prenatal Care and Birth (PHPN); and adequacy of dental care according to the needs of pregnant women. Then, associations were tested between the outcomes and social variables, and the odds ratios were calculated for prenatal performance and the adequacy of dental care in prenatal care. A total of 24 women were interviewed for the qualitative analysis. Content analysis was used for the social representations in the analysis of data on access to prenatal services. The results revealed that in the region there is high coverage (98%) of prenatal care, but low adequacy of the care process (4.4% of pregnant women received adequate care), and low suitability of prenatal dental care (15.4% with appropriate assistance). Social and geographical inequalities were identified in the access to high-quality medical and dental prenatal care, provided by SUS. However, there were differences in the patterns of inequalities in the access and adequacy in two different areas of prenatal care: prenatal performance itself and the adequacy of prenatal dental care. The likelihood of access to prenatal care (first level of performance) was influenced by predisposing factors (older mother's age and fewer previous births), contextual (living in Vitória) and social (higher educational level and family headed by the pregnant woman herself), whereas the possibility of adequacy of the care process (third level of performance) was influenced only by predisposing factors and contextual factor (living in Vitória). In turn, the access to adequate dental care seemed to be influenced only by factors related to offer and the process of care (living in Vitória, living in a region covered by family health and in region with higher proportion of women with access to high-quality prenatal care). Barriers to access to high-quality medical and dental prenatal care related to availability, affordability and acceptability were also reported by pregnant women in the qualitative stage of the research, but these were overcome by some of them. The complexity in the relationship between access to high-quality medical and dental prenatal care and the social condition of the pregnant woman should be considered in the organization of services, so that equity of access may be assured, contributing to the reduction of maternal and infant morbidity and mortality, and to the construction of an equitable system.

Key words: Prenatal care; Equity in access; Quality of health care; Dental Care; Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	25
Figura 2 - Modelo conceitual da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, OMS.....	27
Figura 3 - Possíveis abordagens para o conceito de acessibilidade.....	37
Figura 4 - O modelo inicial do Modelo Comportamental (1960s).....	40
Figura 5 - Fase 5: Modelo comportamental da utilização dos serviços de saúde que inclui características contextuais e individuais.....	41
Figura 6 - Estimativa da prevalência mensal do adoecimento numa comunidade e o papel de médicos, hospitais e centros universitários na prestação de cuidado de saúde (adultos de 16 anos ou mais).....	44
Figura 7 - Resultados da reanálise da prevalência mensal do adoecimento numa comunidade e o papel dos vários recursos de saúde (pessoas de todas as idades).....	45
Figura 8 - Matriz de dimensões da avaliação do desempenho do sistema de saúde	52
Figura 9 - Modelo conceitual sobre saúde bucal de Locker (1987)	59
Figura 10 - Modelo de análise das desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal médico-odontológica, adaptado a partir do Modelo Comportamental de Andersen (2008)	67
Figura 11 - Diagrama de avaliação do desempenho da assistência pré-natal pelo PHNP. RMGV-ES, 2010-2011.....	97
Figura 12 - Diagrama do desempenho da assistência pré-natal da população de puérperas residentes em Vitória. RMGV-ES, 2010-2011.....	98
Figura 13 - Diagrama da adequação da assistência pré-natal da população de puérperas residente nos outros municípios da RMGV-ES. RMGV-ES, 2010-2011.....	98
Figura 14 - Diagrama da adequação da assistência odontológica no pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados socioeconômicos dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória. Espírito Santo, 2013.....	64
Quadro 2 - Classificação das variáveis relacionadas ao cuidado pré-natal	75
Quadro 3 - Classificação do Desempenho da assistência médica no pré-natal	76
Quadro 4 - Classificação das variáveis relacionadas à autopercepção em saúde bucal .	78-79
Quadro 5 - Classificação das variáveis relacionadas à assistência odontológica durante o pré-natal.....	81
Quadro 6 - Classificação da adequação da assistência odontológica no pré-natal.....	82
Quadro 7 - Classificação das variáveis relacionadas às características maternas e contextuais.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características maternas e da região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011	94
Tabela 2 - Distribuição dos procedimentos da assistência pré-natal, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011	99
Tabela 3 - Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011	101
Tabela 4 - Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, segundo características do contexto, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011	103
Tabela 5 - Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, segundo posse de bens RMGV-ES, 2010-2011.....	104
Tabela 6 - Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal (sem vacina antitetânica), segundo características do contexto, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011... ..	105
Tabela 7 - Razão de chance (IC) bruta das variáveis do modelo de desempenho da assistência pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011	106
Tabela 8 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados pelas variáveis contextuais. RMGV-ES, 2010-2011.....	107
Tabela 9 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados pelas variáveis contextuais e predisponentes. RMGV-ES, 2010-2011	108
Tabela 10 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados pelas variáveis contextuais, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011.....	109
Tabela 11 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados segundo variáveis do modelo final. RMGV-ES, 2010-2011	111
Tabela 12 - Razão de chance (IC) bruta das variáveis do modelo de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica. RMGV-ES, 2010-2011	112
Tabela 13 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados pelas variáveis contextuais. RMGV-ES, 2010-2011	113
Tabela 14 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados pelas variáveis contextuais e predisponentes. RMGV-ES, 2010-2011.....	114

Tabela 15 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados pelas variáveis contextuais, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011.....	115
Tabela 16 - Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados segundo variáveis do modelo final. RMGV-ES, 2010-2011.....	116
Tabela 17 - Distribuição do Impacto da Saúde Bucal na qualidade de vida das gestantes (OHIP-14), segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011..	117
Tabela 18 - Distribuição da assistência odontológica no pré-natal, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011.....	119
Tabela 19 - Distribuição da adequação da assistência odontológica no pré-natal, segundo características contextuais, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011.....	122
Tabela 20 - Razão de chance (IC) bruta e ajustada das variáveis do modelo de adequação da assistência odontológica no pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011.....	124
Tabela 21 - Razão de chance (IC) bruta e ajustada das variáveis do modelo de adequação da assistência odontológica no pré-natal (com desempenho sem vacina antitetânica). RMGV-ES, 2010-2011.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ABO-Rh - Tipagem sanguínea

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMS - Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

EAS - Elementos e sedimentos anormais

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

FACITEC - Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória

FAPES - Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

Hb - Hemoglobina

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

Ht - Hematócrito

IB - Indicador de bens

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

ICMS - Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação

IDB - Indicadores e dados básicos para a saúde

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

NHS - *National Health Service*

NOB - Normas Operacionais Básicas

OHIP - *Oral Health Impact Profile*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - *Odds Ratio*

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

PPGSC - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

PROADESS - Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RMGV-ES - Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

VDRL - *Veneral Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	21
2.1 EQUIDADE EM SAÚDE	21
2.2 EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	34
2.3 QUALIDADE DO CUIDADO: DESEMPENHO	48
2.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL	53
2.4.1 Assistência odontológica no pré-natal	57
3 MODELO TEÓRICO E HIPÓTESE DO ESTUDO	64
4 OBJETIVOS	69
4.1 OBJETIVO GERAL.....	69
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
5 METODOLOGIA	70
5.1 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO	70
5.2 INQUÉRITO POPULACIONAL.....	72
5.2.1 Seleção dos entrevistadores	72
5.2.2 Estudo piloto	73
5.2.3 Coleta de dados	73
5.2.4 Variáveis	73
5.2.4.1 <i>Assistência médica pré-natal</i>	74
5.2.4.2 <i>Autopercepção em saúde bucal</i>	77
5.2.4.3 <i>Assistência odontológica no pré-natal</i>	79
5.2.4.4 <i>Características maternas</i>	83
5.2.5 Análises estatísticas	85
5.2.5.1 <i>Análises estatísticas das desigualdades sociais e geográficas no desempenho do pré-natal</i>	85
5.2.5.2 <i>Análises das desigualdades sociais e geográficas na adequação à assistência odontológica no pré-natal</i>	86
5.3 ETAPA QUALITATIVA.....	88
5.3.1 Seleção dos sujeitos	88
5.3.2 Instrumento para construção dos dados – Roteiro Guia	88

5.3.3 Pré-teste do instrumento	89
5.3.4 Construção dos dados	89
5.3.5 Análise do material empírico	90
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	92
6 RESULTADOS	93
6.1 CARACTERÍSTICAS DAS PARTURIENTES E DO PRÉ-NATAL ENTRE AS REGIÕES /DO ESTUDO	93
6.1.1 Características sociodemográficas das gestantes	93
6.1.2 Características do pré-natal	95
6.2 DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO AO PRÉ-NATAL E NO DESEMPENHO DO CUIDADO	101
6.3 ANÁLISE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS E GEOGRÁFICAS NA ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PRÉ-NATAL	116
6.3.1 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida e características da adequação da assistência odontológica no pré-natal	116
6.3.2 Desigualdades sociais na adequação da assistência odontológica no pré-natal .	120
6.4 ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIAS DO SUS	126
7 DISCUSSÃO	128
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS GERAIS	144
ANEXOS	157
APÊNDICES	163

1 APRESENTAÇÃO

A equidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), traduzido no texto constitucional como igualdade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais. A definição dos conceitos de equidade em saúde e de equidade no acesso aos serviços de saúde é imprescindível para garantir a adequada operacionalização de suas medidas e, também, a consequente revisão das políticas sociais, dentre elas, aquelas que garantam a liberdade de utilização dos serviços de saúde adequados às necessidades da população e em tempo oportuno. Passadas mais de duas décadas da criação do SUS, discute-se que, apesar dos avanços em sua organização, o referido sistema ainda não foi capaz de garantir a equidade no acesso.

A Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) estabeleceu parâmetros para o cuidado pré-natal humanizado e de qualidade (BRASIL, 2000a). Sobre assistência odontológica pré-natal, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – inseriu o grupo de gestantes como prioritário (BRASIL, 2006a). Para acompanhar o desempenho dessas políticas, é preciso lançar mão de estratégias avaliativas que analisem os diversos fatores envolvidos no acesso e no processo de cuidado, também considerando os diferentes contextos onde esses serviços estão inseridos.

Os estudos realizados no Brasil têm mostrado o aumento da cobertura da assistência pré-natal, porém baixa adequação ao processo de cuidado. Para o Estado do Espírito Santo, estudos também têm diagnosticado que a qualidade dessa assistência prestada pelo SUS encontra-se distante das metas das políticas nacionais de saúde materno-infantil. Observa-se, além disso, uma baixa adequação da assistência odontológica no pré-natal, de acordo com as necessidades da gestante, e uma associação positiva entre o número de consultas pré-natal e a adequação à assistência odontológica durante o pré-natal.

Esta tese está inserida no contexto dos projetos de pesquisa intitulados: “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV-ES): Acesso e Integração dos Serviços de Saúde”, financiado pelo Edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo/Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (FAPES) 003/2009, Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS –

2009 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/FAPES, sob o protocolo 45581630/09 (EMMERICH et al., 2012) e “Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória”, que ampliou a amostra do primeiro para o município de Vitória, financiado pelo Edital do Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia do Município de Vitória (FACITEC) 003/2009 – Companhia de Desenvolvimento de Vitória/FACITEC, Eixo de Desenvolvimento da Baía Noroeste de Vitória, sob o processo 3971/2010 (SANTOS NETO et al., 2012c).

Consiste numa investigação com puérperas, realizada em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS da RMGV-ES, constituída de uma cooperação entre pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Objetivando contribuir com a avaliação dos serviços de saúde ofertados pelo SUS nessa região, foi realizada a análise das desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal médico-odontológica. Para tal, buscou-se identificar a existência de iniquidades no acesso aos serviços pré-natal, com as gestantes em pior situação de vulnerabilidade social recebendo assistência de baixa qualidade, como demonstrado por vários estudos científicos no contexto da assistência pré-natal e de outros serviços de saúde. Além disso, a abordagem qualitativa das representações sociais das puérperas sobre o acesso e a adequação do pré-natal médico-odontológico permitiu complementar as informações produzidas e confirmar algumas das hipóteses explicativas levantadas no inquérito epidemiológico, pelo desvelar dos aspectos subjetivos envolvidos no cuidado pré-natal. Essas questões foram abordadas por serem orientadoras da melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS em relação ao pré-natal médico-odontológico.

A tese foi organizada para permitir o estudo das desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal médico-odontológica. Inicialmente, o estudo apresenta a revisão dos conceitos de equidade em saúde, equidade no acesso aos serviços de saúde e adequação (dentro da perspectiva da qualidade do cuidado), contextualizando-os ao campo da assistência pré-natal no Brasil. A partir disso, foram definidos o modelo teórico e a

hipótese do estudo, o que subsidiou a escolha do desenho metodológico empregado. Apresenta, na sequência, os resultados levantados a partir do emprego das metodologias quantitativa e qualitativa, a fim de, em seguida, discutir os fatores relacionados ao acesso e à adequação do cuidado pré-natal médico-odontológico e as similaridades e as diferenças nos modelos de determinação social do desempenho dos serviços pré-natal e de adequação da assistência odontológica no pré-natal, também considerando os relatos das gestantes sobre o acesso a esses serviços.

As recomendações apresentadas no capítulo final da tese não tiveram o objetivo de ser prescritivas, mas de, a partir das conclusões do estudo, contribuir para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal na RMGV-ES e no Brasil como um todo. Acredita-se que o conhecimento e a análise da complexidade das relações envolvidas na liberdade de utilização dos serviços de saúde no contexto brasileiro indiquem elementos que permitam revisar as políticas de saúde e a forma de organizar os serviços, com a finalidade de contribuir para a construção de um sistema de saúde que seja de fato universal e equânime.

2 INTRODUÇÃO

2.1 EQUIDADE EM SAÚDE

A saúde é reconhecida mundialmente como um direito básico do ser humano. Desde o pós-guerra, vários países têm buscado desenvolver sistemas de saúde de acesso universal, tendo em vista a equidade e a qualidade da atenção para todos enquanto uma responsabilidade social. Um exemplo de sistema de saúde de cobertura universal é o *National Health Service* (NHS) na Inglaterra. No Brasil, a equidade no acesso aos serviços de saúde tem sido utilizada como princípio organizativo do SUS. Contudo, apesar dos vários compromissos assumidos nacional e internacionalmente, a equidade em saúde ainda não foi efetivamente alcançada.

É importante realizar a distinção entre a equidade em saúde e a equidade no acesso aos serviços de saúde, além de se identificar as correntes explicativas para ambos os princípios, como também partir do adequado emprego de metodologias quantitativas e qualitativas para sua avaliação (TRAVASSOS, 1992; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Neste capítulo, para desenvolver o conceito de equidade, o foco será a equidade em saúde.

Na ausência de clara definição do termo equidade, a organização dos sistemas e dos serviços de saúde pode falhar na redução das iniquidades em saúde e no acesso aos serviços. Uma pesquisa qualitativa realizada entre os anos de 2007 e 2008, em uma amostra de renomados bioeticistas brasileiros, revelou que existe uma diversidade de interpretações sobre o conceito de equidade entre os sujeitos pesquisados. Esse resultado reforça a ideia sobre a dificuldade em se decidir sobre o que seria considerado um sistema de saúde justo e equânime, num mundo de pluralismo moral. Nesse contexto, o diálogo entre os diversos atores sociais em busca do consenso sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde é instrumento fundamental (FORTES, 2010).

Danner e Bavaresco (2010) também discutiram que há a necessidade de princípios ético-políticos mínimos, mas destacam que é preciso reconhecer que esses princípios estão fundamentados a partir de questões específicas culturais de cada país e povo, ou seja, num

contexto de pluralismo ou multiculturalismo moral. Isso por si só já se coloca como barreira à *fundamentação universalista* de tais princípios.

Em geral, para a definição de equidade em saúde, emprega-se sua proximidade com a ideia de justiça social, em termos éticos e de direitos humanos (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003; BRAVEMAN et al., 2011; RAWLS, 1992; RAWLS, 1997; SEN, 2002; SEN, 2008).

A concepção de justiça apresentada por Rawls busca generalizar e elevar a teoria do contrato social discutida nas obras de Locke, Rousseau e Kant. Revisando esses autores, Rawls (1997) propôs a teoria da justiça como equidade, na qual os princípios sobre direitos e deveres e também a determinação sobre a divisão de benefícios sociais são determinados consensualmente pelos indivíduos que se comprometem na cooperação social, numa situação hipotética de liberdade equitativa, sob um véu de ignorância. Não significa, todavia, dizer que justiça e equidade são a mesma coisa.

Ainda segundo Rawls, as liberdades da cidadania não devem se sujeitar aos interesses pessoais ou a negociações políticas, sendo uma injustiça considerada aceitável somente nos casos em que se tem por intenção evitar uma injustiça ainda maior. Seguindo esse pensamento, não há injustiça em beneficiar apenas uns poucos desde que a situação dos menos afortunados seja priorizada e, com isso, melhorada. Assim, as instituições são justas quando não fazem distinção entre as pessoas e quando observam que desigualdades de riqueza e de autoridade são justas apenas se resultam em benefícios compensatórios particularmente para os membros menos favorecidos.

Em sua tese de doutorado, Porto (1997) revisou o conceito de justiça de John Rawls e identificou várias críticas a essa teoria. Ele se baseia em autores como Wolff, Lacost e Nozick, que consideram Rawls incoerente, confuso e marcado pelo pensamento utilitarista. Tais estudiosos criticam, por exemplo, a tese de Rawls sobre a existência de um conhecimento prévio das pessoas sobre os acordos genéricos da sociedade e a possibilidade de adoção de critérios distributivos por pessoas que desconheçam suas capacidades e sua posição social. Também criticam o fato de a proposta ter se limitado aos padrões de distribuição de vantagens mútuas, desconsiderando aspectos relacionados ao poder político e à estrutura de produção. Apesar das críticas identificadas, Porto considera que a teoria de justiça de Rawls relaciona-se de maneira adequada ao termo equidade, uma vez que cita

que os interesses coletivos são resultado do contrato original entre indivíduos e que o Estado tem o papel de distribuir os bens básicos e a preocupação de desenvolver políticas com foco na redução das desigualdades, de forma a melhorar a situação dos menos favorecidos.

A definição de equidade baseada na ideia de justiça, citada por Rawls (1997), vai ao encontro da discussão trazida pelo Nobel de Economia Amartya Sen (2002), de que todas as teorias de justiça, para serem consideradas críveis, precisam incorporar o conceito de igualdade, mesmo que relacionado a alguma outra variável central em cada teoria. Considera que a saúde participa do âmbito da justiça social, sendo a primeira fundamental para o entendimento da segunda. Acordos sociais podem tirar a oportunidade de algumas pessoas poderem alcançar um bom nível de saúde, o que caracterizaria uma situação injusta.

Sen (2008) discute ainda os motivos pelos quais a perspectiva do direito à saúde parece tão distante para alguns. O primeiro motivo destacado refere-se à inexistência, por vezes, de legislação que defina a saúde como um direito; mas, segundo o autor, mesmo na ausência de legislação, o direito à saúde poderia ser visto do ponto de vista da ética social. Um segundo ponto seria a (in)viabilidade de se promover saúde para todos, assim como acontece para outras questões sociais, o que precisa motivar ações para além dos direitos primários, que envolvem por exemplo o direito à vida, à liberdade pessoal e os direitos políticos. Um último ponto relaciona-se à questão política da falta de controle do Estado sobre o *status* de saúde atual das pessoas, a despeito do controle exercido sobre os serviços de saúde; porém, ainda segundo Sen, uma boa saúde depende, além do cuidado em saúde, de outros fatores, como nutrição, estilo de vida, educação, empoderamento feminino e extensão das desigualdades e liberdade numa dada sociedade.

Em documento elaborado para a Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Whitehead (1985) definiu iniquidades como diferenças desnecessárias e evitáveis, também consideradas abusivas e injustas, e que têm uma dimensão moral e ética. Explicou que escolheu o termo iniquidade (*inequities*) em detrimento do termo desigualdades (*inequality*) porque considerava que este último apresenta ambiguidade no seu emprego na literatura que trata do tema. Ainda de acordo com esse documento, o julgamento de situações de injustiça variará conforme o lugar e a época, mas um dos critérios usados neste é o grau de

escolha envolvido, ou seja: diferentes estados de saúde, resultantes de condições de vida e trabalho a que as pessoas são submetidas e sobre as quais elas têm pouca ou nenhuma escolha, são considerados injustos, quando comparados com aquelas diferenças resultantes de riscos à saúde escolhidos voluntariamente pelas pessoas. De acordo com tal definição, o objetivo de uma política de equidade em saúde não é eliminar todas as diferenças, para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde – que, vale destacar, seria impossível –, mas, sim, reduzir ou eliminar os resultados desfavoráveis à saúde associados aos fatores considerados tanto evitáveis quanto injustos. Dessa forma, políticas voltadas para a equidade preocupar-se-iam com a criação de igualdade de oportunidades para a saúde, de forma a reduzir as diferenças em saúde até o nível mais baixo possível.

Segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), Margareth Whitehead é a autora mais citada nos trabalhos da literatura internacional que empregam conceitos de equidade em saúde. No entanto, o principal problema da proposição de Whitehead é a dificuldade de operacionalização para análise do que denomina “diferenças evitáveis e injustas”.

Já de acordo com Braveman (2006), a definição de Whitehead tem sido uma maneira sucinta, intuitiva e de fácil compreensão para se conceituar as desigualdades na saúde, de fácil comunicação aos formuladores de políticas, ao público e à imprensa leiga, pelo menos quando há algum grau de consenso subjacente de que nem todos os grupos da sociedade têm oportunidades iguais de serem saudáveis. No entanto, assim como criticado por Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), Braveman considera que a desvantagem dessa definição reside na ausência de direcionamentos para as medidas do que chama de “desnecessárias, evitáveis, abusivas e injustas”. Em outro trabalho, Braveman e Gruskin (2003) também criticam o uso do conceito de evitável para a definição de equidade, considerando esse critério como desnecessário, por estar subjacente aos conceitos de injusta e abusiva, e, também, pelo fato de certas iniquidades em saúde serem de combate bastante difícil, por requererem mudanças na estrutura social e econômica.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) do Brasil destaca que todas as pessoas devem ter igualdade de condições para atingir um nível de saúde considerado ótimo, independente de diferenças que tornem um ou outro grupo marginalizado dentro da sociedade. Afirma, ainda, que as desigualdades sociais na saúde são evitáveis por serem resultantes das circunstâncias em que as populações crescem,

vivem, trabalham e envelhecem e que tais situações são moldadas por forças de ordem política, social e econômica, assim como são, também, relacionadas aos sistemas existentes para lidar com a doença. A fim de reduzir essas desigualdades, a Comissão recomenda, ademais, melhorias nas condições de vida cotidianas, abordagens na distribuição desigual de poder, dinheiro e demais recursos, além da quantificação e do conhecimento do problema e da avaliação do impacto das políticas e ações (CNDSS, 2010).

O modelo teórico sobre a determinação social da saúde adotado pela CNDSS foi o de 1991, de Dahlgren e Whitehead. Essa escolha foi justificada pela simplicidade do modelo, que é de fácil compreensão aos diversos tipos de público, e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde (DSS). Esse modelo tem como base os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais proximal aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes (CNDSS, 2008). O modelo da CNDSS, no entanto, não inclui explicitamente o sistema de saúde dentre os DSS.



Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)
Fonte: CNDSS (2008).

Um modelo alternativo e mais adequado do que o da CNDSS é o da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS (OMS, 2010). Nesse modelo, discute-se como os mecanismos sociais, econômicos e políticos originam um conjunto de posições

socioeconômicas que estratificam e hierarquizam os indivíduos em grupos de acordo com fatores como renda e escolaridade, por exemplo. Além disso, ao modelo da OMS assinala o contexto socioeconômico e político, tais como o mercado de trabalho, o sistema educacional, as instituições políticas, os valores e a cultura de uma sociedade, que criam e mantêm as hierarquias sociais, como fatores fundamentais na análise da determinação social da saúde. Esses são considerados mecanismos estruturais, pois geram a estratificação da sociedade em classes sociais e definem a posição socioeconômica do indivíduo segundo hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos. Esses determinantes sociais das iniquidades em saúde incluem: renda, educação, ocupação, classe social, gênero e raça/etnia.

Subjacentes aos determinantes estruturais das iniquidades em saúde, operam os determinantes intermediários, que incluem as condições materiais de vida - como trabalho e acesso a bens essenciais como alimentação -, as circunstâncias psicossociais - como a ausência de suporte social e a vida em condições estressantes - e os fatores biológicos/genéticos e comportamentais, incluindo nutrição, atividade física, consumo de tabaco e de álcool. O conceito de capital social ocupa um papel de destaque nas discussões da DSS, pois se acredita que o capital social perpassa as dimensões estrutural e intermediária, como uma ligação entre ambas. Nesse contexto, o Estado tem o papel de estimular as relações cooperativas entre indivíduos e instituições, e de facilitar o acesso à participação social (OMS, 2010).

Apesar de levar em conta o arcabouço teórico sobre a determinação social da saúde, o quadro proposto também difere dos modelos anteriores, tais como os das abordagens psicossociais, da produção social da doença e das abordagens ecossociais. Discute-se, por exemplo, que as abordagens psicossociais destacam que o ambiente social altera a função neuroendócrina, e, conseqüentemente, a susceptibilidade individual, aumentando a vulnerabilidade das pessoas às doenças. Já as teorias de produção social da doença/economia política da saúde referem-se de forma explícita aos determinantes econômicos e políticos individuais e públicos da saúde. Por último, a abordagem “ecossocial” e os modelos multiníveis buscam analisar a determinação social da saúde segundo a noção de que os indivíduos incorporam influências biológicas dos mundos material e social, aos quais estão expostos. Já no modelo da OMS, o sistema de saúde é

considerado um determinante intermediário da saúde, exercendo um papel relevante no que se relaciona ao acesso, que incorpora as diferenças de exposição e de vulnerabilidade, também através da ação intersetorial liderada pela área da saúde, por mediar as consequências diferenciais da doença na vida das pessoas (OMS, 2010).

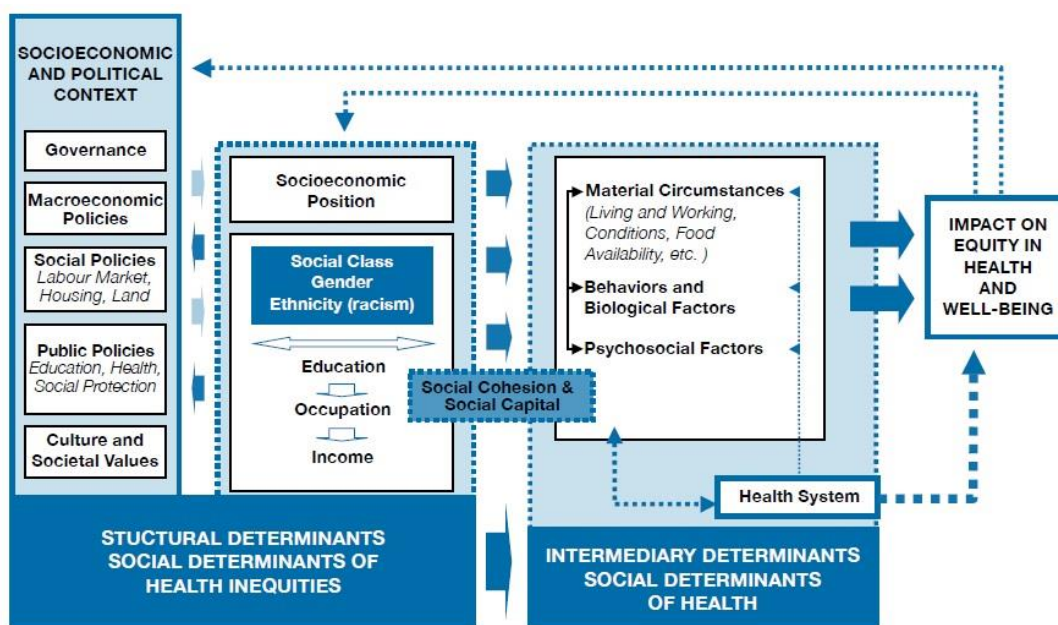


Figura 2. Modelo conceitual da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS
Fonte: OMS, 2010.

Assim, a OMS, ao entender que fatores relacionados às diferenças em saúde também variam em função dos contextos político, social, econômico e cultural, considera que estes têm que ser levados em conta na definição de equidade. Portanto, como qualquer definição, o conceito de equidade requer que seja explicitado à qual paradigma se refere. Importante também destacar que há implicações práticas na adoção de diferentes paradigmas em diferentes contextos (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003). Na Europa, por exemplo, a equidade é mais frequentemente avaliada com relação às diferenças socioeconômicas dos indivíduos, enquanto nos Estados Unidos é mais frequentemente avaliada com base nas diferenças raciais/étnicas (BRAVEMAN et al., 2011). Também é interessante ressaltar que existe pouco consenso no emprego de terminologia na literatura sobre DSS e equidade em saúde. Os termos mais comumente empregados são “disparidades de saúde”,

"desigualdades sociais em saúde" ou "equidade em saúde". Entretanto, a variação de terminologia tem base na diferenciação dos conceitos de equidade adotados e, como já dito, tem importantes consequências práticas, pois determina as medidas a serem monitoradas pelos governos e pelas agências internacionais e as atividades que serão apoiadas por recursos destinados a resolver tais questões.

Seguindo o modelo teórico proposto pela OMS, Marmot (2010) destaca que as políticas sociais implementadas para a redução das desigualdades precisam ser amplas e intensas o suficiente para, além de serem universais, serem capazes de reduzir o gradiente das desigualdades em saúde, e é por isso que o autor denomina essa meta de universalismo proporcional. Sendo assim, medidas devem ser capazes de identificar os fatores relacionados às iniquidades em saúde e metas devem reduzir ou sanar as desigualdades encontradas.

Para operacionalizar as medidas de equidade, o conceito mais utilizado é o de "desigualdades sociais em saúde". Esse termo faz referência à situação em que os grupos sociais desfavorecidos, por exemplo, pobres, minorias étnicas/raciais, mulheres ou outros grupos em situação de desvantagem social ou discriminação, apresentam pior experiência de saúde ou riscos mais elevados para a saúde do que os grupos sociais mais favorecidos, ou seja, aqueles que ocupam uma posição de vantagem na hierarquia social. A equidade em saúde, nesse sentido, significa a busca da eliminação de tais desigualdades sociais em saúde (BRAVEMAN, 2006; OMS, 2010) e esse é o termo que será adotado nesse trabalho.

O monitoramento das mudanças nas desigualdades sociais na saúde é fundamental para a avaliação dos efeitos das políticas de saúde. Para tanto, levando-se em conta que as iniquidades não podem ser medidas diretamente, são empregadas medidas das desigualdades em saúde a partir do *status* socioeconômico de um indivíduo, ou seja, a posição ocupada por ele na hierarquia social. Essas medidas podem ser operacionalizadas, por exemplo, utilizando-se o nível de escolaridade, ocupação e/ou renda (MACKENBACH; KUNST, 1997). Essas variáveis também são destacadas no modelo de análise sugerido pela Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS (OMS, 2010) e são utilizadas por estudiosos das desigualdades em saúde, tais como o grupo do epidemiologista britânico Michael Marmot (MARMOT, 2010). Nesse modelo, a renda e a educação são consideradas

como um resultado do processo da divisão social em grupos. Já a ocupação deve ser utilizada como um *proxy* da estratificação social (OMS, 2010).

A renda é um indicador da posição socioeconômica relacionada diretamente à posse de recursos materiais. Possui geralmente uma dose-resposta associada à saúde, agindo através da possibilidade de consumo de produtos e de serviços que ajam melhorando diretamente ou indiretamente a saúde. Os componentes da renda incluem salários, dividendos, juros e outros benefícios, tais como o auxílio criança, pensão alimentícia, transferência de renda e pensões. Dessa forma, pode ser expressa pelo total de rendimentos individuais (renda bruta), ser ajustada após o pagamento de impostos (renda líquida), referir-se à soma de todos os rendimentos familiares (renda familiar) ou ser ajustada pelo número de pessoas na família (renda *per capita*) (OMS, 2010). É preciso destacar, também, que, segundo Marmot (2010), a relação entre renda e saúde pode se dar em duas direções: tanto a baixa renda pode levar a piores condições de saúde, quanto uma condição de saúde ruim pode dificultar que o indivíduo obtenha renda.

Outras maneiras de determinar o poder de consumo familiar também podem ser usadas. O Critério Brasil, uma classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), por exemplo, busca estimar o poder de compra das pessoas e das famílias e classifica os indivíduos em classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E), segundo a posse de bens e o grau de instrução do chefe da família (em anos completos de estudo) (ABEP, 2013). Uma nova classificação, proposta para 2015, busca aprimorar esse indicador para a identificação do potencial de consumo dos brasileiros, dividindo a população em seis estratos socioeconômicos (A, B1, B2, C1, C2, D, E), a partir da síntese de um conjunto de variáveis relativas à posse de bens duráveis, ao acesso aos serviços públicos, às condições de moradia e à educação (ABEP, 2014).

Já o indicador de bens (IB) é um índice construído com base na posse de bens de consumo, tais como televisão, geladeira, telefone celular e outros. Foi criado como um indicador de nível socioeconômico, a fim de analisar desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil a partir de dados levantados na Pesquisa Mundial de Saúde (SZWARCOWALD et al., 2005) e foi utilizado também para a cidade do Rio de Janeiro (SZWARCOWALD et al., 2011) e para a avaliação das diferenças regionais no grau de satisfação dos usuários do SUS (GOUVEIA et al., 2009).

A escolaridade é frequentemente utilizada como um indicador epidemiológico. Sua relação com a saúde se dá através de diferentes mecanismos: transferência da posição social dos pais para os filhos, determinando fortemente o futuro do jovem adulto com relação ao mercado de trabalho e à renda; do maior desenvolvimento cognitivo adquirido com a escolaridade, que pode facilitar o entendimento de informações sobre saúde ou mesmo facilitar a comunicação e o acesso aos serviços de saúde; e quando o adoecimento na infância limita o desenvolvimento educacional e/ou predispõe uma pessoa a se tornar um adulto doente. Além disso, a educação pode ser medida como uma variável contínua (anos completos de estudo) ou categórica (pelo cumprimento de níveis de escolaridade) (OMS, 2010) e ser utilizada, por exemplo, em indicadores-síntese, tais como o Critério Brasil para classificação econômica (ABEP, 2013) e para o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), sendo que, neste, é avaliada junto às informações sobre longevidade e renda (ATLAS BRASIL, 2013).

Outra variável é a ocupação no mercado de trabalho. Sua relação com a saúde pode se dar de diferentes formas: por sua relação com a renda e, por consequência, com a posse de recursos que determinam padrões de vida e de saúde; por poder se relacionar a certos privilégios, como o acesso facilitado aos cuidados em saúde e à educação, por exemplo; por poder refletir numa rede social, em estresse laboral, controle e autonomia, que afetam o processo psicossocial dos resultados em saúde; e, também, pelas exposições aos riscos ocupacionais. A maioria dos estudos usa como base a ocupação profissional atual ou que ocorreu por mais tempo, mas, no caso de crianças, também pode ser incluída a ocupação dos pais como um indicador de posição socioeconômica infantil, em conjunto com a ocupação individual em diferentes estágios da vida adulta. Esse indicador, no entanto, deve ser utilizado com cuidado, por excluir, por exemplo, as mulheres que realizam trabalhos domésticos e os aposentados (OMS, 2010).

Marmot e seus pesquisadores associados são alguns do que, estudam a relação entre ocupação e saúde para o entendimento das desigualdades sociais em saúde. Segundo estudos desse grupo, quanto menor a posição na hierarquia ocupacional, maior o risco de doenças coronarianas e outras (MARMOT, 2006). Essa variável pode ser organizada, por exemplo, em categorias “trabalhador formal / trabalhador informal / desempregado / fora do mercado de trabalho” (GIATTI; BARRETO, 2006).

Outras variáveis que operam importantes determinantes estruturais no modelo de DSS são a classe social, o gênero, e a etnicidade. Importante esclarecer que a classe social é definida pelas relações de poder e controle sobre os recursos produtivos, tendo importantes consequências para a vida dos indivíduos. Ela indica o emprego das relações trabalhistas e condições de cada ocupação e está entre os mais fortes preditores de adoecimento e saúde, apesar de poucos estudos terem sido realizados sobre esse assunto. O gênero refere-se às características de homens e mulheres que são socialmente construídas, envolvendo aspectos culturais, papéis e comportamentos que geralmente colocam as mulheres numa situação de menor acesso ao poder, ao prestígio e aos recursos, o que pode expô-las a riscos à sua saúde. Já a raça/etnia é uma categoria social em que um grupo determinado com dada característica física, herança cultural ou ancestral sofre efeitos negativos sobre seu *status*, oportunidades e trajetória de vida. Relaciona-se à divisão social e de discriminação em vários contextos, como para os afroamericanos nos Estados Unidos e para os aborígenes na Austrália. Todavia, é preciso destacar que possivelmente os resultados da discriminação por raça/etnia estejam intimamente relacionados a outros determinantes sociais, tais como baixa renda, baixa escolaridade e precárias condições de habitação (OMS, 2010).

Também devem ser consideradas variáveis em potencial as condições de moradia e as características sociais da vizinhança. Com relação às características sociais da vizinhança, destaca-se sua relação com a saúde. Áreas de risco à saúde são aquelas que apresentam grande número de moradias inadequadas, altas taxas de crimes, baixa qualidade do ar, ausência de espaços verdes e locais para o lazer infantil e maiores riscos para a segurança no trânsito. Em relação à moradia, constitui risco à saúde fatores relacionados a situações de vida dos sem-teto e daqueles que vivem em acomodações temporárias, com ambientes superlotados, inseguros e/ou em condições físicas de moradia inadequadas (MARMOT, 2010).

Dessa forma, vê-se como primordial para avaliação da equidade em saúde e da equidade na utilização de serviços de saúde as condições que caracterizam uma posição social desvantajosa precisam ser levadas em conta. As desigualdades devem ser analisadas em função de renda, riqueza acumulada, escolaridade, características ocupacionais, local de moradia (urbano/rural; vizinhanças menos favorecidas), indicadores síntese como o Índice

de Gini¹, grupo étnico/racial, tribal ou religioso ou de nacionalidade específica, gênero, idade, e orientação sexual (BRAVEMAN, 2006). Essas características permitem classificar os indivíduos segundo uma hierarquia social, a partir da dimensão socioeconômica (MACKENBACH; KUNST, 1997).

Nos estudos brasileiros sobre as desigualdades sociais na saúde, as variáveis mais utilizadas, foram renda (*per capita*, individual, familiar etc.), escolaridade (em anos completos de escolaridade ou em níveis de escolaridade, para o indivíduo e/ou para o chefe da família), cor de pele ou raça (geralmente categorizada como branca e não branca, mas podendo incluir pardos, pretos, indígenas e amarelos) e ocupação (com diferentes classificações, a partir, por exemplo, da Classificação Brasileira de Ocupações, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), e em presença/ausência de atividade remunerada), conforme indicam Travassos e Castro (2012). Ressalta-se, no entanto, que também podem ser utilizadas as variáveis classe econômica, com uso do Critério Brasil (ABEP, 2013); indicador de bens (SZWARCOWALD, et al., 2005); condições gerais de moradia, a partir da avaliação das condições internas e externas de moradia (VETTORE et al., 2010); e mulher chefe de família (BARREIRA; MAKHOUL; COHN, 2011).

Sobre as medidas da magnitude das desigualdades sociais na saúde e nos serviços de saúde, podem ser utilizadas, quando apenas são comparados dois grupos, a taxa média. Dessa forma, a velocidade de um dado indicador de funcionamento em grupo dividido pela taxa de outro grupo é mais comumente calculada para medir a disparidade em análise. O risco atribuível populacional, a tendência e o risco relativo das diferenças, e o índice e a curva de concentração também podem ser usados (BRAVEMAN, 2006).

Mackenbach e Kunst (1997) também discutem as medidas das desigualdades sociais, citando como medidas mais simples, a razão entre taxas e as diferenças entre taxas, tais como o Risco Atribuível e o Índice de Dissimilaridade. Também podem ser utilizadas medidas mais elaboradas, tais como regressões baseadas no risco relativo entre os grupos e o Índice das Desigualdades Relativas.

¹ Índice de Gini, é a medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima) (<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida-/indicadoresminimos/conceitos.shtm>).

Para o estudo de múltiplos fatores de risco sobre a saúde ou, no caso, de múltiplos determinantes sociais da saúde, além da descrição das variáveis, uma estratégia adequada é o emprego dos modelos hierárquicos, a fim de analisar a associação entre cada fator de risco e um resultado em saúde (desfecho) e as relações entre os diferentes fatores de risco. Essa abordagem é totalmente baseada na associação estatística, mais do que qualquer base conceitual que interrelacione os fatores de risco. No entanto, a escolha dos fatores que compõem a análise multivariada deve estar baseada num modelo teórico que descreva a hierarquia nas relações entre os fatores, sendo preciso ter conhecimento dos determinantes sociais e biológicos da doença e também das relações do tempo com ela. O modelo conceitual deve ser construído logo no início do estudo, uma vez que influencia o modelo de análise e as variáveis medidas. Na análise segundo um modelo hierárquico, as variáveis são adicionadas em bloco, segundo a classificação em níveis do modelo teórico utilizado. Todas as variáveis podem seguir no modelo desde que atinjam certo *p*-valor, por exemplo, $p < 0,10$. Assim, é possível verificar a influência de uma variável ou de um bloco de variáveis sobre as demais (VICTORA et al., 1997).

De maneira geral, a abordagem para o estudo das desigualdades em saúde deve seguir as seguintes etapas: (a) Escolha dos indicadores de saúde ou relacionados com a saúde de interesse e categorização das pessoas em estratos sociais, isto é, pela posição social; (b) Cálculo das prevalências do indicador de saúde em cada estrato social e demonstração gráfica dos resultados; (c) Cálculo das razões de prevalência (por exemplo, o risco relativo) e diferenças na prevalência que comparem cada estrato com o estrato definido *a priori* como o em vantagem social (por exemplo, todos os outros grupos de renda em comparação com o maior grupo de renda); (d) Análise das mudanças nas razões de prevalência e diferenças na prevalência ao longo do tempo; se possível, usando medidas resumo para avaliar vários parâmetros ao mesmo tempo; e (e) Aplicação da análise multivariada na amostra total e dentro dos estratos, mostrando como e se o risco é mais elevado comparando os grupos em relação ao estrato de maior vantagem social (BRAVEMAN et al., 2004).

No entanto, para que seja possível a avaliação das desigualdades sociais na saúde e no acesso aos serviços de saúde, inclusive com relação às metas traçadas, é preciso especial atenção aos sistemas de informação. Eles precisam fornecer os dados necessários de forma

atualizada e estes precisam ser robustos o suficiente para detectar as mudanças ao longo do tempo (MARMOT, 2010). No Brasil, o monitoramento de curto prazo das desigualdades sociais tem utilizado indicadores epidemiológicos operados pelo Ministério da Saúde, por meio de sistemas de informação tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre nascidos Vivos (SINASC), os Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB), da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e, também, aquelas relativos aos registros administrativos do SUS, como o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Também são utilizadas fontes de dados de periodicidade irregular ou indefinida, que, dentre elas, incluem principalmente algumas das pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): PNAD, Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), e Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS) (NUNES et al., 2001).

2.2 EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Existem desigualdades em saúde nos diversos países, independente de como seus sistemas de saúde são organizados. Essas desigualdades em saúde são reflexo das desigualdades sociais existentes num dado contexto e resultam em diferentes demandas aos serviços de saúde, que precisam ser analisadas para o planejamento da oferta de serviços com vistas à construção de um sistema de saúde mais equitativo. Na Constituição Brasileira, a equidade foi traduzida em igualdade no acesso aos serviços de saúde, ou seja, igualdade de oportunidade de recebimento de um cuidado adequado para as pessoas com problemas iguais, independente de sua condição social. Entende-se que, apesar de o acesso aos serviços de saúde não ser capaz, por si só, de diminuir as desigualdades sociais na saúde, ele se apresenta como importante condição para redução dessas desigualdades (TRAVASSOS, 1997).

A chance individual de obtenção de acesso (utilização) e dos benefícios resultantes dos cuidados de saúde varia e é moldada pela posição social dos indivíduos. Assim, as políticas públicas que têm por objetivo a redução das iniquidades em saúde precisam direcionar os esforços para ações intersetoriais voltadas para a minimização das diferenças existentes

entre os grupos sociais com relação ao bem-estar e à qualidade de vida, para a redução na variação da chance dos indivíduos obterem tanto um quanto outro. Os serviços de saúde atuam positivamente na saúde, prevenindo e erradicando doenças, reduzindo as taxas de mortalidade e aumentando as taxas de sobrevivência. Podem também ter um efeito negativo, caso os serviços prestados sejam de baixa qualidade. Entretanto, têm limitada capacidade para alterar a conformação social de uma sociedade (TRAVASSOS, 1992).

Como discutido no item de Equidade em Saúde, segundo a OMS, o acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como um fator intermediário dentro do modelo de determinação social da saúde, mediando as consequências das diferenças na experiência de adoecimento das pessoas. Isso porque o acesso aos serviços de saúde entre diferentes tipos de exposição e de vulnerabilidade social, adequado às necessidades dos grupos marginalizados e em desvantagem social, gera uma sensação de vida segura e constrói um propósito comum com a sociedade, que tem o poder de atuar limitando a influência dos problemas de saúde na piora do *status* social, e de facilitar o processo de reintegração dos indivíduos doentes à sociedade e até mesmo de contribuir para a participação social e empoderamento das pessoas (OMS, 2007; OMS, 2010).

Assim como destacado por Travassos e Martins (2004), o conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e tem variado historicamente em função do autor, dos modelos teóricos e, também, do contexto. Nem todas as definições de acesso significam utilização dos serviços de saúde, no sentido do recebimento de cuidados: os fatores determinantes da utilização resultam de uma gama de fatores, e não são somente relacionados ao acesso no sentido restrito do termo.

Para o estudo do acesso são necessárias a identificação e a explicitação de um modelo teórico com base na discussão científica produzida. Entre os diversos autores, podem ser destacados Donabedian (1973), Penchansky e Thomas (1981), Mooney (1983), Whitehead (1985), Frenk (1992), Travassos (1992), Andersen (1995; 2008) e Thiede, Akweongo e McIntyre (2014).

Na discussão sobre a produção e o consumo de serviços de saúde, Donabedian (1973) utilizou o termo acessibilidade que, para ele, relaciona-se a um conjunto de características da oferta que facilitam ou dificultam o uso por usuários em potencial, ou seja, a capacidade

do usuário em obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente. Dessa forma, o acesso não diz respeito apenas à disponibilidade de recursos. As duas dimensões tratadas por esse autor dizem respeito ao acesso sócio-organizacional, incluindo fatores como valor da consulta, sexo e raça/cor do indivíduo, à especialidade e ao acesso geográfico, como os aspectos espaciais da organização dos serviços que criam resistências à movimentação dos potenciais usuários, que pode ser medido, por exemplo, pela distância entre o local de residência do usuário e os serviços necessários e pelo tempo, pela distância e pelo custo do deslocamento. Essas duas dimensões se inter-relacionam e podem levar a situações de desajuste entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços para uso no momento adequado. Esse conceito de acesso de Donabedian influenciou outros autores, tais como Penchansky e Thomas (1981) e Frenk (1992) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Travassos e Martins (2004), Penchansky e Thomas (1981) conceituaram acesso seguindo a ideia de ajuste entre os usuários e o sistema de saúde. No entanto, o conceito de acesso empregado por esses autores é mais amplo, incluindo outros atributos não relacionados à oferta, como aqueles que dizem respeito à relação entre a oferta e os indivíduos. De acordo com essa abordagem, as dimensões que compõem o conceito de acesso são: disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, que se refere à relação entre a distribuição geográfica dos serviços e a residência dos usuários; acolhimento, que diz respeito à relação entre a organização dos serviços para receber os usuários e a capacidade de adaptação dos usuários a essa organização; capacidade de pagar, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e aceitabilidade, que se relaciona às atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas do outro.

Outro autor que se baseou na discussão proposta por Donabedian (1973) foi Frenk (1992) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Esse autor também utilizou o termo acessibilidade, definindo-o como o grau de ajuste entre as características da população e as relativas aos serviços de saúde. A partir de uma revisão da literatura sobre o tema, discutiu que o conceito de acessibilidade pode ser analisado por diferentes perspectivas: um domínio restrito, que inclui a busca por serviços de saúde e o uso desses; um domínio intermediário, que também inclui a continuidade do cuidado; e um domínio amplo, que, além destes,

também analisa a percepção da necessidade e o desejo por cuidado (FRENK, 1992) (Figura 3).

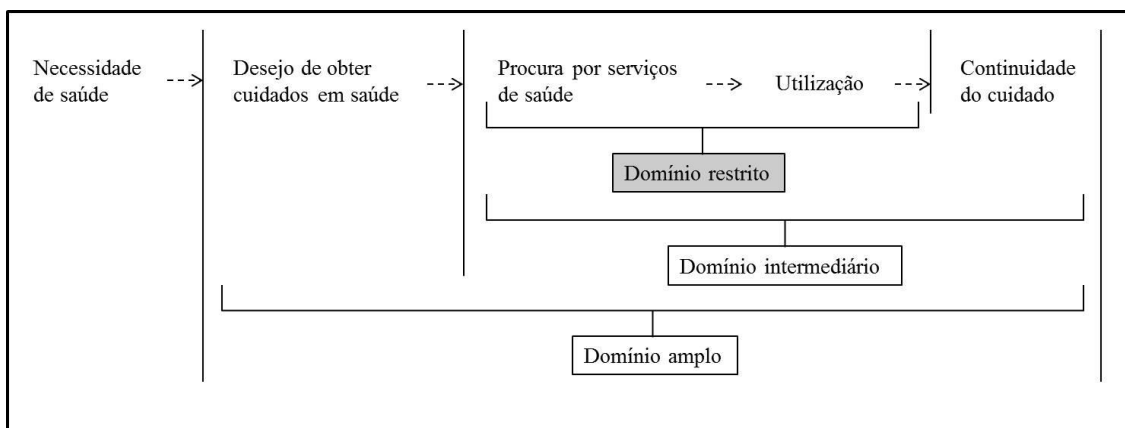


Figura 3. Possíveis abordagens para o conceito de acessibilidade

Fonte: Traduzido de Frenk (1992).

Ainda segundo Travassos e Martins, para Frenk (1992), o mais adequado é analisar a acessibilidade conforme o domínio restrito, entendendo a disponibilidade de recursos capazes de atender a essas necessidades como imprescindível à sua realização. A partir dessa constatação, definiu acessibilidade como o grau de ajuste entre os obstáculos à obtenção do cuidado, denominado pelo autor de “resistência”, e as correspondentes capacidades dos indivíduos em superá-los, ou seja, seu “poder de utilização”. Nessa discussão, os obstáculos foram classificados em: ecológicos, tais como aqueles relacionados à localização dos recursos, com influência nas distâncias a serem percorridas e no tempo de deslocamento dos usuários; financeiros, referentes aos custos do cuidado; e organizacionais, como, por exemplo, com o tempo para agendamento de consultas e o tempo de espera para realizá-las quando já dentro dos estabelecimentos de saúde. Não é possível determinar, a priori, o grau de relevância de cada grupo de obstáculos, somente o contexto da organização do sistema de saúde poderá determinar a importância relativa de cada um deles. Num sistema de saúde de cunho universalista, por exemplo, o obstáculo financeiro teria um papel secundário.

Mooney (1983) também buscou esclarecer o conceito de acesso aos serviços de saúde. Assim como discutido no item de Equidade em Saúde, esse autor destaca que todas as definições de equidade, em certa medida, relacionam-se a uma visão de justiça na

distribuição de alguma coisa. No contexto específico dos sistemas de saúde, a partir da discussão realizada por West em 1981, ele destacou a necessidade de se distinguir entre os dois conceitos de equidade: a “equidade horizontal” (tratamento igual para necessidades iguais) e a “equidade vertical” (tratamentos diferentes para necessidades diferentes). Na prática seria possível alcançar a eficiência na equidade horizontal, mas isso seria menos provável na equidade vertical, justamente pela dificuldade de operacionalização desses conceitos em medidas capazes de avaliar os diferentes níveis de saúde.

Tentando clarear o conceito de equidade no acesso aos serviços de saúde, Mooney (1983) destacou sete possíveis definições para esse termo:

1. Igualdade de gasto *per capita*: distribuição dos recursos segundo número de habitantes;
2. Igualdade de recursos *per capita*: garantia de recursos *per capita* iguais para regiões com diferentes custos operacionais, a partir de uma compensação financeira;
3. Igualdade de recursos para necessidades iguais: aplicação dos recursos de forma proporcional às necessidades da população;
4. Igualdade de (oportunidade de) acesso para necessidades iguais: aplicação de recursos proporcionais às necessidades da população, com compensação financeira para áreas com custos operacionais mais elevados;
5. Igualdade de utilização para necessidades iguais: partindo do princípio de que as pessoas tenham as informações adequadas sobre a saúde e sobre os serviços de saúde e os mesmos gostos e preferências. A equidade no acesso para necessidades iguais seria o mesmo que a equidade de utilização para necessidades iguais, diante de uma oferta igual de serviços de saúde;
6. Igualdade de necessidades atendidas: quando cada região, a partir de uma lista de prioridades definidas segundo os mesmos critérios, consegue atender a todas as necessidades com o orçamento disponível;
7. Igualdade de saúde: discriminação positiva, com distribuição desigual dos recursos de saúde para alcançar o mesmo nível de saúde em todas as regiões e/ou classes sociais.

Além disso, Mooney ainda buscou discutir as diferenças entre acesso e utilização. Para ele, o acesso relaciona-se fortemente à oferta dos serviços, ao passo que a utilização se dá tanto

em função da oferta quanto da demanda. Ou seja, a equidade no acesso diz respeito a oportunidades iguais de uso, mas a equidade na utilização, além da disponibilidade de serviços, dependerá das percepções individuais sobre os benefícios do cuidado, o que pode variar entre indivíduos e comunidades. Dessa forma, a equidade na utilização também pode ocorrer mesmo em contextos nos quais a equidade no acesso não exista, pois depende de outros fatores além da oferta de serviços. Partindo da definição de equidade como utilização igual para necessidades iguais, políticas que afetem tanto a oferta quanto a demanda precisam ser implementadas para que esta seja alcançada (MOONEY, 1983).

Sobre a mesma questão, na década de 1990, em documento para a OMS, Whitehead (1995) destacou que o acesso equitativo no cuidado em saúde pode ser definido operacionalmente como a igualdade de acesso a cuidados de saúde para indivíduos com necessidades iguais; utilização igual para necessidades iguais; ou a mesma qualidade dos cuidados de saúde. A garantia de acesso aos cuidados de saúde para necessidades iguais implica no direito à saúde e na distribuição de tal em todo o país, com base nas necessidades de saúde e na facilidade de acesso em cada área geográfica, e na remoção de outras barreiras de acesso, como as financeiras.

Segundo Travassos (1992), a equidade na utilização dos serviços de saúde deve ser definida como igualdade na chance de se obter acesso (utilização) e receber o tratamento adequado entre grupos socialmente constituídos. A necessidade de saúde é o principal determinante do uso dos serviços de saúde, porém, ela não é homogênea entre os grupos sociais e a disponibilidade de tais serviços tem um papel fundamental na transformação das demandas de saúde em utilização desses serviços, sendo considerada um fator capacitante para a redução das desigualdades na chance de utilização, através, por exemplo, de seus mecanismos de redistribuição de recursos financeiros entre áreas geográficas que apresentam diferentes determinantes e necessidades de saúde.

Para o desenvolvimento de um possível modelo sobre a utilização dos serviços de saúde, Andersen (1995) focou na família como unidade de análise. Na primeira fase do modelo, denominado como “Modelo Comportamental da Utilização dos Serviços de Saúde” (Figura 4), o autor destacou que a utilização dos serviços pelas pessoas relacionava-se a três conjuntos de fatores: predisponentes (demográficos, sociais e crenças em saúde); capacitantes individuais/familiares e comunitários (renda, posse de seguro saúde, existência

de serviços de saúde de referência e distância e tempo de espera) e necessidade de saúde (percebida e avaliada). Esses fatores poderiam prever e também explicar a utilização dos serviços de saúde, mas deveriam ser analisados em função do tipo de serviço de saúde a ser avaliado e também em função da possibilidade de se promover mudanças sobre cada fator, a partir de ações políticas e sociais.

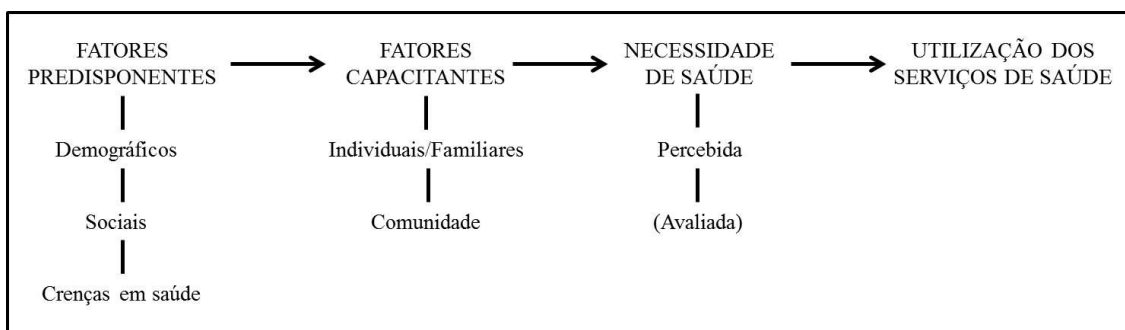


Figura 4. O Modelo Comportamental Inicial (1960s)

Fonte: Traduzido de Andersen (1995).

Esse modelo sofreu várias revisões, que mantiveram os elementos fundamentais da primeira fase, mas que pouco a pouco adicionaram-no outros componentes, para melhorar a análise dos fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde. Essa evolução pode ser dividida em cinco fases, tendo sido a fase cinco desenvolvida a partir dos anos 2000. Essa fase mais atual destaca a importância de se analisar a utilização dos serviços de saúde focando nos determinantes contextuais e individuais. Inclui, desta maneira, características contextuais capacitantes, tais como a organização dos serviços de saúde e outros fatores relacionados à oferta de serviços e como fatores predisponentes características demográficas, sociais e de crenças sobre a saúde da comunidade, medidas de forma agregada.

Andersen também inseriu nesse modelo o processo do cuidado médico como componente dos comportamentos em saúde, junto às práticas pessoais em saúde e ao uso dos serviços de saúde, já adicionados em fases anteriores do modelo. Dessa forma, na fase cinco do modelo, a interação entre pacientes e profissionais de saúde, como aquela que se dá através dos aconselhamentos, das prescrições de tratamentos e da comunicação paciente-profissional, é fator fundamental para o entendimento do processo de utilização dos serviços. (Figura 5) (ANDERSEN, 2008).

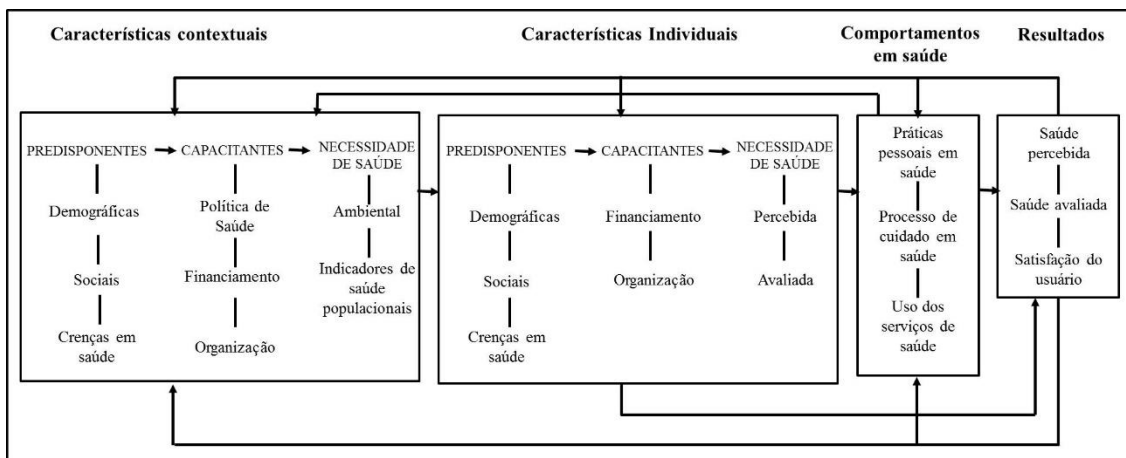


Figura 5. Fase 5: Modelo comportamental da utilização dos serviços de saúde que inclui características contextuais e individuais

Fonte: Traduzido de Andersen (2008).

Numa outra abordagem, os autores Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) também consideraram que ainda persiste bastante confuso o conceito de acesso aos serviços de saúde e que isso dificulta a análise de dados que busque a promoção de um sistema de saúde equitativo. Para esses autores, a estratégia de se trabalhar o acesso aos serviços de saúde como sinônimo de utilização da assistência à saúde não é correta, pois desconsidera as preferências pessoais na tomada de decisão sobre o uso de um serviço num dado contexto, além de desconsiderar, também, a qualidade e a quantidade dos serviços ofertados. Assim, a utilização deveria ser interpretada apenas como um indicador de equidade.

Nessa abordagem, o acesso seria definido como a igualdade de liberdade para a utilização dos serviços de saúde, possível a partir da disponibilização de informações adequadas sobre saúde e de uma boa qualidade de comunicação entre os envolvidos nesse processo. Nessa perspectiva, o acesso é composto por três dimensões, que se inter-relacionam: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. O conceito de acesso, portanto, está fundamentado no ajuste entre o sistema de saúde e fatores individuais e familiares (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

A disponibilidade refere-se à existência de serviços de saúde apropriados às necessidades de potenciais usuários, onde e quando forem necessários, englobando, numa única

dimensão, os aspectos relacionados às facilidades físicas para a utilização dos serviços e a adequação no espaço-tempo entre o sistema e os usuários. Nessa dimensão, são considerados aspectos como a localização geográfica, ou seja, a relação entre a localização dos serviços e a distância da residência daqueles que deles necessitam, assim como também devem ser analisadas as opções de transporte. Além desses fatores, também estão incluídos o horário de funcionamento dos serviços e o sistema de marcação de consultas, para que o serviço esteja disponível no momento adequado, como por exemplo, nos casos de urgências; transporte para os profissionais de saúde e a possibilidade de realizarem serviços móveis; e a relação entre a natureza e a extensão da necessidade da população e o tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde ofertados (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

A capacidade de pagar expressa a relação entre os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos serviços e a capacidade aquisitiva do usuário para arcar com eles, vinculando-se à discussão sobre o financiamento do setor saúde num dado contexto, além de envolver, também a capacidade dos indivíduos mobilizarem recursos financeiros, caso sejam requeridos, para o atendimento de suas necessidades de saúde. Implica a análise de gastos diretos dos usuários, ou seja, aqueles relacionados ao custo da assistência à saúde com honorários de profissionais de saúde, medicamentos, exames diagnósticos, transporte até o local de atendimento, alimentação especial e até mesmo gastos indiretos, como, por exemplo, aqueles ligados à perda de renda ou de produtividade devido ao tempo de viagem até os serviços ou mesmo na espera pelo atendimento. Alguns fatores interferem na viabilidade financeira, tais como a oferta de sistemas universais de saúde, as condições de renda e de posse da família e as possibilidades de mobilização de recursos financeiros via créditos/empréstimos e/ou redes sociais (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Já a aceitabilidade relaciona-se muito à existência de respeito entre os prestadores e os usuários dos serviços de saúde e parte da consideração de que os fatores subjetivos, culturais e sociais influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, dentre eles a idade, o sexo, a etnia, a língua, as crenças, a cultura e o *status* socioeconômico. Tal fator relaciona-se às expectativas dos pacientes sobre a organização dos serviços de saúde e da aceitação destes quanto ao cuidado recebido, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, a compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e a

possibilidade de discussão das alternativas de cuidado. Por outro lado, também inclui a expectativa dos profissionais de saúde de que os pacientes os respeitem e adiram ao tratamento prescrito (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

A informação é considerada um fator necessário para que os indivíduos possam fazer escolhas quanto ao uso de um serviço de saúde e, por isso, é um importante determinante da qualidade do sistema de saúde. É, além disso, um elemento central que perpassa as dimensões do acesso, facilitando a adequação entre os serviços ofertados e as características, necessidades e preferências individuais e comunitárias. Informações adequadas permitem que as pessoas saibam, por exemplo, onde os serviços se localizam, os tipos de serviços disponibilizados, os custos envolvidos no cuidado e também influenciam as expectativas dos pacientes (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014). Considera-se que a falta de informação sobre o processo saúde-doença e sobre as opções disponíveis de cuidado podem afetar o acesso aos cuidados de forma expressiva. Por isso é uma responsabilidade do sistema de saúde informar as pessoas sobre os serviços de saúde (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Um modelo descritivo e de base populacional para a análise da utilização de serviços foi desenvolvido por White, Williams e Greenberg em 1961 (republicado na década de 1990), a despeito dos modelos anteriores que focavam no indivíduo. Esse modelo, denominado “Modelo Ecológico do Cuidado Médico”, teve por cenário a preocupação sobre como os avanços tecnológicos poderiam, num curto espaço de tempo, traduzirem-se em melhorias na saúde das populações e, também, sobre qual a opinião dos usuários sobre a quantidade, qualidade e distribuição dos cuidados médicos disponíveis. Para tanto, julgavam fundamental o conhecimento de características sociais, psicológicas, culturais, econômicas, de informação, políticos e organizacionais que atuam como agentes que inibem ou facilitam o acesso e a realização de cuidados em saúde de qualidade. No modelo proposto, os autores, a partir de dados sobre morbidade e uso de serviços de saúde nos Estados Unidos e na Inglaterra, descreveram, para uma população de 1.000 pessoas, a prevalência de necessidade percebida e o percentual de pessoas que recebeu cuidados em serviços médicos ambulatoriais, hospitalares e centros universitários especializados. Propuseram um esquema para a análise das taxas de utilização dos diversos níveis de serviços de saúde, permitindo a

reflexão sobre a relação entre população, necessidade de saúde e utilização dos serviços de saúde (Figura 6) (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1996):

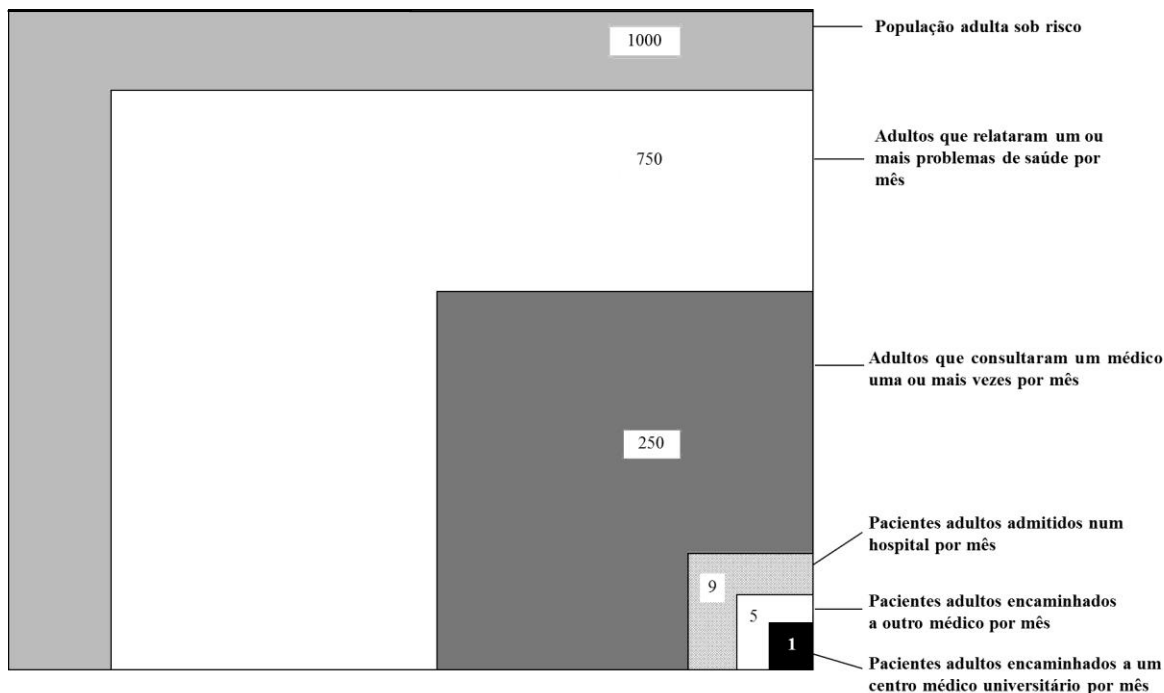


Figura 6. Estimativa da prevalência mensal do adoecimento numa comunidade e o papel de médicos, hospitais e centros universitários na prestação de cuidados de saúde (adultos de 16 anos ou mais)
 Fonte: Adaptado pela autora de White, Williams e Greenberg (1996).

O “Modelo Ecológico” de White, Williams e Greenberg (1996) foi revisado anos mais tarde por Green et al. (2001), que buscaram avaliar sua adequação para a avaliação da utilização dos serviços de saúde após várias décadas de mudanças na organização e no financiamento dos serviços de saúde. Nessa revisão, os autores atualizaram o Modelo Ecológico e também o ampliaram, incluindo crianças e outros tipos e locais de serviços de saúde. A análise permitiu concluir que, apesar da variação encontrada, há estabilidade nas relações propostas no modelo inicial, tendo sido as novas estimativas bastante similares às estimativas de 1961. Os resultados dessa revisão podem ser vistos na Figura 7.

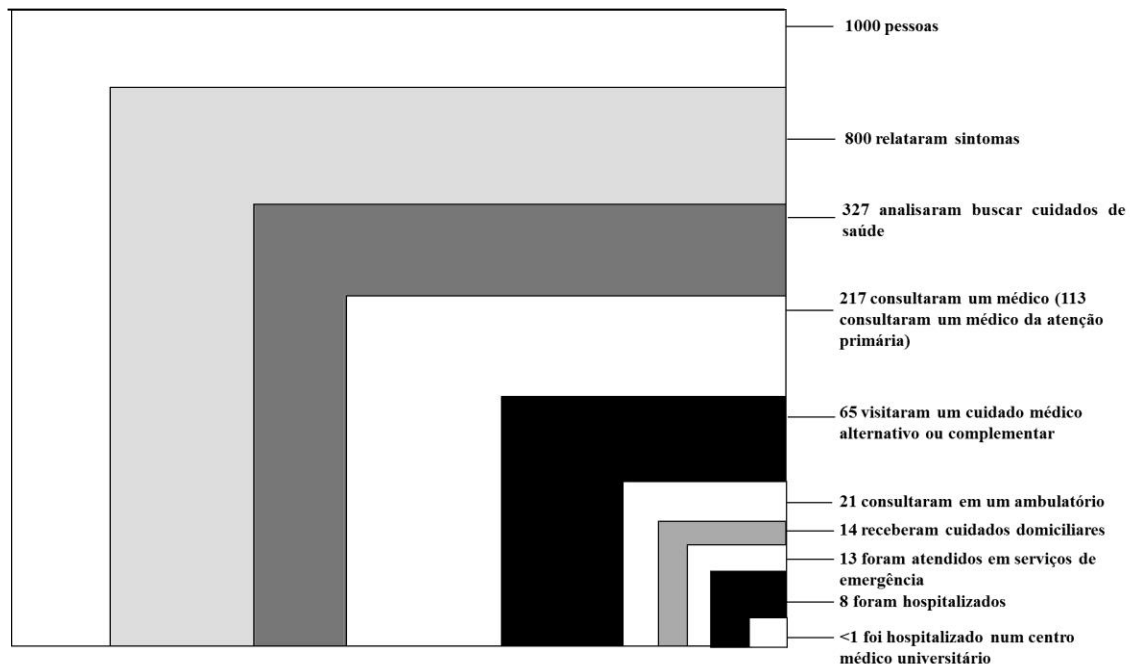


Figura 7. Resultados da reanálise da prevalência mensal do adoecimento numa comunidade e o papel dos vários recursos de saúde (pessoas de todas as idades)

Fonte: Adaptado pela autora de Green et al. (2001).

Destacaram, no entanto, que, tanto o Modelo Ecológico da utilização de cuidados em saúde proposto por White, Williams e Greenberg, quanto sua revisão, têm uma limitação que é induzir à falsa interpretação de que os resultados/etapas do cuidado estão aninhados. Por isso, então, destaca-se a necessidade de se enfatizar que cada caixa do modelo representa um subgrupo da caixa maior, que se refere à população de 1.000 pessoas. Também destacaram como limitação a falta de ajuste por fatores sociais (GREEN et al., 2001).

O emprego de medidas que apreendam essas diversas etapas do processo de utilização de serviços é bastante importante, principalmente com o objetivo de entender como os múltiplos fatores interferem variando a utilização dos serviços para que o planejamento das diversas políticas públicas e a adequação do sistema de saúde às reais necessidades da população sejam possíveis (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Assim, é preciso partir de cada dimensão, analisar todo possível fator que contribua para ela, inclusive pela conjugação de métodos quantitativos e qualitativos (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Diante dessa discussão, pode-se perceber que a possível imprecisão do conceito de acesso aos serviços de saúde pode afetar sobremaneira a metodologia da análise a ser empregada. É importante, por conseguinte, destacar que a amplitude de seu conceito determina o modelo explicativo a ser buscado, sendo fundamental que se estabeleça a qual dimensão do acesso é feita referência ao se realizar estudos sobre os serviços de saúde.

Assim, para este estudo, foi identificado o modelo explicativo do acesso aos serviços de saúde a ser utilizado. Isso influenciou a escolha da abordagem metodológica do estudo desenvolvido no âmbito desta tese, as variáveis analisadas, as estratégias de análise e o enfoque da discussão. Um domínio restrito do conceito de acesso, focado na utilização dos serviços, restringiria a visão sobre uma realidade que é multifacetada. Assim, os fatores do próprio sistema de saúde e os fatores individuais e contextuais que podem interferir no acesso aos serviços de saúde, entendido como um *continuum* entre a necessidade de saúde e um cuidado efetivo, foram tomados por base para a análise das desigualdades sociais no contexto dos serviços pré-natal, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

Essa escolha buscou ir ao encontro das recomendações da CNDSS (2010) de que o acesso e a utilização dos cuidados de saúde são imprescindíveis para uma saúde equitativa e de qualidade. Além disso, levou em conta as indicações da OMS (2007; 2010), que incluiu o sistema de cuidados em saúde como um determinante social da saúde, que, por ser influenciado por políticas sociais, deve estimular cada país a ter por meta a transformação institucional e política desses sistemas, para atuar na redução das desigualdades em saúde.

Essa discussão também foi travada por Braveman e Gruskin (2003) e Braveman (2006), que destacaram que a influência desses fatores pode ser modificada/direcionada pelas políticas públicas. Por isso, as desigualdades no acesso também devem ser investigadas com relação aos cuidados de saúde, incluindo a localização dos recursos, a utilização desses serviços, sua qualidade e sua forma de financiamento, principalmente analisando a carga de financiamento individual ou familiar (BRAVEMAN, 2006).

O Modelo Comportamental de Andersen (2008) pareceu bastante adequado para a análise das desigualdades no acesso aos serviços de saúde através de uma abordagem quantitativa. Foi escolhido por propor a conjugação de características predisponentes, capacitantes e de

necessidades, contextuais e individuais, na análise das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Essa análise, ao tentar englobar a relação multifacetada que se dá entre oferta e demanda, pode fornecer elementos preciosos para a discussão da equidade no acesso aos serviços de saúde.

Além disso, esse modelo permite considerar, além da dimensão social individual, também a dimensão geográfica/contextual. A comparação da utilização dos serviços de saúde entre áreas geográficas (regiões/estados/municípios) permite discutir o fato de que as variações geográficas refletem, muitas vezes, diferenças na capacidade local de financiamento, impactando o tamanho e a complexidade da rede de serviços e a capacidade de compra de serviços, mesmo num sistema de saúde que pretende ser universal, embora nem sempre o consiga. Variações nessas taxas expressam desigualdades geográficas, mas não são reflexo das desigualdades sociais (TRAVASSOS, 1997). Essas barreiras geográficas apresentam-se como resistências impostas ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012), com variações na disponibilidade de serviços de qualidade e também pela existência de redes sociais de apoio, na comparação entre diferentes regiões geográficas.

Esses são fatores capazes de modificar o efeito das condições econômicas individuais para a chance de utilização dos serviços (PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999). Políticas de redistribuição geográfica de recursos financeiros no setor saúde voltadas para equidade, ou seja, a maior destinação de recursos para regiões com piores condições sanitárias e socioeconômicas, apesar de ser condição necessária para o alcance da equidade entre os grupos sociais e entre os indivíduos, não é suficiente para tal. Segundo Porto (1997) o critério mais apropriado para a organização financeira do sistema de saúde é a “distribuição de recursos segundo necessidades”, sendo estas determinadas por um conjunto de fatores, principalmente biológicos e os socioeconômicos. Assim, os recursos financeiros deveriam ser redistribuídos em favor das regiões com piores condições sanitárias e socioeconômicas, para as quais corresponderiam percentuais superiores aos estimados em função do tamanho populacional.

Travassos e Castro (2012) descrevem que os métodos mais empregados para a análise das desigualdades sociais no acesso, em estudos brasileiros, utilizam medidas descritivas e analíticas inferenciais, tais como prevalência e incidência, taxas padronizadas ou não,

prevalência, razões de prevalência, razões de chances (*odds ratio*), risco relativo, risco atribuível, análises bivariadas e estratificadas, análises de associação, correlação e comparação, ranqueamento, índices de efeito, índices de dissimilaridade e índices de concentração, dentre outros. Além disso, são utilizados métodos de análise multivariada, como regressão logística, regressão logística multinomial, regressão de Poisson, modelos hierárquicos, modelos econométricos diversos, e modelos de inferência bayesiana, que também são discutidos por Mackenbach e Kunst (1997) e que destacam a importância da comparação entre medidas mais simples e medidas mais elaboradas.

Já para um olhar sobre as dimensões do acesso, a partir do emprego de uma abordagem qualitativa das desigualdades sociais do acesso aos serviços de saúde (pré-natal, neste estudo), entendeu-se como adequado o modelo proposto por Thiede, Akewongo e McIntyre (2014), por este propor a análise do acesso aos serviços de saúde através dos elementos disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Além disso, tal modelo entende o acesso aos serviços como um ajuste entre necessidades e oferta que ofereça a liberdade para o uso por usuários em potencial, no qual a informação atua como elemento-chave. Essa visão é capaz de subsidiar a discussão sobre as representações sociais de usuárias sobre o acesso aos serviços pré-natal.

2.3 QUALIDADE DO CUIDADO: DESEMPENHO

A qualidade do cuidado em saúde é uma propriedade e um julgamento sobre esse cuidado que consiste na aplicação tanto da ciência médica quanto da tecnologia, com o objetivo de elevar ao máximo seus benefícios sem que seus riscos aumentem proporcionalmente. O núcleo essencial para a definição de qualidade é o equilíbrio entre os benefícios e os danos à saúde decorrentes do cuidado de saúde (DONABEDIAN, 1980a). Esse autor ainda discutiu que a qualidade não é representada pelo resultado no estado de saúde em si, mas é a medida das melhorias no estado de saúde que são possíveis e realizadas.

De acordo com Donabedian, a qualidade é composta por vários atributos, através dos quais pode ser reconhecida e julgada: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Seu julgamento baseia-se no conhecimento científico e em

valores/expectativas individuais e sociais (legitimidade). Neste sentido, existe um reforço mútuo de alguns atributos e, quando a busca por se alcançar um atributo conflita com a busca de outro, procura-se o equilíbrio (DONABEDIAN, 1990). Para a avaliação de qualidade, busca-se determinar se as práticas existentes baseiam-se no conhecimento científico, de forma a buscar evidências diretas ou indiretas de que a melhor estratégia de cuidado foi selecionada e implementada da melhor maneira possível (DONABEDIAN, 1992).

As informações para se fazer inferências sobre a qualidade do cuidado propostas por Donabedian são classificadas como estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito às características físicas e organizacionais dos sistemas e serviços de saúde: as ferramentas e os recursos disponíveis, além dos cenários físico e organizacional, incluindo o desenho do sistema. O conceito de estrutura inclui os recursos necessários para prover o cuidado em saúde: humanos (número, distribuição e qualificação dos profissionais), físicos (número de equipamentos e consultórios, tamanho das salas, equipamentos, disposição geográfica dos serviços) e financeiros (relativos ao financiamento público e individual para utilização dos serviços) (DONABEDIAN, 1980a).

O processo de cuidado, ou seja, o conjunto de atividades que ocorre com e entre profissionais e pacientes, por sua vez, é definido, em primeiro lugar, como um comportamento normativo, cujas normas derivam tanto da ciência como dos valores e da ética de uma sociedade. O processo é, portanto, o caminho mais direto para a avaliação da qualidade. Critérios e padrões são estabelecidos, para que seja possível a comparação entre as características do processo do cuidado e aquilo que se espera com relação à qualidade do mesmo.

Já o resultado diz respeito à mudança na situação de saúde de um indivíduo que pode ser atribuída ao cuidado de saúde antecedente. Ampliando a definição de saúde, podem ser incluídas dentre as consequências do cuidado a melhoria nas funções sociais e psicológicas, as atitudes dos pacientes e o conhecimento adquirido pelo paciente, além de mudanças comportamentais (DONABEDIAN, 1980b).

As três grandes abordagens para avaliação da qualidade – estrutura, processo e resultado – são possíveis porque existe uma relação fundamental entre esses três elementos: as

características estruturais do cenário onde o cuidado é prestado influenciam o processo de cuidado, melhorando ou piorando sua qualidade; e mudanças no processo de cuidado, por outro lado, incluindo as variações de sua qualidade, influenciam os efeitos do cuidado sobre a situação de saúde, amplamente definida (DONABEDIAN, 1980b).

Campbell, Roland e Buetow (2000) também se baseiam na classificação de estrutura-processo-resultado do cuidado em saúde. No entanto, defendem que o resultado não faz parte do cuidado, sendo, na verdade, uma consequência dele, da mesma forma que a estrutura também não faz parte do cuidado, mas é o meio pelo qual o cuidado pode ser ofertado. Esses autores definem qualidade do cuidado como o contexto no qual os indivíduos têm acesso a estruturas e processos de cuidados em saúde de acordo com suas necessidades. Além disso, vêem a necessidade de avaliar se esse cuidado recebido é efetivo na resolução dessas mesmas necessidades. Destacam, ainda, que, apesar da possibilidade de aplicação desse conceito ao nível populacional, ele é melhor empregado no nível individual, no qual é possível esmiuçar a complexidade e as necessidades dos indivíduos e a interação dos usuários com o sistema de saúde.

No Brasil, a partir das discussões internacionais sobre a necessidade de se avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, um grupo de pesquisadores vinculados ao campo da saúde coletiva propôs uma metodologia de avaliação para o sistema brasileiro: Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Segundo o PROADESS, a análise do desempenho do sistema de saúde brasileiro precisa levar em conta os fatores políticos, sociais e econômicos que auxiliem na compreensão de sua história e sua conformação atual, seus objetivos e suas prioridades. As necessidades de saúde devem orientar a construção da estrutura do sistema de saúde, que, por sua vez, vai interferir no melhor ou pior desempenho dos serviços de saúde. Segundo essa proposta, na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, devem ser incluídas as subdimensões acesso, efetividade, eficácia, adequação, continuidade, segurança, aceitabilidade e direitos dos pacientes (Figura 8) (PROADESS, 2013).

Conforme essa matriz conceitual, adequação é uma dimensão da qualidade dos serviços de saúde, definida como o grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados nos conhecimentos técnico-científicos bem fundamentados existentes. Diz respeito, portanto, ao

emprego de boas práticas no processo de cuidados, correspondendo, assim, a uma avaliação do processo de cuidado.

Já a efetividade volta-se para medir o resultado deste cuidado. Dentre os indicadores utilizados para avaliação da adequação dos serviços do sistema de saúde brasileiro, encontram-se alguns elementos relacionados à saúde materno-infantil: percentual de crianças nascidas vivas cujas mães realizaram mais de seis consultas de pré-natal, percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos, e percentual de gestantes vacinadas contra o tétano (PROADESS, 2013).

Partindo-se dessas definições, entende-se que, na avaliação dos sistemas e serviços de saúde, além da análise dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde, também é preciso analisar a qualidade do cuidado prestado. Equidade no cuidado é uma dimensão transversal presente quando houver igualdade entre indivíduos e comunidades de acesso a serviços de saúde adequados às necessidades de saúde.

Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

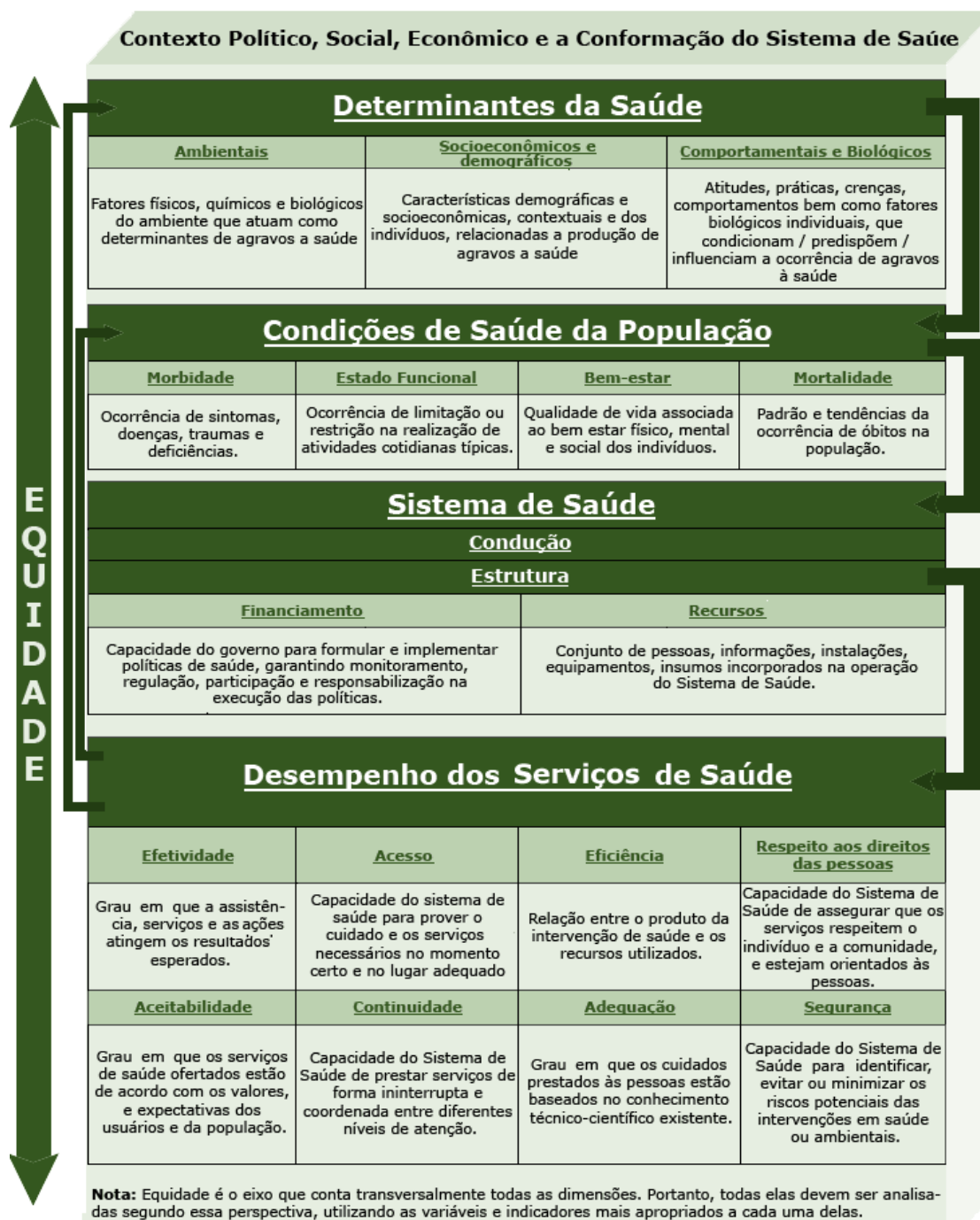


Figura 8. Matriz de dimensões da avaliação do desempenho do sistema de saúde
Fonte: PROADESS (2013).

2.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

A partir da criação do SUS em 1988, as legislações que esclareceram sobre a operacionalização, a gestão do sistema e outras correlatas, mesmo não sendo específicas, acabaram por influenciar o campo da saúde materno-infantil no Brasil. Exemplos foram as Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado em 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOB), em especial as NOB-SUS 93 e 96, e ações como o lançamento da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, conforme descrito por Santos-Neto et al. (2008).

Apesar do reconhecido esforço do PACS e da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o campo da atenção à saúde materno-infantil no Brasil, essas estratégias não conseguiram atender às demandas de atenção a esse grupo. Por isso, em 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, que levou em conta a necessidade de se garantir o acesso das gestantes e dos recém-nascidos a um cuidado em saúde digno e de qualidade. Foram, assim, ampliados os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, fetal e neonatal registradas no Brasil e adotadas medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2000a).

Segundo essa política, um cuidado pré-natal adequado deve incluir: primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização dos exames laboratoriais de tipagem sanguínea (ABO-Rh), sendo um na primeira consulta; exame para identificação de sífilis (*Veneral Disease Research Laboratory – VDRL*), a realizar-se na primeira consulta e, depois, novamente em torno da 30ª semana de gestação; urina rotina (elementos e sedimentos anormais – EAS), sendo um exame na primeira consulta e um em torno da 30ª semana de gestação; glicemia de jejum, também na primeira consulta e novamente em torno da 30ª semana de gestação; hemoglobina/hematócrito (Hb/Ht), na primeira consulta; testagem para o Vírus da Imunodeficiência Humana (anti-HIV), igualmente na primeira consulta e outro em torno da 30ª semana de gestação, sempre que possível; aplicação de vacina antitetânica até a dose

imunizante (segunda), do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização de atividades educativas em grupo ou individuais; classificação de risco gestacional desde a primeira consulta e garantia, às gestantes classificadas como de risco, de atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2005).

Atualmente a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal (98%), sendo menor principalmente para as gestantes residentes na região Norte, indígenas, sem companheiro e com maior número de gestações (VIELLAS et al., 2014). Apesar de o número de consultas pré-natal ter aumentado no Brasil (VICTORA et al., 2011), estudos avaliativos que analisaram as ações envolvidas no PHPN em todo o Brasil revelaram baixos percentuais de adequação do cuidado (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

A qualidade do processo do cuidado pré-natal está associada a desfechos perinatais mais favoráveis (FONSECA et al., 2014; LANSKY et al., 2014; BARROS et al., 2010a; BARROS et al., 2010b; SILVEIRA et al., 2010)e, para que essa política seja implementada, são necessárias medidas que garantam sua execução no cotidiano dos serviços de saúde, o que se constitui num desafio para a adaptação dos serviços às novas práticas. Além disso, as ações propostas pela política com relação ao processo do cuidado não devem ser restritas em si mesmas a ponto de limitar a assistência, desconsiderando outras necessidades que também surgem ou se agravam no período de gestação. Percebe-se, então, que, apesar da existência de um rol de procedimentos básicos a ser realizado, a relação entre o profissional de saúde e a gestante deve ser humanizada e capaz de adaptar-se a casos específicos, como as gestações de alto risco.

A adequação do cuidado pré-natal constitui-se num grande desafio de melhoria de qualidade do cuidado de saúde. Nos primeiros anos de implantação do PHPN, um estudo foi realizado em Juíz de Fora, Minas Gerais, com auditoria em 370 cartões da gestante selecionados por amostragem sistemática dentre as usuárias que tiveram parto a termo no SUS no primeiro semestre de 2002. Foram observadas baixa adequação do cuidado de nível I (26,7% das gestantes), que considera apenas ter iniciado o pré-natal até o 4º mês de gestação e o número de consultas realizadas durante a gestação; baixíssima adequação do cuidado de nível II (1,9% das gestantes), que soma ao nível I os exames básicos do PHPN; além de proporções menores ainda quanto à adequação ao cuidado de nível III (1,1% das

gestantes), que abrange os exames básicos e os procedimentos clínico-obstétricos essenciais (COUTINHO et al., 2003).

Além deste, um segundo estudo foi realizado no mesmo município, comparando a amostra de 370 cartões da gestante do primeiro estudo (COUTINHO et al., 2003) com uma segunda amostra de 1.200 cartões da gestantes que realizaram o pré-natal no primeiro semestre de 2004. Os resultados da comparação das amostras de 2002 e 2004 apontaram aumento na média de consultas pré-natal realizadas por cada gestante (de 6,4 para 7,2 consultas), aumento da captação das gestantes no primeiro trimestre pelos serviços e aumento também dos registros da maioria dos procedimentos e exames previstos para uma consulta de pré-natal. Os níveis de adequação ao cuidado, apesar de terem se elevado, permaneceram baixos: 44,8% no primeiro nível (início e número de consultas), 15,4% no segundo nível (que adicionou os procedimentos clínico-obstétricos para uma consulta de pré-natal) e 4,5% no terceiro nível (que abrangeu os dois níveis anteriores mais a execução dos exames laboratoriais básicos previstos no PHPN) (COUTINHO et al., 2010).

Serruya, Cecatti e Lago (2004) destacam que o PHPN tem como objetivo a melhoria da atenção obstétrica guiada pela humanização, ampliando o acesso e garantindo a qualidade nos serviços de saúde e, mesmo assim, não exclui outras demandas em saúde não contempladas nesta política. No entanto, a falta de integração entre os serviços de assistência ao pré-natal e ao parto é notória, assim como é escassa a adesão às recomendações da repetição dos exames laboratoriais (Glicemia, VDRL, Urina) e da realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2008). Vários estudos mostraram que a adequação do cuidado diminui quando são acrescentados os exames laboratoriais básicos e a repetição dos exames indicados pelo PHPN (TREVISAN et al., 2002; MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003; COUTINHO et al., 2003; MORAES et al., 2004; KOFFMAN; BONADIO, 2005; NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007; PASSOS; MOURA, 2008; COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012), e ocorre também no ES (SANTOS-NETO et al., 2012a; MARTINELLI et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014).

No entanto, na comparação entre estudos, é preciso considerar os critérios utilizados na avaliação da atenção ao pré-natal. Existem diversas medidas na avaliação do acesso ao pré-natal, que envolvem o início e o número de consultas pré-natal, cada qual desenvolvida num contexto de pesquisa específico e sociopolítico distinto. A depender dos critérios

utilizados, os resultados podem variar bastante e isso é importante de ser observado, pois a escolha do índice tem repercussões nas políticas públicas materno-infantil. No contexto brasileiro, o índice utilizado pelo Ministério da Saúde, que leva em conta o início do pré-natal até a 16ª semana de gestação e um mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro), é coerente aos critérios científicos e com a política vigente (SANTOS-NETO et al., 2013). Existem, no entanto, outros critérios para avaliação do processo de cuidado pré-natal, levando em conta a realização de exames laboratoriais, vacinação, uso de medicação, classificação do risco gestacional e outros, a exemplo dos estudos de Trevisan et al. (2002), Coutinho et al. (2003), Moura, Holanda e Rodrigues (2003), Moraes et al. (2004), Koffman e Bonadio (2005), Passos e Moura (2008), Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007), Santos-Neto et al. (2012a), Martinelli et al. (2014), Polgliane et al., (2014). É justamente por essa pluralidade de possibilidade de critérios que o critério que será utilizado deve ficar claro na execução de qualquer avaliação da adequação do pré-natal.

Outro aspecto relevante a ser considerado para a avaliação é o registro das atividades e dos procedimentos realizados no prontuário e no cartão da gestante. Apesar de ser uma recomendação do PHPN (BRASIL, 2005), nem todos os exames são registrados para todas as gestantes (VIELLAS et al., 2014). Existe também variação nos registros entre o prontuário e o cartão da gestante (POLGLIANE; SANTOS-NETO; ZANDONADE, 2014) e certamente entre o que está registrado no cartão da gestante e a memória da gestante (SANTOS-NETO, 2012c).

As desigualdades sociais no acesso ao cuidado pré-natal de qualidade são também um ponto importante a ser avaliado. As referências para a promoção de assistência pré-natal de qualidade foram estabelecidas pelo PHPN para todo Brasil e todas as gestantes brasileiras. No entanto, a população de baixa renda apresenta menor chance de receber uma assistência pré-natal adequada: menor chance de realizar o pré-natal, maior chance de iniciar mais tardiamente o pré-natal e maior chance de receber atendimento com menor qualidade técnica, mesmo em regiões mais desenvolvidas (NEUMANN et al., 2003). A iniquidade na adequação do cuidado pré-natal também ocorre pela realização mais frequente dos procedimentos previstos nos municípios brasileiros de grande porte, apontando as desigualdades geográficas existentes (BRASIL, 2008).

Vários estudos têm sido realizados em todo o país com o objetivo de analisar a relação entre o cuidado pré-natal e as características sociais das gestantes (VIELLAS et al., 2014; GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009; RIBEIRO et al., 2009; ALMEIDA; BARROS, 2005; COIMBRA et al., 2003). Os resultados demonstram que características como baixa renda, baixa escolaridade, menor idade e ausência de companheiro estão associadas ao recebimento de uma assistência pré-natal inadequada.

Apesar dos avanços alcançados, por exemplo, o aumento da cobertura pré-natal, existem desafios a serem superados, principalmente porque a implantação de uma política de saúde nacional é gradativa e porque a efetividade das ações nem sempre pode ser medida em curto prazo. No intuito de aperfeiçoar o PHPN, o Ministério da Saúde lançou a “Rede Cegonha” em 2011, voltada para a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. Uma das estratégias adotadas por este programa foi a inserção de novos exames na lista de procedimentos do cuidado pré-natal e de uma lista especial de exames para as gestantes classificadas como de alto risco (BRASIL, 2011a).

2.4.1 Assistência odontológica no pré-natal

Os Manuais Técnicos de Assistência Pré-natal preveem o atendimento odontológico como uma das ações complementares da assistência à gestante (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2005). No entanto, a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, implantada no país em 2004, destaca a necessidade de se ampliar a assistência odontológica às gestantes, que necessitam de prioridade nos cuidados e apresentam quadros de saúde bucal peculiares (BRASIL, 2006a).

Ainda segundo essa política, através de uma ação conjunta da equipe de saúde, devem ser realizadas atividades coletivas e individuais para a melhoria da qualidade da atenção à saúde bucal no pré-natal, dada a influência da saúde bucal da gestante na saúde bucal do futuro bebê. Deve também ser garantida a realização, no início do pré-natal, de uma consulta odontológica que inclua, no mínimo, orientação sobre a possibilidade de atendimento durante a gestação, desde que sejam seguidas as indicações e as precauções para cada tipo de procedimento; exame de tecidos moles; identificação de risco à saúde

bucal; diagnóstico de lesões de cárie e de gengivite ou doença periodontal crônica e determinação da necessidade de tratamento; orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal da mãe e do bebê. Contudo, a política destaca a importância do respeito à vontade da gestante para receber a assistência (BRASIL, 2006a).

Uma revisão integrativa realizada por Prestes et al. (2013) discutiu a relevância da saúde bucal das gestantes, por suas implicações na saúde das próprias gestantes e dos bebês. Segundo a literatura revisada, as gestantes são consideradas um grupo de risco para as doenças bucais, principalmente para a cárie, a gengivite e a doença periodontal, e apresentam, também, alterações físicas, biológicas e hormonais que transformam as condições no meio bucal. Por isso, são consideradas um grupo especial.

A gestação é vista como um momento propício à mudança de hábitos saudáveis de vida e, por isso, o cuidado pré-natal pode ser importante nesse processo, caso inclua a dimensão educativa das práticas de saúde e o trabalho pré-natal interdisciplinar. É por isso que há extrema necessidade de orientar as escolhas saudáveis das gestantes e desmistificar o tratamento odontológico durante a gestação. A prioridade deve ser dada aos procedimentos preventivos, mas os procedimentos curativos devem ser instituídos quando houver necessidade, desde que respeitadas as indicações e as precauções com relação às radiografias odontológicas, ao uso de anestésicos, ao uso de fluoretos e à prescrição medicamentosa, por exemplo. Para um trabalho responsável e efetivo, portanto, a equipe odontológica deve estar preparada e integrada à equipe do pré-natal.

Além disso, estudos têm relacionado saúde bucal e qualidade de vida na gestação. Assim como para outras populações, os indicadores comumente chamados de “sociodentais” têm sido utilizados para a avaliação do impacto das condições de saúde bucal nas gestantes. Um desses indicadores é o Perfil de Impacto da Saúde Bucal, ou *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que em sua versão reduzida de 14 questões busca medir a autopercepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

O OHIP-14 foi adaptado transculturalmente (ALMEIDA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004) e utilizado no Brasil especificamente para mulheres no ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006; SANTOS-NETO et al., 2012b; LAMARCA et al., 2012; LAMARCA et al., 2014). Essa classificação

foi desenvolvida por Slade e Spencer (1994) e criada com base no modelo conceitual de Locker (1987) sobre a saúde bucal.

Locker (1987) apresentou um modelo conceitual para o entendimento das doenças bucais e suas consequências, buscando prover uma base para o desenvolvimento de medidas que levassem em conta a característica multidimensional do conceito de saúde. Nesse sentido, foram trabalhadas as seguintes categorias e conceitos: morte, analisada segundo taxas de mortalidade e expectativa de vida; doença, autopercebida ou diagnosticada clinicamente por um profissional da saúde; comprometimento, sendo a extensão de uma perda anatômica ou anormalidade estrutural; limitação funcional, com perda de função de partes ou sistemas do corpo; desconforto, como os estresses físicos e psicológicos; incapacidade física, psicológica e social; e deficiência, pela perda de acesso a oportunidades sociais, diferenças com relação à autoestima e insatisfação quanto à sua saúde e/ou qualidade de vida. No modelo conceitual, o autor buscou relacionar esses componentes através de uma adaptação de uma classificação adotada em 1980 pela OMS, como parte da Classificação Internacional sobre Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências (Figura 9).

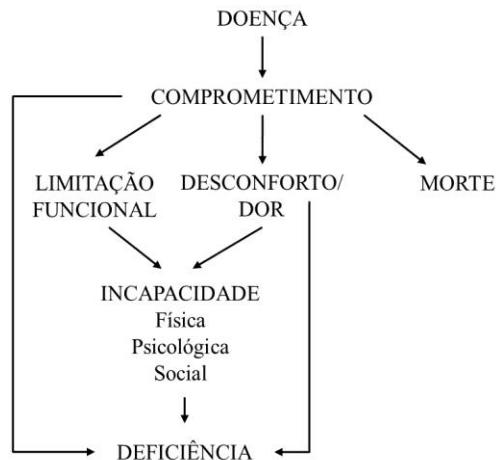


Figura 9. Modelo conceitual sobre saúde bucal de Locker (1987)

Fonte: Adaptado de Locker (1987).

A partir desse modelo conceitual, foram estabelecidas duas questões para a criação do OHIP, referentes aos seis meses anteriores ao momento da entrevista, para definir cada uma das dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência (SLADE, 1997). As respostas

para cada questão seguem uma escala codificada com cinco níveis, que medem a frequência com que a situação ocorre, variando do valor zero (nunca) ao valor quatro (sempre).

Existem alguns métodos para análise das respostas do OHIP-14: o método da simples contagem, que define o impacto quando as respostas para as duas questões de cada dimensão foram “sempre” e/ou “repetidamente”; o método da adição, que soma todos os escores numéricos de todas as respostas; e o método da atribuição de pesos, que multiplica os códigos das respostas a pesos atribuídos às questões (SLADE et al., 2005; ALLEN; LOCKER, 1997). Os estudos sugerem uma associação positiva entre pior autopercepção da saúde bucal e condição da saúde bucal, o que faz desse instrumento um importante auxiliar no esclarecimento das necessidades de saúde bucal de um grupo (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013; ACHARYA; BHAT; ACHARYA, 2009).

Com relação ao grupo de gestantes, estudos também têm relatado a existência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante, medido pelo OHIP-14 (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006; SANTOS-NETO et al., 2012b; LAMARCA et al., 2012; LAMARCA et al., 2014). Apesar da influência da saúde bucal na qualidade de vida da gestante, muitos aspectos podem interferir no acesso e na adequação do cuidado odontológico a esse grupo.

O estudo de Oliveira e Nadanovsky (2006), por exemplo, realizado na cidade do Rio de Janeiro com mulheres que realizaram parto com no mínimo 25 semanas gestacionais numa maternidade pública, verificou que fatores como a crença da gestante de que não é recomendada a realização de tratamento odontológico durante a gestação, a crença de que a dor dental no período gestacional é normal, a falta de tempo, o medo do tratamento, a falta de oferta de serviços de saúde bucal, a alegação por parte de alguns profissionais de que o tratamento poderia interferir na gestação e a falta de dinheiro para custear tratamentos particulares foram apresentados como justificativas para o não cuidado em saúde bucal.

Batistella et al. (2006), em estudo realizado com gestantes da rede pública e privada do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, observaram uma situação preocupante de desinformação das gestantes com relação às peculiaridades de sua saúde bucal. Muitas gestantes acreditavam erroneamente que seus dentes ficam mais fracos durante a gestação (69%), especialmente por perda de cálcio para o bebê (15,2%). A maioria delas também

relatou medo de realizar tratamentos odontológicos, principalmente devido à anestesia, ao medo de prejudicar o bebê e da ocorrência de hemorragias (37% das gestantes do SUS e 19% das gestantes do serviço particular). Menos de 50% do grupo estudado recebeu informações sobre o aleitamento materno, importante para a nutrição do bebê e seu desenvolvimento craniofacial. A maioria das gestantes (86,6%) nunca ouviu falar sobre pré-natal odontológico, sendo que as gestantes do SUS receberam com menor frequência as informações sobre saúde bucal ($p < 0,002$).

Já o estudo de Garbin et al. (2011) realizado em Bilac, São Paulo, com gestantes cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) que tinham realizado pelo menos uma consulta pré-natal, revelou que 80% das gestantes entrevistadas não receberam qualquer informação sobre saúde bucal durante a gestação e que 60% das gestantes não procuraram o cirurgião-dentista para atendimento, apesar de algumas terem sentido dor durante este período. A maioria também demonstrou desconhecimento sobre os fatores de risco da cárie dentária e sobre como cuidar da saúde bucal de seus bebês.

Porém, um estudo realizado em Londrina, Paraná, em 2004, mostrou que a busca pela atenção odontológica como ação complementar ao pré-natal era mais comum dentre aquelas gestantes que realizaram pré-natal no SUS, quando comparadas com as que realizaram esse cuidado no serviço privado (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008). Ainda assim, destacou-se a necessidade de educação em saúde bucal, utilizando-se veículos de comunicação de grande alcance para a desmistificação de que a atenção odontológica não deva ser realizada durante a gestação e na incorporação gradativa de novos conhecimentos e práticas de saúde bucal pelos profissionais da área odontológica (CODATO et al., 2011).

Uma das barreiras à integração entre o pré-natal e a assistência odontológica pode ser as atitudes dos profissionais de saúde. Uma revisão da literatura foi realizada por George et al. (2012) sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de cirurgiões-dentistas e de profissionais responsáveis pelo cuidado pré-natal sobre saúde bucal durante a gestação. A partir dos trabalhos selecionados, publicados em vários países, identificou-se que, apesar de os cirurgiões-dentistas conhecerem a importância da saúde bucal das gestantes, muitos não se sentiam confiantes sobre a segurança dos procedimentos odontológicos e hesitaram no

tratamento das gestantes. Os médicos generalistas e as enfermeiras possuíam poucas informações sobre a influência de uma pobre saúde oral e raramente trataram desse tema durante o cuidado pré-natal. Muitos médicos também acreditavam que o tratamento odontológico na gravidez não é seguro. Já os ginecologistas/obstetras tinham informações adequadas sobre a saúde bucal das gestantes e sobre os procedimentos odontológicos indicados, mas, devido à falta de treinamento sobre o assunto e à necessidade de priorizar outros problemas de saúde comuns ao período gestacional, raramente focavam a saúde bucal durante o cuidado pré-natal.

Outra pesquisa, realizada em 2011, na RMGV-ES, mostrou que o acesso aos serviços odontológicos é facilitado quando as gestantes frequentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal. Este estudo também discutiu que a percepção subjetiva de qualidade de vida influencia no processo de assistência odontológica no pré-natal. Os dados levantados demonstraram que a adequação da assistência odontológica, quando comparada com o diagnóstico do impacto da condição bucal na qualidade de vida, ocorreu para apenas 11,7% das gestantes (SANTOS-NETO et al., 2012b), apesar de o pré-natal ser uma oportunidade de oferecer cuidado odontológico, uma vez que a mulher está frequentando a unidade de saúde.

As condições de saúde bucal das gestantes podem estar associadas às suas condições sociais, individuais e contextuais. Em um estudo realizado na Califórnia, Estados Unidos, com gestantes atendidas em centros de referência de assistência pré-natal, pôde-se verificar desigualdades sociodemográficas e de comportamentos nas condições de saúde bucal desse grupo. Os resultados mostraram maior chance de existirem cáries dentárias não tratadas, por exemplo, nas mulheres de origem hispânica, de menor renda, que tinham completado o ensino médio, que eram cobertas por seguros públicos de saúde e dentre as que realizaram a última consulta odontológica há mais de seis meses. Destacaram que essas desigualdades precisam ser levadas em conta para o planejamento de serviços que visem garantir o acesso aos serviços de saúde bucal durante a gestação (CHUNG et al., 2014).

No Brasil, as pesquisas sobre desigualdades sociais e geográficas no acesso à assistência odontológica geralmente têm por foco a população infantil e adulta. Diante das questões discutidas, entende-se que é preciso analisar se a assistência odontológica pré-natal no SUS está sendo realizada indistintamente a todas as gestantes e de acordo com os preceitos do

Brasil Sorridente e do cuidado integral à saúde materno-infantil. Acredita-se que, no momento da gestação, a mulher receba maior cuidado e, por isso, a assistência odontológica é fator determinante para a garantia da integralidade da atenção pré-natal.

3 MODELO TEÓRICO E HIPÓTESE DO ESTUDO

A Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil, é formada por sete municípios (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória), que, juntos, abrigam quase metade da população total do estado (48,2%), produzem aproximadamente 63% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual, somam uma área territorial de 2.331,01 km² e têm uma taxa de urbanização de 98,2% (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2008). São municípios que apresentam entre si diferenças com relação ao desenvolvimento socioeconômico e demográfico (<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>). O Quadro 1 mostra algumas características desses municípios, que revelam diferenças e semelhanças entre eles: Vitória concentra 48% do PIB da região, apresenta a maior renda *per capita* (R\$ 1.866,58), menor percentual de pobres (3,5%) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito alto. É possível observar ainda que, dentre os demais municípios, existem semelhanças quanto ao PIB *per capita*, mas diferenças com relação à renda *per capita*, % de pobres e IDHM.

Município	Contribuição PIB região (2010)	PIB municipal <i>per capita</i> (R\$) (2010)	Renda <i>per capita</i> em R\$ (2010)	% pobres (2010)	IDH Municipal (2010)
Cariacica	9,3%	14.055,00	620,89	7,8	0,718 (alto)
Fundão	0,3%	16.131,00	657,18	10,9	0,718 (alto)
Guarapari	3,2%	10.072,00	830,51	8,9	0,731 (alto)
Serra	24,2%	31.034,00	705,89	6,1	0,739 (alto)
Viana	1,9%	15.041,00	523,61	10,2	0,686 (médio)
Vila Velha	13,3%	16.840,00	1.211,79	4,3	0,800 (muito alto)
Vitória	47,8%	76.722,00	1.866,58	3,5	0,845 (muito alto)

Quadro 1. Dados socioeconômicos dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória. Espírito Santo, 2013

Fonte: ESPÍRITO SANTO (2013); Atlas Brasil (2013).

Os indicadores epidemiológicos também mostram desigualdades, como para a razão de mortalidade materna, que, em 2010, foi igual a 129,95 por 100.000 nascidos vivos em Guarapari, 109,28 por 100.000 nascidos vivos em Vitória e 67,31 por 100.000 nascidos vivos em Cariacica, por exemplo. Já o coeficiente de mortalidade infantil, no mesmo

período, variou de 9,39 em Vitória a 12,55 em Viana (por 1.000 nascidos vivos) (<http://www.datasus.gov.br>).

Existem, ainda, diferenças na oferta e na organização dos serviços de saúde, com Vitória novamente apresentando melhor organização e maior oferta de serviços (<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/es.htm>). A despesa *per capita* com saúde em Vitória, em 2011 foi de R\$ 592,96, duas vezes a média do gasto dos demais municípios da região, que foi de R\$ 294,40 (ESPÍRITO SANTO, 2013). Uma avaliação do Ministério da Saúde mostrou que o município de Vitória foi o melhor classificado pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), dentre todos os municípios brasileiros, com nota 7,07. A metodologia da avaliação classifica os municípios em grupos homogêneos para permitir a comparação entre aqueles com características similares (BRASIL, 2011b). Assim, não é possível comparar as notas de todos os municípios que compõem a RMGV-ES entre si, pois os mesmos receberam diferentes classificações. Porém, é necessário observar que essa impossibilidade se deve justamente às especificidades e diferenças socioeconômicas, de perfil de morbimortalidade e de suficiência de estrutura do sistema de saúde desses municípios, que precisam também ser levadas em conta na organização do sistema de saúde no que diz respeito à assistência pré-natal.

Apesar dos serviços públicos de Vitória, prestado aos seus munícipes, ter recebido uma boa nota, diferentemente da avaliação dos demais municípios da RMGV-ES, chama a atenção a alta cobertura por planos de saúde desse município. Em 2011, a cobertura por plano de saúde para assistência médica era de 79,7% em Vitória, enquanto que na RMGV-ES e do Estado eram, respectivamente, 49,2% e 32,5% para o mesmo período (BRASIL, 2012a). Além da diferença na cobertura quando da comparação entre os dados da capital, da RMGV-ES e do Estado, é interessante observar a alta cobertura por planos privados num município com sistema público de saúde considerado satisfatório, talvez decorrente da melhor condição socioeconômica desse município e da pouca aceitabilidade da população em relação ao sistema público de saúde, que prefere garantir uma segunda opção de cobertura por assistência médica. Um fato a se destacar nessa relação público/privado no sistema de saúde desse município é que, de um lado, pode-se considerar pequena a população sem planos privados de saúde e, de outro, o sistema público é bastante organizado. Porém, dada a alta cobertura de planos privados de saúde em Vitória, é

esperado que exista um pequeno número de pessoas que efetivamente usem exclusivamente o SUS.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a saúde da mulher e da criança é área estratégica em todo o território nacional, tendo a Saúde da Família como modelo de reorganização (BRASIL, 2006b). Com relação aos serviços de saúde na atenção básica da RMGV-ES, existem também diferenças acentuadas. Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) sobre a proporção de cobertura populacional estimada para a ESF para dezembro de 2010, observavam-se coberturas de aproximadamente 83% para os municípios de Fundão e Vitória e de menos de 24% nos municípios de Cariacica, Guarapari e Vila Velha (BRASIL, 2010).

A RMGV-ES contava, em 2009, com 13 estabelecimentos públicos e/ou conveniados que realizavam os partos pelo SUS, totalizando 293 leitos obstétricos, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. As coberturas da assistência pré-natal (pública ou privada) eram diferentes para os municípios da RMGV-ES, em 2010: Cariacica (58,8%), Vila Velha (63,2%), Viana (63,4%), Serra (66,4%), Fundão (68,8%), Vitória (76,6%), Guarapari (87,72%) (Fonte: <http://www.datasus.gov.br>).

Dadas as diferenças socioeconômicas, na oferta e organização dos serviços e nos indicadores epidemiológicos nos municípios da RMGV-ES, e com base na revisão da literatura e nas teorias discutidas com relação aos fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde, a hipótese desse estudo é que existem desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal na RMGV-ES, com os grupos que apresentam melhores indicadores sociais ou que residam em Vitória apresentando melhores resultados com relação ao desempenho da assistência pré-natal médico-odontológica.

A análise das desigualdades no acesso ao cuidado pré-natal de qualidade é um desafio para assistência à saúde materno-infantil, pois requer uma análise minuciosa dos fatores que possam interferir nesse processo. Um estudo realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, por exemplo, com 2.741 gestantes, buscou desenvolver um modelo multivariado hierárquico para avaliação da atenção pré-natal. Visando controlar os possíveis fatores de confundimento, no primeiro bloco de tal estudo, foram incluídas as variáveis demográficas

(idade e cor) e socioeconômicas (renda familiar e escolaridade da gestante e do companheiro) e, no segundo bloco, foram incluídas as variáveis maternas (trabalho externo, problemas ginecológicos e fumo). Os resultados do modelo final mostraram que as gestantes adolescentes, de cor negra ou parda, com menor renda, menor escolaridade dela e do companheiro, sem companheiro, fumantes, sem trabalho remunerado e com cinco ou mais partos anteriores tiveram maior chance de não realizarem um pré-natal adequado (ter realizado menos de seis consultas) (RASIA; ALBERNAZ, 2008). Esse estudo, então, pode ser citado como um exemplo daqueles com desenho adequado para analisar as desigualdades sociais na assistência pré-natal.

Com base no Modelo Comportamental de Andersen (2008) para a avaliação do acesso aos serviços de saúde, que analisa os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade, contextuais e individuais, pode ser desenvolvido um modelo diferente, que permite analisar melhor a relação entre as variáveis em relação ao desfecho, aqui relacionado ao acesso e adequação da assistência pré-natal médico-odontológica (Figura 10).

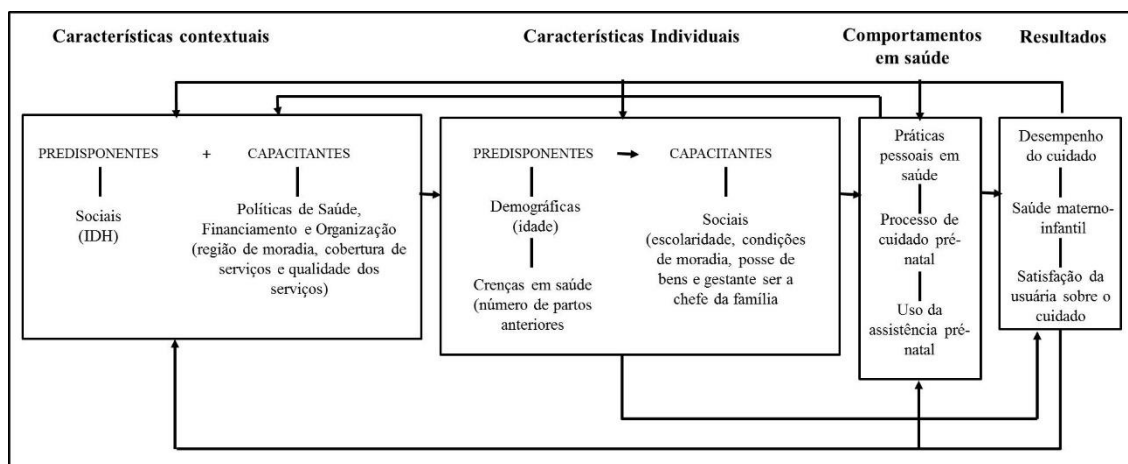


Figura 10. Modelo de análise das desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal médico-odontológica, adaptado a partir do Modelo Comportamental de Andersen (2008)

Portanto, além de seu ineditismo com relação ao cenário estudado (RMGV-ES), este estudo contribuirá para a adaptação das teorias sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde para estudos sobre a assistência médico-odontológica no Brasil. Fornecerá, ainda, subsídios para reorganização dos serviços de saúde, contribuindo para a redução das desigualdades

sociais e geográficas no acesso e na adequação dos serviços pré-natal médico-odontológicos. Ademais, a avaliação do modelo de assistência pré-natal no SUS permitirá analisar a inserção da odontologia no processo de cuidado pré-natal, com vistas ao cumprimento do princípio do SUS de integralidade do cuidado.

Para apoiar a reorientação de políticas públicas de saúde e das atitudes dos profissionais de saúde, de forma a promover a saúde materno-infantil no SUS, é preciso conhecer os fatores determinantes do acesso aos serviços pré-natal de qualidade. É disso que trata essa tese.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as desigualdades sociais e geográficas no acesso e na adequação da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as desigualdades sociais e geográficas no acesso e adequação (desempenho) da assistência médica pré-natal no SUS da RMGV-ES, Brasil;
- Analisar as desigualdades sociais e geográficas na adequação da assistência odontológica pré-natal no SUS da RMGV-ES, Brasil;
- Analisar o acesso ao cuidado pré-natal a partir das representações sociais de usuárias do SUS da RMGV-ES, Brasil.

5 METODOLOGIA

5.1 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma investigação quanti-qualitativa, envolvendo um estudo do tipo seccional e uma etapa qualitativa. Integra o Projeto “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na RMGV-ES: Acesso e Integração dos Serviços de Saúde”, realizado com 1029 puérperas, e o subprojeto “Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória”, que ampliou a amostra para o município de Vitória em 180 puérperas (SANTOS-NETO et al., 2012a; POLGLIANI et al., 2014). Foi desenvolvida a partir de uma amostra representativa de parturientes residentes no município de Vitória (em nível municipal) e nos demais municípios da RMGV-ES (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha), que foram hospitalizadas em estabelecimentos de saúde do SUS por ocasião do parto entre abril e setembro de 2010, na RMGV-ES, e de abril de 2010 a fevereiro de 2011, no município de Vitória.

A amostra foi estratificada por município. Em cada município, as parturientes foram selecionadas nos estabelecimentos que realizaram o maior volume de partos no ano de 2007 para o SUS (dado disponível no SINASC no momento do cálculo da amostra). Dentre os estabelecimentos existentes na RMGV-ES, foram selecionados os nove hospitais com maior volume de partos e foram excluídos quatro estabelecimentos previstos na listagem original de treze hospitais, por estarem descredenciados no momento da coleta e/ou representarem menos de 1% do total de partos da região. Em cada hospital, no mínimo uma vez por semana, as puérperas que estavam internadas no dia da visita do entrevistador e que eram residentes na RMGV-ES foram listadas e, em seguida, selecionadas de modo alternado, isto é, a primeira puérpera da lista era escolhida e intercalavam-se duas puérperas para a seleção da próxima. Foram excluídas as mulheres que não tinham cartão da gestante, as que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no subsistema privado, as que foram acompanhadas em municípios fora da RMGV-ES e puérperas com menos de 12 horas de realização de parto cesáreo. Mulheres que não realizaram consultas de pré-natal foram incluídas no estudo.

Visando alcançar os objetivos propostos, o tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para estimar uma proporção. No cálculo amostral houve a separação dos dois

grupos a serem analisados: um cálculo para o município de Vitória e outro para os demais municípios da RMGV-ES.

Para o município de Vitória, o cálculo da amostra teve por objetivo a representatividade no nível municipal. O número estimado da população de nascidos vivos em 2007 (dado disponível no SINASC no momento do cálculo da amostra) foi de 4.404 nascimentos, número que reflete aproximadamente a quantidade de parturientes por ano que residem no município. Também foi considerado o indicador “Percentual de Nascidos Vivos Cobertos por Sete ou Mais Consultas de Pré-natal”, 74,4% para o mesmo período, como uma aproximação da utilização de serviços de saúde na gestação. Levando-se em conta uma precisão desejada de 5%, o efeito do desenho igual a 1 e o nível de significância de 5%, os cálculos resultaram num tamanho amostral de 275 sujeitos, total aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, resultando em 360 parturientes. Considerando-se as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre as regiões do município, a representatividade da amostra foi garantida pela amostragem aleatória simples dentro das maternidades e hospitais.

Para os outros seis municípios da região, foi estimado um total de 13.576 nascidos vivos na rede pública ou conveniada ao SUS na RMGV-ES em 2007, igualmente a partir de dados fornecidos pelo SINASC. Também foi observado o indicador “Percentual de Nascidos Vivos Cobertos por Sete ou Mais Consultas de Pré-natal” nesses municípios da RMGV-ES, como uma aproximação da assistência pré-natal no SUS. Assim, considerou-se o menor indicador de cobertura pré-natal, correspondente ao município de Cariacica (58,2%), uma precisão desejada de 5%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%, resultando num tamanho amostral de 546 sujeitos. O total foi aumentado em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas ou recusas, o que resultou em uma amostra de 849 puérperas.

Considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções: Cariacica (28,2%), Fundão (1,2%), Guarapari (7,6%), Serra (31,6%), Viana (4,4%), Vila Velha (27,0%). Além disso, a escolha das parturientes que compuseram o estudo, presentes no momento da visita dos entrevistadores em cada um dos nove estabelecimentos de saúde, foi feita de maneira aleatória, também considerando a

proporção de partos que são realizados em cada local. A amostra total deste estudo foi de 1.209 mulheres.

5.2 INQUÉRITO POPULACIONAL

Foi construído um questionário com 250 questões abertas e fechadas tendo como fonte de informações o cartão da gestante, o prontuário hospitalar da puérpera e a entrevista com a mesma (APÊNDICE B). Os temas abordados versaram sobre a identificação da puérpera e do recém-nascido, a assistência médica no pré-natal, as atividades educativas no pré-natal, a assistência odontológica no pré-natal, a autopercepção em saúde bucal, os antecedentes obstétricos, os hábitos maternos, as informações nutricionais e os dados sociodemográficos. Esses temas foram definidos com base em projetos de pesquisa na mesma temática, desenvolvidos pelo grupo de pesquisa da ENSP/Fiocruz “Saúde da mulher, da criança e do adolescente: Determinantes sociais, epidemiologia, avaliação de políticas, programas e serviços”, liderado pelas Profas. Maria do Carmo Leal e Silvana Granado Nogueira da Gama e pelo “Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva” da UFES, liderado pelos Profs. do PPGSC Aduino Emmerich Oliveira e Edson Theodoro dos Santos-Neto. As informações levantadas nesse inquérito foram utilizadas em outros estudos (SANTOS-NETO et al., 2012a; SANTOS-NETO et al., 2012b; SANTOS-NETO et al., 2012c; POLGLIANI et al., 2014; POLGLIANI, SANTOS-NETO, ZANDONADE, 2014).

Para efeitos desse estudo, foram utilizadas as informações referentes à assistência médica no pré-natal, autopercepção em saúde bucal, assistência odontológica no pré-natal, atividades educativas no pré-natal e características sociodemográficas.

5.2.1 Seleção dos entrevistadores

Os entrevistadores foram selecionados através de um edital público, direcionado aos alunos de graduação de quaisquer dos cursos das ciências da saúde com disponibilidade diurna para participação no curso de treinamento. O curso foi realizado por pesquisadores do PPGSC/UFES e do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da ENSP/Fiocruz, e

constou de uma carga horária teórica de 16hs e de um treinamento prático de 12hs. Por fim, os alunos candidatos foram avaliados através de um teste teórico, que pontuou os sete melhores alunos para compor a equipe de entrevistadores (SANTOS-NETO et al., 2012a).

5.2.2 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado entre os meses de março e abril de 2010, para teste do instrumento de coleta de dados e finalização do treinamento dos sete entrevistadores em uma amostra de 67 parturientes (não incluídas no estudo), em um dos estabelecimentos onde foi conduzido o estudo principal.

5.2.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela equipe de entrevistadores, por meio da aplicação do questionário, da obtenção de dados do Cartão da Gestante (recolhidos através de cópia integral das informações deste documento) e de coleta de informações do prontuário da paciente no atendimento hospitalar para o parto (APENDICE B).

A coleta de dados ocorreu logo após o parto, ocasião em que toda a assistência pré-natal estava indubitavelmente concluída. Além disso, este foi considerado um momento factível para aplicação dos questionários, por, na abordagem, haver a possibilidade da realização da entrevista e a posse do Cartão da Gestante.

5.2.4 Variáveis

As variáveis do estudo foram construídas com base nas informações referentes à assistência médica copiadas do Cartão da Gestante, às atividades educativas realizadas durante o pré-natal, à assistência odontológica no pré-natal, à autopercepção da saúde bucal, às variáveis sociais e geográficas contidas nos questionários de entrevista, às informações fornecidas pelas Secretarias Municipais de Saúde aos pesquisadores referentes à cobertura de serviços

na época da coleta dos dados e ao indicador social sobre os municípios de residência divulgado em conjunto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Fundação (IPEA) e Fundação João Pinheiro (Atlas Brasil, 2013).

5.2.4.1 Assistência médica pré-natal

A avaliação do acesso e da adequação do processo de cuidado ao pré-natal baseou-se nos critérios de assistência ao pré-natal preconizado pelo PHPN (BRASIL, 2000a), com o objetivo de classificar o desempenho da assistência.

Para avaliação do acesso ao pré-natal, foram analisados o número de consultas realizadas e o mês de início do pré-natal. Já, para a avaliação da adequação do processo da assistência pré-natal, foram analisadas as seguintes variáveis: exames laboratoriais iniciais (ABO-Rh, VDRL, urina de rotina (EAS), glicemia de jejum, hemoglobina, hematócrito e Testagem HIV/AIDS); vacinação antitetânica; repetição dos exames laboratoriais (VDRL, urina de rotina (EAS) e glicemia de jejum); dados extraídos diretamente dos registros do Cartão da Gestante; dados da entrevista com a puérpera, relativos ao manejo do risco gestacional (classificação do risco gestacional e encaminhamento para acompanhamento para a gestação de risco) e realização de atividades educativas, a partir da declaração de recebimento das informações sobre as vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os seis meses de vida, sobre a importância da amamentação até os dois anos de idade ou mais (segundo recomendações da OMS (WHITEHEAD, 1995)); e participação em alguma atividade educativa em grupo de gestantes ou em visitas domiciliares (variável com associação positiva significativa no estudo de Santos-Neto et al. (2012a) (Quadro 2).

Determinante	Fonte da informação	Variável	Categoria
Acesso ao pré-natal	Cartão da Gestante	nº consultas de pré-natal	0- 1-5 consultas 1- ≥ 6 consultas
		Mês de início do pré-natal	0- Após o 4º mês 1- Até o 4º mês
		<i>Acesso ao pré-natal (1º nível de desempenho)</i>	<i>0- Não conforme 1- Conforme</i>
Adequação do processo de assistência pré-natal	Cartão da Gestante	Exame ABO-Rh	0- Não realizou 1- Realizou
		Exame VDRL	0- Não realizou 1- Realizou
		Exame urina de rotina	0- Não realizou 1- Realizou
		Exame glicemia de jejum	0- Não realizou 1- Realizou
		Exame hemoglobina	0- Não realizou 1- Realizou
		Exame hematócrito	0- Não realizou 1- Realizou
		Exame anti-HIV	0- Não realizou 1- Realizou
		Vacina antitetânica (pelo menos a uma dose)	0- Não realizou 1- Realizou
		<i>Adequação básica (2º nível de desempenho)</i>	<i>0- Não conforme 1- Conforme</i>
		Repetição do VDRL	0- Não realizou 1- Realizou
	Repetição da urina de rotina	0- Não realizou 1- Realizou	
	Repetição da glicemia de jejum	0- Não realizou 1- Realizou	
	Entrevista com a puérpera	Entrevista com a puérpera	Manejo do risco gestacional (classificação do risco e encaminhamento do risco)
Atividades educativas (fornecimento de informação sobre as vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os seis meses de vida, sobre a importância da amamentação até os dois anos de idade ou mais e participação em atividade educativa em grupo de gestantes ou visitas domiciliares)			0- Não realizado 1- Realizado
<i>Adequação suficiente (3º nível de desempenho)</i>			<i>0- Não conforme 1- Conforme</i>

Quadro 2. Classificação das variáveis relacionadas ao cuidado pré-natal

Essas variáveis foram organizadas e classificadas em níveis de desempenho da assistência, constituindo o desfecho a ser analisado, classificado em cinco categorias: 0. Ter realizado

de uma a cinco consultas pré-natal; 1. Ter realizado seis ou mais consultas pré-natal (ajustado para o número de consultas esperado para o trimestre, no caso de gestantes com bebê prematuro); 2. Primeiro Nível de Desempenho, relacionado ao acesso ao pré-natal, ou seja, ter realizado seis ou mais consultas pré-natal e ter iniciado o pré-natal até o quarto mês de gestação; 3. Segundo Nível de Desempenho, relacionado ao cumprimento dos critérios do primeiro nível e ter realizado todos os exames laboratoriais iniciais previstos e vacinação antitetânica; 4. Terceiro Nível de Desempenho, relacionado ao cumprimento dos dois primeiros níveis, e ter realizado todos os exames laboratoriais de repetição, recebido/realizado manejo adequado do risco gestacional e participado de atividades educativas.

A descrição das variáveis relacionadas ao acesso e à adequação que compuseram a variável desfecho (desempenho) está apresentada no Quadro 3.

Desempenho da assistência pré-natal	Pré-requisito	Categoria
1 a 5 consultas	Ter realizado de uma a cinco consultas pré-natal	0
≥ 6 consultas	Ter realizado seis ou mais consultas pré-natal	1
1º nível	Ter realizado seis ou mais consultas pré-natal e iniciado o pré-natal até o 4º mês	2
2º nível	Ter realizado seis ou mais consultas pré-natal, iniciado o pré-natal até o 4º mês e realizado os exames iniciais e antitetânica	3
3º nível	Ter realizado seis ou mais consultas pré-natal, iniciado o pré-natal até o 4º mês, realizado os exames iniciais, recebido vacinação antitetânica, realizado os exames de repetição, ter tido o risco gestacional manejado e recebido atividades educativas	4

Quadro 3. Classificação do desempenho da assistência médica no pré-natal

Também foi criada uma classificação alternativa do desempenho da assistência pré-natal, como um segundo desfecho analisado, que excluiu a vacinação antitetânica da lista de procedimentos. Apesar de o PHPN recomendar esse procedimento, esse método de análise alternativo foi desenvolvido para contornar o efeito do possível viés relacionado à fonte de informação para essa variável, uma vez que foi utilizada a informação do Cartão da Gestante e não do cartão de vacinação da mesma. Esse desfecho alternativo manteve a classificação anterior em cinco categorias, exceto pela retirada da vacinação antitetânica do rol de procedimentos.

5.2.4.2 Autopercepção em saúde bucal

Para avaliação da necessidade de cuidado odontológico, foi medido o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, a partir do OHIP-14. Este instrumento foi adaptado transculturalmente (ALMEIDA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004) e utilizado no Brasil especificamente para mulheres no ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; SANTOS-NETO et al., 2012b; LAMARCA et al., 2012; LAMARCA et al., 2014). Nesse método, são estabelecidas duas questões, referindo-se aos seis meses anteriores ao momento da entrevista, para definir cada uma das dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência (SLADE, 1997). As respostas seguem uma escala codificada em que 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = repetidamente e 4 = sempre. A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante seguiu o método da simples contagem, que define o impacto quando as respostas para as duas questões de cada dimensão foram: sempre e/ou repetidamente (SLADE et al., 2005) (Quadro 4).

Determinante	Fonte da informação	Variável	Categoria
Autopercepção em saúde bucal	Entrevista	Problemas para falar palavras por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		Sabor dos alimentos piorou por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		<i>Limitação funcional</i>	<i>0- Com impacto 1- Sem impacto</i>
		Dores na boca ou nos dentes por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		Incômodo ao se alimentar por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		<i>Dor física</i>	<i>0- Com impacto 1- Sem impacto</i>
		Preocupação com o incômodo por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		Estresse por o incômodo por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		<i>Desconforto psicológico</i>	<i>0- Com impacto 1- Sem impacto</i>
		Alimentação prejudicada por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		Precisou parar as refeições por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
		<i>Incapacidade física</i>	<i>0- Com impacto 1- Sem impacto</i>
		Dificuldade para relaxar por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre

	Sentiu-se envergonhada por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
	<i>Incapacidade psicológica</i>	0- Com impacto 1- Sem impacto
	Ficou irritada com outras pessoas por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
	Dificuldades para realizar atividades diárias por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
	<i>Incapacidade social</i>	0- Com impacto 1- Sem impacto
	Sentiu que a vida, em geral, ficou pior por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
	Ficou totalmente incapaz de fazer as atividades diárias por problemas bucais	0- Nunca 1- Raramente 2- Às vezes 3- Repetidamente 4- Sempre
	<i>Deficiência</i>	0- Com impacto 1- Sem impacto
	OHIP-14	0- Com impacto 1- Sem impacto

Quadro 4. Classificação das variáveis relacionadas à autopercepção em saúde bucal

5.2.4.3 Assistência odontológica no pré-natal

Para verificação da assistência odontológica no pré-natal, as puérperas foram inquiridas sobre a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez, incluindo atividades educativas, preventivas e curativas, de acordo com as recomendações para a assistência odontológica na atenção básica (BRASIL, 2006a) e seguindo a classificação “realizada” ou “não realizada” em cada um dos níveis da assistência odontológica: educativo, preventivo e curativo, como sugerido por Santos-Neto et al. (2012b) (Quadro 5):

- Educativo: Avaliou se as gestantes receberam informações sobre amamentação exclusiva ao peito por seis meses; amamentação materna por dois anos ou mais;

prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança; a relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, dos ossos e dos dentes; efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias; higiene bucal materna e infantil; alimentação saudável; e uso de flúor materno e infantil. A assistência odontológica em nível educativo foi considerada realizada quando a puérpera respondeu positivamente de cinco a dez dessas informações;

- Preventivo: Avaliou se a gestante realizou consulta odontológica de revisão, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e/ou profilaxia profissional. A assistência odontológica em nível preventivo foi considerada realizada quando a puérpera relatou ter realizado pelo menos uma dessas atividades durante a gravidez;
- Curativo: Avaliou a realização de consulta odontológica por motivo de dor, para extração dentária, restauração dentária, tratamento endodôntico, tratamento gengival e/ou administração de medicamentos odontológicos. A assistência odontológica em nível curativo foi considerada realizada quando as puérperas relataram terem sido submetidas a, no mínimo, um desses procedimentos durante a gravidez.

Determinante	Fonte da informação	Variável	Categoria
Assistência odontológica no pré-natal	Entrevista com a puérpera	Informações sobre amamentação materna exclusiva por seis meses	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre amamentação materna por dois anos ou mais	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre prejuízos do uso de mamadeira para a saúde da criança	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre prejuízos do uso de chupetas para a saúde da criança	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre a relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, dos ossos e dos dentes	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre os efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre higiene bucal materna	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre higiene bucal infantil	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre alimentação saudável	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Informações sobre o uso de flúor materno e infantil	0- Não recebeu 1- Recebeu
		Nível educativo	0- Inadequado 1- Adequado
		Consulta odontológica de revisão	0- Não realizou 1- Realizou
		Escovação supervisionada	0- Não realizou 1- Realizou
		Aplicação tópica de flúor	0- Não realizou 1- Realizou
		Profilaxia profissional	0- Não realizou 1- Realizou
		Nível preventivo	0- Inadequado 1- Adequado
		Consulta odontológica por motivo de dor	0- Não realizou 1- Realizou
		Restauração dentária	0- Não realizou 1- Realizou
		Tratamento endodôntico	0- Não realizou 1- Realizou
		Tratamento gengival	0- Não realizou 1- Realizou
		Administração de medicamentos odontológicos	0- Não realizou 1- Realizou
		Nível curativo	0- Inadequado 1- Adequado

Quadro 5. Classificação das variáveis relacionadas à assistência odontológica durante o pré-natal

A classificação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida da gestante foi utilizada como um indicador da necessidade de tratamento odontológico (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Assim, para a análise da adequação da assistência odontológica

no pré-natal, considerou-se que as gestantes sem impacto pelo OHIP-14 deveriam minimamente ter cumprido os níveis educativo e preventivo da assistência odontológica, como parte do cuidado pré-natal; já as gestantes com necessidade de tratamento odontológico, ou seja, aquelas que sofreram impacto da saúde bucal sobre sua qualidade de vida, deveriam ter cumprido todos os três níveis da assistência odontológica durante o cuidado pré-natal: educativo, preventivo e curativo (Quadro 6):

OHIP-14	Nível da assistência odontológica			Classificação da assistência odontológica no pré-natal
	Educativo	Preventivo	Curativo	
Sem impacto				Inadequada
Sem impacto	x			Inadequada
Sem impacto		x		Inadequada
Sem impacto			x	Inadequada
Sem impacto		x	x	Inadequada
Sem impacto	x		x	Inadequada
Sem impacto	x	x		Adequada
Sem impacto	x	x	x	Adequada
Com impacto	x			Inadequado
Com impacto		x		Inadequado
Com impacto			x	Inadequado
Com impacto	x	x		Inadequado
Com impacto	x		x	Inadequada
Com impacto		x	x	Inadequada
Com impacto	x	x	x	Adequada

Quadro 6. Classificação da adequação da assistência odontológica no pré-natal

5.2.4.4 Características maternas

Foram investigadas características contextuais, predisponentes e capacitantes, utilizadas na análise como variáveis independentes.

Com relação ao contexto, foram utilizadas variáveis relacionadas à oferta de serviços (cobertura de serviços de atenção básica - Unidades Básicas de Saúde: UBS, PACS e ESF - e cobertura de serviços de saúde bucal), segundo informações fornecidas diretamente aos pesquisadores pelas Secretarias Municipais de Saúde; município de moradia, informada pela puérpera durante a entrevista; e o IDHM, obtido no site do Atlas Brasil (ATLAS BRASIL, 2013), atribuído ao nível da mulher. Para a análise das desigualdades na adequação da assistência odontológica no pré-natal também foi incluído, dentre as variáveis de contexto, o desempenho do pré-natal.

Como variáveis predisponentes, foram utilizadas as seguintes variáveis maternas: número de partos anteriores e idade da puérpera, obtidas na entrevista com a puérpera.

As variáveis capacitantes (sociais) investigadas foram: escolaridade materna, em anos completos de estudo; posse de bens; condições gerais de moradia; e mulher chefe da família (a própria gestante); todas derivadas de informações constantes no formulário de entrevista. Também foi testada a variável “viver com companheiro”, mas optou-se por não utilizá-la devido a sua associação com a variável “mulher chefe de família” ($\chi^2=71,326$; $p\leq 0,001$), já utilizada como indicador de vulnerabilidade social (BARREIRA; MAKHOUL; COHN, 2011).

A variável posse de bens foi adaptada a partir do IB de Szwarcwald et al. (2005), calculada por:

$$IB = \sum_i (1 - f_i) b_i$$

na qual o i variou de 01 até 08 bens; b_i é igual a 1 ou zero, respectivamente, na presença ou ausência de televisão, geladeira, aparelho de som, telefone fixo, máquina de lavar roupa, automóvel, micro-ondas e microcomputador. O peso atribuído à presença de cada bem do

domicílio foi o complementar da frequência relativa (f_i) de cada bem na amostra total, ou seja, quanto mais rara era a presença do bem no domicílio, maior foi o peso atribuído ao bem.

As condições gerais de moradia foram avaliadas a partir das recomendações de Vettore et al. (2010) em: *adequadas*, na existência de condições de moradia internas e externas adequadas; *inadequadas*, nos casos de condições de moradia internas ou externas inadequadas; e *altamente inadequadas*, para a ocorrência de condições de moradia internas e externas inadequadas. As condições de moradia internas foram classificadas como inadequadas quando ocorreu o seguinte: aglomeração humana domiciliar excessiva - *overcrowding* (quando a razão de moradores por cômodo do domicílio, excluindo-se banheiros e cozinha, foi maior do que dois); ausência de piso revestindo o chão; paredes feitas de argila, palha, madeira, plástico ou metal e ausência de descarga no banheiro. Foram classificadas como condições de moradia externas inadequadas quando inexistia sistema de esgoto ou existia valão a céu aberto na rua do domicílio.

O Quadro 7 apresenta todas as variáveis relacionadas às características maternas, com suas respectivas fontes de informação e categorias.

Determinante	Fonte da Informação	Variável	Categoria
Idade da Puérpera	Entrevista	Idade da puérpera em anos completos	0- ≤ 19 anos 1- 20 a 34 anos 2- ≥ 35 anos
Número de partos anteriores	Entrevista	Número de partos anteriores	0- Zero a dois partos 1- Três ou mais
Escolaridade	Entrevista	Escolaridade materna (em anos de estudo)	0- ≤ 7 anos 1- 8 a 10 anos 2- ≥ 11 anos
Posse de bens	Entrevista	Índice de bens da família	Variável contínua
Chefe de Família	Entrevista	Chefe de família	0- Própria gestante 1- Outra pessoa (inverter?)
Condições gerais de moradia	Entrevista	Adequação das Condições gerais de moradia	0- Altamente inadequadas (Condições internas e externas inadequadas) 1- Inadequadas (Condições internas ou externas inadequadas) 2- Adequadas (Condições internas e externas adequadas)
Cobertura de Atenção Básica	Secretarias Municipais de Saúde	Presença de serviço de atenção básica à saúde no bairro de moradia da gestante	0- ESF 1- PACS 2- UBS
Cobertura de Saúde Bucal	Secretarias Municipais de Saúde	Presença de serviço de assistência odontológica no bairro de moradia da gestante	0- Não 1- Sim
Município de moradia	Entrevista	Município de moradia	0- Vitória 1- Outros RMGV-ES
IDHM	Atlas Brasil (2013)	Classificação do IDH Municipal	0- Médio (0,600 a 0,699) 1- Alto (0,700 a 0,799) 2- Muito alto (0,800 a 1)

Quadro 7. Classificação das variáveis relacionadas às características maternas e contextuais

5.2.5 Análises estatísticas

5.2.5.1 Análises estatísticas das desigualdades sociais e geográficas no desempenho do pré-natal

A variável dependente “desempenho do cuidado pré-natal” foi analisada com cinco categorias: 1-5 consultas pré-natal; ≥ 6 consultas pré-natal; 1º nível de desempenho (acesso) e adequação da assistência (2º e 3º níveis de desempenho). Ou seja, verificou-se a realização de todos os procedimentos previstos para a assistência pré-natal. Inicialmente foi realizada a análise estatística pela descrição de frequências relativas e absolutas para os cinco níveis de desempenho da assistência pré-natal, procedimentos previstos em cada nível

e para as variáveis maternas, desagregando-se os dados pelo local de moradia. Além disso, foi realizada a análise estatística bivariada para analisar a associação entre o desempenho do cuidado pré-natal e, também, para as características maternas (contextuais, predisponentes e capacitantes), pela aplicação dos testes Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher, quando havia menos de cinco observações nas células para as variáveis categóricas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado apenas para a variável posse de bens.

A chance de desempenho conforme do cuidado pré-natal foi estimada. Inicialmente, foi realizada uma regressão multinomial simples, com cada uma das variáveis independentes da análise. A seguir, realizou-se a análise multinomial multivariada, na qual houve a inclusão em bloco das variáveis. Nesta etapa, foram incluídas, primeiramente, as variáveis contextuais (cobertura de atenção básica, município de moradia e IDHM), excluindo-se aquelas sem significância estatística ao nível $\alpha = 0,10$ (VICTORA, 1997). Em seguida, foram incluídas as variáveis predisponentes (idade e número de partos anteriores) e, novamente, excluídas as variáveis não significantes ao nível $\alpha = 0,10$. Por último, foram incluídas as variáveis capacitantes (sociais) (escolaridade, condições gerais de moradia, posse de bens e chefe de família). No modelo final permaneceram as variáveis significantes a um nível $\alpha = 0,05$. O intervalo de confiança foi de 95%.

5.2.5.2 Análises das desigualdades sociais e geográficas na adequação à assistência odontológica no pré-natal

A variável dependente “adequação da assistência odontológica no pré-natal” foi criada como variável dicotômica (adequada/inadequada). Para isso, inicialmente foram calculados o impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante e os níveis de atenção odontológica recebidos durante o pré-natal.

Para tal, realizou-se a análise estatística pela descrição de frequências relativas e absolutas para o impacto da saúde bucal na qualidade de vida pelo OHIP-14 e suas dimensões, para procedimentos e níveis de atenção à saúde bucal, para a adequação da assistência odontológica no pré-natal e, também, para as características contextuais, predisponentes e capacitantes maternas, desagregando-se os dados pelo local de moradia. Além disso, foi

realizada a análise estatística bivariada para analisar a associação entre a adequação da assistência odontológica no pré-natal e as variáveis independentes, relacionadas às condições contextuais, predisponentes e capacitantes, pela aplicação dos testes Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher, quando havia menos de cinco observações nas células para as variáveis categóricas. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado apenas para a variável posse de bens.

A chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal, por sua vez, foi estimada por regressão logística. Para tal, foram elaborados, inicialmente, modelos de regressão logística simples, com cada uma das variáveis independentes da análise. Em seguida, realizou-se a análise logística multivariada, na qual houve a inclusão em bloco das variáveis. Primeiramente, nesta etapa, foram incluídas as variáveis contextuais (cobertura de atenção básica, cobertura de saúde bucal, desempenho da assistência pré-natal recebido pela mulher, município de moradia e IDHM), excluindo-se aquelas sem significância estatística ao nível $\alpha = 0,10$ (VICTORA, 1997). Num segundo momento, foram incluídas as variáveis predisponentes (idade e número de partos anteriores) e, novamente, excluídas as variáveis não significantes ao nível $\alpha = 0,10$. Por fim, foram incluídas as variáveis capacitantes (sociais) (escolaridade, condição de moradia, posse de bens e chefe de família). No entanto, no modelo final, foram mantidas as variáveis que apresentaram significância estatística a um nível $\alpha = 0,05$. O intervalo de confiança foi de 95%.

As informações obtidas pelos formulários foram revisadas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0*. Após a digitação das informações, o controle de qualidade do banco de dados foi realizado por meio da revisão e análise de incoerências das informações apresentadas em todos os formulários. As análises dos dados foram realizadas no *SPSS 17.1* e no *Stata/SE 12.0 for Windows*.

5.3 ETAPA QUALITATIVA

5.3.1 Seleção dos sujeitos

Selecionou-se uma sub-amostra de 24 puérperas, da amostra de 1035 puérperas da RMGV-ES (SANTOS-NETO et al., 2012a), para o estudo das representações sociais sobre as dificuldades no acesso e nas diversas etapas do cuidado pré-natal, com diferentes níveis de acesso ao pré-natal, de modo a poder verificar sua influência na representação social das gestantes.

Assim, na constituição da subamostra buscou-se selecionar duas puérperas em cada um dos sete municípios da RMGV-ES, segundo o número de consultas realizadas: Grupo A (puérperas que participaram de sete ou mais consultas de pré-natal, totalizando 14 mulheres) e Grupo B (puérperas que não realizaram consulta de pré-natal ou que participaram de até três consultas, totalizando 10 mulheres). Assim, a subamostra constituiu-se de 24 mulheres. A perda de quatro puérperas no grupo B foi consequente ao fato de, em dois municípios (Viana e Guarapari), só haver na amostra uma puérpera pertencente a este grupo e, no município de Fundão, não haver nenhuma. As entrevistas foram agendadas por telefone para que ocorressem na residência das puérperas, em dia e horário de preferência delas.

5.3.2 Instrumento para construção dos dados: Roteiro Guia

A entrevista semiestruturada individual, “[...] que se desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 28), levou em consideração um conjunto de questões previamente definidas por meio do referencial teórico sobre acesso aos serviços de saúde.

Já, para a elaboração do roteiro-guia (APENDICE C), as dimensões do acesso priorizadas foram a disponibilidade, a capacidade de pagamento e a aceitabilidade (THIEDE;

AKWEONGO; MCINTYRE, 2007). Estas categorias foram operacionalizadas no roteiro-guia da seguinte forma:

- Disponibilidade: relativa à presença de recursos materiais e humanos para a realização do pré-natal, incluindo a localização do serviço, o espaço físico da assistência, os horários de funcionamento, a oferta de tecnologias de diagnóstico e terapêuticas;
- Capacidade de pagamento: relativa à experiência das gestantes diante da necessidade de efetuar gastos, por exemplo, com a compra de medicamentos, pagamento de exames não disponíveis no tempo e momento adequados e transporte até o local de atendimento (custos diretos com o cuidado) e, também, da necessidade de perda de horas de trabalho e com alimentação (custos indiretos com o cuidado);
- Aceitabilidade: relativa à como as mulheres perceberam os serviços, os profissionais e o cuidado, com relação ao acolhimento, cordialidade, respeito aos valores e crenças, ausência de discriminação, concordância com a proposta de cuidado, diante das expectativas sobre o que consideravam adequado em relação às necessidades percebidas, comunicação dos profissionais e sensação de segurança.

5.3.3 Pré-teste do instrumento

O roteiro-guia foi pré-testado em três mulheres que atendiam aos critérios de seleção, permitindo sua adequação, avaliação do tempo médio das entrevistas e das dificuldades para execução do estudo. Essas entrevistas não foram incluídas no conjunto dos dados analisados.

5.3.4 Construção dos dados

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2010, por uma pesquisadora previamente treinada. As mulheres encontravam-se em torno do terceiro ou

quarto mês pós-parto e as entrevistas foram realizadas em seus domicílios, para garantir o conforto e evitar interrupção da rotina diária das mesmas. Em muitos casos, a puérpera estava em gozo de licença maternidade. Na entrevista, buscou-se criar um clima de cordialidade entre a puérpera e a entrevistadora, através de uma conversa informal. As entrevistas foram realizadas sem a presença de outras pessoas e isso foi importante para garantir a confidencialidade das informações e também para permitir maior intimidade entre entrevistadora e entrevistada. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas em áudio para depois serem transcritas por duas pessoas treinadas para realizar este trabalho. A transcrição, por sua vez, foi conferida pela entrevistadora, de posse das gravações, a fim de identificar possíveis erros e refiná-la com suas impressões.

Minayo (2007) considera que as entrevistas semiestruturadas ou não-estruturadas permitem a inclusão da história de vida e as discussões em grupo, elaboradas a partir de um guia, um roteiro, que enumere as questões a serem investigadas a partir dos pressupostos oriundos do objeto de investigação do pesquisador. Esse tipo de abordagem “[...] persegue vários objetivos: (a) a descrição do caso individual; (b) a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; (c) a comparabilidade de diversos casos.” (Ibid., p.122).

5.3.5 Análise do material empírico

Ao abordar as representações sociais, com a finalidade de permitir que se estabeleça uma conversa com os sujeitos da pesquisa, o pesquisador busca acessar o mundo conceitual no qual estes vivem (GEERTZ, 1978).

Nesse sentido, foi realizada uma análise de conteúdo temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). Descreveu-se o que estava contido nos enunciados e buscou-se inferir os conhecimentos da produção/recepção dessas mensagens. Na primeira etapa, de pré-análise, as entrevistas foram organizadas em arquivos individuais, com identificação da data e ordem da entrevista e do município de moradia da entrevistada e realizou-se a leitura flutuante das entrevistas. Nesta etapa, o contato inicial com as transcrições permitiu à

pesquisadora desenvolver impressões, orientações e direções para a análise a partir do objetivo do estudo e do referencial teórico sobre acesso aos serviços de saúde.

A partir dos temas já definidos (categorias do acesso), definiram-se as regras para tratamento das entrevistas, tais como a codificação, com escolha dos trechos de falas mais relevantes e categorização dos trechos segundo categorias, sendo estas reorganizadas em função dos temas.

Na fase de exploração das entrevistas, a seleção e o reagrupamento dos trechos de falas em categorias foram realizados, a fim de se descrever os resultados e buscar inferências e interpretações (BARDIN, 2009). Buscou-se, em tal etapa, identificar núcleos de sentido (temas e categorias analíticas) presentes nas falas que pudessem revelar estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2007).

As categorias disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade foram os eixos norteadores da análise (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2007). Por isso, na análise das entrevistas, a fala das entrevistadas foi percorrida, a fim de conhecer quais as principais representações sobre a assistência pré-natal médica-odontológica. Dentro dessa temática, foram desenvolvidos dois eixos norteadores da análise: um investigou como a usuária percebia os recursos materiais disponíveis para utilização durante o pré-natal, incluindo medicamentos, equipamentos, tecnologias de diagnóstico e espaço físico da assistência; e outro investigou como a usuária percebia a integração dos recursos humanos em saúde disponíveis para o atendimento às necessidades de saúde, incluindo profissionais de saúde em nível auxiliar, técnico e superior.

A análise dos dois eixos tornou possível a percepção da subjetividade das relações humanas envolvidas no conceito de acesso. Além disso, tal conceito é ampliado quando se considera que, de um lado, há um sistema de saúde, composto por recursos humanos e materiais, que oferece serviços de saúde e, que do outro, há um paciente que é originário de uma comunidade com sistema de crenças, valores e atributos individuais que constroem e definem sua percepção/visão de mundo, tanto em relação às práticas de saúde quanto aos profissionais de saúde (GILSON, 2007).

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa da presente tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, em 04/11/2009, sob o protocolo nº 93/2009 (ANEXOS A e B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, em 08/11/2013, sob o parecer nº 451.930/2013 (ANEXO C). As autorizações formais para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde (maternidades, hospitais, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde) foram obtidas. A autorização do pesquisador coordenador do projeto para o uso dos bancos de dados está registrada no Anexo D.

Os pesquisadores foram treinados a entrevistar somente puérperas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Além disso, receberam orientação para alertar à equipe de saúde caso alguma questão estrutural de risco ou agravos à saúde da criança ou da puérpera fosse detectada.

Destaca-se que os riscos potenciais desse estudo consistiram na possibilidade de identificação das participantes, através do conteúdo específico da entrevista. Porém, qualquer dado que possa identificá-las será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será mantido em local seguro, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados sob a responsabilidade da pesquisadora, atendendo dessa forma às recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, garante-se a manutenção do direito de que, a qualquer momento, a participante da pesquisa poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados no TCLE.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DAS PARTURIENTES E DO PRÉ-NATAL ENTRE AS REGIÕES DO ESTUDO

6.1.1 Características sociodemográficas das gestantes

Foram analisadas 1209 puérperas, sendo que 360 (29,8%) residiam no município de Vitória e 849 (70,2%) nos demais municípios da RMGV-ES (Tabela 1). As puérperas residentes no município de Vitória não se diferenciaram em relação às características sociais relacionadas à “escolaridade” e a “ser chefe de família”, se comparadas às residentes nos demais municípios da RMGV-ES e diferenciaram-se com relação à “posse de bens”, com residentes em Vitória com posse média de bens um pouco superior (1,40 vs. 1,22, $p=0,009$) e com respeito às “condições de moradia” (adequadas para 75,1% das residentes em Vitória vs 66,2% das residentes em outros municípios da região, $p=0,007$). Os “padrões dos locais de moradia” foram diferentes tanto com respeito ao IDHM (muito alto no município de Vitória vs. 26,9% das residentes em outros municípios da RMGV-ES, $p<0,001$), quanto para a “cobertura de serviços”, cuja diferença foi bem acentuada: 86,3% das puérperas de Vitória residiam em áreas cobertas por ESF e PACS, enquanto apenas 43,7% das residentes em outros municípios da região ($p<0,001$); e 98,3% das puérperas de Vitória residiam em áreas cobertas por serviços odontológicos, enquanto apenas 66,4% das residentes em outros municípios da região ($p<0,001$). Já para as características predisponentes “idade” e “número de partos anteriores” não houve diferenças entre as regiões do estudo.

Tabela 1. Características maternas e da região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	Região de Moradia						p-valor*
	Total		RMGV-ES (n=849)		Vitória (n=360)		
	n	%	n	%	n	%	
Idade (n=1209)							0,242
≤ 19 anos	275	22,7	185	21,8	90	25,0	
20-34 anos	837	69,2	600	70,7	237	65,8	
≥ 35 anos	97	8,1	64	7,5	33	9,2	
Número de partos anteriores (n=1209)							0,229
0-2	1000	82,7	695	81,9	305	84,7	
≥3	209	17,3	154	18,1	55	15,3	
Escolaridade (n=1199)							0,434
≤ 7 anos	367	30,6	266	31,7	101	28,1	
8 a 10 anos	426	35,5	291	34,6	135	31,7	
≥11 anos	406	33,9	283	33,7	123	34,3	
Chefe de família (n=1201)							0,893
Própria gestante	126	10,5	88	10,4	38	10,7	
Outro	1075	89,5	757	89,6	318	89,3	
Condições gerais de moradia (n=1161)							0,007
Altamente inadequadas	56	4,8	46	5,6	10	2,9	
Inadequadas	306	26,4	231	28,2	75	22,0	
Adequadas	799	68,8	543	66,2	256	75,1	
Cobertura de atenção básica (n=1205)							<0,001
UBS	525	43,6	476	56,3	49	13,6	
ESF	531	44,1	238	28,1	293	81,6	
PACS	149	12,4	132	15,6	17	4,7	
Cobertura de saúde bucal (n=1205)							<0,001
Não	290	24,1	284	33,6	06	1,7	
Sim	915	75,9	562	66,4	353	98,3	
IDHM (n=1209)							<0,001
Médio	38	3,2	38	4,5	-	-	
Alto	583	48,2	583	68,7	-	-	
Muito alto	588	48,6	228	26,9	360	100,0	
Posse de bens (n=1202)							0,009**
Média			1,22		1,40		
Mediana			0,96		1,08		
Desvio padrão			0,97		1,07		

*Qui-quadrado (χ^2).

**Kruskall Wallis.

Da amostra inicial de 1209 puérperas, 26 (2,2%) não receberam nenhuma assistência pré-natal e foram excluídas da análise do cuidado. No grupo de puérperas sem cuidado pré-natal, 17 (65,4%) tinham de 20 a 34 anos de idade, 15 (57,7%) tinham até dois partos anteriores, 13 (54,4%) tinham até sete anos de escolaridade, duas (8,3%) eram chefe de família, 11 (50%) viviam em condições gerais de moradia inadequadas, nove (34,6%) residiam em região com cobertura de ESF, 22 (84,6%) em região coberta por serviços

odontológicos e 25 (96,2%) viviam em município cujo IDHM era alto ou muito alto. A análise das características maternas e sociais dessas mulheres em relação àquelas que realizaram pré-natal permitiu observar que as gestantes sem pré-natal eram semelhantes, em alguns aspectos, às que realizaram pré-natal: a maioria tinha até 34 anos de idade (96,2% vs. 91,9, $p=0,050$), não era chefe de família (91,7% vs. 89,5%, $p=1,000$), nem todas tinham cobertura de ESF/PACS (53,8% vs. 56,5%, $p=0,451$), a maioria tinha cobertura de serviços odontológicos (84,6 vs. 75,7, $p=0,361$) e vivia em região com IDHM alto ou muito alto (96,2% vs. 96,9, $p=0,577$). Apresentavam, no entanto, diferenças quanto à escolaridade, condições gerais de moradia e número de partos anteriores: 87,5% das gestantes sem pré-natal apresentavam até 10 anos de estudo na escolaridade *versus* 65,7% para o grupo que realizou pré-natal ($p=0,021$); 36,4% viviam em condições de moradia adequadas, enquanto essa prevalência foi de 69,4% no grupo que realizou pré-natal ($p=0,003$) e 42,3% tiveram até dois partos anteriores *versus* 16,7% no grupo que realizou pré-natal ($p=0,001$).

6.1.2 Características do pré-natal

O fluxo seguido pelas puérperas no cuidado pré-natal, segundo os níveis de cumprimento das atividades/procedimentos, mostra que, do total de puérperas estudadas ($n=1209$), 26 (2,2%) não realizaram pré-natal, 111 gestantes não tinham alguma informação necessária para a classificação do desempenho pré-natal, (34%) receberam a primeira consulta até o 4º mês gestacional e realizaram seis ou mais consultas pré-natal e, assim, foram consideradas neste estudo como tendo tido um acesso adequado ao pré-natal em relação ao 1º nível de desempenho. Um percentual ainda menor de gestantes cumpriu adequadamente o 2º nível de desempenho, uma vez que apenas 46 (3,8%) delas cumpriram adequadamente o 1º nível de desempenho e realizaram todos os exames iniciais e 53 (4,4%) gestantes realizaram adequadamente todos os procedimentos previstos pelo PHPN (3º nível de desempenho) (Figura 11).

O cumprimento dos níveis do processo de cuidado pré-natal diferiu entre as regiões. O fluxo do cuidado pré-natal das mulheres moradoras de Vitória pode ser visto na Figura 12. Do total de 360 gestantes, 353 (98,1%) realizaram o pré-natal, mas somente 152 (42,2%) cumpriram o 1º nível de desempenho e um número ainda menor cumpriu o 2º nível ($n=11$;

3,1%) e o 3º nível (n=15; 4,1%). Ou seja, apesar do contato inicial (acesso) com o serviço de saúde, poucas realizaram adequadamente os procedimentos preconizados (adequação). Já para os demais municípios da RMGV-ES, ainda menos mulheres cumpriram o 1º nível de desempenho (n=259; 30,5%), tendo sido os resultados para o 2º e 3º níveis semelhantes aos apresentados por Vitória, 4,1% e 4,5%, respectivamente (Figura 13).

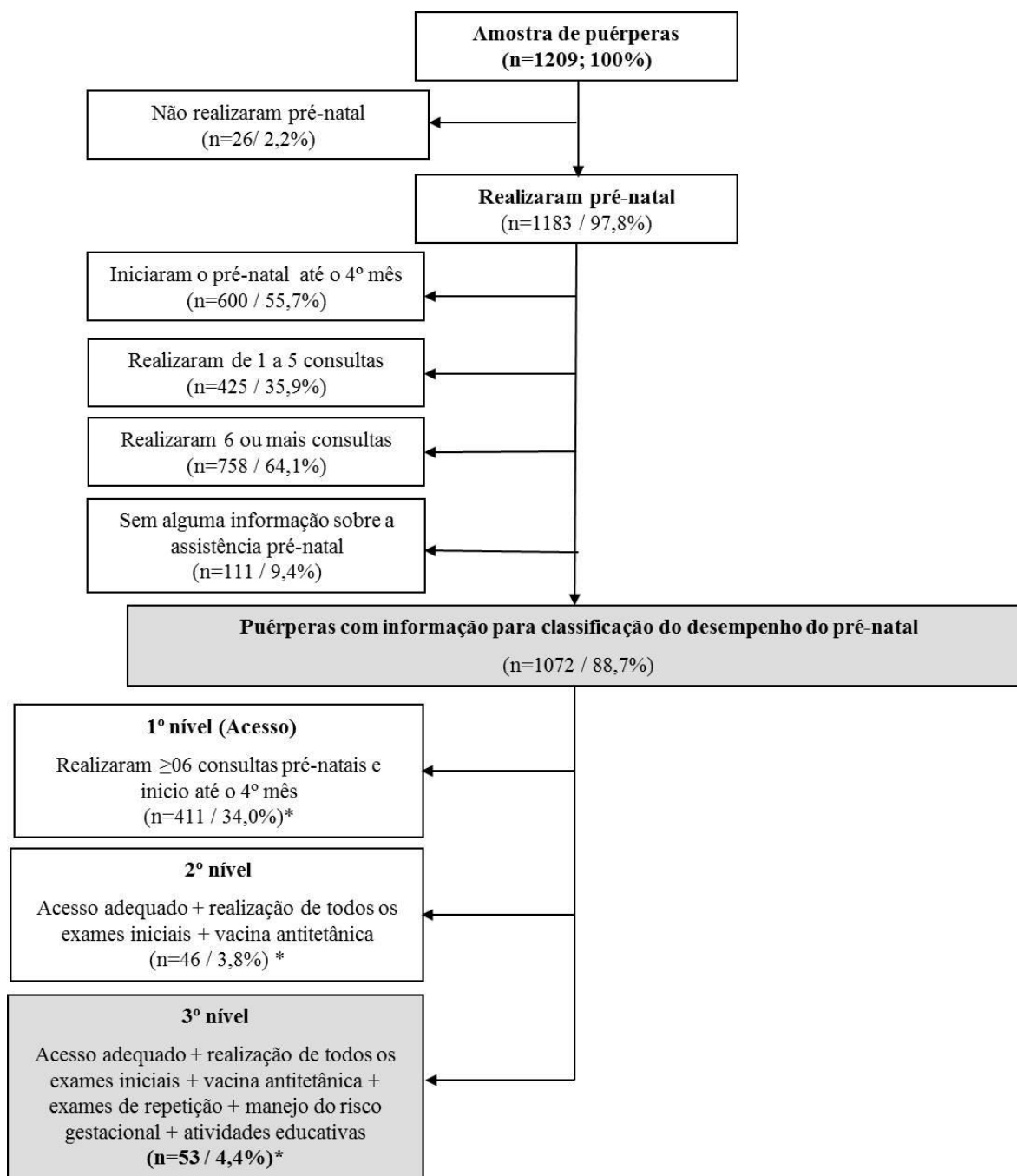


Figura 11. Diagrama de avaliação do desempenho da assistência pré-natal pelo PHNP. RMGV-ES, 2010-2011

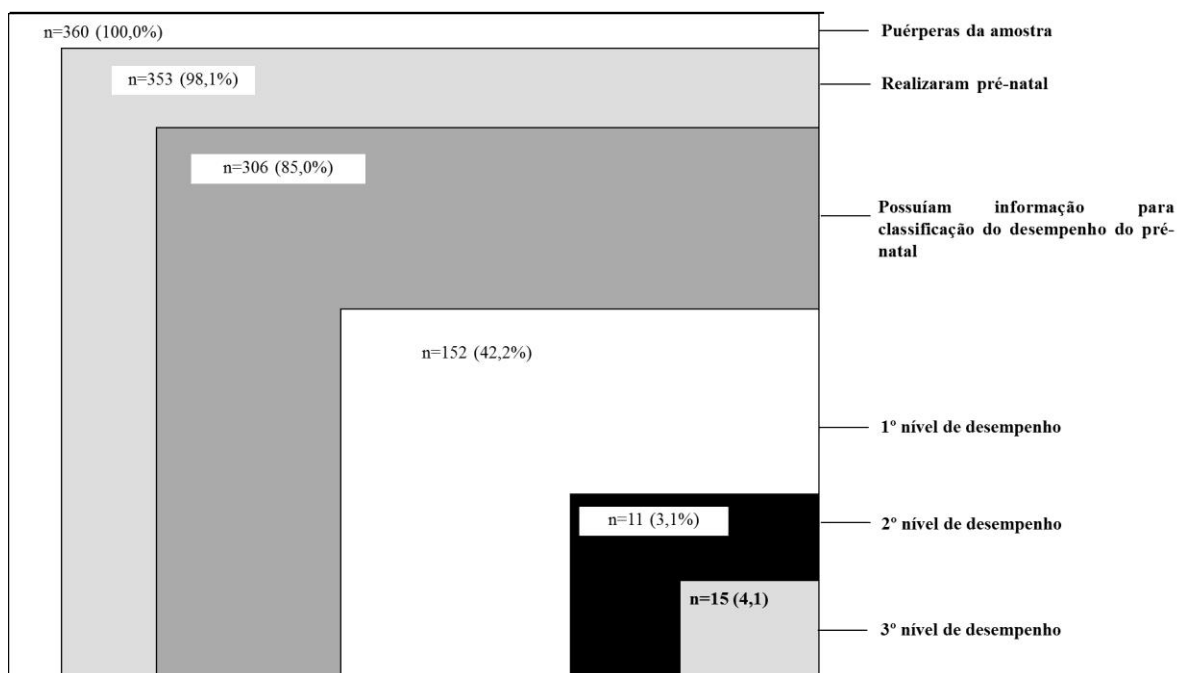


Figura 12. Diagrama do desempenho da assistência pré-natal da população de puérperas residentes em Vitória. RMGV-ES, 2010-2011

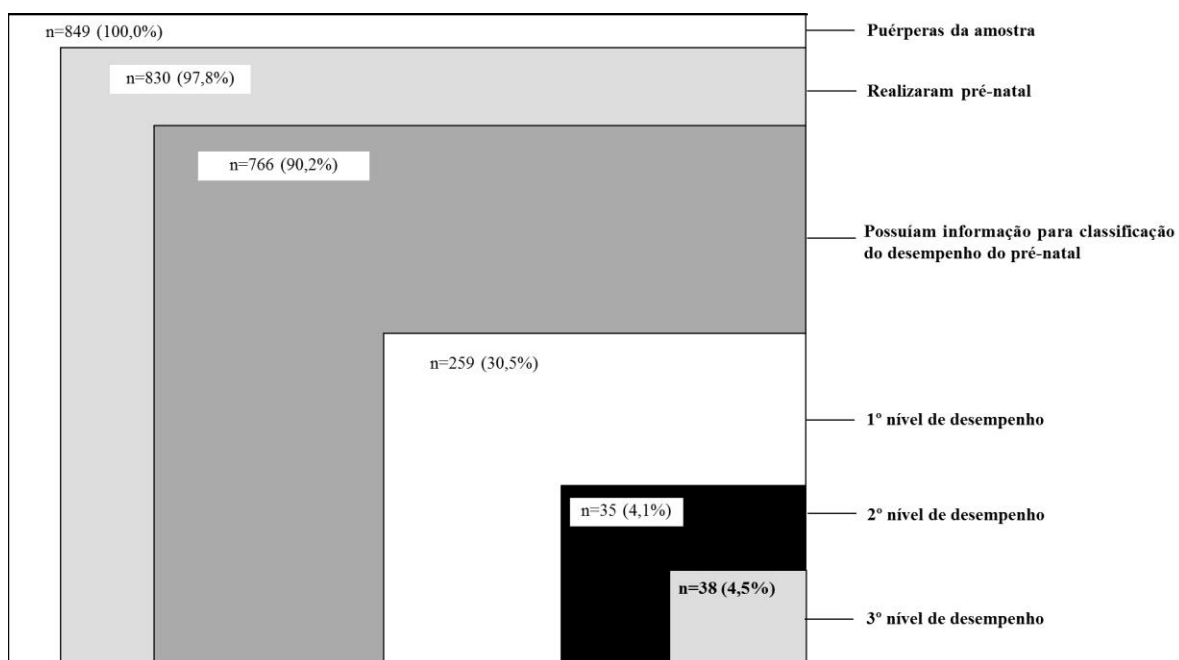


Figura 13. Diagrama do desempenho da assistência pré-natal da população de puérperas residente nos outros municípios da RMGV-ES. RMGV-ES, 2010-2011

Observou-se também que, para o 2º nível de desempenho, relacionado à realização de exames iniciais, a adequação foi maior no atendimento prestado às puérperas residentes no município de Vitória (Tabela 2): as realizações dos exames de tipagem sanguínea (ABO-Rh) e o primeiro VDRL foram acima de 70% dentre as moradoras de Vitória, superiores às observadas para as gestantes dos outros municípios, diferenças estatisticamente significativas. Detectou-se, no entanto, a baixa prevalência na realização de pelo menos uma dose da vacina antitetânica (inferior a 37%) em ambas as regiões do estudo, sem significância estatística para a diferença.

Tabela 2. Distribuição dos procedimentos da assistência pré-natal, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011

Atividades do PHPN	Total (n=1183)		RMGV-ES (n=830)		Vitória (n=353)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Início do pré-natal até o 4º mês	600	55,7	404	52,6	196	63,4	0,001
Consultas de pré-natal							<0,001
1-5	425	35,9	349	42,0	76	21,5	
6+	758	64,1	481	58,0	277	78,5	
Tipagem sanguínea (ABO-Rh)	762	64,4	511	61,6	251	71,1	0,002
Primeiro VDRL	864	73,0	590	71,1	274	77,6	0,020
Primeiro EAS	795	67,2	558	67,2	237	67,1	0,976
Primeira glicemia	861	72,8	596	71,8	265	75,1	0,249
Hemoglobina	844	71,3	585	70,5	259	73,4	0,315
Hematócrito	770	65,1	534	64,3	236	66,9	0,406
Anti-HIV	776	64,8	545	65,7	221	62,6	0,314
Imunização antitetânica	427	36,1	304	36,6	123	34,8	0,559
Repetição VDRL	397	33,6	263	31,7	134	38,0	0,037
Repetição EAS	403	34,1	264	31,8	139	39,4	0,012
Repetição glicemia	427	36,1	278	33,5	149	42,2	0,004
Manejo do risco gestacional	1099	93,3	769	92,9	330	94,3	0,376
Atividades educativas	215	18,2	145	17,5	70	19,9	0,325

* Teste qui-quadrado (χ^2).

Com relação aos procedimentos que caracterizam o 3º nível de desempenho da assistência pré-natal (exames de repetição, manejo do risco gestacional e atividades educativas), observou-se uma prevalência inferior a 37% para a repetição dos exames VDRL, EAS e glicemia no total de gestantes estudadas. No entanto, essas prevalências foram maiores no cuidado prestado às gestantes residentes no município de Vitória, que apresentaram 38% de realização do segundo exame de VDRL *versus* 31,7% nos outros municípios da região

($p=0,037$), 39,4% para o segundo exame de urina *versus* 31,8% nos outros municípios da região ($p=0,012$) e 42,2% para o segundo exame de glicemia *versus* 33,5% nos outros municípios da região ($p=0,004$). O manejo do risco gestacional ocorreu para 93,3% das gestantes, enquanto que as atividades educativas foram cumpridas por menos de 20% delas, ambos os procedimentos sem diferenças estatisticamente significativas entre as regiões.

Considerando-se as 1072 mulheres com informações para análise do desempenho do pré-natal realizado e baseando-se no cumprimento total de procedimentos recomendados pelo PHPN, pôde-se observar que, de um modo geral, Vitória apresentou padrão superior ao dos outros municípios da região. Das gestantes residentes em Vitória, 62 (20,3%) realizaram apenas seis ou mais consultas pré-natal e 152 (49,7%) tiveram apenas o acesso adequado ao pré-natal (1º nível), enquanto que das residentes nos demais municípios da RMGV-ES, 323 (42,2%) realizaram de uma a cinco consultas e apenas 259 (33,8%) tiveram acesso adequado ao pré-natal (Tabela 3). Os 2º e 3º níveis de desempenho, que incluem procedimentos do processo de cuidado pré-natal, apresentaram uma queda progressiva nas prevalências de adequação, na medida em que o número de procedimentos preconizados aumentou: 4,3% e 4,9%, respectivamente. O cumprimento do total de procedimentos recomendados pelo PHPN foi semelhante nas duas regiões estudadas (5%).

Tabela 3. Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, segundo região de moradia da puérpera. RMGV-ES, 2010-2011

Níveis de desempenho	Total (n=1072)		RMGV-ES (n=766)		Vitória (n=306)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Desempenho							<0,001
1-5 consultas	389	36,3	323	42,2	66	21,6	
≥ 6 consultas	173	16,1	111	14,5	62	20,3	
1º nível	411	38,3	259	33,8	152	49,7	
2º nível	46	4,3	35	4,6	11	3,6	
3º nível	53	4,9	38	5,0	15	4,9	
Desempenho excluindo a vacina antitetânica							<0,001
1-5 consultas	389	36,3	323	42,2	66	21,6	
≥ 6 consultas	173	16,1	111	14,5	62	20,3	
1º nível	285	26,6	180	23,5	105	34,3	
2º nível	112	10,4	74	9,7	38	12,4	
3º nível	113	10,5	78	10,2	35	11,4	

*Teste Qui-quadrado (χ^2).

Ao se analisar o desempenho excluindo a vacinação antitetânica da lista de procedimentos, a adequação nos 2º e 3º níveis aumentou mais que o dobro em ambas as regiões do estudo, que, mesmo assim, permaneceram com desempenhos diferentes ($p < 0,001$).

6.2 DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO AO PRÉ-NATAL E NO DESEMPENHO DO CUIDADO

A análise da associação entre as características maternas e o desempenho da assistência pré-natal revelou marcadas desigualdades sociais. Em relação às características predisponentes maternas (idade materna e paridade), utilizadas como indicadoras de diferencial na necessidade de saúde, a idade foi diretamente proporcional ao maior nível de desempenho cumprido pela gestante, tendo as gestantes com 35 anos ou mais de idade tido a maior prevalência de cumprimento de todos os procedimentos indicados pelo PHPN (8,4%, $p=0,040$). As mulheres com maior número de partos anteriores se concentraram nos grupos que realizaram de uma a cinco consultas (48,8%) e seis ou mais consultas (17,6%)

($p=0,001$), enquanto as gestantes com até dois partos anteriores apresentaram melhores resultados para os 1º, 2º, 3º níveis de desempenho (40,7%, 4,5% e 5,3%, respectivamente) ($p=0,001$) (Tabela 4).

Quanto aos fatores capacitantes (sociais) (escolaridade, condições gerais de moradia, mulher chefe de família e posse de bens), houve relação direta entre a escolaridade e o nível de desempenho cumprido pela gestante ($p=0,002$), com as gestantes com menor escolaridade – zero a sete anos de estudo e de 8 a 10 anos de estudo – tendo se concentrado mais no grupo de uma a cinco consultas, 42,4% e 39,5%, respectivamente, enquanto que as gestantes de maior escolaridade foram as que mais cumpriram o 1º nível de desempenho (44,6%), fato que também ocorreu para o 3º nível ($p=0,002$). Já as mulheres chefe de família foram as que menos tiveram acesso adequado ao pré-natal (1º nível), apenas 26% contra 40% das que não eram chefe de família, porém foram as que mais cumpriram todos os procedimentos indicados (9,8%), enquanto que apenas 4,4% das que tinham outra pessoa como chefes de família atingiram esse nível ($p=0,004$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os níveis de desempenho e a posse de bens de consumo (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, segundo características do contexto, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	Total (n=1013**)		1-5 cons. (n=365)		≥ 6 cons. (n=165)		1º nível (n=390)		2º nível (n=42)		3º nível (n=51)		p- valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Idade													0,040
≤ 19 anos	224	22,1	94	42,0	41	18,3	76	33,9	08	3,6	05	2,2	
20-34 anos	706	69,7	245	34,7	108	15,3	280	39,7	34	4,8	39	5,5	
≥ 35 anos	83	8,2	26	31,3	16	19,3	34	41,0	00	0,0	07	8,4	
Número de partos anteriores													0,001
0-2	843	83,2	282	33,5	135	16,0	343	40,7	38	4,5	45	5,3	
≥ 3	170	16,8	83	48,8	30	17,6	47	12,1	04	2,4	06	3,5	
Escolaridade													0,002
≤ 7 anos	302	29,8	128	42,4	54	17,9	98	32,5	08	2,6	14	4,6	
8 a 10 anos	352	34,7	139	39,5	47	13,4	132	37,5	17	4,8	17	4,8	
≥11 anos	359	35,4	98	27,3	64	17,8	160	44,6	17	4,7	20	5,6	
Chefe de família													0,004
Própria gestante	112	11,1	50	44,6	20	17,9	29	25,9	02	1,8	11	9,8	
Outro	901	88,9	315	35,0	145	16,1	361	40,1	40	4,4	40	4,4	
Condições gerais de moradia													0,060
Altamente inadequadas	48	4,7	23	47,9	07	14,6	12	25,0	03	6,3	03	6,3	
Inadequadas	253	25,0	99	39,1	52	20,6	81	32,0	10	4,0	11	4,3	
Adequadas	712	70,3	243	34,1	106	14,9	297	41,7	29	4,1	37	5,2	
Cobertura de atenção básica													0,005
UBS	452	44,6	184	40,7	58	12,8	160	35,4	24	5,3	26	5,8	
ESF	446	44,0	135	30,3	89	20,0	185	41,5	17	3,8	20	4,5	
PACS	115	11,4	46	40,0	18	15,7	45	39,1	01	0,9	05	4,3	
Município de moradia													<0,001
RMGV-ES	729	72,0	302	41,5	105	14,4	251	34,4	33	4,5	38	5,2	
Vitória	284	28,0	63	22,2	60	21,1	139	48,9	09	3,2	13	4,6	
IDHM													0,127
Médio	29	2,9	11	37,9	03	10,3	13	44,8	02	6,9	00	0,0	
Alto	493	48,7	197	40,0	75	15,2	171	34,7	22	4,5	28	5,7	
Muito alto	491	48,5	157	32,0	87	17,7	206	42,0	18	3,7	23	4,7	

*Teste Qui-Quadrado (χ^2).

**Foram incluídas nessa análise somente as gestantes com respostas para todas as variáveis.

Com relação aos fatores contextuais (IDHM, região de moradia e cobertura de serviços de atenção básica), as gestantes moradoras de Vitória apresentaram maior prevalência de realização de seis ou mais consultas (21%) do que as residentes em outros municípios da RMGV-ES (14,4%) e de acesso adequado ao pré-natal (1º nível de desempenho), 48,9% para as residentes em Vitória versus 34,4% para as residentes nos outros municípios ($p \leq 0,001$). Com relação ao tipo de serviço de atenção básica disponível no bairro de moradia da gestante, observou-se que as residentes em regiões cobertas por ESF tiveram maior prevalência de realização de seis ou mais consultas (20%) e de adequação ao 1º nível de desempenho (41,5%), enquanto as moradoras de regiões cobertas por UBS foram as que mais cumpriram os 2º e 3º níveis de desempenho, 5,3% e 5,8% respectivamente ($p=0,005$).

Tabela 5. Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, segundo posse de bens. RMGV-ES, 2010-2011

Posse de bens (n=1013)	Desempenho da assistência pré-natal					p-valor*
	Com vacina antitetânica					
	1-5 cons.	≥ 6 cons.	1º nível	2º nível	3º nível	
Média	1,19	1,28	1,31	1,33	1,31	0,145
Mediana	0,96	1,12	1,08	1,04	1,08	
Desvio padrão	1,02	1,04	0,99	0,89	0,89	

*Kruskal Wallis Test.

A análise da associação entre as características maternas e a classe de desempenho que exclui a vacina antitetânica mostrou aumento da adequação aos 2º e 3º níveis do cuidado, aumentando em mais de duas vezes a participação das mulheres que cumpriram esses níveis (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos níveis de desempenho da assistência pré-natal (sem vacina antitetânica), segundo características do contexto, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	Total (n=1013 [#])		1-5 cons. (n=365)		≥ 6 cons. (n=165)		1º nível (n=390)		2º nível (n=42)		3º nível (n=51)		p- valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade													0,133
≤ 19 anos	224	22,1	96	42,9	39	17,4	52	23,2	20	8,9	17	7,6	
20-34 anos	706	69,7	247	35,0	106	15,0	192	27,2	79	11,2	82	11,6	
≥ 35 anos	83	8,2	27	32,5	15	18,1	27	32,5	04	4,8	10	12,0	
Número de partos anteriores													0,001
0-2	843	83,2	285	33,8	132	15,7	236	28,0	91	10,8	99	11,7	
≥ 3	170	16,8	85	50,0	28	16,5	35	20,6	12	7,1	10	5,9	
Escolaridade													0,002
≤ 7 anos	302	29,8	131	43,4	51	16,9	71	23,5	24	7,9	25	8,3	
8 a 10 anos	352	34,7	140	39,8	46	13,1	96	27,3	33	9,4	37	10,5	
≥11 anos	359	35,4	99	27,6	63	17,5	104	29,0	46	12,8	47	13,1	
Chefe da família													0,024
Própria gestante	112	11,1	52	46,4	18	16,1	19	17,0	07	6,3	16	14,3	
Outro	901	88,9	318	35,3	142	15,8	252	28,0	96	10,7	93	10,3	
Condições gerais de moradia													0,040
Altamente inadequadas	48	4,7	24	50,0	06	12,5	09	18,8	06	12,5	03	6,3	
Inadequadas	253	25,0	100	39,5	51	20,2	57	22,5	25	9,9	20	7,9	
Adequadas	712	70,3	246	34,6	103	14,5	205	28,8	72	10,1	86	12,1	
Cobertura de atenção básica													0,009
UBS	452	44,6	186	41,2	56	12,4	111	24,6	46	10,2	53	11,7	
ESF	446	44,0	136	30,5	88	19,7	133	29,8	43	9,6	46	10,3	
PACS	115	11,4	48	41,7	16	13,9	27	23,5	14	12,2	10	8,7	
Município de moradia													<0,001
RMGV-ES	729	72,0	307	42,1	100	13,7	175	24,0	69	9,5	78	10,7	
Vitória	284	28,0	63	22,2	60	21,1	96	33,8	34	12,0	31	10,9	
IDHM													0,056
Médio	29	2,9	11	37,9	03	10,3	12	41,4	02	6,9	01	3,4	
Alto	493	48,7	200	40,6	72	14,6	118	23,9	44	8,9	59	12,0	
Muito alto	491	48,5	159	32,4	85	17,3	141	28,7	57	11,6	49	10,0	

*Qui-quadrado (χ^2).[#]Foram incluídas nessa análise somente as gestantes com respostas para todas as variáveis.

A análise da razão de chance bruta do desempenho da assistência pré-natal pela regressão multinomial simples apontou desigualdades sociais e geográficas na chance de adequação para os diferentes níveis de desempenho do pré-natal, comparado à chance de realizar de uma a cinco consultas pré-natal (Tabela 7).

Tabela 7. Razão de chance (IC) bruta das variáveis do modelo de desempenho da assistência pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR bruto	IC	OR bruto	IC	OR bruto	IC	OR bruto	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,01	0,66-1,56	1,42*	0,99-2,01	1,63	0,73-3,65	2,52*	1,10-5,78
≥ 35 anos	1,41	0,68-2,91	1,56	0,86-2,85	>0,01	0-	4,65*	1,58-13,7
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,76	0,47-1,20	0,47*	0,32-0,70	0,36*	0,12-1,03	0,43*	0,19-0,99
Escolaridade								
≤ 7 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
8 a 10 anos	0,80	0,51-1,27	1,24	0,87-1,77	1,96	0,82-4,69	1,15	0,57-2,32
≥ 11 anos	1,55*	0,99-2,42	2,10*	1,45-3,02	2,78*	1,15-6,70	2,12*	1,08-4,17
Posse de bens	1,10	0,91-1,32	1,13*	0,98-1,31	1,16	0,85-1,58	1,17	0,90-1,52
Chefe de família								
Outro	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Própria gestante	1,15	0,66-2,00	1,99*	1,22-3,24	3,17	0,74-13,5	0,66	0,33-1,33
Condições gerais de moradia								
Altamente inadequadas	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Inadequadas	1,73	0,69-4,29	1,55	0,73-3,30	0,77	0,20-3,04	0,93	0,24-3,56
Adequadas	1,43	0,60-3,44	2,26*	1,10-4,64	0,91	0,26-3,24	1,48	0,43-5,14
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	2,09*	1,40-3,12	1,58*	1,16-2,16	0,97	0,50-1,87	1,10	0,62-1,95
PACS	1,24	0,67-2,13	1,14	0,71-1,81	0,17*	0,02-1,26	0,77	0,30-1,97
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,74*	1,80-4,16	2,59*	1,84-3,66	1,31	0,60-2,87	2,12*	1,16-3,88
IDHM								
Médio	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Alto	1,40	0,38-5,14	0,72	0,31-1,64	0,61	0,13-2,95	70481,9	0-
Muito alto	2,03	0,55-7,48	1,07	0,47-2,46	0,63	0,13-3,07	829225,2	0-

* p-valor < 0,10.

O primeiro modelo da regressão multinomial multivariada, que incorporou as variáveis contextuais (região de moradia, IDHM, cobertura de atenção básica), também revelou marcadas desigualdades no desempenho da assistência pré-natal, porém o IDHM perdeu significância estatística ao nível $\alpha < 0,10$ (Tabela 8).

Tabela 8. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados pelas variáveis contextuais. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,49*	0,95-2,33	1,07	0,76-1,51	0,86	0,41-1,79	0,77	0,40-1,49
PACS	1,16	0,62-2,19	1,10	0,68-1,78	0,16*	0,20-1,21	0,69	0,27-1,77
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,66*	1,45-4,88	2,90*	1,80-3,67	1,61	0,55-4,69	2,97*	1,22-7,25
IDHM								
Médio	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Alto	1,46	0,39-5,43	0,71	0,31-1,64	0,72	0,15-3,48	713135,8	-
Muito alto	1,15	0,30-4,45	0,60	0,25-1,43	0,53	0,10-2,81	48251,0	-

* p-valor < 0,10.

O segundo modelo, que incorporou o bloco de variáveis predisponentes (idade e número de partos anteriores) às variáveis com significância ao $\alpha = 0,10$ no primeiro modelo, evidenciou a manutenção de desigualdades geográficas no desempenho da assistência pré-natal e a permanência de todas as variáveis no modelo (Tabela 9).

Tabela 9. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados pelas variáveis contextuais e predisponentes. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,17	0,75-1,84	1,75*	1,22-2,52	1,89	0,83-4,30	3,14*	1,36-7,25
≥ 35 anos	1,87	0,84-4,15	2,74*	1,40-5,37	>0,01	0-∞	9,41*	2,95-29,99
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,64*	0,39-1,08	0,37*	0,24-0,57	0,37*	0,13-1,10	0,25*	0,10-0,61
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,53*	0,98-2,39	1,13	0,80-1,61	0,95	0,45-1,98	0,82	0,42-1,57
PACS	1,26	0,68-2,36	1,15	0,72-1,86	0,16*	0,02-1,24	0,82	0,32-2,12
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,27*	1,42-3,62	2,50*	1,70-3,69	1,27	0,53-3,07	2,33*	1,16-4,66

* p-valor < 0,10.

O terceiro modelo, por sua vez, que incorporou o bloco de variáveis capacitantes (escolaridade, chefe de família, posse de bens e condições gerais de moradia) às variáveis com significância ao $\alpha=0,10$ no segundo modelo, apontou que condições de moradia e posse de bens perderam significância (Tabela 10).

Tabela 10. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados pelas variáveis contextuais, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011

Características maternas	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,00	0,62-1,60	1,53*	1,04-2,24	1,70	0,73-4,01	2,71*	1,15-6,42
≥ 35 anos	1,61	0,71-3,66	2,47*	1,24-4,90	>0,01	0-∞	7,40*	2,26-24,2
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,71	0,41-1,22	0,46*	0,29-0,73	0,51	0,17-1,58	0,28*	0,11-0,69
Escolaridade								
≤ 7 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
8 a 10 anos	0,74	0,46-1,20	1,01	0,69-1,48	1,62	0,66-4,02	1,00	0,48-2,07
≥ 11 anos	1,54*	0,93-2,54	1,62*	1,07-2,44	2,00	0,76-5,23	1,43	0,68-3,01
Posse de bens								
	1,09	0,84-1,25	0,99	0,84-1,15	1,06	0,76-1,48	1,04	0,78-1,39
Chefe de família								
Outro	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Própria gestante	1,19	0,66-2,15	1,93*	1,5-3,23	2,62	0,60-11,5	0,65	0,31-1,37
Condições gerais de moradia								
Altamente inadequadas	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Inadequadas	1,57	0,62-3,97	1,38	0,63-3,03	0,64	0,16-2,62	0,84	0,21-3,32
Adequadas	1,14	0,46-2,83	1,75	0,82-3,72	0,63	0,17-2,35	1,08	0,29-3,97
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,59*	1,02-2,48	1,17	0,82-1,67	1,00	0,47-2,09	0,83	0,43-1,60
PACS	1,27	0,68-2,40	1,26	0,78-2,05	0,16*	0,22-1,27	0,88	0,34-2,28
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,30*	1,44-3,68	2,49*	1,68-3,69	1,22	0,51-2,98	2,25*	1,12-4,52

* p-valor < 0,10.

O modelo final manteve apenas as variáveis que apresentaram coeficiente estatisticamente significativo a um nível $\alpha=0,05$. Quanto maior a idade, maior foi a chance de uma puérpera cumprir o 1º nível (acesso) e o 3º nível, em relação à chance de realizar menos de seis consultas: 2,5 e 7,7 vezes a chance para as gestantes com 35 anos ou mais de idade, respectivamente (Tabela 11). O número de partos anteriores foi inversamente relacionado com o aumento na chance de adequação, uma vez que a chance de uma puérpera cumprir o 1º nível, quando comparada com aquelas que realizaram menos de seis consultas, foi 55%

menor para as com três ou mais partos anteriores, e a de cumprir o 3º nível foi ainda menor (73% menor).

A análise de associação revelou que a desigualdade social foi observada basicamente na maior chance de cumprir o acesso ao pré-natal (1º nível), em comparação a realizar menos de seis consultas, não sendo estatisticamente significativa a diferença encontrada para o cumprimento dos 2º e 3º níveis (Tabela 11). A chance de uma puérpera iniciar o pré-natal até o 4º mês e realizar seis ou mais consultas, comparada à chance de realizar de uma a cinco consultas foi 68% maior para as com 11 anos ou mais de escolaridade e 92% maior se fosse ela a chefe de família. Houve desigualdades geográficas no acesso e no processo de cuidado: morar em área com cobertura de ESF associou-se ao aumento de 59% na chance de uma puérpera realizar seis ou mais consultas, comparada à chance de realizar menos de seis consultas, porém, não se observou aumento na chance de receber pré-natal adequado (1º a 3º níveis de desempenho). Morar em Vitória aumentou em mais de duas vezes a chance de da gestante realizar seis ou mais consultas, ter acesso adequado (1º nível de desempenho) ou um cuidado pré-natal de qualidade (3º nível de desempenho), comparada à chance de realizar de uma a cinco consultas pré-natal.

Tabela 11. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal, ajustados segundo variáveis do modelo final. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,00	0,62-1,60	1,53*	1,05-2,24	1,71	0,73-4,01	2,71*	1,15-6,41
≥ 35 anos	1,61	0,71-3,63	2,56*	1,29-5,06	>0,01	0-∞	7,72*	2,38-25,1
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,73	0,43-1,26	0,45*	0,29-0,71	0,51	0,17-1,58	0,27*	0,11-0,67
Escolaridade								
≤ 7 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
8 a 10 anos	0,74	0,46-1,19	1,04	0,71-1,51	1,59	0,65-3,90	1,02	0,50-2,11
≥ 11 anos	1,52	0,94-2,47	1,68*	1,13-2,50	1,99	0,78-5,06	1,52	0,74-3,11
Chefe de família								
Outro	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Própria gestante	1,23	0,69-2,19	1,92*	1,15-3,22	2,72	0,62-11,8	0,66	0,32-1,37
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,59*	1,01-2,48	1,17	0,82-1,67	0,99	0,47-2,09	0,84	0,43-1,60
PACS	1,30	0,70-2,44	1,20	0,74-1,94	0,17	0,22-1,27	0,86	0,33-2,20
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,28*	1,43-3,64	2,52*	1,70-3,73	1,23	0,51-2,98	2,27*	1,13-4,55

* p-valor < 0,05.

Também foi realizada uma segunda análise, excluindo a vacinação antitetânica da lista de procedimentos da classificação do desempenho. Isso pouco alterou as razões de chances observadas no modelo multinomial simples, na comparação com a análise em que o desfecho incluiu a vacinação (Tabela 12). As mudanças observadas foram: duas vezes a chance de cumprimento do 2º nível de desempenho, comparado com a realização de menos de seis consultas, para as moradoras de Vitória e para as gestantes chefes de família (em relação à significância do modelo anterior) e perda de associação para as residentes em região com cobertura de PACS. Além disso, observou-se uma associação entre maior idade, cumprimento do acesso (1º nível) e perda na chance de realização do 3º nível para as gestantes com 35 anos ou mais de idade, cuja razão de chance era 4,65.

Tabela 12. Razão de chance (IC) bruta das variáveis do modelo de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR bruto	IC	OR bruto	IC	OR bruto	IC	OR bruto	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,06	0,68-1,63	1,44*	0,97-2,11	1,54	0,89-2,65	1,87*	1,06-3,33
≥ 35 anos	1,37	0,66-2,85	1,85*	0,98-3,47	0,71	0,22-2,26	2,09	0,86-5,09
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,71	0,44-1,14	0,50*	0,32-0,76	0,44*	0,23-0,85	0,34*	0,17-0,68
Escolaridade								
≤ 7 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
8 a 10 anos	0,84	0,53-1,34	1,27	0,86-1,87	1,29	0,72-2,29	1,38	0,79-2,43
≥ 11 anos	1,63*	1,04-2,57	1,94*	1,30-2,89	2,54*	1,45-4,43	2,49*	1,43-4,31
Posse de bens								
	1,07	0,88-1,29	1,19*	1,02-1,39	1,06	0,85-1,32	1,03	0,83-1,28
Chefe de família								
Outro	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Própria gestante	1,29	0,73-2,28	2,17*	1,25-3,76	2,24*	0,99-5,10	0,95	0,52-1,74
Condições gerais de moradia								
Altamente inadequadas	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Inadequadas	2,04	0,78-5,31	1,52	0,66-3,49	1,00	0,37-2,71	1,60	0,44-5,83
Adequadas	1,67	0,66-4,22	2,22*	1,01-4,88	1,17	0,46-2,97	2,80	0,82-9,52
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	2,15*	1,44-3,21	1,64*	1,17-2,29	1,28	0,80-2,05	1,19	0,75-1,87
PACS	1,11	0,58-2,10	0,94	0,56-1,60	1,18	0,60-2,32	0,73	0,35-1,54
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,92*	1,93-4,45	2,67*	1,85-3,86	2,40*	1,47-3,93	1,94*	1,18-3,18
IDHM								
Médio	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Alto	1,32	0,36-4,87	0,54	0,23-1,26	1,21	0,26-5,65	3,25	0,41-25,6
Muito alto	1,96	0,53-7,22	0,81	0,35-1,90	1,97	0,42-9,17	3,39	0,43-26,9

* p-valor < 0,10.

Nessa segunda análise, para o primeiro modelo da regressão, comparando-se à análise que incluiu a vacina antitetânica, houve manutenção das desigualdades geográficas. As mudanças observadas foram com relação ao IDHM - que passou a ter significância estatística - residir em Vitória passou a aumentar também a chance de realização do 2º nível, enquanto residir em região coberta por PACS perdeu a significância para o 2º nível (Tabela 13). As desigualdades foram mantidas pela permanência das variáveis no segundo (Tabela 14) e no terceiro modelos (Tabela 15).

Tabela 13. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados pelas variáveis contextuais. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,49*	0,95-2,34	1,10	0,75-1,61	0,88	0,51-1,50	0,89	0,54-1,49
PACS	1,02	0,53-1,97	0,91	0,53-1,57	1,20	0,60-2,41	0,64	0,30-1,36
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,93*	1,58-5,41	3,07*	1,83-5,17	2,43*	1,22-4,83	2,79*	1,35-5,75
IDHM								
Médio	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Alto	1,41	0,38-5,26	0,56	0,24-1,32	1,14	0,24-5,35	3,44	0,43-27,29
Muito alto	1,05	0,27-4,08	0,44*	0,18-1,08	1,26	0,26-6,13	2,05	0,25-16,94

* p-valor < 0,10.

Tabela 14. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados pelas variáveis contextuais e predisponentes. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,26	0,80-1,99	1,80*	1,20-2,70	1,86*	1,06-3,25	2,39*	1,33-4,29
≥ 35 anos	1,92	0,85-4,34	3,26*	1,60-6,63	1,20	0,35-4,06	4,47*	1,70-11,7
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,59*	0,35-0,99	0,37*	0,23-0,59	0,41*	0,21-0,81	0,23*	0,11-0,48
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,49*	0,96-2,37	1,13	0,77-1,66	0,91	0,53-1,57	0,93	0,55-1,56
PACS	1,02	0,53-1,98	0,92	0,53-1,59	1,18	0,58-2,37	0,64	0,30-1,38
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,93*	1,62-5,53	3,19*	1,89-5,41	2,54*	1,27-5,08	2,93*	1,40-6,10
IDHM								
Médio	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Alto	1,46	0,39-5,46	0,59	0,25-1,40	1,17	0,25-5,55	3,62	0,45-29,0
Muito alto	1,05	0,27-4,10	0,44*	0,18-1,09	1,25	0,26-6,09	2,01	0,24-16,7

* p-valor < 0,10.

Tabela 15. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados pelas variáveis contextuais, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,07	0,66-1,73	1,63*	1,07-2,48	1,54	0,86-2,76	2,01*	1,10-3,69
≥ 35 anos	1,68	0,73-3,87	3,00*	1,45-6,20	1,09	0,32-3,76	3,70*	1,38-9,84
Número de partos								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,67	0,41-1,22	0,46*	0,28-0,75	0,53*	0,26-1,09	0,28*	0,13-0,58
Escolaridade								
≤ 7 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
8 a 10 anos	0,79	0,48-1,28	1,03	0,68-1,56	1,09	0,60-1,99	1,19	0,78-2,46
≥ 11 anos	1,66*	1,00-2,76	1,44	0,92-2,25	2,11*	1,14-3,89	1,88*	1,47-4,66
Posse de bens								
	0,98	0,80-1,20	1,05	0,89-1,25	0,94	0,74-1,18	0,87	0,78-2,46
Chefe de família								
Outro	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Própria gestante	1,33	0,73-2,45	2,14*	1,19-3,84	2,06*	0,88-4,81	0,88	0,50-1,76
Condições gerais								
Altamente	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Inadequadas	1,89	0,71-5,03	1,34	0,57-3,17	0,92	0,33-2,56	1,55	0,42-5,79
Adequadas	1,35	0,52-3,51	1,63	0,71-3,72	0,95	0,36-2,51	2,33	0,72-8,81
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,57*	1,00-2,47	1,16	0,79-1,71	0,96	0,55-1,66	0,95	0,57-1,61
PACS	1,04	0,53-2,01	0,99	0,57-1,73	1,24	0,61-2,53	0,72	0,31-1,44
Município de								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	3,10*	1,67-5,76	3,19*	1,88-5,42	2,59*	1,28-5,22	2,95*	1,41-6,15
IDHM								
Médio	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Alto	1,56	0,41-5,87	0,60	0,25-1,43	1,30	0,27-6,23	4,28	0,50-32,08
Muito alto	1,09	0,28-4,28	0,44*	0,18-1,10	1,36	0,27-6,69	2,29	0,26-18,06

* p-valor <0,10.

O modelo final foi bastante semelhante ao da análise que incluiu a vacina antitetânica. As mudanças observadas foram: aumento de duas vezes na chance de realização do 2º nível de desempenho com a residência em Vitória e ter 11 anos ou mais de escolaridade, comparado com realizar menos de seis consultas pré-natal, que antes não apresentavam razões de chances significantes; e redução à metade da razão de chance de adequação no 3º nível para as gestantes com 35 anos ou mais de idade (Tabela 16).

Tabela 16. Razão de chance (IC) dos níveis de desempenho da assistência pré-natal sem vacina antitetânica, ajustados segundo variáveis do modelo final. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	≥ 6 ou mais consultas		1º nível		2º nível		3º nível	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade								
≤ 19 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-34 anos	1,06	0,66-1,70	1,61*	1,06-2,45	1,55	0,87-2,77	2,01*	1,15-6,41
≥ 35 anos	1,61	0,70-3,66	3,09*	1,51-6,34	1,07	0,31-3,66	3,57*	2,38-25,1
Número de partos anteriores								
0-2	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 3	0,70	0,40-1,21	0,45*	0,27-0,73	0,53	0,26-1,09	0,28*	0,11-0,67
Escolaridade								
≤ 7 anos	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
8 a 10 anos	0,76	0,47-1,24	1,06	0,71-1,59	1,07	0,59-1,94	1,17	0,50-2,11
≥ 11 anos	1,57	0,96-2,56	1,54	1,00-2,37	2,01*	1,10-3,65	1,77	0,74-3,11
Chefe de família								
Outro	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Própria gestante	1,38	0,76-2,51	2,18*	1,22-3,89	2,03	0,87-4,72	0,87	0,32-1,37
Cobertura da atenção básica								
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	1,60*	1,02-2,52	1,22	0,83-1,79	0,94	0,55-1,62	0,99	0,43-1,60
PACS	1,16	0,61-2,21	0,99	0,58-1,70	1,23	0,62-2,45	0,78	0,33-2,20
Município de moradia								
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	2,40*	1,49-3,84	2,50*	1,65-3,80	2,69*	1,52-4,76	1,96*	1,13-4,55

* p-valor < 0,05.

6.3 ANÁLISE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS E GEOGRÁFICAS NA ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PRÉ-NATAL

6.3.1 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida e características da adequação da assistência odontológica no pré-natal

Com a finalidade de analisar as desigualdades sociais e geográficas da adequação da assistência odontológica no pré-natal, analisou-se, inicialmente, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, considerada aqui como uma variável de necessidades de

cuidados odontológicos. Segundo o índice utilizado – OHIP-14 – 8,4% do total das gestantes estudadas tiveram impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, com resultados semelhantes para as duas regiões do estudo ($p=0,876$) (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes (OHIP-14), segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011

Dimensão OHIP-14	Região de moradia						p-valor*
	Total (n=1208)		RMGV-ES (n=849)		Vitória (n=359)		
	n	%	n	%	n	%	
Limitação funcional							0,559
Com impacto	03	0,2	03	0,4	0	0,0	
Sem impacto	1205	99,8	846	99,6	359	100,0	
Dor física							0,792
Com impacto	51	4,2	35	4,1	16	4,5	
Sem impacto	1157	95,8	814	95,9	343	95,5	
Desconforto psicológico							0,843
Com impacto	55	4,6	38	4,5	17	4,7	
Sem impacto	1153	95,4	811	95,5	342	95,3	
Incapacidade física							1,000
Com impacto	09	0,7	07	0,8	02	0,6	
Sem impacto	1199	99,3	842	99,2	357	99,4	
Incapacidade psicológica							1,000
Com impacto	14	1,2	10	1,2	04	1,1	
Sem impacto	1194	98,8	839	98,8	355	98,9	
Incapacidade social							0,779
Com impacto	15	1,2	10	1,2	05	1,4	
Sem impacto	1193	98,8	839	98,8	354	98,6	
Deficiência							1,000
Com impacto	06	0,5	04	0,5	02	0,6	
Sem impacto	1202	99,5	845	99,5	357	99,4	
Resumo OHIP-14							0,876
Sem impacto	1606	91,6	778	91,6	328	91,4	
Algum impacto	102	8,4	71	8,4	31	8,6	

*Qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de Fisher.

Com relação à análise da assistência odontológica durante o pré-natal, observaram-se melhores resultados para o cuidado prestado no município de Vitória: 48,6% das gestantes cumpriram o nível educativo, enquanto apenas 39,2% das residentes na RMGV-ES o fizeram ($p=0,002$); 48,3% receberam alguma assistência preventiva, enquanto somente 17% das residentes dos outros municípios realizaram esse nível de assistência ($p<0,001$); e 32,8% receberam alguma assistência curativa, já nos demais municípios da região esse número caiu para 14,3% ($p<0,001$) (Tabela 18).

A análise dos procedimentos incluídos em nível da assistência odontológica mostrou que, para o nível educativo, composto por 10 itens, sete foram mais informados para as moradoras de Vitória: amamentação materna exclusiva por seis meses (65,4% vs. 49,4%,

$p < 0,001$); prejuízo do uso da mamadeira (46,2% vs. 35,6%, $p = 0,001$); prejuízo do uso da chupeta (46% vs. 35,4%, $p = 0,001$); relação entre amamentação e desenvolvimento craniofacial (48,4% vs. 40,7%, $p = 0,014$); relação entre amamentação e problemas respiratórios (46,4% vs. 38,4, $p = 0,014$); importância da higiene bucal materna (43% vs. 36,3%, $p = 0,026$) e alimentação saudável (68,6% vs. 48,7%, $p < 0,001$).

Da mesma forma, no nível preventivo, todos os procedimentos tiveram maior prevalência de realização dentre as moradoras de Vitória: 31,7% realizaram consultas odontológicas de revisão (vs. 11,8%, $p < 0,001$); 32,8% realizaram escovação dental supervisionada por um profissional da equipe odontológica (vs. 15,7%, $p < 0,001$); 42,2% receberam profilaxia dental profissional (vs. 17,9%, $p < 0,001$) e 30% receberam aplicação tópica de flúor (vs. 11,5%, $p < 0,001$).

Com relação ao nível curativo, os seguintes procedimentos foram mais realizados para as moradoras de Vitória, na comparação com as gestantes residentes em outros municípios: 6,4% realizaram extração dentária (vs. 2,6%, $p = 0,001$); 25,6% realizaram restauração dentária (vs. 11,5%, $p < 0,001$); 6,1% realizaram tratamento endodôntico (vs. 1,9%, $p < 0,001$) e 4,5% realizaram tratamento gengival (vs. 1,5%, $p = 0,002$) (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição da assistência odontológica no pré-natal, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011

Assistência odontológica	Região de moradia						p-valor*
	Total (n=1209)		RMGV-ES (n=849)		Vitória (n=360)		
	n	%	n	%	n	%	
Amamentação exclusiva por seis meses	641	54,2	410	49,4	231	65,4	<0,001
Amamentação por dois anos	486	41,1	332	40,0	154	43,6	0,246
Prejuízo do uso da mamadeira	458	38,7	295	35,6	163	46,2	0,001
Prejuízo do uso da chupeta	456	38,5	294	35,4	162	45,9	0,001
Amamentação e desenvolvimento craniofacial	509	43,0	338	40,7	171	48,4	0,014
Amamentação e problemas respiratórios	482	40,8	319	38,4	163	46,4	0,011
Higiene bucal materna	452	38,3	301	36,3	151	43,1	0,026
Higiene bucal do bebê	399	33,8	275	33,1	124	35,2	0,486
Alimentação saudável	646	54,6	404	48,7	242	68,6	<0,001
Uso de flúor	220	18,6	157	18,9	63	17,9	0,681
Nível educativo							0,002
Até 4 informações	701	58,0	516	60,8	185	51,4	
5 ou mais informações	508	42,0	333	39,2	175	48,6	
Consulta de revisão	214	17,7	100	11,8	114	31,7	<0,001
Escovação supervisionada	251	20,8	133	15,7	118	32,8	<0,001
Profilaxia profissional	304	25,1	152	17,9	152	42,2	<0,001
Aplicação de flúor	204	17,0	97	11,5	107	30,1	<0,001
Nível preventivo							<0,001
Nenhuma assistência	891	73,7	705	83,0	186	51,7	
Alguma assistência	318	26,3	144	17,0	174	48,3	
Consulta por motivo de dor	127	10,5	83	9,8	44	12,2	0,205
Extração dentária	45	3,7	22	2,6	23	6,4	0,001
Restauração dentária	190	15,7	98	11,5	92	25,6	<0,001
Tratamento endodôntico	38	3,1	16	1,9	22	6,1	<0,001
Tratamento gengival	29	2,4	13	1,5	16	4,5	0,002
Administração medicamentosa	58	4,8	40	4,7	18	5,0	0,830
Nível curativo							<0,001
Nenhuma assistência	970	80,2	728	85,7	242	67,2	
Alguma assistência	239	19,8	121	14,3	118	32,8	

*Qui-quadrado (χ^2).

Das 1013 mulheres analisadas (possuíam todas as informações necessárias para a análise), a adequação da assistência odontológica no pré-natal foi de 15,4% (Figura 14). No entanto, observou-se que, dentre as gestantes sem impacto da qualidade de vida na saúde bucal, apenas 14,7% receberam assistência odontológica adequada a este perfil de necessidade. A prevalência superior na adequação, portanto, foi observada para o grupo que apresentou impacto da saúde bucal na qualidade de vida (22,9%) (p=0,048).

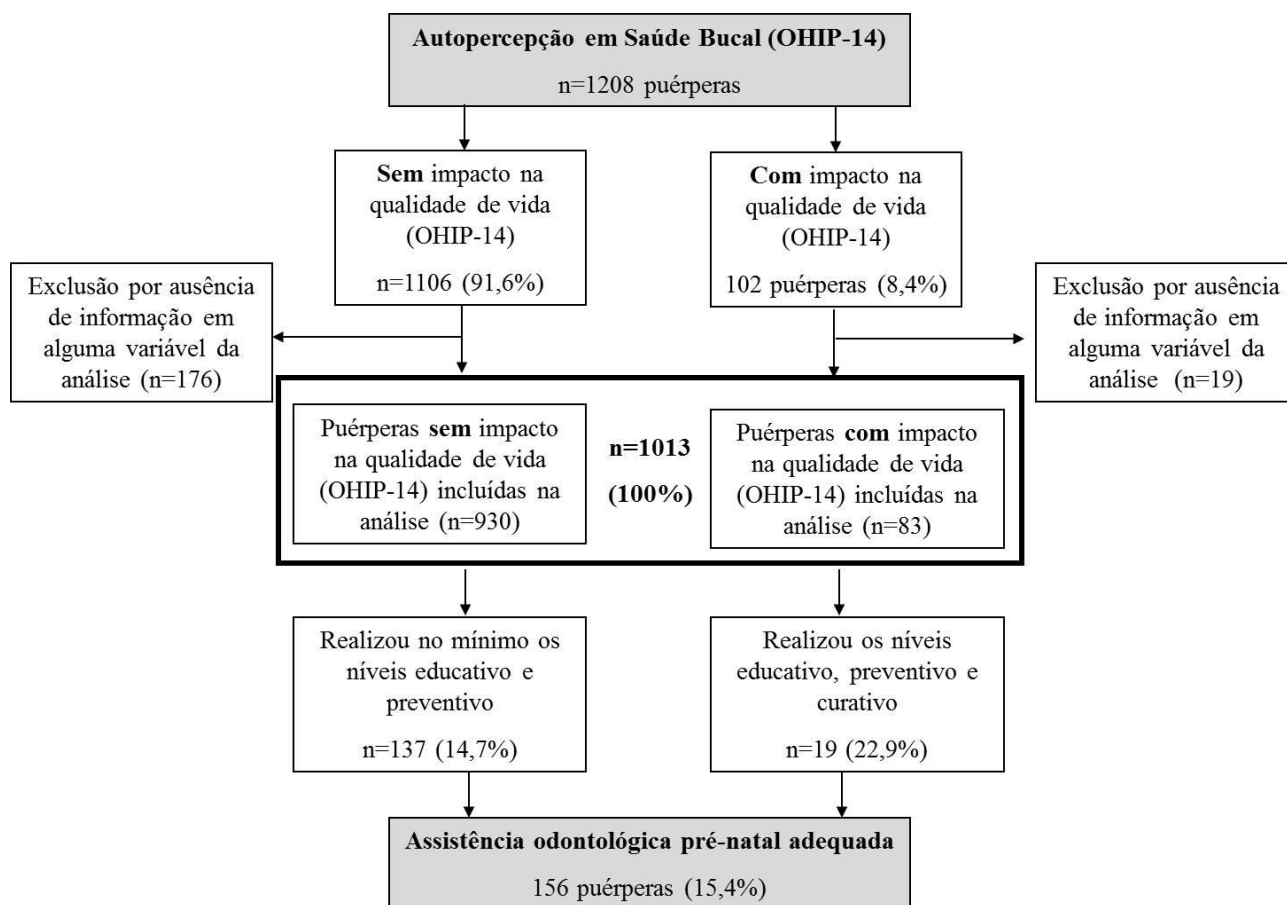


Figura 14. Diagrama da adequação da assistência odontológica no pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011

6.3.2 Desigualdades sociais na adequação da assistência odontológica no pré-natal

A análise da associação entre características das gestantes e assistência odontológica no pré-natal mostrou que a adequação da assistência não foi associada às características predisponentes idade e número de partos anteriores, nem às características capacitantes (escolaridade, ser chefe de família, condições gerais de moradia) e nem à cobertura de saúde bucal. A adequação associou-se, no entanto, a características de contexto. Dentre as residentes em área com cobertura de ESF, 23,5% receberam assistência odontológica no cuidado pré-natal adequada, superior aos 9,7% observado nas gestantes residentes nas regiões cobertas por UBS e aos 6,1% das de regiões cobertas por PACS ($p < 0,001$). Para as residentes em Vitória, a adequação foi de 29%, aproximadamente três vezes maior que a observada para as residentes dos demais municípios da RMGV-ES, que foi de 10,2% ($p < 0,001$). Foi maior também para o grupo de gestantes residentes em regiões com IDHM

muito alto (21,8%), enquanto foi de apenas 10,3% para as de regiões com IDHM médio e de 9,3% para as de IDHM alto ($p<0,001$).

Com relação ao desempenho da assistência pré-natal, a adequação da assistência odontológica foi maior para aquelas que cumpriram o 2º nível de desempenho, relacionado ao acesso adequado ao pré-natal e cumprimento dos exames iniciais (28,6%), em contraste aos 9,7% de adequação da assistência odontológica para as gestantes que realizaram de uma a cinco consultas pré-natal ($p<0,001$) (Tabela 19).

Com relação à posse de bens, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos que receberam atenção odontológica no pré-natal adequada (média=1,29; mediana=1,00; desvio padrão=1,00) ou inadequada (média=1,26; mediana=1,00; desvio padrão=1,01).

Tabela 19. Distribuição da adequação da assistência odontológica no pré-natal, segundo características contextuais, predisponentes e capacitantes. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	Total (n=1013)		Inadequada (n=857)		Adequada (n=156)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Idade							0,872
≤ 19 anos	224	22,1	192	85,7	32	14,3	
20-34 anos	706	69,7	595	84,3	111	15,7	
≥ 35 anos	83	8,2	70	80,7	13	15,7	
Número de partos anteriores							0,511
0-2	843	83,2	716	84,9	127	15,1	
≥3	170	16,8	141	82,9	29	17,1	
Escolaridade							0,434
≤ 7 anos	367	30,6	266	85,4	101	14,6	
8 a 10 anos	426	66,1	291	83,8	135	16,2	
≥11 anos	406	33,9	283	84,7	123	15,3	
Chefe de família							0,367
Própria gestante	112	11,1	98	87,5	38	12,5	
Outro	901	88,9	759	89,6	318	15,8	
Condições gerais de moradia							0,095
Altamente inadequadas	48	4,7	42	87,5	06	12,5	
Inadequadas	253	25,0	224	88,5	29	11,5	
Adequadas	712	70,3	591	83,0	121	17,0	
Cobertura de atenção básica							<0,001
UBS	452	44,6	408	90,3	44	9,7	
ESF	446	44,0	341	76,5	105	23,5	
PACS	115	11,4	108	93,9	07	6,1	
Cobertura de saúde bucal							0,097
Não	255	25,2	224	87,8	31	12,2	
Sim	758	74,8	633	83,5	125	16,5	
Município de moradia							<0,001
RMGV-ES	729	72,0	655	89,8	74	10,2	
Vitória	284	28,0	202	71,1	82	28,9	
IDHM							<0,001
Médio	29	2,9	26	89,7	03	10,3	
Alto	493	48,7	447	90,7	46	9,3	
Muito alto	491	48,5	384	78,2	107	21,8	
Desempenho							<0,001
1-5 consultas	365	36,0	329	90,1	36	9,9	
≥ 6 consultas	165	16,3	132	80,0	33	20,0	
1º nível	390	38,5	321	82,3	69	17,7	
2º nível	42	4,1	30	71,4	12	28,6	
3º nível	51	5,0	45	88,2	06	11,8	
Desempenho sem vacina antitetânica							<0,001
1-5 consultas	370	36,5	334	90,3	36	9,7	
≥ 6 consultas	160	15,8	127	79,4	33	20,6	
1º nível	271	26,8	223	82,3	48	17,7	
2º nível	103	10,2	77	74,8	26	25,2	
3º nível	109	10,8	96	88,1	13	11,9	

*Qui-quadrado (χ^2).

A análise pela regressão logística simples da chance da adequação da assistência odontológica no pré-natal revelou que as variáveis predisponentes e capacitantes (sociais) não se comportaram como fatores que influenciaram a chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal (Tabela 20). Dentre as variáveis contextuais, a chance de adequação foi 2,8 vezes se ela residisse em região coberta por ESF. Já a cobertura de saúde bucal no bairro de residência da gestante apresentou-se como fator de proteção, ou seja, as gestantes de área com cobertura de saúde bucal tinham 30% a mais de chance de não terem adequação da assistência odontológica no pré-natal. A chance de adequação foi 3,6 vezes a de inadequação se a gestante residisse em Vitória. Além disso, as gestantes que cumpriram o mínimo de seis consultas pré-natal tiveram 2,3 vezes a chance de receberem uma assistência odontológica adequada, enquanto que para as que cumpriram o 1º ou o 2º nível de desempenho da assistência pré-natal as chances foram 1,9 e 3,7 vezes, respectivamente, de ter recebido cuidado inadequado.

O primeiro modelo da regressão logística multivariada, que incorporou as variáveis de contexto em bloco (região de moradia, IDHM, cobertura de atenção básica, cobertura de saúde bucal e desempenho da assistência pré-natal), mostrou a existência de desigualdades na chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal. Porém, o IDHM e a cobertura de saúde bucal perderam a significância (Tabela 20).

No segundo modelo, que incorporou o bloco de variáveis predisponentes (idade e número de partos anteriores) às variáveis com significância ao nível $\alpha=0,10$ no primeiro modelo, foi possível observar a manutenção do padrão de desigualdades na adequação da assistência odontológica no pré-natal (Tabela 20).

No terceiro modelo, por sua vez, que incorporou o bloco de variáveis capacitantes (sociais) (escolaridade, mulher chefe, índice de posse de bens e condição de moradia) às variáveis com significância ao $\alpha=0,10$ do segundo modelo, houve manutenção das variáveis com significância estatística (Tabela 20).

Tabela 20. Razão de chance (IC) bruta e ajustada das variáveis do modelo de adequação da assistência odontológica no pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	Bruto		1º Modelo		2º Modelo		3º Modelo		Modelo Final	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade										
≤ 19 anos	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-	-
20-34 anos	1,12	0,73-1,71	-	-	1,10	0,70-1,73	-	-	-	-
≥ 35 anos	1,11	0,55-2,14	-	-	0,92	0,43-1,99	-	-	-	-
Número de partos anteriores										
0-2	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-	-
≥ 3	1,16	0,75-1,80	-	-	1,27	0,77-2,09	-	-	-	-
Escolaridade										
≤ 7 anos	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	-
8 a 10 anos	1,13	0,74-1,74	-	-	-	-	1,02	0,65-1,61	-	-
≥ 11 anos	1,06	0,69-1,63	-	-	-	-	0,96	0,60-1,53	-	-
Posse de bens	1,03	0,87-1,22	-	-	-	-	0,96	0,80-1,26	-	-
Chefe de família										
Outro	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	-
Própria gestante	1,31	0,73-2,36	-	-	-	-	1,32	0,71-2,46	-	-
Condições gerais de moradia										
Altamente	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	-
Inadequadas	0,91	0,35-2,32	-	-	-	-	0,76	0,29-2,02	-	-
Adequadas	1,43	0,60-3,45	-	-	-	-	1,14	0,45-2,86	-	-
Cobertura de atenção básica										
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	2,85*	1,95-4,18	1,98*	1,28-3,08	1,88*	1,22-2,89	1,89*	1,23-2,91	1,88*	1,22-2,89
PACS	0,60	0,26-1,37	0,73	0,31-1,70	0,63	0,28-1,46	0,65	0,28-1,49	0,63	0,27-1,44
Cobertura de saúde bucal										
Não	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Sim	0,70*	0,46-1,09	1,47	0,86-2,51	-	-	-	-	-	-
Região de moradia										
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	3,59*	2,53-5,11	1,94*	1,11-3,38	2,45*	1,63-3,68	2,41*	1,61-3,62	2,44*	1,63-3,66
IDHM										
Médio	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Alto	0,89	0,26-3,06	1,06	0,30-3,77	-	-	-	-	-	-
Muito alto	2,41	0,72-8,13	1,76	0,47-6,54	-	-	-	-	-	-
Desempenho										
1-5 consultas	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 6 consultas	2,28*	1,37-3,82	1,76*	1,03-3,01	1,75*	1,02-2,99	1,79*	1,05-3,08	1,74*	1,02-2,96
1º nível	1,93*	1,25-2,98	1,53*	0,97-2,41	1,55*	0,98-2,44	1,50*	0,95-2,37	1,52	0,97-2,40
2º nível	3,66*	1,72-7,76	3,70*	1,69-8,13	3,62*	1,65-7,97	3,57*	1,63-7,85	3,59*	1,64-7,84
3º nível	1,55	0,77-3,41	1,29	0,57-2,92	1,35	0,60-3,07	1,33	0,59-3,01	1,32	0,59-2,97

* P-valor <0,10, para os blocos e p-valor final <0,05.

No modelo final, a chance de adequação foi 2,4 vezes a de inadequação para as puérperas que residiam em Vitória, 1,9 vezes para as que residiam em área com cobertura de ESF e 1,7 vezes para as que foram atendidas em unidade que realizaram seis ou mais consultas pré-natal e 3,6 vezes nas que cumpriram o 2º nível de desempenho (Tabela 20).

Além disso, testou-se uma segunda opção de regressão, que utilizou a classe desempenho da assistência pré-natal sem a vacinação antitetânica incluída na lista de procedimentos. A regressão logística multivariada revelou que, mesmo após a exclusão deste procedimento, a chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal, para as que atingiram o 1º nível do desempenho, foi significante (Tabela 21).

Tabela 21. Razão de chance (IC) bruta e ajustada das variáveis do modelo de adequação da assistência odontológica no pré-natal (com desempenho sem vacina antitetânica). RMGV-ES, 2010-2011

Variáveis	Bruto		1º Modelo		2º Modelo		3º Modelo		Modelo Final	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Idade										
≤ 19 anos	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-	-
20-34 anos	1,12	0,73-1,71	-	-	1,11	0,70-1,75	-	-	-	-
≥ 35 anos	1,11	0,55-2,24	-	-	0,91	0,42-1,98	-	-	-	-
Número de partos anteriores										
0-2	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-	-
≥ 3	1,16	0,75-1,80	-	-	1,25	0,76-2,06	-	-	-	-
Escolaridade										
≤ 7 anos	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	-
8 a 10 anos	1,13	0,74-1,74	-	-	-	-	1,04	0,66-1,64	-	-
≥ 11 anos	1,06	0,69-1,63	-	-	-	-	0,94	0,59-1,51	-	-
Posse de bens	1,03	0,87-1,22	-	-	-	-	0,97	0,80-1,16	-	-
Chefe de família										
Outro	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	-
Própria gestante	1,31	0,73-2,36	-	-	-	-	1,30	0,70-2,40	-	-
Condições gerais de moradia										
Altamente	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	-
Inadequadas	0,91	0,35-2,32	-	-	-	-	0,76	0,29-2,04	-	-
Adequadas	1,43	0,60-3,45	-	-	-	-	1,17	0,46 -	-	-
Cobertura de atenção básica										
UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
ESF	2,85	1,95-4,18	1,98*	1,27-3,06	1,88*	1,22-2,90	1,88*	1,22-2,91	1,87*	1,22-2,88
PACS	0,60	0,26-1,37	0,67	0,29-1,58	0,59	0,25-1,35	0,60	0,26-1,37	0,58	0,25-1,34
Cobertura de saúde bucal										
Não	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Sim	0,70*	0,46-1,09	1,46	0,86-2,48	-	-	-	-	-	-
Região de moradia										
RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vitória	3,59*	2,53-5,11	1,91*	1,09-3,33	2,34*	1,56-3,51	2,30*	1,53-3,45	2,33*	1,55-3,49
IDHM										
Médio	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Alto	0,89	0,26-3,06	1,06	0,30-3,73	-	-	-	-	-	-
Muito alto	2,41	0,72-8,13	1,67	0,45-6,17	-	-	-	-	-	-
Desempenho										
1-5 consultas	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
≥ 6 consultas	2,41*	1,44-4,03	1,84*	1,07-3,14	1,82*	1,06-3,12	1,88*	1,09-3,22	1,81*	1,06-3,09
1º nível	2,00*	1,26-3,18	1,58*	0,97-2,59	1,59*	0,98-2,59	1,54*	0,95-2,50	1,57*	0,97-2,53
2º nível	3,13*	1,79-5,50	2,73*	1,52-4,90	2,76*	1,53-4,99	2,78*	1,54-5,03	2,74*	1,52-4,93
3º nível	1,26	0,64-2,46	1,05	0,52-2,11	1,08	0,54-2,18	1,05	0,52-2,10	1,06	0,53-2,11

* p-valor < 0,10, para os blocos, e p-valor final < 0,05.

6.4 ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIAS DO SUS

A terceira etapa desse estudo diz respeito à análise das representações sociais de usuárias do SUS sobre o acesso ao cuidado pré-natal. Para o desenvolvimento e análise de tal, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa. Os resultados da análise dos dados das entrevistas realizadas com as 24 puérperas selecionadas e a discussão dos resultados estão apresentados no formato de artigo científico (APÊNDICE D), que foi aprovado para publicação (ANEXO E).

7 DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu identificar que existem desigualdades sociais e geográficas no acesso ao cuidado pré-natal médico-odontológico de qualidade fornecido pelo SUS nos municípios da RMGV-ES. Do ponto de vista do cuidado integral à saúde materno-infantil, tanto o cuidado pré-natal propriamente dito, como a assistência odontológica pré-natal deveriam ser organizados de forma a garantir a liberdade de utilização de uma assistência adequada para as gestantes que deles necessitam, ou seja, garantir o acesso a esses, independentemente de suas características sociais e geográficas (TRAVASSOS, 1992; THIEDE; AKEWONGO; MCINTYRE, 2014).

A cobertura pré-natal alcançou 98% das gestantes deste estudo, contudo, o processo do cuidado teve uma baixa adequação, com um pequeno percentual de gestantes que realizaram todos os procedimentos previstos no PHPN (5%). Esse resultado foi semelhante ao observado em outros estudos, que também mostraram uma cobertura pré-natal de aproximadamente 99% para o Brasil (VIELLAS et al., 2014; VICTORA et al., 2011) e baixos percentuais de adequação do cuidado com relação às ações envolvidas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

É preciso discutir e evidenciar que o processo de implementação de uma política depende de vários fatores, como da existência de recursos financeiros suficientes e de quantidade e qualidade de recursos humanos para atender à universalidade, por exemplo. Por isso, é preciso avaliar não só a cobertura dos programas, mas também a qualidade dos serviços prestados. Entende-se, porém, que a ampliação da cobertura pode ser atingida num prazo mais curto do que a melhoria da qualidade do cuidado, que costuma ser um processo mais lento e complexo (VICTORA et al., 2004).

Além disso, o desempenho não foi o mesmo em relação às duas regiões estudadas (Vitória vs. conjunto dos outros municípios da RMGV-ES: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha) e aos grupos analisados, organizados segundo os fatores capacitantes, predisponentes e contextuais, que, de acordo com Andersen (2008), afetam o acesso aos serviços de saúde. Vários estudos brasileiros têm analisado a relação entre o cuidado pré-natal e características sociais das gestantes (VIELLAS et al., 2014; GONÇALVES;

CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009; RIBEIRO et al., 2009; ALMEIDA; BARROS, 2005; COIMBRA et al., 2003).

Barreiras de acesso aos serviços pré-natal de qualidade também foram sentidas pelas gestantes, o que pode ser constatado na etapa da pesquisa que utilizou a abordagem qualitativa para análise das percepções delas sobre o acesso a esses serviços: houve barreiras relacionadas à disponibilidade, à capacidade de pagar e à aceitabilidade. Algumas gestantes, porém, relataram ter conseguido superar barreiras existentes e influenciar positivamente o acesso e o processo de cuidado pré-natal. Estudos revelaram aspectos implicados no acesso, principalmente relacionados à aceitabilidade e à sua relação com a adesão ao cuidado, ao protagonismo das usuárias na construção dos itinerários terapêuticos e à percepção sobre a oferta de recursos materiais e humanos (RIBEIRO et al., 2004; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; ALMEIDA; TANAKA, 2009; ALBUQUERQUE et al., 2011; VIEIRA et al., 2011).

Além disso, foram observadas diferenças no padrão de desigualdades no acesso e na adequação em dois âmbitos distintos do cuidado pré-natal: o desempenho do pré-natal propriamente dito e a adequação da assistência odontológica no pré-natal. A chance de acesso ao pré-natal (1º nível de desempenho) foi influenciada por fatores predisponentes, contextuais e sociais, enquanto que a chance de adequação do processo de cuidado (3º nível de desempenho) foi apenas influenciada por fatores predisponentes e contextuais. Por sua vez, a adequação da assistência odontológica pré-natal, conforme a necessidade da gestante, pareceu sofrer influência apenas de fatores ligados às características contextuais da oferta e do processo de cuidado. Essa diferença pode ser explicada por fatores como a longa tradição da atenção à saúde materno-infantil no Brasil (SANTOS-NETO, 2008), quando comparada à área de saúde bucal, cuja primeira política nacional foi implantada somente em 2004 (BRASIL, 2006). Ademais, esse resultado pode se relacionar a fatores como os sentimentos de medo e de despreparo por parte dos próprios cirurgiões-dentistas, para execução da atenção odontológica pré-natal, do desconhecimento dos demais profissionais da equipe de saúde sobre a importância do cuidado odontológico durante a gravidez e da falta de integração entre os cirurgiões-dentistas e a equipe que realiza o pré-natal (GEORGE et al., 2012), com desarticulação entre os programas. Fatores relacionados às percepções, aos medos e às crenças das gestantes a respeito das alterações da saúde bucal na gestação e sobre a pertinência da indicação da assistência odontológica como parte do

pré-natal também mostraram-se de influência na realidade de cuidados com a saúde bucal nesta fase da vida da mulher (BATISTELLA et al., 2006; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006).

Vitória apresentou maior prevalência de cumprimento do acesso ao pré-natal (início do pré-natal até a 16ª semana gestacional e realização de seis ou mais consultas) (49,7% vs. 33,8% nos outros municípios), porém mostrou prevalências de adequação às diversas etapas do processo de cuidado semelhantes às dos demais municípios da RMGV-ES (em torno de 5%). Para o grupo de mulheres que realizou o pré-natal, a análise da adequação do cuidado revelou não haver desigualdades geográficas para a realização da maioria dos exames básicos indicados para a primeira consulta. As prevalências de realização de cada exame recomendado (ABO-Rh, primeiro VDRL, primeiro EAS, primeira glicemia, Hb, Ht e anti-HIV) estiveram em torno de 70%, porém não fizeram parte de um cuidado contínuo, visto que o conjunto “acesso adequado e realização de todos os exames básicos” (2º nível de desempenho) foi cumprido por menos de 5% das gestantes. A baixa adequação do cuidado pode estar relacionada, no entanto, a problemas no processo de trabalho das equipes responsáveis pelos serviços pré-natal em todos os municípios, como o desconhecimento ou a falta de adesão aos protocolos e a falta de anotação dos resultados no cartão da gestante (utilizado como fonte de dados para o parto e também em pesquisas científicas). Além disso, pode estar relacionada, também, a problemas na organização dos serviços, que acabam por criar barreiras para realização dos procedimentos preconizados pelo PHPN de forma fácil e conveniente: sistemas de marcação deficientes; grande distância dos locais onde os exames são realizados; demora na liberação dos resultados; e barreiras relacionadas à disponibilidade de laboratórios de análises clínicas, como citado por Thiede, Akewongo e McIntyre (2014).

Algumas situações que podem ser configuradas como barreiras de acesso ao cuidado de qualidade foram questionadas por mulheres no estudo qualitativo: o pequeno número de vagas para consultas e exames; a forma de agendamento, que gerava filas; e a ausência de referência e de estrutura para atendimento de gestantes de risco, que geraram, inclusive, gastos diretos e indiretos para as gestantes e suas famílias. Esses são fatores conhecidamente relacionados a dificuldades na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012; THIEDE; AKEWONGO; MCINTYRE, 2014), que já

poderiam ter sido eliminados através da melhor organização dos serviços, de forma que os recursos humanos e materiais fossem distribuídos para permitir o cumprimento das normas do programa. Tudo isso envolve, contudo, a necessidade de realocação e do maior aporte de recursos financeiros para esses serviços de saúde, além da necessidade de capacidade gerencial para o planejamento e a avaliação das ações, de treinamento e adesão da equipe de saúde. Assim sendo, a implementação do PHPN é mais complexa do que parece ao primeiro olhar e depende dos esforços dos diversos atores sociais e fatores (dependentes de recursos) envolvidos.

A adequação aos procedimentos que caracterizam o 3º nível de desempenho do pré-natal foi ainda menor. Na comparação entre as regiões do estudo, Vitória apresentou melhores resultados para a repetição dos exames de VDRL, EAS e glicemia, porém as prevalências foram de aproximadamente 40% para cada exame. A implementação das atividades educativas foi limitada na rede de assistência pré-natal de ambas as regiões estudadas (realizadas na média por 18,2% das gestantes). Esses resultados seguiram, no entanto, os índices nacionais, pois a baixa adequação do processo de cuidado também foi observada em vários outros estudos brasileiros (TREVISAN et al., 2002; MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003; COUTINHO et al., 2003; MORAES et al., 2004; KOFFMAN; BONADIO, 2005; NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007; PASSOS; MOURA, 2008; COUTINHO et al., 2010; ANVERSA et al., 2012; DOMINGUES et al., 2012; SANTOS-NETO et al., 2012a; MARTINELLI et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014).

Apesar da reconhecida importância da educação em saúde para as gestantes, parece haver uma lacuna a respeito das atividades educativas referentes a assistência pré-natal na atenção primária à saúde (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). A classificação utilizada para a definição de cumprimento da atividade educativa se baseou em três itens definidos segundo as recomendações da OMS (WHO, 1995) e de estudo científico (SANTOS-NETO et al., 2012b), sendo eles a gestante receber informações sobre as vantagens da amamentação exclusiva até os seis meses de vida; sobre a importância da amamentação até os dois anos de idade ou mais e receber incentivo à amamentação em reuniões/grupos de gestantes ou em visitas domiciliares.

A importância das atividades educativas no pré-natal também foi citada por gestantes na etapa qualitativa da pesquisa, tendo gerado satisfação inclusive na usuária inexperiente com

a maternidade. As atividades educativas deveriam receber maior atenção quando do planejamento e da execução do processo de assistência pré-natal, pois poderiam diminuir a assimetria entre o conhecimento das gestantes e as prescrições do serviço (MEDONZA-SASSI et al., 2007; FIGUEROA; ALFARO; ROSA, 2005). A informação é fator necessário para que os indivíduos possam fazer escolhas quanto ao uso de um serviço de saúde e para o processo de cuidado e, sendo assim, é um importante determinante da qualidade do sistema de saúde (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014), e afeta o acesso aos cuidados de forma expressiva (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

A não realização da vacinação antitetânica (ou mesmo a ausência de preenchimento desse procedimento no cartão da gestante) foi um importante elemento da baixa adequação. Ao se excluir a vacinação antitetânica do rol de procedimentos analisados, o desempenho do pré-natal (3º nível) foi duas vezes maior do que o observado na análise que incluiu a vacina antitetânica, mas ainda bastante aquém do preconizado pela política (10,5%). No entanto, o fato de este estudo ter utilizado o Cartão da Gestante como fonte da informação sobre a vacinação antitetânica pode ter limitado o poder de análise, graças à possível ausência de preenchimento dessa informação nesse documento. Apesar dos registros das atividades no prontuário e no cartão da gestante serem preconizados pelo PHPN (BRASIL, 2005), os estudos demonstram que nem todos os exames são registrados no cartão da gestante (VIELLAS et al., 2014) e tal realidade acaba por interferir no resultado de estudos. Existem variações nos registros entre o prontuário e o cartão para os diversos procedimentos (POLGLIANE; SANTOS-NETO; ZANDONADE, 2014) e entre o que está registrado no Cartão da Gestante e a memória da mesma, o que pode afetar a avaliação do pré-natal, porém, mesmo assim, considera-se o Cartão da Gestante como a melhor fonte de informação para a avaliação do pré-natal (SANTOS-NETO et al., 2012c; ZANCHI et al., 2013).

Além das desigualdades geográficas, também foram observadas desigualdades sociais no desempenho do pré-natal. A análise mostrou, no entanto, que os diversos fatores capacitantes analisados não se comportaram de maneira uniforme para todos os níveis de desempenho do pré-natal: agiram aumentando a chance de acesso ao pré-natal (1º nível), porém não apresentaram influência sobre o processo de cuidado (2º e 3º níveis de desempenho).

O aprofundamento da análise por meio da regressão multinomial simples e do modelo de regressão multinomial múltipla revelou desigualdades sociais e geográficas na chance de receber cuidado pré-natal adequado nos diferentes níveis de desempenho. As variáveis que se associaram à maior chance de realização do acesso ao pré-natal (1º nível), após controlar pelas demais variáveis do modelo, foram idade acima de 20 anos, ter tido até dois partos anteriores, possuir maior escolaridade, a gestante ser a chefe de família e residir em Vitória. Já com relação à adequação do processo de cuidado, após o ajuste pelas demais variáveis, a idade acima de 20 anos, ter tido até dois partos anteriores e residir em Vitória permaneceram como importantes fatores associados ao acesso ao cuidado pré-natal de qualidade (3º nível de desempenho). Esses dados, no entanto, confirmam parcialmente a hipótese deste estudo, de que existem desigualdades geográficas (BRASIL, 2008) e sociais na adequação do cuidado pré-natal, com as gestantes que vivem em situação de maior vulnerabilidade social recebendo uma assistência pré-natal menos adequada, uma vez que as desigualdades sociais foram apenas identificadas para o acesso ao pré-natal e não para o processo do cuidado. Essas desigualdades são corroboradas pelos achados de outros estudos do Brasil (VIELLAS et al., 2014; GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009; RIBEIRO et al., 2009; RASIA; ALBERNAZ, 2008; ALMEIDA; BARROS, 2005; COIMBRA et al., 2003) e de outros países em desenvolvimento (SAY; RAINE, 2007).

Todavia, as desigualdades sociais no acesso ao pré-natal de qualidade estão discutidas na literatura. Vários estudos têm demonstrado que características como baixa renda, baixa escolaridade, menor idade e ausência de companheiro estão associadas ao recebimento de uma assistência pré-natal menos adequada (VIELLAS et al., 2014; GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009; RIBEIRO et al., 2009; ALMEIDA; BARROS, 2005; COIMBRA et al., 2003).

O fato observado de o maior número de partos anteriores ter se associado a uma menor chance de acesso ao pré-natal (1º nível) e de receber um cuidado de qualidade (3º nível) pode estar relacionado à influência da experiência de cuidado em gravidezes passadas, que tenha dado às gestantes a sensação de já terem o conhecimento necessário e maior autonomia na decisão de realizar ou não determinado procedimento do cuidado. Segundo Figueroa, Alfaro e Rosa (2005), para gestantes que tiveram uma experiência prévia de cuidado pré-natal ruim, o melhor conhecimento sobre o cuidado pré-natal e os sintomas da

gravidez implicam numa atitude positiva para a busca pelo cuidado pré-natal, apesar de reconhecerem a complexa relação entre conhecimento, apoio recebido de sistemas de seguridade social e atitudes. Além disso, como cuidadoras, as mulheres com um maior número de partos anteriores também dividem o tempo com os filhos, dedicando menos tempo a si próprias.

Entrevistadas da etapa qualitativa afirmaram ter abandonado o pré-natal pela vergonha de assumir publicamente a segunda gravidez, por não terem com quem deixar o filho ou até mesmo por proibição dos pais, que visavam esconder da sociedade, em alguns casos de gestante adolescente. O estudo de Viellas et al. (2014) mostrou que, no Brasil, para as gestantes com maior número de partos, um dos motivos para o início mais tardio do pré-natal foram os problemas e preconceitos pessoais, que influenciaram também na não realização do pré-natal das gestantes sem companheiro.

Por outro lado, a maior idade e a compreensão sobre a necessidade do cuidado pré-natal e sobre o risco de não receber esse acompanhamento podem ser explicação a ocorrência de uma chance 2,5 vezes superior para o acesso ao pré-natal (1º nível) e 7,7 vezes superior para a realização de todas as etapas do cuidado (2º nível), independentemente da maior paridade. Estudos demonstram, portanto, a associação entre menor idade materna e início tardio do pré-natal (VIELLAS et al., 2014; PUCCINI et al., 2003); menor prevalência de realização de seis ou mais consultas (VIELLAS et al., 2014; PUCCINI et al., 2003; DOMINGUES et al., 2013) e a maior chance de inadequação do pré-natal (RASIA; ALBERNAZ, 2008; JONG et al., 2015).

Outro dado identificado na etapa qualitativa foi o de que as gestantes adolescentes podem não conhecer a importância do cuidado pré-natal e, também, que elas lidam com a possibilidade de rejeição social e de condenação da gravidez, o que interfere no desejo de procurar e na adesão ao cuidado pré-natal. Essa vergonha diante da possibilidade de rejeição social (DIÓGENES; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011) e da condenação da gravidez (VARGENS; ADÃO; PROGIANTI, 2009), causa insegurança na adolescente gestante, situação com a qual a equipe de saúde deve lidar.

A escolaridade, por sua vez, ajustada pelas demais variáveis do modelo, não foi associada ao maior nível de desempenho pré-natal (3º nível), embora tenha sido associada a 1,7 vezes

a chance de acesso adequado ao mesmo (1º nível de desempenho), o que demonstra que esse fator social não influenciou no cumprimento do cuidado pré-natal. Estudos mostram que, assim como observado neste estudo, a maior escolaridade costuma ser associada ao início precoce do pré-natal e ao cumprimento do mínimo de seis consultas (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES, et al., 2013). Porém, diferentemente do aqui observado, a maior escolaridade também costuma mostrar associação ao cumprimento dos exames indicados para cada período pré-natal (DOMINGUES, et al., 2013) e ao cumprimento de todas as etapas do cuidado proposto (DOMINGUES, et al., 2013; JONG et al., 2014). É importante apontar que comportamentos de vida mais saudáveis estão associados à maior escolaridade (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Os resultados também mostraram que, como esperado, maiores barreiras de acesso ocorrem em contextos menos desenvolvidos. Essa afirmativa é reforçada pela identificação de que melhores resultados em quase todos os níveis de desempenho foram observados para as residentes em Vitória. Esse município, capital do Estado, concentra aproximadamente 50% do PIB da RMGV-ES e recebe 21,5% do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) estadual. A despesa *per capita* com saúde em Vitória, no ano de 2011, foi o dobro da média do gasto dos demais municípios da região (ESPÍRITO SANTO, 2013) e, tendo esse município um sistema de saúde melhor organizado do que o dos demais da região (ESPÍRITO SANTO, 2013; BRASIL, 2011c), pressupõe-se, então, que apresente menos barreiras geográficas e organizacionais para o acesso a esses serviços.

A maior chance de acesso ao pré-natal em Vitória (2,5 vezes para o 1º nível de desempenho) pode estar relacionada ao potencial de captação da ESF, que tem uma alta cobertura nesse município (BRASIL, 2011c). Além disso, é preciso refletir que Vitória apresenta 100% de população urbana, uma extensão territorial de apenas 98 km² e serviços de saúde bem organizados. Apesar dos demais municípios da RMGV-ES não apresentarem um alto percentual de população rural, variando de 0,2% a 15,6% da população residente, as extensões territoriais desses municípios são maiores (entre 210 km² e 594 km²) e seus serviços de saúde são menos organizados (BRASIL, 2011c; <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>). Essa realidade pode criar barreiras geográficas à continuidade do processo de cuidado (3º nível de desempenho), pelas maiores distâncias a

serem percorridas pelas gestantes residentes nos outros municípios da RMGV-ES, quando comparadas às distâncias percorridas pelas gestantes residentes em Vitória.

As barreiras geográficas também foram citadas durante a etapa qualitativa, na qual puérperas declararam que serviços mais próximos de suas residências - como no caso de áreas cobertas por ESF - serviços mais equipados (do ponto de vista da estrutura física) e os que ofereciam todos os procedimentos relacionados às exigências do cuidado pré-natal de qualidade favoreciam o acesso. Esses fatores estão, no entanto, relacionados ao conceito de disponibilidade de serviços (THIEDE; AKEWONGO; MCINTYRE, 2014). As variações geográficas na utilização dos serviços de saúde muitas vezes refletem as diferenças na capacidade local de financiamento, que têm impacto no tamanho e na complexidade da rede de serviços disponíveis no município (TRAVASSOS, 1997). É por isso que, quando a distribuição geográfica dos serviços de saúde não tem como referencial as necessidades de saúde dos residentes de uma região, desigualdades geográficas no acesso a serviços de saúde de qualidade ocorrem (PORTO, 1997). Como afirma Mooney (1983), a equidade no acesso também pode ser entendida como a aplicação dos recursos de forma proporcional às necessidades da população.

A chance de cumprimento do número mínimo de seis consultas, como previsto no PHPN, foi 1,6 vezes maior em áreas cobertas por ESF quando comparada com áreas cobertas por UBS, o que pode indicar, por um lado, que naquele modelo de cuidado primário à saúde haja a adesão, pelos profissionais, ao número mínimo de consultas indicado pelo Ministério da Saúde e que, por outro lado, é mais bem aceito pela população. No entanto, este processo não mostrou ser influenciado pelo tipo de modelo de cuidado primário à saúde (UBS, PACS e ESF).

O processo de cuidado, no entanto, é explicado por fatores e interação deles que vão além da disponibilidade de um serviço pré-natal: é influenciado pelo comportamento e conhecimento dos profissionais de saúde; por sistemas de marcação eficientes; pela disponibilidade e acessibilidade (acesso geográfico) a serviços de realização de exames complementares e adesão das gestantes aos procedimentos prescritos, dentre outros. Quando esses últimos são realizados em outros estabelecimentos de saúde, podem requerer deslocamento até o serviço, disponibilidade de tempo e de dinheiro para transporte para realizá-lo.

Um estudo mostrou que a ESF, no conjunto das ações relacionadas ao pré-natal, tem melhor atenção pré-natal, porém as prevalências de realização de alguns dos procedimentos recomendados estão abaixo dos níveis preconizados pelas políticas (MENDONZA-SASSI et al., 2011). Outro estudo mostrou que, na ESF, o acesso ao pré-natal é satisfatório, assim como há alta prevalência de realização dos procedimentos clínico-obstétricos indicados para o pré-natal e também maior recebimento de orientações pelas gestantes. Porém, destaca-se que a relação entre os procedimentos clínico-obstétricos e os exames precisa ser melhorada, proporcionando uma continuidade no cuidado (ANVERSA et al., 2012). A importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos enfermeiros para a adesão e a qualidade do cuidado pré-natal prestado na ESF é reconhecida (DUARTE; ANDRADE, 2006), já que as gestantes entrevistadas na etapa qualitativa deste estudo destacaram a importância das diversas categorias de profissionais de saúde (médico, médicos ginecologistas/obstetras ou enfermeiros) e das visitas domiciliares dos ACS no acesso ao pré-natal e na continuidade do cuidado.

Além do cuidado médico pré-natal em si, é preciso analisar a integralidade desse cuidado. Tanto os manuais técnicos da assistência pré-natal (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2005), quanto a Política Nacional de Saúde Bucal, preveem o atendimento odontológico como uma das ações complementares da assistência à gestante, por isso, é preciso garantir a realização, no início do pré-natal, de uma consulta odontológica para identificação das necessidades de saúde bucal das grávidas e para orientações sobre hábitos alimentares e de higiene bucal da mãe e do bebê (BRASIL, 2006a). No entanto, os resultados quantitativos apontaram para uma desarticulação entre o cuidado pré-natal e a assistência odontológica pré-natal, levantando a suspeita de que não há um esclarecimento às gestantes sobre as peculiaridades da saúde bucal na gravidez, nem a garantia de articulação entre assistência pré-natal e assistência odontológica.

Durante a etapa qualitativa, esse tema foi abordado por algumas puérperas. A maioria das mulheres citou diferentes realidades com relação à garantia de acesso para a atenção odontológica. No geral, elas não sabiam ou não foram informadas quanto à necessidade de cuidado odontológico durante a gestação e, conseqüentemente, não o receberam. Apesar do estudo de Codato, Nakama e Melchior (2008) ter identificado uma busca rotineira e sistemática por esse serviço durante o pré-natal por usuárias do SUS, a importância de uma

equipe multiprofissional no cuidado pré-natal nem sempre era divulgada para as gestantes e raramente estava disponível (FIGUEREDO; ROSSONI, 2008). Muitas gestantes não chegam a receber qualquer informação sobre saúde bucal durante a gestação (GARBIN et al., 2011), mesmo sabendo-se que a gestação é vista como um momento propício à mudança de hábitos e que o cuidado pré-natal pode ser importante nesse processo, se incluir a dimensão educativa das práticas de saúde e o trabalho pré-natal interdisciplinar (PRESTES et al., 2013).

As gestantes são consideradas um grupo de risco para principais doenças bucais (cárie, gengivite e doença periodontal) e apresentam alterações físicas, biológicas e hormonais que transformam as condições de seu meio bucal (PRESTES et al., 2013) e vários estudos têm relatado a existência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006; SANTOS-NETO et al., 2012b; LAMARCA et al., 2012; LAMARCA et al., 2014). Além disso, as gestantes podem não ter informação sobre as peculiaridades de sua saúde bucal (BATISTELLA et al., 2006), dos fatores de risco da cárie dentária e de como cuidar da saúde bucal de seus bebês (GARBIN et al., 2011).

A presença de dor dental no período gestacional foi citada na etapa qualitativa deste estudo. No entanto, a análise quantitativa revelou que um pequeno percentual de gestantes informou ter realizado uma consulta odontológica por motivo de dor (10,5%), além de inexistência de desigualdades geográficas para essa situação. Foram relatadas, também, barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal por algumas gestantes, o que influenciou na realização do cuidado pré-natal integral, que inclui também o cuidado odontológico. O estudo realizado por GARBIN et al. (2011) mostrou que muitas gestantes não procuraram o cirurgião-dentista para atendimento, mesmo em caso de dor dentária, principalmente por medo de realizar tratamentos odontológicos, devido ao medo de a anestesia dentária, ao medo do tratamento odontológico prejudicar o bebê; ao medo da ocorrência de hemorragias bucais (BATISTELLA et al., 2006), à crença das gestantes de que não é recomendada a realização de tratamento odontológico durante a gestação, à crença de que a dor dental no período gestacional é normal; à falta de tempo; e à falta de oferta de serviços de saúde bucal (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006).

O cumprimento, pelas gestantes, dos níveis educativo, preventivo e curativo de assistência odontológica foi estatisticamente maior também entre as residentes em Vitória. Com

relação ao nível educativo, houve baixa prevalência do recebimento das diversas informações pesquisadas, mesmo para as residentes em Vitória (entre 17,9% e 68,6% vs. 18,9 a 49,4% nos outros municípios), revelando que questões importantes sobre a amamentação e sobre a saúde bucal materno-infantil não estão sendo informadas durante o cuidado pré-natal. Essas informações poderiam ser trabalhadas por qualquer membro da equipe de saúde, desde que treinados para isso. Um estudo mostrou que as gestantes residentes em área com cobertura de ESF costumam receber mais orientações (ANVERSA et al., 2012), contudo, ainda é preciso melhorar o processo educativo no pré-natal na atenção básica à saúde (MEDONZA-SASSI et al., 2007; FIGUEROA; ALFARO; ROSA, 2005).

Os procedimentos preventivos tiveram ainda menor prevalência de realização (26,3%), apesar de serem preconizados pelo Brasil Sorridente. Segundo Prestes et al. (2013), sendo a gestação um momento propício à mudança de hábitos, os serviços de saúde devem também orientar as escolhas saudáveis das gestantes e desmistificar o tratamento odontológico durante a gestação, com prioridade para procedimentos preventivos e para a educação em saúde.

A adequação da assistência odontológica às necessidades das gestantes, medida pelo OHIP-14, foi baixa (15,4% das gestantes), porém um pouco maior para as mulheres com maior necessidade autopercebida (22,9%). Uma possível explicação é que, nos casos em que há ausência de percepção de necessidade por parte da gestante, dependerá dos serviços odontológicos realizarem a busca ativa das gestantes, para que recebam os cuidados odontológicos mínimos indicados, inclusive, pela política (BRASIL, 2006a), o que parece ter falhado. Diferentemente, quando as mulheres percebem a necessidade de cuidados odontológicos, elas podem decidir buscar os serviços, e, além dos procedimentos odontológicos para o alívio do incômodo, também podem realizar ações de educação em saúde e de prevenção de doenças bucais. A percepção subjetiva de qualidade de vida influencia no processo de assistência odontológica no pré-natal. Nesse sentido, o estudo de Santos-Neto et al. (2012b), observou uma baixa adequação da assistência odontológica no pré-natal, mostrando ainda que o acesso a esses serviços é facilitado quando as gestantes frequentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal.

Diferentemente do que se esperava, houve menor chance de adequação da assistência odontológica em área com cobertura de serviços odontológicos. A ESF incluiu as ESB na reorganização das práticas da atenção básica, mas é preciso um ajuste na filosofia de trabalho da equipe de saúde, que pode ou não ocorrer. Segundo o Brasil Sorridente, o grupo de gestantes é um dos prioritários para a atenção à saúde bucal (BRASIL, 2006a) e, assim sendo, ações mínimas devem ser executadas, independente do tipo de serviço, além de haver a indicação de procedimentos educativos e preventivos, mesmo quando não há a necessidade de assistência curativa. No entanto, pode haver a influência de mitos relacionados à assistência odontológica no pré-natal, como de que a gestação não é o momento ideal para os cuidados em saúde bucal. Ademais, pode haver medo e também inexperiência dos cirurgiões-dentistas para o planejamento e a execução do cuidado às gestantes, desorganização e a falta de integralidade dos serviços pré-natal, além de haver autonomia da mulher em receber a assistência odontológica. Essas barreiras à integração entre pré-natal e assistência odontológica estão registradas na literatura (GEORGE et al., 2012; BATISTELLA et al., 2006; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006).

Diferente do observado para o acesso à atenção pré-natal, e semelhante ao processo de cuidado pré-natal, a maior chance de adequação da atenção odontológica parece depender da oferta e não das características das mulheres, pois os fatores que se mantiveram significantes após a inserção de todas as variáveis no modelo foram: 2,4 vezes mais chance para as residentes em Vitória; 1,9 vezes mais chances para as residentes em bairro com cobertura de ESF; 1,7 vezes mais chances para as gestantes que cumpriram seis ou mais consultas e 3,6 vezes mais chances para aquelas que iniciaram o cuidado precocemente e realizaram seis ou mais consultas e todos os exames iniciais (2º nível de desempenho).

Vitória possui 50% de cobertura de ESB na ESF e uma rede de serviços mais organizada, (BRASIL, 2011b), o que pode influenciar na maior organização, também, da atenção odontológica no pré-natal. As consultas odontológicas no pré-natal são uma oportunidade de atenção à saúde bucal da gestante e da criança, inclusive para a orientação sobre hábitos de higiene bucal e métodos preventivos de cárie e doença periodontal, preparando a gestante para o cuidado da saúde bucal do bebê (POSSOBON; MIALHE, 2009). Sendo a ESF o principal modelo para reorientação das práticas de saúde bucal (BRASIL, 2006a),

era esperado que áreas com maior cobertura de ESB na ESF também realizem uma atenção à saúde bucal de maior qualidade.

Com relação à influência do desempenho da assistência pré-natal na chance de adequação da assistência odontológica prestada, é preciso entender que a presença das gestantes nas unidades de saúde para a realização do cuidado pré-natal aumenta a possibilidade delas receberem informações acerca da indicação do cuidado odontológico e da oferta desses serviços ao seu alcance, como preconizado pelas políticas (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a). No entanto, os procedimentos odontológicos eletivos são mais indicados para o segundo trimestre da gestação (POSSOBON; MIALHE, 2009). Assim, a ausência de relação entre o recebimento da assistência pré-natal de qualidade (3º nível de desempenho) e a maior chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal pode estar relacionada ao fato de alguns dos procedimentos incluídos na classificação do 3º nível de desempenho serem indicados somente para o terceiro trimestre gestacional. Foi possível, com base nos resultados, observar que, tanto a disponibilidade da atenção odontológica, quanto a concatenação com o pré-natal ainda devem necessitar de melhoria.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao fato de a amostra incluída não ter permitido a comparação entre cada um dos municípios da RMGV-ES. Buscou-se contornar essa limitação, incluindo, no desenho metodológico, outras variáveis que complementaram a caracterização do contexto social das mulheres estudadas. A exclusão, neste estudo, das mulheres que realizaram o pré-natal, pleno ou em parte, no subsistema privado, por um lado permitiu avançar na análise da política pública para a assistência pré-natal no Brasil, por outro não permitiu construir uma análise sobre a realidade da totalidade das mulheres que passam pelo período da gravidez. Esse corte, no entanto foi necessário tendo em vista os objetivos do estudo e os prazos e valores do financiamento da pesquisa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos objetivos traçados para essa tese de doutorado, foi possível concluir que existem desigualdades sociais no acesso ao pré-natal e desigualdades geográficas no acesso, no desempenho (3º nível) e na adequação do processo odontológico. Essas questões foram vivenciadas pelas mulheres no dia a dia, como barreiras de acesso. Muitas, porém, conseguiram, apesar de tais barreiras, influenciar no acesso aos serviços de saúde.

O uso simultâneo das metodologias quantitativa e qualitativa permitiu a complementariedade das informações, importante para a discussão sobre o modelo de determinação social do acesso aos serviços pré-natal de qualidade, por meio do registro das informações pelos serviços e também de situações vividas pelas gestantes, no contato com esses serviços. Essa inclusão da perspectiva da gestante na avaliação da assistência pré-natal permitiu ampliar a análise sobre a determinação social do acesso ao pré-natal médico-odontológico de qualidade, gerando elementos que poderão permitir a flexibilização das normas do programa, para que estejam de acordo com os valores reais e as percepções particulares das usuárias.

Diante dos resultados do inquérito epidemiológico, dos relatos das mulheres e das discussões deste estudo, foi possível perceber que o aumento na cobertura da assistência pré-natal não necessariamente vem acompanhado da melhoria da qualidade desse cuidado, uma vez que a qualidade é um processo mais complexo, que requer um tempo maior para ser alcançado, além de depender de elementos diferentes daqueles necessários para a garantia do acesso, como a disponibilidade.

A partir dos achados desse estudo, é possível, portanto, tecer algumas recomendações para os planejadores e executores da política de atenção materno-infantil no Brasil, com especial atenção à assistência pré-natal médico-odontológica. Para a efetivação de fato das políticas de atenção materno-infantil, recomenda-se que os gestores da área, em especial no Estado do Espírito Santo e nos municípios da RMGV-ES, incluam a análise da determinação social do acesso no planejamento e avaliação dos serviços pré-natal. Essa inclusão é imprescindível para que se possa, de fato, construir um sistema de saúde equânime, como se propõe a ser o SUS.

Com respeito ao planejamento financeiro dos serviços pré-natal, é preciso realizar o ajuste na alocação de recursos para as áreas com maior necessidade de saúde, a fim de garantir a implementação de ações estratégicas que de fato mudem a estrutura e o processo de trabalho das equipes pré-natal, para que possam oferecer os cuidados mínimos necessários às gestantes, do ponto de vista da integralidade da atenção. Além disso, considerando-se a limitação dos serviços de saúde para a redução das desigualdades em saúde, é preciso estabelecer parcerias intersetoriais, que objetivem garantir melhores condições de vida e de trabalho para que as mulheres, suas famílias e suas comunidades se desenvolvam de forma plena e exerçam a liberdade na utilização dos serviços de saúde.

Por fim, aponta-se, também, que é preciso constituir parcerias entre os sistemas de formação médica, de Enfermagem e de Odontologia, com o objetivo de garantir um cuidado pré-natal integral, permitindo a melhor preparação dos profissionais responsáveis por esse, aprimorando tanto a sua execução técnica quanto o planejamento interdisciplinar que possa permitir o atendimento de todas as necessidades das gestantes. Nesse sentido, também são necessárias capacitações dos profissionais nos serviços, principalmente da equipe odontológica, para que passe a atuar com liderança na ampliação da atenção odontológica pré-natal de qualidade e possa buscar por sua efetividade qualitativa e quantitativa.

REFERÊNCIAS GERAIS

ACHARYA, S.; BHAT, P. V.; ACHARYA, S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. **Int. j. dent. hyg**, Oxford, v. 7, p. 102-107, 2009.

ALBUQUERQUE, R. A. et al. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface comunic. saúde educ.**, Botucatu, v.15, n.38, p.677-686, 2011.

ALLEN, P. F.; LOCKER, D. Do the item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community dent. health**, Londres, v. 25, n. 4, p. 284-90, 1997.

ALMEIDA, A. M.; LOUREIRO, C. A.; ARAÚJO, V. E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e linguística. **UFES rev. Odontol.**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 6-15, 2004.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005.

ANDERSEN, R. M. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. **Med. care.**, Filadélfia, v. 46, n. 7, p. 647-53, jul. 2008.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **J. health soc. behav.**, Washington, v. 36, n. 1, p. 1-10, mar. 1995.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2013. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 20 jun. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**: 2015. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 07 out. 2014.

ATLAS BRASIL. **Atlas Brasil 2013**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 18. Jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARREIRA, T. M. H. M.; MAKHOUL, A. F.; COHN, A. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar. 2011.

BARROS, F. C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC pregnancy childbirth**, Londres, v. 10, Suppl. 1, p. S3, 2010a.

BARROS, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. **Am. j. public health**, Washington, v. 100, n. 10, p. 1877-89, Oct. 2010b.

BATISTELLA, F. I. D. et al. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal na rede pública e em consultórios particulares. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 67-73, jan./mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569, de 1º junho de 2000a**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf>. Acesso em 03 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília; 2000b. Equipe de Elaboração Janine Schirmer et al.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: Saúde Bucal. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006b**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 25 maio 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-7, 2008.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da família**: Competência dezembro de 2010, por município. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011a**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 18 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**: modelo avaliativo. 2011b. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/avaliativo.html>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**: Resultados. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**: Beneficiários de Planos Privados de Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor#>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Beneficiários de planos privados de saúde**: taxa de cobertura de serviços. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=281&Itemid=258>. Acesso em: 09 jul. 2012a.

BRAVEMAN, P. et al. An approach to studying social disparities in health and health care. **Am. j. public health**, Washington, v. 94, p. 2139–2148, 2004.

BRAVEMAN, P. et al. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. **Am. j. public health**, Washington, v. 101, n. S1, p. S149-155, 2011.

BRAVEMAN, P. GRUSKIN, G. Defining equity in health. **J. epidemiol. community health**, Londres, v. 57, p. 254-258, 2003.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Ann. rev. public health**, Palo Alto-EUA, v. 27, p. 167-94, 2006.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc. sci. med.**, Nova Iorque, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

- CHUNG, L. H. et al. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. **Community dent. oral epidemiol.**, Copenhagen, v. 42, p. 151-159, 2014.
- CODATO, L. A. B. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1075-1080, 2008.
- COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 37, n.4, p. 456-462, 2003.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.
- COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-24, 2003.
- COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.
- DANNER, L. F.; BAVARESCO, A. O Fato do Pluralismo em Rawls: sobre a Fundamentação da Sociedade Política. **Revista Estudos Filosóficos**, São João Del Rei-MG (online), n. 5, p. 155-173, 2010. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/revistaestudosfilosoficos>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- DIÓGENES, M. A. R.; OLIVEIRA, M. G.; CARVALHO, Y. A. X. B. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no Modelo Calgary. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 88-96, 2011.
- DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev bras epidemiol.**, São Paulo, v. 16, v. 4, p. 953-65, 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al., Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar 2012.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: Structure, Process and Outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Vol III. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1980b. p. 79-128.

DONABEDIAN, A. Capacity to produce service in relation to need and demand. In: _____. **Aspects of medical care administration**. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1973, p. 418-85.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Vol I. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1980a. p. 14.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual. rev. bull.**, Chicago, v. 18, n. 11, p. 356-360, nov. 1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. pathol. lab. med.**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-5, abr. 2006.

EMMERICH, A. et al. **Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde**. Vitória, 2012. Relatório técnico de pesquisa.

ESPÍRITO SANTO. **Ficha de informações municipais de 2013**. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em 26 fev. 2015.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.

FIGUEROA, V.; ALFARO, N. A.; ROSA, A. C. Predictores de utilización de la atención prenatal. **Aten. prim.**, Barcelona, v. 35, n. 4, p. 185-91, 2005.

FONSECA C. R. B. et al. Adequacy of antenatal care and its relationship with low birth weight in Botucatu, São Paulo, Brazil: a case control study. **BMC pregnancy and childbirth**, Londres, v. 14, p. 255, 2014.

FORTES, P.A.C. A equidade no sistema de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 47-50, 2010.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. et al. **Health service research: an anthology**. Washington: Pan American Health Organization, 1992, p. 842-55.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T; MOYSÉS, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. panam. salud pública**, v. 33, n. 6, 2013.

GARBIN, C.S. et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev. odontol. UNESP**, Marília, v. 40, n. 4, p. 161-165, 2011.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 13-41.

GEORGE, A. et al. How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. **Birth**, Boston, v. 39, n. 3, p. 238-47, set. 2012.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no Mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 99-106, 2006.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, suppl. 2, p. 9-17, 2009.

GILSON, L. Acceptability, trust and equity. In: McINTYRE, D; MOONEY, G. **The Economics of Healthy Equity**. Cambridge, Cambridge University Press: 2007. p. 124-47.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A. M. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2507-2516, 2009.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. Bras. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 344, n. 26, p. 2021-25, jun. 2001.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Perfil Regional: Região Metropolitana da Grande Vitória**. Vitória, 2008.

- JONG, E. I. F. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. **Eur. j. public health**, Estocolmo, v. 22, n. 6, p. 904–913, 2012.
- KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 5, supl. 1, p. s23-s32, 2005.
- LAMARCA, G. A. et al. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and workbased networks. **Health qual. life outcomes**, Londres, v. 10, n. 5, p. 1-11, 2012.
- LAMARCA, G. A. et al. The different roles of neighborhood and individual social capital on oral health–related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. **Community dent. oral epidemiol.**, Copenhagen, v. 42, n. 2, p. 139-150, 2014.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil de mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S192-S207, 2014.
- LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community dent. health**, Londres, v. 5, n. 1, p. 3-18, 1988.
- LÜDKE, M., ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACKENBACH, A.; KUNST, A. E. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. **Soc. sci. med.**, Nova Iorque, v. 44, n. 6, p. 757-771, 1997.
- MARMOT, M. **Fair society, health lives: the Marmot Review**. Strategic Review of health inequalities in England post-2010. Londres, 2010.
- MARMOT, M. Health in an unequal world. **Lancet**, Londres, v. 368, n. 9552, dez. 2006.
- MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.
- MENDOZA-SASSI, R. A. M. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, abr. 2011.

MENDOZA-SASSI, R. A. M. et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Mussite, 2007.

MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. **Eff. health care (Leeds)**, Leeds-Inglaterra, v. 1, n. 4, p.179-185, 1983.

MORAES, M. S. et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 375-84, 2004.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA, J. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-99, 2003.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-7, 2007.

NEUMANN, N. A. et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 307-18, 2003.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. **J. orofac. Pain**, Carol Stream-EUA, v. 20, n. 4, p. 297-305, 2006.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. **Community dent. oral epidemiology**, Copenhagen, v. 33, n. 4, p. 307-14, 2005.

OMS. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 73, p. 165-74, 1995.

OMS. **Challenging inequity through health systems**. Final Report. Knowledge Network on Health Systems. June, 2007.

OMS. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**: Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice). Geneve: WHO, 2010.

PASSOS, A. A.; MOURA, E. R. F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ciara State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1572-80, 2008.

PENCHANSKY, D.; THOMAS, J. Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med. care**, Filadélfia, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

POLGLIANE, R. B. S.; SANTOS-NETO, E. T.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 269-275, 2014.

PORTO, S. M. **Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde**: uma contribuição para o caso brasileiro. 1997. 193f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

POSSOBON, R. F.; MIALHE, F. L. Saúde bucal da gestante e da criança: atuação preventiva precoce. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. P. 623-641.

PRESTES, A. C. G. et al. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 112-119, jan./abr. 2013.

PROADESS. Ministério da Saúde. **Avaliação do desempenho do sistema de saúde**. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>. Acesso em: 24 maio 2013.

PUCCINI, R. F. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 35-45, jan./fev. 2003.

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.8, n. 4, p. 401-410, out./dez., 2008.

RAWLS, J. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. **Lua Nova**, São Paulo, n. 25, 1992.

RAWLS, J. **Uma teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RIBEIRO, E. R. O. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC pregnancy and childbirth**, Londres, v. 9, n. 31, p. 1-8, 2009.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

SAY, L.; RAINE, R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 85, n. 10, p. 812-819, 2007.

SANTOS-NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-19, 2008.

SANTOS-NETO, E.T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 1650-62, 2012a.

SANTOS-NETO, E. T. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-68, 2012b.

SANTOS-NETO, E.T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 02, p. 256-266, 2012c.

SANTOS-NETO, E.T. et al. Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 08, p. 1664-1674, 2013.

SEN, A. Why and how is health a human right? **Lancet**, Londres, v. 372, n. 9655, p. 2010, 2008.

SEN, A. Why equity health? **Health econ.**, Chichester-Inglaterra, v.11, p. 659-666, 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-9, 2004.

SILVEIRA, M. F. et al. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 185-94, jan. 2010.

SLADE, G. D et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **Br dent J.**, Londres, v. 198, n. 8, p. 489-93, 2005.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community dent. oral epidemiology.**, Copenhagen, v. 25, n. 4, p 284-90, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community dent. health.**, Londres, v. 11, p. 3-11, 1994.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n. 2, p. 199-210, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 5, Supl 1, p. S11-S22, 2005.

SZWARCWALD, et al. Health Inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: Lower Healthy Life Expectancy in Socioeconomically Disadvantaged Areas. **Am. J. of Public Health**, Whashington, v. 101, p. 3-11, March 2011.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MC'INTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MC'INTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MC'INTYRE, D. Exploring the dimensions of access. In: MC'INTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity**. Cambridge-ING: Cambridge University Press, 2007. p. 103-47.

THIEDE, M.; MC'INTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-73, maio 2008.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 1997.

TRAVASSOS, C. **Equity in the Use of Private Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986**. 1992. Tese (Doutorado) - Department of Social Sciences and Public Administration, London School of Economics and Political Science, Londres, 1992.

- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012. p. 183-206.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S190-8, 2004.
- TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-9, 2002.
- VARGENS, O. M. C.; ADÃO, C. F.; PROGIANTI, J. M. Adolescência: uma análise da decisão da gravidez. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 115-122, 2009.
- VETTORE, M. et al. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, 2010.
- VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet** (Edição Brasileira), Londres, p. 32-46, 2011.
- VICTORA, C. G. et al. Achieving universal coverage with health interventions. **Lancet**, Londres, p. 1541-1548, 2004.
- VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approach. **Int. j. epidemiol**, Londres, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S217-26, 2009.
- VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. especial, p. 255-262, 2011.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. p. S85-100, 2014.
- WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **Bull. N. Y. Acad. Med.**, Nova York, v. 73, n. 1, p. 187-205, 1996.
- WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985.

ZANCHI, M. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 1019-1028, maio 2013.

ANEXO A

Declaração de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa para a RMGV-ES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 05 de novembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº 093/09, intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião Ordinária realizada em 04 de novembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,



Prof.ª Dr.ª Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO B

Declaração de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa para Vitória-ES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 03 de março de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto
Pesquisador Responsável pelo Subprojeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória”**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Subprojeto de Pesquisa, intitulado: **“Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória”** do Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o n^o 093/09, intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n^o 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7211

ANEXO C

Declaração de aprovação do Comitê de Ética para o projeto de pesquisa de tese



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESIGUALDADES SOCIAIS E GEOGRÁFICAS NO DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Pesquisador: Carolina Dutra Degli Esposti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21633613.5.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 451.930

Data da Relatoria: 14/11/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa em tela já recebeu o Parecer Substanciado do CEP/ENSP de número Parecer:414211, Data da Relatoria:02/10/2013, que apresentou pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Descrito no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora fez a avaliação dos riscos no P_B Informações Básicas do Projeto:

Riscos:

"Destaca-se que os riscos potenciais desse estudo consistem na possibilidade de identificação das participantes, através do conteúdo específico da entrevista. Porém, qualquer dado que possa identificá-las será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será mantido em local seguro, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados sob a responsabilidade da pesquisadora, atendendo dessa forma às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Também será garantida a manutenção do direito de que, a qualquer momento, a participante da pesquisa poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados no TCLE".

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 451.930

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrito no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descrito no parecer anterior.

Recomendações:

Descrito no parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora refez a avaliação dos riscos no P_B Informações Básicas do Projeto, anexou Folha de Rosto assinada.

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 08 de Novembro de 2013

Assinado por:

Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenadora)

Ângela Fernandes Esher Moritz
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/Fiocruz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO D

Declaração de autorização para uso dos bancos de dados

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Theodoro dos Santos Neto, líder do grupo de pesquisa-CNPq "Núcleo de Pesquisas em Saúde Bucal Coletiva", declaro, para os devidos fins, que a aluna Carolina Dutra Degli Esposti, CPF 055.444.967-65, RG 1770703-SSP/ES, regularmente matriculada no curso de doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) desde o ano de 2011, qualificada em julho de 2013, está autorizada a fazer uso das bases de dados dos seguintes estudos em sua tese de doutorado:

Estudo 1: Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde, realizado na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES, em 2010 (aprovado pelo CEP/UFES sob o nº 093/09 em 04/11/2009); e

Estudo 2: Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória, realizado em Vitória-ES, entre os anos de 2010 e 2011 (aprovado no CEP-UFES como subprojeto do estudo 1 - "Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde").

Vitória, 20 de agosto de 2013.

Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Departamento de Medicina Social
CCS/UFES - SIAPE 1699235

Edson Theodoro dos Santos Neto

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
CPF 094.035.797-65

ANEXO E

Carta de aceite para publicação de artigo na Revista Saúde e Sociedade

**SAÚDE &
SOCIEDADE**

Declaração

Declaramos que o artigo intitulado "Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema único de Saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo" de autoria de Carolina Dutra Degli Esposti, Adauto Emmerich Oliveira, Edson Theodoro dos Santos Neto, Claudia Travassos foi aprovado para publicação na revista *Saúde e Sociedade* (ISSN 0104-1290), em junho de 2014, com previsão de publicação em 2015.

São Paulo, 11 de julho de 2014.

Prof. Dra. Helena Ribeiro
Prof. Dra. Cleide Lavieri Martins
Editoras



APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL NA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: ACESSO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**, em que todas as maternidades e hospitais que realizam partos na região da Grande Vitória foram incluídos.

Objetivo da Pesquisa

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES.

Investigar integração entre assistência médica e odontológica na atenção pré-natal prestada na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES.

Investigar a realização de atividades educativas relacionadas aos cuidados do recém-nascido, prestadas na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES, durante o pré-natal.

Investigar os fatores sociais, econômicos, comportamentais maternos e biológicos materno-infantis associados à qualidade do pré-natal e à integração entre assistência médica-odontológica, durante a realização do pré-natal na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES

Duração da Pesquisa

Fui esclarecido (a) de que a minha participação neste estudo deverá ser durante o período de alguns minutos durante um dia, para responder ao questionário da primeira fase do estudo, com a minha privacidade preservada. Sendo necessário, outro dia será agendado para responder à entrevista aberta domiciliar da segunda fase do estudo.

Riscos e desconfortos

Fui esclarecido (a) de que não há riscos existentes em responder o questionário da pesquisa.

Benefícios

Fui esclarecido (a) de que não receberei nenhum benefício direto nesta pesquisa.

Garantia de sigilo de identidade

Estou ciente de que serei identificado (a) por um número de participação na pesquisa, que será conhecido apenas pelo investigador. Os dados coletados serão lançados em resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pelo pesquisador, para uso dessas informações neste trabalho, podendo ser utilizados na divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Caso a pesquisa seja publicada, meu nome não será identificado e minha identidade permanecerá confidencial, a menos que a quebra de sigilo seja uma exigência judicial.

Ressarcimento financeiro

É de meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação no estudo.

Direito de recusa em participação da pesquisa

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa. Caso me recuse em participar, isso não acarretará nenhum tipo de penalidade ou prejuízo à minha pessoa ou à minha permanência na instituição.

Esclarecimento de dúvidas

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou necessidade de reportar qualquer intercorrência, eu devo contatar a secretária do Departamento de Medicina Social - UFES pelo telefone **3335-7225** ou a secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo telefone **3335-7287**.

Declaro que entendo todos os termos desta pesquisa e que, voluntariamente, aceito participar deste estudo. Tenho completo conhecimento de todos os procedimentos a que serei submetido.

_____ Participante da Pesquisa

_____ Pais e ou responsáveis
(se participante menor de 18 anos de idade)

_____ Pesquisador responsável

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados para entrevista individual

ENTREVISTA COM PARTURIENTES

QUESTIONÁRIO |__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Obs: Para todo o questionário, preencher as questões que “não se aplicam” com (88) e as questões que a puérpera “não sabe informar”, “não se lembra” ou “sem informação” com código (99).

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Nome da Maternidade ou Hospital					
2. Entrevistador	__ __	3. Data da entrevista	__ __ / __ __ / __ __		
4. Supervisor	__ __	5. Data da 1ª revisão	__ __ / __ __ / __ __		
6. Revisor	__ __	7. Data da 2ª revisão	__ __ / __ __ / __ __		
8. Digitador	__ __	9. Data da digitação	__ __ / __ __ / __ __		

Iniciar após a assinatura do termo de consentimento...

II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

10. Qual a data do nascimento do bebê?		__ __ / __ __ / __ __
11. Qual o tipo de parto? 1. Normal 2. Cesáreo		__
12. Qual o sexo do seu bebê? 1. Masculino 2. Feminino		__
13. Qual o peso ao nascer do seu bebê?		__ __ __ __ gramas
14. Com quantas semanas de gestação nasceu o bebê?		Método Capurro __ __ sem.
15. Qual o comprimento do bebê? (anotar em cm)		__ __
16. Óbito fetal 0.Não 1.Sim		__
17. Óbito Neonatal 0.Não 1.Sim		__
18. Cor do recém-nascido:		__
1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena		

III. DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

19. Possui cartão da gestante 0.Não (pule para 56) 1.Sim		__ __
20. Local onde realizou o acompanhamento pré-natal: Nome da Unidade de Saúde: _____ 00. Não realizou		__ __
21. Com quantos meses de gravidez iniciou o pré-natal?		__ __
22. Total de consultas de pré-natal registradas:		__ __
23. Quantidade de consultas pré-natais nos três primeiros meses de gestação:		__ __
24. Quantidade de consultas pré-natais do 4º ao 6º mês de gravidez?		__ __

“Meu nome é.... e você foi convidada a participar de uma pesquisa que avalia a qualidade da assistência pré-natal no sistema público de saúde da Grande Vitória e também de fatores sociais associados à integração dessa assistência. Eu gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção.

IV. IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO (PARTO ATUAL)

56. Horário de início da entrevista		_ _ : _ _
57. Qual o seu nome completo?		
58. Qual a sua idade (anos completos)?		_ _
59. Qual a sua data de nascimento?		_ _ / _ _ / _ _
60. Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	_ _
61. A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	_ _
62. O seu filho apresentou algum problema no nascimento?	0.Não 1. Sim	_ _
63. Qual?		_ _
64. Seu bebê nasceu com baixo peso?	0.Não 1. Sim	_ _
65. Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não 1. Sim	_ _
66. Você já sabia onde iria ganhar o bebê?	0.Não 1. Sim	_ _
67. Você conseguiu ter o bebê no local onde estava planejado?	0.Não 1. Sim	_ _
68. Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não 1. Sim	_ _
69. Se não, passou por quantas maternidades?		_ _
70. Quando ficou grávida, você: 1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar		_ _
71. Depois que sobe da gravidez você ficou satisfeita?	0.Não 1.Sim	_ _
72. E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não 1.Sim	_ _
73. Você usou algum método para interromper a gravidez desse bebê?	0.Não 1.Sim	_ _

V. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi o seu pré-natal...

74. Você realizou algum acompanhamento pré-natal?	0.Não (pule para 129) 1.Sim	_ _
75. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?		_ _
76. Quantas consultas de pré-natal você realizou?		_ _
77. Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?		_ _
78. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?		_ _
79. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?		_ _
80. Até que mês da gravidez você fez pré-natal?		_ _
Você teve algum destes problemas na gestação:		
81. Pressão alta antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	_ _
82. Pressão alta depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	_ _
83. Anemia?	0.Não 1.Sim	_ _

84. Diabetes antes de engravidar?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Diabetes depois que engravidou?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Infecção na urina	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Outras doenças	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Qual(is)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Tomou algum remédio durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Qual(is)?					
Você fez os seguintes exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)					
91. Exame para tipo de sangue (ABO-Rh)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Exame de Anemia	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Testagem de HIV/AIDS	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Você repetiu esses exames depois do 7º mês de gravidez?					
98. Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Você tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Se não, porque o esquema de vacinação estava completo?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Pesaram você durante as consultas de pré-natal?	0.Nunca	1.Às vezes	2. Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Mediram sua pressão arterial durante a maioria das consultas do pré-natal?	0.Nunca	1.Às vezes	2. Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Verificaram as batidas do coração do bebê em alguma consulta do pré-natal?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Fizeram o exame de toque vaginal em alguma consulta do pré-natal?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. A sua gravidez foi considerada de risco?	0.Não	(pule para 110)	1. Sim, Alto	2. Sim, Médio	<input type="checkbox"/>
108. Sendo a gravidez foi de alto risco, você foi encaminhada para algum local especial?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Conseguiu realizar o acompanhamento no local especial recomendado, sendo a gravidez de alto risco?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Em sua opinião o atendimento que recebeu no pré-natal foi...	1-Ótimo	2-Bom	3-Regular	4-Ruim	5-Péssimo

VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:		
111. A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? 0.Não 1.Sim		_ _ _
112. Como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito? 0.Não 1.Sim		_ _ _
113. Sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre:		
114. Como extrair/tirar o leite do peito ? 0.Não 1.Sim		_ _ _
115. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 0.Não 1.Sim		_ _ _
116. Continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? 0.Não 1.Sim		_ _ _
117. Durante o pré-natal você foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você foi informada sobre		
118. A importância de a criança sugar o peito para a produção do leite? 0.Não 1.Sim		_ _ _
119. Os prejuízos do uso de mamadeiras para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
120. Os prejuízos do uso de chupetas ou bico artificial para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:		
121. A importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face? 0.Não 1.Sim		_ _ _
122. A importância da amamentação para prevenir problemas como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal 0.Não 1.Sim		_ _ _
123. A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:		
124. A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? 0.Não 1.Sim		_ _ _
125. Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
126. Uso de flúor? 0.Não 1.Sim		_ _ _
127. Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? 0.Não 1.Sim		_ _ _
128. Durante o pré-natal você recebeu algum incentivo para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou de visitas domiciliares? 0.Não 1.Sim		_ _ _

VII. ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi sua saúde bucal...

129. Você foi ao dentista durante a gravidez? 0.Não (pule para 146) 1.Sim		_ _ _
130. Onde realizou a(s) consulta(s)? 1. No Serviço Público (SUS) 2. No Dentista Particular 3. Em Ambos 4. Outros _____		_ _ _
131. Quantas consultas você fez no dentista?		_ _ _
132. O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____		_ _ _
133. Você teve prioridade no atendimento por estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____		_ _ _
Você fez que tipo de tratamento no dentista?		
134. Consulta de revisão 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular		_ _ _

3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	
135. Escovação sob orientação do dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
136. Limpeza dos dentes feita pelo dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
137. Aplicação de flúor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
138. Consulta por motivo de dor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
139. Consulta para extração dentária 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
140. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
141. Tratamento de canal 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
142. Tratamento de gengiva 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
143. Tratamento com remédio ingerido 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____ Quais remédios?	_ _ _
144. Realização de RX dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
145. Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ... 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	_ _ _

VIII. AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL (OHIP - Oral Health Index Profile)

Usar o cartão de respostas...

Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
146. Você teve problemas para falar alguma palavra? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
147. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
148. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
149. Você se sentiu incomodada com ao comer algum alimento? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
150. Você ficou preocupada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
151. Você se sentiu estressada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
152. Sua alimentação ficou prejudicada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
153. Você teve que parar suas refeições? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_

154. Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
155. Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
156. Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
157. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
158. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
159. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>

VIII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Agora vamos falar um pouco sobre seus filhos anteriores...

160. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta última gravidez e algum aborto que você tenha tido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. Você fez pré-natal na(s) outra(s) vez(es) em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
162. Você já teve algum aborto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
163. Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
164. Quantos partos você já teve?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Quantos partos foram cesarianas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
166. Algum filho nasceu morto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
167. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
168. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
169. Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez)? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
170. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez? (data de nascimento do filho anterior)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IX. HÁBITOS MATERNS

"Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você fez durante sua gravidez..."

171. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0. Não (pule para 177) 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
172. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
173. Quantas doses eram necessárias p/deixar você "alta"?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
174. As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
175. Você sente que deve parar de beber? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

176. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida?	0.Não 1.Sim	
177. Você fuma?	0.Não 1.Sim	
178. Você fumou durante a gravidez?	0.Não (pule para 181) 1.Sim	
179. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?		
180. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?		
181. Há quantos anos você é/foi fumante?		
<i>“Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa”</i>		
182. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez?	0.Não 1.Sim	
183. Que tipo? _____		

X. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu peso e a sua alimentação...

Usar o outro lado do cartão de respostas...

184. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	
185. Qual é a sua altura? (anotar em metros)	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
186. Feijão 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
187. Verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
188. Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
Durante sua gravidez quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos?	
189. Carne vermelha (boi, porco, cabrito) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
190. Frango 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
191. Suco de fruta natural 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
192. Frutas 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
193. Refrigerante ou suco artificial (tipo Tampico) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por	

212. Quantos quartos e salas tem na sua casa?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
213. Quantas pessoas moram em sua casa sem contar com esse bebê?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
214. Que tipo de parede tem na sua casa? 1. Cimento, tijolo, pedra ou madeira aparelhada 2. Tijolo de barro 3. Sapê, palha e madeira aproveitada 4. Plástico 5. Metal 6. outro _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
215. Que tipo de piso tem no interior da sua casa? 1. Piso revestido (concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos	<input type="text"/> <input type="text"/>
216. Para onde vai o lixo da sua casa? 1. È recolhido pelo gari 2. È colocado na caçamba 3. È enterrado/queimado 4. È jogado a céu aberto	<input type="text"/> <input type="text"/>
217. Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
218. Como é o esgoto na sua casa? 1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar (construída pelo morador, sem tratamento) 4. Fossa séptica (com recolhimento e tratamento específico)	<input type="text"/> <input type="text"/>
219. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/> <input type="text"/>
220. Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra	<input type="text"/> <input type="text"/>
221. A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro. 2. Tem companheiro, mas não vive com ele. 3. Não tem companheiro.	<input type="text"/> <input type="text"/>
222. Qual a sua raça ou cor? (ler as opções) 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	<input type="text"/> <input type="text"/>
223. Você sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="text"/> <input type="text"/>
224. Qual foi a última série que você completou na escola com aprovação? <input type="text"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="text"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
225. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente? 0. Não (pule para 228) 1. Sim	<input type="text"/> <input type="text"/>
226. Qual o seu trabalho atual? 1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma 4. Empregadora 5. Informal _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
227. Você tem carteira assinada? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/> <input type="text"/>
228. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família? 0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscate 4. Bolsa família 5. Outro. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
229. Quem é o chefe da família? (Se 1, pular para 232) 1. Você (a própria mulher) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outros	<input type="text"/> <input type="text"/>
230. Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola com aprovação? <input type="text"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="text"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	

231. Qual é a renda do (chefe da família) ?	R\$
232. Qual a renda total da família (juntando o dinheiro que todas as pessoas da casa ganham, quanto dá por mês)?	R\$

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.

Na sua casa tem...

233. Rádio	0. Não	Sim, quantos?	
234. Geladeira	0. Não	Sim, quantas?	
235. Freezer	0. Não	Sim, quantos?	
236. Videocassete	0. Não	Sim, quantos?	
237. DVD	0. Não	Sim, quantos?	
238. Máquina de lavar roupa (não incluir tanquinho)	0. Não	Sim, quantas?	
239. Forno de microondas	0. Não	Sim, quantos?	
240. Linha de telefone fixo	0. Não	Sim, quantos?	
241. Computador	0. Não	Sim, quantos?	
242. Televisão	0. Não	Sim, quantas?	
243. Quantas são a cores?			
244. Aspirador de pó	0. Não	Sim, quantos?	
245. Ar condicionado	0. Não	Sim, quantos?	
246. Carro particular	0. Não	Sim, quantos?	
247. Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos filhos?	0. Não	1. Sim	
248. Você tem empregada mensalista?	0. Não	Sim, quantas?	
Início da Seleção para Fase Qualitativa			
249. Caso você fosse selecionada, aceitaria receber em sua casa uma visita para conversarmos mais sobre o seu atendimento pré-natal?	0. Não	1. Sim	
250. Horário de término da entrevista			:

APÊNDICE C

Roteiro-guia de entrevistas individuais

1. Como foi para você descobrir a gravidez?
2. Você procurou algum tipo de serviço de saúde para fazer o acompanhamento pré-natal?
Por quê?
3. Você sentiu alguma dificuldade para frequentar as consultas de pré-natal? Quais?
4. Você recebeu visitas regulares de algum profissional de saúde durante a gravidez?
Comente.
5. Era necessário gastar algum dinheiro para fazer o acompanhamento pré-natal (remédio, transporte, alimentação...)? [caso negativo, pular para a questão 7]
6. Era necessário pegar dinheiro emprestado para realizar o acompanhamento pré-natal?
7. Era necessário deixar de ganhar dinheiro para realizar o acompanhamento pré-natal?
Explique (falta ao serviço, artesanato, faxinas...).
8. O que você esperava que um serviço de pré-natal oferecesse?
9. O que você achava sobre os profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal?
10. Você confiava nos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal?
11. Em sua opinião, a maneira que os profissionais de saúde realizavam o pré-natal estava de acordo com o que você precisava? Explique.

12. Você percebia que o espaço físico e os aparelhos disponibilizados nos serviços de saúde eram suficientes para atender as suas necessidades durante a gravidez?

13. Em sua opinião, como era a integração entre os profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal? (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos...)

14. Você se sentiu à vontade para falar alguma coisa que não estivesse satisfeita sobre os serviços de saúde? Explique.

15. Caso você precisasse realizar novamente acompanhamento pré-natal ou indicar um serviço de saúde a alguém que precisasse, o que você faria?

APÊNDICE D

Artigo científico aprovado para publicação na Revista Saúde e Sociedade (ISSN 0104-1290)

Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo²

Social Representations of prenatal care access in the National Health System in the Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo

Carolina Dutra Degli Esposti

Doutoranda em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz. Curso de Graduação em Odontologia. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Espírito Santo.
E-mail: carolinaesposti@gmail.com

Adauto Emmerich Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.
E-mail: adautoemmerich@terra.com.br

Edson Theodoro dos Santos Neto

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.
E-mail: edsontheodoro@uol.com.br

Claudia Travassos

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.
E-mail: claudia.maria.travassos@gmail.com

Correspondência

Carolina Dutra Degli Esposti
Endereço: Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe. CEP 29040-090. Vitória, ES, Brasil.

² Esta pesquisa contou com auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES – Processo 45581630/09) e bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Resumo

As representações sociais das puérperas sobre o acesso ao cuidado pré-natal destacam aspectos relacionados às barreiras de acesso e às formas de sua superação. O objetivo desse trabalho foi analisar o acesso ao cuidado pré-natal a partir das representações sociais de usuárias do Sistema Único de Saúde. A partir de 1035 puérperas, selecionou-se 24 puérperas da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo: um grupo de 14 puérperas que realizou mais de seis consultas de pré-natal e um grupo de 10 puérperas que realizou nenhuma ou até três consultas. Entrevistas individuais abordaram qualitativamente questões sobre o acesso aos serviços de saúde, segundo as dimensões disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade. A análise de conteúdo temática revelou situações de acesso satisfatório, mas também a existência de barreiras de acesso geográfico, organizacionais, indisponibilidade de recursos materiais e humanos, custos diretos e indiretos para obtenção do cuidado e expectativas não atendidas sobre os procedimentos e os aspectos mais subjetivos, semelhantemente nos dois grupos estudados. As diferenças na capacidade de enfrentamento desses obstáculos foram determinantes para o acesso adequado aos serviços de cuidado pré-natal. Considera-se que incluir as representações sociais das gestantes na avaliação do cuidado pré-natal facilita a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Acesso aos serviços de saúde; Representações sociais.

Abstract

Social representations of the mothers on access to prenatal care highlight aspects related to access barriers and ways to overcome them. The aim of this study was to analyze access to prenatal care from the social representations of users of the National Health System. From 1035 postpartum women, 24 postpartum women were selected of Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo: a group of 14 postpartum women who held more than six prenatal visits and a group of 10 postpartum women who held any consultations or even three. Individual qualitative interviews addressed issues about access to health services, according to the dimensions availability, affordability and acceptability. Thematic content analysis revealed satisfactory access situations, but also the existence of geographic access barriers,

organizational, unavailability of material and human resources, direct and indirect costs for obtaining care and unmet expectations about the procedures and the more subjective aspects similarly in both groups. The differences in the ability of facing these obstacles were decisive for adequate access to prenatal care services. Be deemed to include the social representations of pregnant women in the evaluation of prenatal care facilitates in the adoption of measures to ensure improved access.

Keywords: Antenatal care; Health Services Accessibility; Social representation.

Introdução

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) parte do pressuposto de que a melhoria do acesso e da qualidade do acompanhamento de pré-natal é importante para a redução das altas taxas de morbimortalidade materno-infantil registradas no Brasil (Brasil, 2000a). Apesar de o número de consultas pré-natal ter aumentado no Brasil (Victora et al., 2011), estudos avaliativos que analisaram as ações envolvidas no PHPN em todo o Brasil revelaram baixos percentuais de adequação do cuidado (Andreucci; Cecatti, 2011). Além disso, no Brasil, a baixa qualidade do pré-natal está associada à menor renda familiar, idade materna menor de 18 anos, menor escolaridade materna e ausência de companheiro (Coimbra et al., 2003; Ribeiro et al., 2009). Nesse contexto, a Rede Cegonha, lançada em 2011, soma-se às diretrizes do PHPN, na adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (Brasil, 2011).

O acesso, denominado por Donabedian (1990) como acessibilidade, relaciona-se à capacidade do usuário obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente. Segundo Thiede, Akewengo e Mc'Intyre (2007), o acesso aos serviços de saúde é composto por três dimensões: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade, dimensões que se interrelacionam. Nesse sentido, o conceito de acesso está fundamentado no ajuste entre o sistema de saúde e fatores individuais e comunitários.

A disponibilidade refere-se à existência de serviço de saúde específico ao alcance do usuário. Ou seja, é a expressão de se os serviços de saúde apropriados estão ou não disponíveis para os potenciais usuários no lugar certo e no momento adequado/correto. Inclui fatores como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os

usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação; transporte para os profissionais de saúde realizarem consultas domiciliares; e natureza e extensão da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população a qual se destinam (Thiede; Akewengo; Mc'Intyre, 2007).

A capacidade de pagar reflete o grau de financiamento público do cuidado em saúde em cada sistema de saúde. Expressa a capacidade aquisitiva do usuário, para incorrer com os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos serviços. Envolve a capacidade de mobilizar recursos financeiros, caso sejam requeridos, para o atendimento a suas necessidades de saúde. Implica a análise de gastos diretos dos usuários, ou seja, aqueles relacionados com honorários de profissionais de saúde, medicamentos e exames diagnósticos, transporte até o local de atendimento e alimentação especial, e gastos indiretos, como por exemplo, aqueles ligados à perda de produtividade relacionada ao tempo despendido com as viagens ou com a espera pelo atendimento (Thiede; Akewengo; Mc'Intyre, 2007).

Já a aceitabilidade relaciona-se aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, que sofrem influência de fatores como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. Diz respeito às expectativas dos pacientes sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado (Thiede; Akewengo; Mc'Intyre, 2007).

A informação é considerada um importante determinante da qualidade do sistema de saúde (Thiede; Akewengo; Mc'Intyre, 2007). É um elemento central que perpassa as dimensões do acesso, capacitando as pessoas para escolhas no contexto dos cuidados de saúde. Considera-se que a falta de informação sobre o processo saúde-doença e sobre as opções disponíveis de cuidado podem afetar o acesso aos cuidados de forma expressiva. É uma responsabilidade do sistema de saúde informar as pessoas sobre os serviços de saúde (Thiede; Mcintire, 2008).

Na avaliação de sistemas, programas e de serviços de saúde, é preciso considerar as representações sociais dos usuários, uma vez que fatores subjetivos estão contidos na relação entre o indivíduo que recebe o cuidado e o sistema que o produz. Representações sociais podem ser entendidas como “[...] a reprodução de uma percepção retida na

lembança ou o conteúdo do pensamento [...]” e manifestam-se em palavras, sentimentos e condutas de atores sociais que se movem, constroem sua vida e explicam os diversos eventos mediante o estoque de conhecimentos que possuem. Devem ser analisadas criticamente, já que se referem às condições reais de vida e contêm uma mistura de elementos tanto das classes dominantes, quanto das grandes massas e das filosofias correntes (Minayo, 1994, p. 89).

A perspectiva da gestante na avaliação da assistência pré-natal pode permitir que as normas do programa sejam flexibilizadas de modo a adequá-las aos valores e percepções das usuárias, uma vez que as necessidades percebidas por elas influenciam no modo como respondem às prescrições preventivas e terapêuticas (Almeida; Tanaka, 2009). Estudos a respeito das representações sociais das gestantes sobre o cuidado pré-natal revelaram aspectos implicados no acesso, principalmente relacionados à aceitabilidade e sua relação com a adesão ao cuidado, ao protagonismo das usuárias na construção dos itinerários terapêuticos e à percepção da oferta de recursos materiais e humanos (Ribeiro et al., 2004; Figueiredo; Rossoni, 2008; Almeida; Tanaka, 2009; Albuquerque et al., 2011; Vieira et al., 2011).

O objetivo desse trabalho foi analisar o acesso ao cuidado pré-natal a partir das representações sociais de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Metodologia

Realizou-se uma análise qualitativa sobre o acesso ao pré-natal como parte de um projeto de avaliação da qualidade da assistência pré-natal do SUS nos sete municípios da RMGV-ES. A partir da amostra de 1.035 puérperas, 24 puérperas foram selecionadas dentre aquelas que informaram, durante a primeira fase do estudo, aceitar participar da etapa qualitativa do mesmo, caso selecionadas (Santos Neto et al., 2012). O Ministério da Saúde preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal (Brasil, 2000a). O critério de inclusão na subamostra foi o número de consultas de pré-natal realizadas, buscando selecionar puérperas com diferentes níveis de acesso ao pré-natal de modo a verificar sua influência na representação social das gestantes. Assim, foram incluídas as puérperas que realizaram até três consultas de pré-natal, as que realizaram mais de sete consultas e as gestantes que não realizaram pré-natal, buscando-se selecionar duas puérperas em cada um dos sete municípios da RMGV-ES: Grupo A (puérperas que participaram de sete ou mais consultas de pré-natal,

totalizando 14 mulheres); e Grupo B (puérperas que não realizaram consulta de pré-natal ou que participaram de até três consultas, totalizando 10 mulheres). A perda de quatro puérperas no grupo B deveu-se ao fato de que em dois municípios (Viana e Guarapari) só havia na amostra uma puérpera pertencente a este grupo e no município de Fundão não havia nenhuma representante. As entrevistas foram agendadas por telefone para que ocorressem na residência das puérperas, em dia e horário de preferência delas.

Para a coleta dos dados, realizou-se entrevista semiestruturada individual a partir de um roteiro-guia com questões previamente definidas a partir do referencial teórico sobre acesso aos serviços de saúde, que se baseou nas dimensões do acesso: disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade. O roteiro-guia foi pré-testado em três mulheres que atendiam aos critérios de seleção, permitindo sua adequação, avaliação do tempo médio das entrevistas e das dificuldades para execução do estudo.

As entrevistas foram realizadas em torno do terceiro ou quarto mês pós-parto, por uma pesquisadora treinada, no domicílio das puérperas, para garantir o conforto das mesmas, evitando interromper a sua rotina diária, entre os meses de setembro e novembro de 2010. Em muitos casos, a puérpera estava em gozo de licença maternidade. Na entrevista, buscou-se criar um clima de cordialidade entre a puérpera e a entrevistadora, por meio de uma conversa informal, e sem a presença de outras pessoas, garantindo a confidencialidade das informações e também permitindo maior intimidade entre a entrevistadora e a entrevistada. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas em áudio e transcritas por duas pessoas treinadas para realizar este trabalho e a transcrição foi conferida pela entrevistadora, segundo as gravações, para identificar possíveis erros e refiná-la com suas impressões.

Para análise dos dados foi realizada uma análise de conteúdo temática, conforme apresentado na Figura 1. Descreveu-se o que estava contido nos enunciados e buscou-se inferir os conhecimentos da produção/recepção dessas mensagens. Na primeira etapa, de pré-análise, as entrevistas foram organizadas em arquivos individuais, com identificação da data e ordem da entrevista e do município a que correspondia a entrevistada e foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, ou seja, o contato inicial com as transcrições que permitiu à pesquisadora desenvolver as impressões, orientações e direções para a análise a partir do objetivo do estudo e do referencial teórico sobre acesso aos serviços de saúde. A partir dos temas já definidos (categorias do acesso), foram definidas as regras para tratamento das entrevistas, tais como a codificação, com escolha dos trechos de falas mais relevantes e

categorização dos trechos segundo categorias e estas reorganizadas em função dos temas. Na fase de exploração das entrevistas, foram realizadas a seleção e o reagrupamento dos trechos de falas em categorias (com identificação do grupo ao qual a mulher pertencia e número da entrevista), para se descrever os resultados e buscar inferências e interpretações (Bardin, 2009). Buscou-se identificar núcleos de sentido (temas e categorias analíticas) presentes nas falas, para revelar estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso (Minayo, 2007). As categorias disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade foram os eixos norteadores da análise (Thiede; Akewengo; Mc'Intyre, 2007).

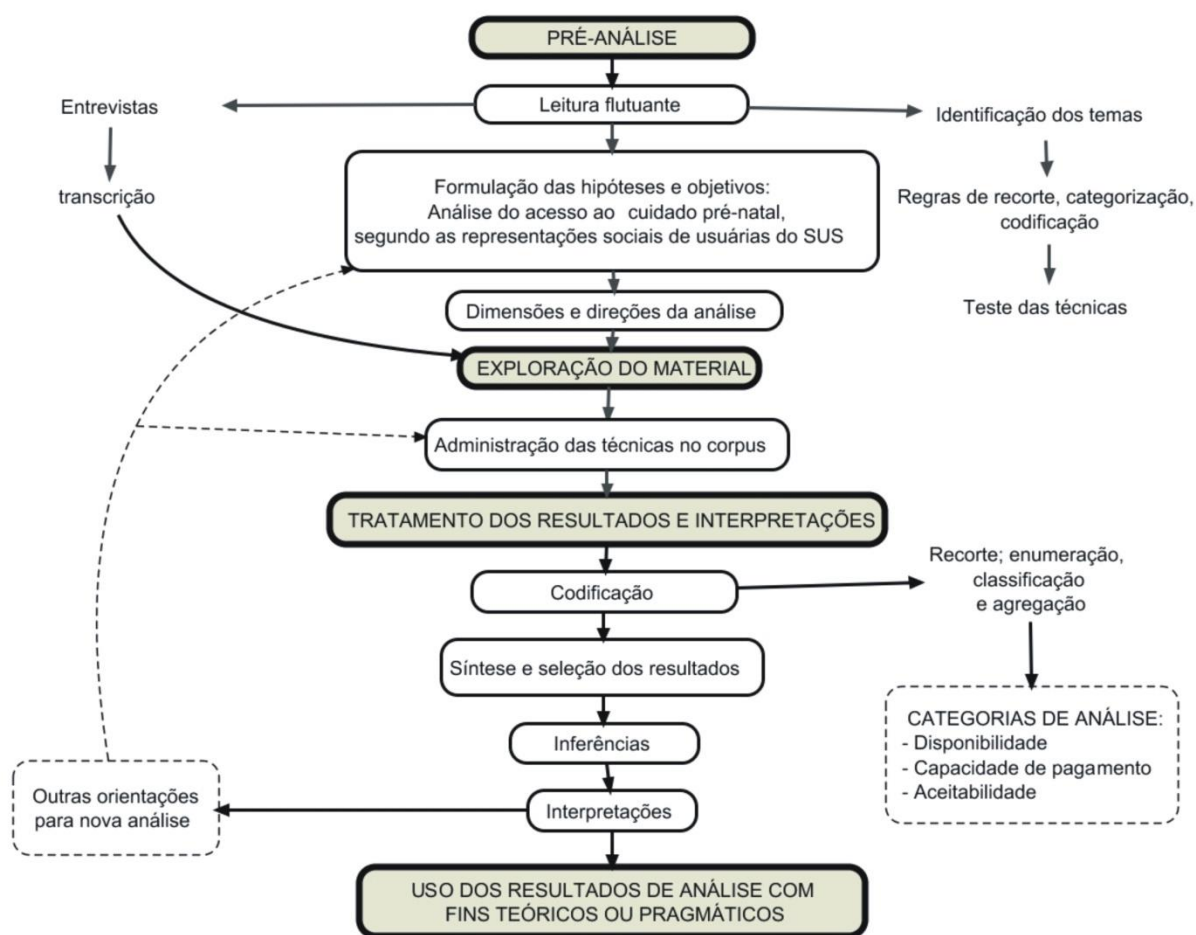


Figura 1 – Modelo de análise dos dados. RMGV-ES, 2010.

Adaptado de Bardin (2009).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 04/11/2009, sob o protocolo nº 93/2009, e pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o parecer nº 451.930/2013. Foram obtidas autorizações formais para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde (maternidades, hospitais, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde). Todas as puérperas participantes desse estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

As entrevistadas tinham entre 15 e 35 anos, oito moravam em área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e três em região coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a maioria possuía renda familiar de até dois salários mínimos (15 das 20 entrevistadas que informaram a renda familiar), 14 mulheres declaram-se pardas ou pretas, 20 mulheres tinham entre cinco e 11 anos de estudo, somente seis eram primigestas e cinco declararam que sua gravidez foi considerada de risco (mas somente três delas realizaram sete ou mais consultas). Destaca-se que seis entrevistadas tinham entre 15 e 18 anos de idade, e dessas, a maioria (quatro) foi classificada no grupo B, ou seja, realizaram até três consultas de pré-natal ou não realizaram pré-natal.

Disponibilidade

Em relação à localização geográfica, a maioria das puérperas percebeu os serviços como distantes de suas residências, denotando a presença de barreira geográfica ao acesso. A grande distância entre a residência e o serviço disponível, conforme destacado por elas, provocava a peregrinação entre os bairros e municípios vizinhos em áreas descobertas pela saúde da família. Esse fato foi inclusive citado como impedimento à continuidade do cuidado pré-natal, tendo a gestante deixado de cumprir com o mínimo de consultas previstas. Esse fato apresentou-se de modo diferente para as moradoras de áreas cobertas pela ESF. Alguns trechos de falas destacados dão a real dimensão dessas duas realidades:

[...] eu morava do outro lado [...]. Aí era muito longe pra mim ir. Aí eu fui uma vez, marquei, nem peguei o resultado, desisti. [...] eu poderia ir de bicicleta, mas é cansativo, é longe [...]. (B1)

[...] tinha que cada bairro ter o seu Médico. [...] Então não teria essa demanda de você precisar de acordar quatro horas da manhã, pra “tá” conseguindo um Médico. [...] Se fosse aqui no meu bairro seria mais fácil [...]. (A10)

A distância física e o tempo de viagem são classificados como fatores relacionados à organização do serviço (Thiede; Akewengo; Mc'Intyre, 2007). Em geral, discute-se que quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde, sendo a análise dessa barreira mais adequada quando se aplicam medidas do tempo de deslocamento e os custos financeiros envolvidos nesse transporte (Travassos; Castro, 2012).

Outro ponto destacado pelas mulheres refere-se ao espaço físico e aos recursos materiais e de equipamentos, considerados, de maneira geral, inadequados e/ou insuficientes para garantir o atendimento de qualidade, mesmo durante o período de espera pelo atendimento. Foram relatadas situações de falta de maca, materiais de biossegurança, equipamento diagnóstico, e até mesmo sala para atendimento. Já a avaliação sobre a higiene e a estrutura do serviço relacionada à ventilação, existência de bebedouros e mesmo alimentação devido aos longos períodos de espera foi variável entre as gestantes, independente do grupo a que pertenciam. Tais relatos distribuíram-se uniformemente entre os dois grupos de gestantes:

[...] a Médica não podia examinar porque não tinha luva [...]. (A11)

[...] Aí quando, quando era aqui, era muito pequeno, não tinha espaço direito. Não tinha cama, não tinha nada. Lá não, lá já é grande, já, mais limpinho [...]. (A4)

[...] Tem ventilação, tem água, tem bebedouro, tem purificador de água, [...] se você precisa de alguma coisa, de um copo, de um papel higiênico pra ir no banheiro, se você pedir elas fornecem. Então eu acho que é suficiente [...]. (A10)

O ambiente era bom, limpinho, as cadeiras era tudo organizada, isso, ventilado, isso que se torna confortável pra pessoa. Na hora das dores [...]. (B9)

A expectativa das gestantes à adequação do espaço físico às suas necessidades inclui elementos como local para espera adequadamente limpo, iluminado e ventilado, além dos locais de atendimento, como consultórios e salas de exames. A sala de espera, por exemplo, deve ser um espaço acolhedor, onde o diálogo e a escuta possam ser buscados (Albuquerque et al., 2011), e onde as gestantes possam compartilhar experiências (Vieira et al., 2011).

Com relação ao horário de funcionamento, relatou-se que nem sempre o serviço permitia flexibilidade no horário de atendimento ou era organizado para atendimento em tempo curto, pelo grande número de gestantes atendidas por um único profissional. Além disso, o

atendimento era organizado por ordem de chegada, gerando a espera da consulta por várias horas. No caso das gestantes empregadas, elas precisavam se organizar junto aos empregadores ou às vezes recorriam a outro serviço com horário de funcionamento adequado às suas necessidades, como os hospitais. Puderam ser destacados alguns trechos de depoimentos que relataram essa realidade, reclamação mais comum dentre aquelas que não cumpriram o número de consultas, denotando que resultou em barreira de acesso:

[...] No Hospital você vai, pode ir qualquer hora. Qualquer hora não, eles marcam uma hora pra você, você vai e na mesma hora eles te atendem. Lá [unidade básica de saúde] não era assim. (B10)

Quando eu pegava atestado, eu pegava um só de comparecimento [...] e ia trabalhar depois, pra não ter muito problema pro meu lado. Mas tinha dia que realmente não dava, [...] é um dia só, então eram várias mulheres, tinha que ficar o dia todo esperando ali [...]. (A9)

[...] Elas só atende as grávida de manhã, de tarde é as criança. Se você chegar ali de manhã à tarde ali com dor na barriga, ganhando ali, minha filha, cê num tem atendimento médico nenhum. (B2)

Os serviços de assistência ao pré-natal devem prever certa flexibilidade de horário de atendimento, já que muitas gestantes são trabalhadoras que muitas vezes não recebem apoio de seus empregadores para frequentarem os serviços. O horário limitado de funcionamento das unidades de saúde pode dificultar o atendimento às gestantes e puérperas (Narchi, 2010). As gestantes enfrentam, dentre outras dificuldades, o longo tempo de espera para consultas em instalações desconfortáveis e a dificuldade para o acesso ao primeiro atendimento (Figueiredo e Rossoni, 2008), o que costuma relacionar-se ao início tardio ao pré-natal (Pereira et al., 2006). No entanto, o tempo de espera e o agendamento de consultas pareceu não relacionarem-se ao tipo de unidade (básica ou saúde da família), em 22 municípios de todas as regiões brasileiras, segundo estudo realizado no ano 2000 (Ribeiro et al., 2004).

Em relação aos procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, as mulheres têm expectativas dos procedimentos a que devem ser submetidas, por experiência prévia ou por possuírem informação do tipo de cuidado preconizado para sua condição. Nesse estudo as mulheres questionaram o pequeno número de vagas para consultas e exames, a forma de agendamento, que gerava filas, e a ausência de referência e de estrutura para atendimento de gestantes de risco; mas, em outros relatos, as mulheres demonstraram satisfação quanto

ao serviço, o que revela que as barreiras de acesso expressas nas situações vividas por algumas mulheres que buscam a assistência pré-natal na região não foram enfrentadas por todas elas, como relatado pelas entrevistadas:

[...] Que fosse oferecido pra mim, como em qualquer gravidez normal, os seis exames completos, fosse feito os exames tudo direitinho, ultrassonografia e que eu fosse acompanhada pelo médico – né? ... Isso eu esperava. [...] Aí eu não fui mais [...]. Não tem Médico – né? – eu vou fazer o quê lá? [...]. (B6)

[...] tem que ficar na fila fia, pra pegar ficha. E quando você consegue ainda [...]. (A2)

[...] tudo o que eu precisava, no caso era a consulta – né? – essas coisas assim, então, muito bem. Os exames de sangue, urina, fezes, que eu precisava de fazer sempre – né? Eles, eles me atendiam certinho, eu fazia os exames direitinho, era tudo como eu esperava. (A14)

As principais linhas de ação do PHPN preveem para o cuidado pré-natal consultas, exames, vacinação, atividades educativas e atendimento garantido às gestantes de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência (Brasil, 2000a). Porém, observou-se no presente estudo que nem sempre esses procedimentos foram realizados para todas as gestantes.

Discute-se ainda que os Agentes Comunitários de Saúde poderiam realizar a captação de gestantes, principalmente daquelas vivendo uma situação difícil com a descoberta da gravidez e que precisam de um apoio para procurar cuidado pré-natal. No entanto, poucos relatos demonstraram que isso aconteceu, principalmente para o grupo que não cumpriu o número mínimo de consultas, demonstrando que esse importante mecanismo de interação serviço-usuário deixou de existir, denotando diferenças nos atendimentos nos diversos municípios estudados. Os seguintes depoimentos descrevem essas duas situações:

[...] Uma moça veio, ela já sabia que eu tava grávida, do hospital, aí pegou e falou que era importante, que eu tinha que fazer o pré-natal e que era pra mim procurar ela. Aí eu peguei e fui lá no posto. Era a agente do posto mesmo [...]. (B8)

[...] ela passava periodicamente todos os meses e fazia a fichinha, tudo direitinho, como que tava o pré-natal, tudo [...]. (A7)

[...] Já é difícil achar no posto, vai vim casa? É quase que impossível [...]. (B3)

As visitas domiciliares, nesse contexto, devem servir para a busca ativa de gestantes, auxiliando sua inserção no processo de cuidado pré-natal. A disponibilidade dessas visitas,

principalmente nas áreas cobertas pela ESF e pelo PACS, atua como complemento às ações exercidas na unidade de saúde e pode melhorar o acesso ao pré-natal (Brasil, 2000b).

A indisponibilidade de cuidado odontológico também foi relatada pela maioria das mulheres. Revelou-se que em poucos casos houve garantia de atendimento. A maioria das mulheres não sabia ou não foi informada quanto à necessidade de cuidado odontológico durante a gestação, muito menos o recebeu, fato também ocorrido dentre aquelas que cumpriram com o mínimo de consultas pré-natal, como bem destacam alguns depoimentos:

Porque Dentista nessa rede pública é muito difícil. Muito mesmo. É igual ganhar na loteria. Já procurei várias vezes. Nossa mãe! Desde antes de engravidar até. Nunca consegui, não [...]. (B6)

[...] eu que procurei porque eu não tava aguentando de dor e o “postinho” falou que não podia fazer nada, devido à eu tá grávida. Tinha que passar pela médica. E prioridade, tinha que ir três horas da manhã, uma hora da manhã. Aí eu peguei e desisti. Vim pra casa comprei um remédio, tomei, por conta própria [...]. (A11)

[...] eu tive acompanhamento aqui [na Unidade próximo da casa dela] a gravidez toda. Ah é, era de rotina, assim. Toda gestante – né? – que tinha que fazer um acompanhamento. (A13)

A importância de uma equipe multiprofissional no cuidado pré-natal nem sempre é divulgada para as gestantes e raramente está disponível (Figueiredo e Rossoni, 2008). O Ministério da Saúde prevê o atendimento odontológico como uma das ações complementares da assistência à gestante (Brasil, 2000b). Especificamente sobre a oferta de atenção à saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente –, implantada no país em 2004, visa também à ampliação da assistência odontológica às gestantes que necessitam de prioridade nos cuidados e apresentam quadros de saúde bucal peculiares (Brasil, 2006). Estudo realizado em Londrina-PR, em 2004, mostrou que a busca pela atenção odontológica como ação complementar ao pré-natal era mais comum dentre aquelas gestantes que realizaram pré-natal no SUS, quando comparadas com aquelas que realizaram esse cuidado no serviço privado (Codato; Nakama; Melchior, 2008). Destaca-se a necessidade de educação em saúde bucal, utilizando-se veículos de comunicação de grande alcance para a desmistificação de que a atenção odontológica não deva ser realizada durante a gestação e na incorporação gradativa de novos conhecimentos e práticas de saúde bucal pelos profissionais da área odontológica (Codato et al., 2011).

Pode-se apreender que as principais dificuldades vivenciadas pelas mulheres quanto à disponibilidade de serviços adequados às suas diversas necessidades e aos contextos sociais nos quais elas estão inseridas ainda residem na indisponibilidade de serviços próximos às residências dessas mulheres, nos horários de atendimento inadequados e nos sistemas de marcação que nem sempre facilitam a ida delas ao serviço e a continuidade do cuidado. No entanto, também se depreendeu das falas contextos em que a disponibilidade esteve adequada, contribuindo para o acesso ao cuidado pré-natal.

Capacidade de pagar

No presente estudo, as mulheres precisaram incorrer com alguns custos diretos para obtenção de cuidado pré-natal, em decorrência de necessidade de uso de meio de transporte para chegar ao local de atendimento, e para pagar alguns procedimentos indisponíveis, principalmente aqueles ligados às tecnologias diagnósticas e aos medicamentos prescritos. Em relação às tecnologias diagnósticas, as estratégias adotadas pelas mulheres tinham por objetivo garantir que os resultados dos exames estivessem disponíveis antes da consulta seguinte, dada a indisponibilidade do recurso no tempo requerido. Essas situações foram bastante citadas, independentemente do número de consultas de pré-natal realizadas:

Porque ele [o médico] falou que era só particular, que como era urgente, eu não ia conseguir jamais no serviço público. [...] Precisei gastar com ultrassonografia que eu fiz [...] e precisei de gastar dinheiro com ônibus de baixo pra cima [...]. (B6)

Pelo SUS demora muito conseguir uma vaga – né? – pra fazer a ultrassonografia. Aí eu preferi pagar [...] que seria mais rápido. Pegava na hora. (A13)

[...] que tinha que tá tomando o remédio que o Médico passava, aí eu ia pedia, eles falavam que, não, não podia tá dando esse remédio, teria que tá comprando. Aí tipo assim, a gente saía do, de lá triste – entendeu? (A12)

O SUS orienta-se pela gratuidade do cuidado no momento de sua prestação, baseado nos princípios do cuidado universal e integral a todos os brasileiros. No entanto, algumas mulheres neste estudo relataram dificuldades para conseguir o cuidado necessário, exigindo em várias situações o uso de recursos financeiros para sua obtenção. Demonstraram expectativa de oferta pelo sistema público de todos os recursos que consideravam necessários à adequada assistência. Podem existir gastos relacionados principalmente à

compra de medicamentos, exames laboratoriais e ultrassonografia (Carvacho et al., 2008). Com relação à ultrassonografia, o PHPN não incluiu o exame no rol de procedimentos (Brasil, 2000a).

Além dos custos diretos, algumas mulheres se depararam com custos indiretos para utilizar os serviços de assistência pré-natal, a maioria deles relacionada ao horário de atendimento e ao tempo de espera pelas consultas, gerando gastos com alimentação e com implicações para a rotina daquelas que eram trabalhadoras. Essas dificuldades foram verificadas nos relatos de algumas das entrevistadas:

[...] quando eu tinha consulta era o dia que eu fazia faxina. Aí então, eu dei preferência à consulta. Ah, foi difícil, porque eu deixei de ganhar o dinheiro – né? Aí ficou muito difícil [...]. (A11)

Mas tinha consulta que eu tinha que faltar [ao trabalho] porque às vezes tinha consulta que era à tarde [...]. (B7)

Os custos indiretos também precisam ser levados em conta na análise do acesso aos serviços de saúde (Thiede; Akewengo; Mc’Intyre, 2007), pois atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso a esses serviços, sendo desfavorável aos mais pobres. A universalização do acesso volta-se para reduzir essa barreira financeira, que gera situações nas quais as gestantes precisam mobilizar recursos financeiros para arcar com os custos do cuidado.

Diante dessas situações, isto é, diante da necessidade de pagar e de incorrer em despesas ou perda de rendimento para obtenção de cuidados pré-natal, algumas mulheres precisaram organizar seus orçamentos domésticos e mobilizar uma rede social de apoio para dar continuidade ao cuidado. Alternativas incluíram pegar dinheiro emprestado com familiares e amigos, o que nem sempre foi percebido como aceitável, uma vez que gerava constrangimento, como relatado por algumas entrevistadas:

[...] com remédio sim e com transporte também, eu ia de ônibus [...]. Era difícil, porque tinha que pedir dinheiro a minha mãe, e eu com vergonha de pedir [...]. (A4)

[...] Eles [vereadores] me davam o dinheiro pra mim pagar a passagem. [...] eu fico meio constrangida – né? – porque, tipo assim, é chato a gente ficar dependendo tanto, assim, dos outros – né? Que se dependesse de mim eu não, não pedia não, mas tem que fazer o quê – né? – tem que pedir, não adianta, não tem jeito [...]. (A12)

Em relação aos medicamentos, por exemplo, a indisponibilidade de medicamento gratuito marca a desigualdade social com maior comprometimento relativo da renda dos mais pobres para sua aquisição (Boing; Bertoldi; Peres, 2011). A rede social mobilizada para garantir o cuidado adequado pode incluir o “estado paralelo”, com uso de uma relação de poder socialmente constituída, distorcida, em garantia dos direitos de cidadania negados (Agamben, 2007), como no exemplo citado da intervenção do vereador sobre questões sem relação direta com o cargo ocupado.

Apesar de as mulheres questionarem a situação de existência de barreiras financeiras, também demonstraram certo conformismo com esta situação. Em muitos depoimentos, as mulheres usaram a expressão **só isso**, quando se referiam à necessidade de mobilização de recursos financeiros para garantir o cuidado pré-natal que consideravam adequado:

Só gastava com a ultrassom [...]. Ele [marido dela] já separava, eu só falava com ele: oh, tem que fazer a ultrassom. Ele ia separava e eu ia e fazia [...].
(A2)

[...] na sexta-feira, eles não levam paciente nenhum [...]. Aí eu pegava e só pagava a passagem pra ir e vim – né? – no caso. Ou então comprar remédio que eu, no caso, eu tinha que tá tomando remédio, aí eu comprava o remédio. Só isso mesmo. (A12)

Só a passagem mesmo e quando chegava lá [...]o Médico demorava mais de duas horas pra chegar. E comprava alguma coisinha pra mim comer, só isso. [...] É, então, teria que ter pelo menos um biscoitinho. Dá um lanche. (B4)

Estudo realizado em Indaiatuba-SP, em 2003, mostrou que um baixo percentual de gestantes declarou ter tido algum tipo de gasto, mas que, dentre aquelas que precisaram gastar havia a percepção de que esse gasto era pouco ou razoável (Carvacho et al., 2008). Caso semelhante ocorreu neste estudo, no qual as mulheres avaliaram a situação como aceitável, apesar da legislação de direito de todo cidadão brasileiro à atenção integral.

Com base nos depoimentos, pode-se inferir que na região do estudo, a organização do cuidado pré-natal não garantia a oferta a todos os recursos necessários a um adequado cuidado e por isso as mulheres precisaram construir mecanismos de resposta às barreiras financeiras encontradas. Esse é um fato importante, pois uma vez que não possuam condições financeiras ou não conseguiram mobilizar uma rede social de apoio, de alguma forma, estarão **excluídas** de um cuidado adequado, apesar do SUS. Ao não conseguir custear, por exemplo, o deslocamento até o local de atendimento, a mulher pode

simplesmente abandonar a busca pelo cuidado, sem que o sistema de saúde local se dê conta disso.

Aceitabilidade

Uma barreira de acesso observada neste estudo deve-se ao fato de que algumas das puérperas consideravam que a assistência pré-natal devesse ser realizada pelo médico. Muitas não aprovavam o acompanhamento com os enfermeiros, a exemplo destes depoimentos:

Eu acho que uma Enfermeira não "tá" preparada pra cuidar de uma situação como a gravidez, por exemplo. [...] Então preferi ir pra lá, que lá tinha uma Médica. (A10)

[...] eu acho que só o Médico mesmo que realizava o pré-natal já era suficiente mesmo [...]. (A6)

Ainda que seja orientada por normas técnicas e prescrições, a interação entre os profissionais de saúde, que, em tese, representam a razão científica, e a clientela, que recorre aos serviços de saúde, contém grande dose de senso comum, em que se expressam assimetrias e polifonias (Garnelo e Langdon, 2005). Quando um indivíduo procura uma determinada racionalidade médica, ele carrega consigo um conjunto de imagens e representações sobre seu adoecimento, suas origens ou causas e sobre as possibilidades de recuperação de sua saúde que coincidem em parte com as concepções e representações do sistema médico escolhido (Luz, 2005). Carregam consigo também representações sobre o próprio sistema de saúde. Considera-se importante salientar que a participação do não-médico na atenção pré-natal trouxe significativo avanço na sua qualidade, mas por vezes o próprio profissional da enfermagem pode não se sentir capacitado à função de obstetrícia, por sua formação deficiente e também por associar a qualificação profissional com autonomia na prescrição de medicamentos e solicitação de exames, por exemplo (Narchi, 2010).

Vários depoimentos, principalmente de puérperas que não realizaram o número mínimo de seis consultas pré-natal, revelaram expectativas sobre os procedimentos que deveriam ser realizados no pré-natal e sobre o processo de trabalho que envolve esse cuidado. Puderam ser destacados os seguintes trechos das entrevistas, que revelam a discordância sobre a proposta de cuidado:

[...] eu pensei que eles ia passar uma ultrassom, ia medir a barriga, ia me falar como é que o bebê tava, porque eu não queria fazer o acompanhamento pra vê minha barriga crescer, pra fazer exame de sangue. Eu queria vê como o bebê tava devido a que eu tinha tomado muitas coisas [...]. (B1)

[...] o médico chegava primeiro. A gente ia pesar depois que consulta? Pesas e medir pressão depois que consulta? Aí ele só ia vê só no outro mês a pressão da gente [...]. Porque as mulheres [responsáveis pelo serviço] num chegavam cedo pra medir [...]. (A2)

A adesão da mulher ao pré-natal tem por objetivo prevenir complicações da gravidez (Duarte e Andrade, 2008). Pesquisa realizada em 2006 com 21 gestantes que realizaram pré-natal no SUS em Campo Grande-MS, residentes em áreas de média e baixa renda, revelou que a procura pela assistência pré-natal envolveu expectativas das gestantes relacionadas ao nascimento e à saúde do bebê. Revelaram, além disso, que a comunicação entre as gestantes e os profissionais responsáveis por seu cuidado em saúde não foi adequada e que esta foi considerada insatisfatória pelas entrevistadas principalmente por não terem sido consideradas pelos profissionais queixas de ordem afetiva, relacionadas aos medos e às ansiedades desta época delicada do ciclo de vida feminino (Duarte; Andrade; Mamede, 2011), apesar de que muitas vezes o vínculo com o responsável pelo cuidado pré-natal (médico ou enfermeiro) possa ser confundido por elas como o suprimento de carências afetivas (Albuquerque et al., 2011).

Nesta pesquisa as mulheres também expressaram suas expectativas quanto ao sistema de referência, pelo qual devem, em casos específicos, por exemplo, serem encaminhadas ao acompanhamento de uma gestação de alto risco. Também esperavam que houvesse a definição do profissional de referência para a realização do parto, e avaliação e encaminhamento de esterilização feminina, através da laqueadura. Houveram relatos desse tipo de expectativa e de sentimento de frustração por não terem sido atendidas, principalmente daquelas com menor número de consultas:

[...] ele falou que ia fazer o meu parto e não fez. (B4)

[...] E essa era a minha intenção assim não de ter engravidado pra ligar, mas de já que eu engravidei, de pelo menos ligar depois que eu ganhasse [...]. (B7)

Segundo Narchi (2010), em estudo com enfermeiros da Zona Leste da Cidade de São Paulo, em 2008, existe falta de vagas para o cuidado pré-natal, ausência de garantia para o parto no hospital de referência e a falta de vagas para a esterilização do casal no pós-parto.

Esses elementos contribuem para dificultar a realização do atendimento adequado a gestante e à puérpera. O planejamento familiar instituído pela Lei nº 9263/1996 veda a esterilização cirúrgica em mulheres nos períodos de parto ou de aborto, exceto em casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. No entanto, existem diversas ambiguidades na interpretação da lei, controvérsias nas decisões e dilemas na execução por parte dos profissionais de saúde, que podem levar algumas gestantes, como as do presente estudo, à expectativa de realização do procedimento durante o parto (Yamamoto, 2011).

Ao serem analisadas as representações sociais das puérperas sobre o atendimento de suas expectativas, observa-se que existe um grupo que considera ter recebido o que esperavam, e outro, cujas expectativas não foram atendidas. Essa diferença pode resultar de características da organização dos serviços em cada local e aos próprios profissionais, mas também pode ser influenciada pelo sistema de crenças dessas mulheres, que esperam coisas diferentes, em função de características individuais e sociais. Os seguintes depoimentos destacam tais diferenças:

[...] lá fica lotado – né? – muitas mães, mas era prazeroso, [...] é um Médico tão maravilhoso, ele é uma pessoa tão boa [...]. A gente preferia esperar por ele quatro horas, cinco horas, o tempo que fosse, do que de repente esperar quarenta minutos e consultar com um outro médico que não era tão bom [...]. (A7)

[...] por mim tá do jeito que tava eu achava que eles tinha que me consultar ou olhar pra mim – né? – como diz vereador – né? Olhar pra mim com carinho [...]. (B2)

Havia expectativas sobre o acolhimento, a cordialidade e o respeito. Foram apontadas dificuldades na comunicação dos profissionais e sensação de insegurança também, revelando deficiências e discrepâncias com influência sobre a aceitabilidade das mulheres sobre a assistência pré-natal, fatos bastante destacados nos dois grupos de mulheres. Apesar disso, um pequeno grupo relatou ter tido uma experiência positiva em relação a essas questões. Tais realidades foram assim relatadas:

Num tinha assim aquela confiança, mas como eu tava precisando naquele momento tinha que confiar. [...] sabe aquela pessoa que atende rápido, num te, tipo assim, num te dá uma atenção total assim [...]. (B7)

[...] *Parece que quando tá entrando alguém na sala é, tipo assim, tá entrando um animal. [...] Conversa com você só pra saber o básico que você tá passando, o que, você tá sentindo, só [...].* (A12)

[...] *Ela é uma ótima Médica, todo mundo adorava ela. A L. que já é Ginecologista mesmo, ela era, às vezes, meio ignorante. Né. É, tem os dois lados, mas eu prefiro o lado mais ignorante, pelo menos – né? – resolveu meu problema.* (A14)

Só tem eles pra confiar mesmo. Primeiro Deus – né? – depois eles mesmo. Confiava sim. Competentes, tinha palestra também, pras, pras gestantes [...] que nem mãe de primeira viagem mesmo, igual eu, eles explicava muita coisa. (A6)

A sensibilidade da equipe de saúde em realizar o acolhimento às necessidades percebidas e expectativa das gestantes pode aproximar ou afastá-las do serviço (Vieira et al., 2011). A humanização no cuidado pré-natal, conforme preconizado pelo PHPN (Brasil, 2000a), pressupõe uma atuação ética e um atendimento digno, respeitoso e de qualidade. Deve ser um momento também de considerar os desejos, crenças e conceitos das gestantes, permitindo-as participar do processo de cuidado (Duarte e Andrade, 2008).

Diante de expectativas não atendidas, no entanto, foi relatado muito conformismo. A usuária não se sente **empoderada** e não parte em busca do que considera seu direito. Na verdade, acha que sua opinião não tem força, ou, ainda, tem receio de perder o acesso ao serviço, caso formalize alguma queixa.

[...] *Ah, esse pessoal é muito ignorante, depois se precisa deles de novo, eles acaba nem atendendo a gente porque a gente fez uma ignorância com eles, ou a gente expressou nossa opinião [...].* (B6)

[mas] *quando a gente tá precisando, a gente num fica reclamando muito – né? Ainda mais quando tá grávida [...]. Tudo tem que esperar. Então assim é normal – né? – quando a gente num tá assim morrendo [...].* (B7)

Albuquerque et al. (2011) relataram, em estudo realizado na cidade de Fortaleza-CE em 2008, situações de maior proatividade da gestante, ao questionar a organização do cuidado, por exemplo. No entanto, o que o presente estudo mostrou foi que, de maneira geral, as gestantes não se sentiram à vontade para dar opinião junto ao serviço, por medo de retaliação ou por acreditar que sua opinião não tem valor para a gestão dos serviços.

Com relação às gestantes adolescentes, alguns relatos destacaram situações específicas que interferiram no desejo de procura do cuidado pré-natal, como a falta de informação sobre a importância do cuidado pré-natal, e também da dificuldade em lidarem com a possibilidade de rejeição social e de condenação da gravidez, revelando situações de discriminação:

[...] nem fui eu que procurei. Foi minha tia que me levou, porque eu não sabia. Que tinha que fazer esse negócio aí. Procurar Médico, passar pelo Médico. Pensei assim, que chegava nos nove “mês” e já ia pro hospital – né? Aí eu comecei a ir. Parei, parei um dois meses, uns três meses porque eu tinha que viajar [passou um tempo em outro estado, pela rejeição do pai à gravidez].
(B4)

Ah eu fiquei muito triste, [...] eu me vi grávida de novo, morando com meu marido, mas lá [município distante de sua origem e sua família] [...] fiquei desesperada mesmo. Tentei tirar. [...] A minha vergonha era ter que andar com uma filha pequena e a barriga lá na boca. Nossa eu morria de vergonha! Se eu sáísse e alguém me perguntasse, essa minha barriga era a primeira gravidez. [declarou que não ia às consultas de pré-natal por não ter com quem deixar a filha]. (B1)

Buscando esconder ou eliminar signos que se tornam símbolos de estigma, uma adolescente gestante constrói estratégias que podem incluir a divisão do mundo em um grande grupo ao qual ela não diz nada e em um pequeno grupo, ao qual tudo é revelado e o sobre o qual ela pode se apoiar (Goffman, 1988). A interação com os serviços pode também ser impossibilitada para gestantes adolescentes para esconder sua gravidez, como destacado num dos relatos, em que uma adolescente foi trancada no quarto pelo pai para que ninguém a visse. A vergonha diante da possibilidade de rejeição social (Diógenes; Oliveira; Carvalho, 2011) e da condenação da gravidez (Vargens; Adão; Progianti, 2009), causa insegurança na adolescente, com a qual a equipe de saúde precisará lidar. Ao se somarem às dificuldades psicossociais que atuam como barreira à procura por atenção pré-natal das adolescentes, possíveis barreiras de acesso tais como o gênero do profissional também devem ser consideradas (Carvalho et al., 2008).

É importante destacar que a aceitabilidade tem influência sobre a adesão ao cuidado pré-natal (Vieira et al., 2011). As gestantes têm muitas expectativas relacionadas ao momento especial que estão vivendo, preocupando-se com o ser que estão gestando. Essas expectativas também são influenciadas pelas experiências passadas de contato com os

serviços de saúde. Adequar a capacidade do serviço a essas expectativas não é tarefa fácil, mas precisa ser encarada pelos gestores e profissionais de saúde em contato direto com as gestantes.

Considerações finais

As representações sociais dos usuários deve fazer parte da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Permitem revelar peculiaridades que se dão no encontro entre sujeitos que não podem ser apreendidas por outra metodologia. Cumpre o objetivo de gerar subsídios para a reorganização dos serviços, na busca pela adequação dos mesmos às necessidades e expectativas dos usuários, neste caso específico, mulheres em período gestacional. Isso se torna ainda mais relevante no contexto da implantação da Rede Cegonha, que, ao somar-se às diretrizes do PHPN, visa estimular adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (Brasil, 2011).

Os dados permitiram compreender que o acesso ao pré-natal é adequado em muitas situações, mas que muitas barreiras são enfrentadas pelas gestantes para o acesso a esses serviços. A partir de uma necessidade de cuidado percebida, as gestantes que decidem buscar o cuidado pré-natal podem deparar-se com dificuldades relacionadas à disponibilidade, aos custos diretos e indiretos, e à relação que se estabelece com os serviços. De forma geral, observou-se que as barreiras de acesso se apresentaram de forma semelhante nos dois grupos estudados, o que as diferenciou foi a capacidade de enfrentar tais obstáculos. Entender as peculiaridades envolvidas no acesso ao cuidado pré-natal contribui para a reorganização dos serviços.

Contribuição dos autores

Esposti participou de todas as etapas gerais do estudo: concepção do estudo, planejamento, construção dos dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Santos-Neto participou da concepção do estudo, planejamento e revisão crítica do artigo. Oliveira participou da concepção do estudo, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Travassos participou da análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e revisão final do artigo.

Referências

- AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- ALBUQUERQUE, R. A. et al. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.15, n.38, p.677-686, 2011.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 569, de 1º junho de 2000a*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Pré-natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília; 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/GM nº 1459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 ago. 2012.
- CARVACHO, I. E. et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-894, 2008.
- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1075-1080, 2008.
- CODATO, L. A. B et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
- COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 37, n.4, p. 456-462, 2003.
- DIÓGENES, M. A. R.; OLIVEIRA, M. G.; CARVALHO, Y. A. X. B. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no Modelo Calgary. *Rev. RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 88-96, 2011.

- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology and laboratory medicine*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: Uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O.; MAMEDE, M. V. Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery*, Edinburg, v. 27, p. 160-164, 2011.
- FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Revista gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.
- GARNELO, L.; LANGDON, J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 133-156.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. São Paulo: LTC, 1988.
- LUZ, M. T. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 33-59.
- MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 89-111.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-273, 2010.
- PEREIRA, P. H. G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. *Comunicação em ciências da saúde*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 101-110, 2006.
- RIBEIRO, E. R. O. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*, Londres, v. 9, p. 31-38, jul. 2009.
- RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.
- SANTOS-NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 1650-1662, 2012.
- THIEDE, M.; MC'INTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.
- THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MC'INTYRE, D. Exploring the dimensions of access. In: MC'INTYRE, D.; MOONEY, G. *The economics of health equity*. Cambridge-ING: Cambridge University Press, 2007. p. 103-147.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 183-206.

VARGENS, O. M. C.; ADÃO, C. F.; PROGIANTI, J. M. Adolescência: uma análise da decisão da gravidez. *REME: revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 115-122, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* (Edição Brasileira), 32-46, 2011.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & contexto-enfermagem.*, Florianópolis, v. 20, p. 255-262, 2011. Número especial.

YAMAMOTO, S. T. *A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Recebido: 04/12/2013

Aprovado: 16/06/2014

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES).