

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

KATRINI GUIDOLINI MARTINELLI

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA MICRORREGIÃO DE SÃO
MATEUS – ES**

**VITÓRIA
2013**

KATRINI GUIDOLINI MARTINELLI

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA MICRORREGIÃO DE SÃO
MATEUS – ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto

VITÓRIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Martinelli, Katrini Guidolini, 1985-
M385a Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São
Mateus-ES / Katrini Guidolini Martinelli. – 2013.
110 f.

Orientador: Aduino Emmerich Oliveira.
Coorientador: Edson Theodoro dos Santos Neto.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Mães - Saúde. 2. Crianças – Saúde. 3. Cuidado pré-natal.
4. Saúde – Avaliação. 5. Acesso aos serviços de saúde. I.
Emmerich, Aduino, 1952-. II. Santos Neto, Edson Theodoro dos,
1983-. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

KATRINI GUIDOLINI MARTINELLI

Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus – ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Epidemiologia.

Aprovada em 10 de julho de 2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof Dr Adauto Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof Dr Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientador

Profª Drª Silvana Granado Nogueira Gama
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Membro externo

Profª Drª Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

DEDICO ESTA DISSERTAÇÃO antes de tudo a Deus, a minha família e, em especial, ao meu marido, Márcio, pela paciência e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre ter me dado graça, por vezes inimagináveis, mas agradecidas com louvor. Obrigada, Senhor, por eu ter vencido os desafios que o projeto me impôs.

Às puérperas entrevistadas nos hospitais da Microrregião de São Mateus – ES, que aceitaram participar deste projeto e tanto contribuíram para que o sonho de realizá-lo se concretizasse.

O meu mais profundo agradecimento às enfermeiras e aos técnicos de enfermagem que fizeram a coleta dos dados, pois sem eles a distância me impediria de realizar tal projeto.

Também agradeço, sinceramente, a todos que viajaram comigo nas visitas às maternidades, isso tornou os 700km de ida e volta mais leve e agradável, e, em algumas oportunidades, um passeio.

Aos alunos do PIBIC, Aline, Izabela, Izete, Manuela, Ramon e Yara, pelas incansáveis horas de digitação e por aguentarem o meu mau humor do final. Sem vocês teria sido difícil.

O meu agradecimento ao estatístico Fabiano, que com muita presteza ajudou-nos na análise estatística e também na interpretação dos resultados.

Às professoras Eliana Zandonade e Silvana Granado pela participação na banca de qualificação e pela contribuição para o aperfeiçoamento do trabalho.

À professora Maria Helena Costa Amorim por participar da banca de defesa e aumentar o meu conhecimento sobre o estudo dos métodos. Obrigada!

Minha gratidão ao professor Aduino por ter acreditado no meu potencial e incentivado a todo o momento para que este trabalho desse certo. Quando o desânimo me abatia ele sempre estava presente para dizer que eu não podia desistir de tudo e sempre tinha um plano B. Obrigada, Aduino!

Ao professor Edson, que serve de inspiração na minha vida profissional. Agradeço imensamente por ter sido mais que um coorientador, marcando reuniões semanais, ajudando na construção da dissertação e “colocando pressão” para que tudo se resolvesse logo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, que contribuíram na construção do projeto e também na discussão dos resultados.

Aos meus pais, Gilmar e Edite, que sempre por perto me motivaram a realizar mais um sonho na minha vida profissional. E também à minha irmã Katrienne, que sempre me faz rir muito com suas histórias. Vocês são tudo para mim!

À minha turma de mestrado, por ali ter conhecido pessoas especiais e com elas ter compartilhado momentos de alegria. Agradeço a todos vocês pela companhia, em especial à minha amiga Dijoce.

Agradeço imensamente à FAPES (Fundação de Amparo a Pesquisa do Espírito Santo) pelo financiamento do nosso projeto. Sem este recurso seria impossível executar um projeto tão extenso.

Enfim, não poderia deixar de agradecer de forma muito carinhosa ao meu esposo que esteve comigo em todos os momentos e soube compreender minhas ausências, minhas tristezas, meu desespero e minhas angústias no decorrer desta caminhada. Obrigada por tudo, Tchuco!

Às vezes é preciso perder para dar valor.
É preciso chorar para aprender a amar.
É preciso confiar para se entregar e ainda assim,
é preciso ouvir para nunca gritar..Todos irão sofrer um dia,
para saber o verdadeiro sentido da felicidade!
Muitas vezes deixamos de lutar pelo que realmente queremos,
pelo simples fato de não se querer ouvir um não...
Errar é humano, perdoar é precioso, e
correr atrás daquilo que realmente queremos,
é uma obrigação nossa!
Viva, ame, pense, erre e
depois do erro corra atrás de refazer o seu acerto,
pois nada é para a vida toda...

AUTOR DESCONHECIDO

RESUMO

O pré-natal é um dos fatores que contribui para a persistência de desfechos perinatais negativos e morte materna em níveis elevados. Sendo assim, a avaliação do acesso e do processo da assistência pré-natal é de suma importância na detecção dos nós que persistem no serviço oferecido. Os objetivos deste estudo são os de avaliar a adequação do processo da assistência pré-natal segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento acrescido dos procedimentos previstos pela Rede Cegonha, bem como o acesso à assistência pré-natal, segundo as dimensões de disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade, no SUS da microrregião de São Mateus - ES. Trata-se de um estudo seccional que selecionou 742 puérperas em sete maternidades da região escolhida para a pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e análise do cartão da gestante e prontuário do recém-nascido. Posteriormente, esses dados foram processados e submetidos ao teste Qui-quadrado, ao teste exato de Fisher e ao teste não paramétrico de Spearman com p-valor menor que 5%. Apesar de o SUS garantir constitucionalmente o acesso universal ao sistema de saúde, nota-se que ainda existem iniquidades entre as puérperas no acesso aos serviços de saúde. Apenas 7,4% e 0,4% das puérperas receberam pré-natal adequado segundo os parâmetros do PHPN e Rede Cegonha, respectivamente. Recomenda-se que a localização das unidades de saúde, os recursos de transporte e o financiamento dos serviços de saúde sejam reorganizados, do mesmo modo o atendimento pré-natal precisa ser sistematizado, mais humano e focalizado na atenção as mulheres mais vulneráveis.

Descritores: Saúde Materno-infantil; Cuidado Pré-natal; Avaliação em Saúde; Humanização da assistência; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade no Acesso; Serviços de Saúde Materna; Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT

Prenatal care is one of the factors that contributes to the persistence of adverse perinatal outcomes and maternal death at high levels. Thus, the evaluation of access and the process of prenatal care is of high importance in the detection of the issues who remain in the offered service. The objectives of this study are to evaluate the adequacy of the process of prenatal care according to the parameters of the Program for the Humanization of Prenatal and Birth plus procedures provided by “Stork Network”, as well as access to prenatal care, according to the dimensions of availability, acceptability and ability to pay, on the SUS of the region of São Mateus - ES. It is a cross-sectional study that selected 742 postpartum women in seven hospitals in the region chosen for the research. Data were collected through interviews and analysis of records from prenatal care and newborn records. Subsequently, these data were processed and subjected to chi-square test, the Fisher exact test and the nonparametric Spearman with p-value less than 5%. Although the SUS constitutionally guarantee universal access to health care, it is noted that there are still inequalities between pregnant women in accessing health services. Only 7.4% and 0.4% of the mothers received adequate prenatal care according to the parameters PHPN and “Stork Network”, respectively. It is recommended that the location of health facilities, transport resources and financing of health services are reorganized, the same way the prenatal care needs to be systematized, more humane and focused on attention to the most vulnerable women.

Keywords: Maternal and Child Health, Prenatal Care, Health Evaluation; Humanization of care, access to health services; Equity in Access; Maternal Health Services, Health Inequalities

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 – Microrregiões do Espírito Santo	26
Quadro 1 – Estabelecimentos de Saúde que realizaram partos pelo SUS na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, 2009.	29
Quadro 2 – Nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal na Microrregião de São Mateus, 2009.	29
 ARTIGO 2	
Quadro 1 – Matriz de Julgamento – Acesso aos serviços de saúde	70

LISTA DE TABELAS

	Página
ARTIGO 1	
Tabela 1 - Distribuição dos parâmetros da Rede Cegonha para a gestação de alto risco.	51
Tabela 2 – Distribuição dos parâmetros do PHPN e da Rede Cegonha, segundo o tipo de serviço para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	52
Tabela 3 - Distribuição dos parâmetros do PHPN e da Rede Cegonha, segundo o local de moradia para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	53
Tabela 4 - Distribuição dos parâmetros do PHPN e da Rede Cegonha, segundo a renda familiar mensal para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	55
ARTIGO 2	
Tabela 1 – Distribuição das variáveis sobre disponibilidade, segundo o local de moradia para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	72
Tabela 2 - Distribuição das variáveis sobre capacidade de pagar, segundo a renda familiar mensal para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	73
Tabela 3 - Distribuição das variáveis sobre aceitabilidade, segundo a modalidade de cobertura do serviço pré-natal para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	74
Tabela 4 – Avaliação da medida resumo de cada dimensão do acesso para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.	75

LISTA DE SIGLAS

APNCU	- Adequacy of Prenatal Care Utilization
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FAPES	- Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRSM-ES	- Microrregião de São Mateus - ES
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PHPN	- Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PIB	- Produto Interno Bruto
PSF	- Programa de Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFES	- Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA.....	15
1.2	INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIS E RELAÇÕES COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	17
1.3	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	21
2.	JUSTIFICATIVA	25
3.	OBJETIVOS	27
3.1	GERAL.....	27
3.2	OBJETIVO ARTIGO 1.....	27
3.3	OBJETIVO ARTIGO 2.....	27
4.	MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3	AMOSTRA.....	30
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	31
4.5	ESTUDO PILOTO.....	40
4.6	COLETA DE DADOS.....	40
4.7	TRATAMENTO DOS DADOS.....	41
4.8	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	42
4.9	FINANCIAMENTO.....	42
5.	RESULTADOS	43
5.1	PROPOSTA DO ARTIGO 1.....	44
5.1.1	Resumo	45
5.1.2	Abstract	45
5.1.3	Introdução	46
5.1.4	Métodos	47
5.1.5	Resultados	51
5.1.6	Discussão	55
5.1.7	Considerações finais	59

5.1.8 Agradecimentos.....	60
5.1.9 Referências.....	60
5.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2.....	64
5.2.1 Resumo.....	65
5.2.2 Abstract.....	65
5.2.3 Introdução.....	66
5.2.4 Métodos.....	68
5.2.5 Resultados.....	71
5.2.6 Discussão.....	75
5.2.7 Considerações finais.....	80
5.2.8 Agradecimentos.....	81
5.2.9 Referências.....	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS GERAIS.....	87
APÊNDICE.....	91
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	92
ANEXOS.....	102
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	103
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO MATEUS.....	104
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ.....	105
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL MENINO JESUS.....	106
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA.....	107
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE MISTA DE INTERNAÇÃO DE JAGUARÉ.....	108
ANEXO G– AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE MISTA DE INTERNAÇÃO DE MUCURICI.....	109
ANEXO H– AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL DE PINHEIROS.....	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

As políticas de saúde materno-infantis foram uma das primeiras políticas de saúde a surgir no Brasil, devido à importância cultural, epidemiológica, social, física e psicológica que o binômio mãe-filho figura para a sociedade, porém, com dois séculos de atraso, quando comparada às políticas europeias, que desde o século XVIII preconizavam amamentação, contato próximo entre mães e filhos e atividade física (FOCAULT, 1989). Desde o surgimento, essas políticas vêm sendo adaptadas e modificadas de acordo com novas necessidades e percepções. Inicialmente focada na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, passa posteriormente a ofertar uma assistência integral à mulher em todo o ciclo vital, além de melhorar a assistência do período gravídico-puerperal (LEITE; PAES, 2009; OSIS, 1998).

A organização dessas políticas começou na década de 1920 de forma vertical, englobando somente as dimensões biológica e funcionalista, além de delimitada essencialmente por cuidados médicos (TYRRELL; CARVALHO, 1995). Seguindo essa lógica de ênfase na gestante, puérpera e criança, entre as décadas de 40 e 60, o principal objetivo era que a mulher tivesse boa saúde para gerar e amamentar filhos saudáveis, futura força de trabalho no país (OSIS, 1994).

Na década de 1970, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Materno-Infantil, o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, caracterizados pelo excesso de “intervenção médica sobre o corpo feminino”, principalmente no que diz respeito ao uso de cesariana e esterilização como método contraceptivo, uma vez que o controle da fertilidade era um objetivo quase explícito dos programas (ALMEIDA, 2005; SANTOS NETO et al., 2008). Destarte, o modelo assistencial obstétrico e neonatal executado até este momento esteve centrado nas práticas biomédica, hospitalocêntrica e curativa (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Já no início dos anos 80, o governo instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado pelo movimento feminista juntamente com

outros setores da sociedade, com um olhar integral sobre a saúde da mulher, voltado não só para a conexão entre os órgãos do corpo, mas também relacionada ao contexto social, psicológico e emocional (OSIS, 1998). As principais atividades preconizadas pelo programa foram: o aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário; e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984). Nesse sentido, obteve-se, como resultado, o controle do crescimento populacional, mudanças substanciais na política de saúde da mulher e tratamento da mulher como cidadã e não apenas como mãe em potencial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Apesar de ser um programa inovador, o PAISM não apresentou o resultado esperado devido à falta de comunicação adequada entre a sociedade e o Estado, ao orçamento deficitário, à deficiência na delimitação de uma pauta programática, à falta de organização do movimento feminino na luta pela efetivação do programa e aos costumes políticos ainda retrógrados quanto às novas diretrizes (CORREA, 1993), já que um pré-requisito para o sucesso era a necessidade de transformações, tanto da sociedade quanto do governo, para cumprir os recentes propósitos da nova plataforma.

Foi nesse contexto de transformação que o Estado, juntamente com a sociedade, por meio da Constituição de 1988, ampliou seu olhar sobre a saúde da população ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS) e aprovar as leis orgânicas de saúde nº 8.080 e nº 8.142, com o propósito de reorientar o modelo assistencial médico-privatista vigente até então. Em seguida, elaborou e pôs em prática o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1989, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, entre seus objetivos o de reduzir as taxas de mortalidade infantil e descentralizar e horizontalizar o atendimento aos pacientes, respectivamente.

Reconhecendo a necessidade de complementar as medidas de assistência integral à saúde materno-infantil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o principal objetivo de acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando uma atenção qualificada e humanizada por meio da incorporação de consultas acolhedoras e sem intervenções

desnecessárias, bem como facilitar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar, e no fim da gestação proporcionar o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005). Para tanto, determina a concentração de esforços nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal, na operacionalização do PHPN.

Um ponto de destaque do PHPN é o monitoramento individual de cada mulher por meio do sistema de gerenciamento de dados gerados, SISPRENATAL. Esse sistema contém o registro todas as ações e exames que a gestante fez. Tal característica dá a ideia de qualidade da atenção humanizada, visto que não leva em consideração o coletivo, nem o total de consultas e nem o total de exames realizado no âmbito do programa (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Percebendo que o ingresso e o uso dos serviços de saúde têm sido insuficientes para atender às necessidades das mulheres, recém-nascidos e crianças, em 2011 o governo põe em funcionamento a Rede Cegonha, que possui o acesso, em suas várias dimensões, como uma das guias que direcionam os cuidados à saúde. Além disso, tem como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011). Pelo fato de ser uma política recente e implementada parcialmente, ainda não há estudos abordando a avaliação do programa.

1.2 INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIS E RELAÇÕES COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A mortalidade materna é um bom indicador de saúde, tanto da população feminina quanto da população em geral, pois seus níveis estimam se há iniquidades ou não

em países ou regiões de diferentes graus de desenvolvimento, assim como em áreas urbanas heterogêneas (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000, 2004). Embora haja uma tendência à diminuição da mortalidade materna, ela ainda é muito elevada quando se compara a outros países em desenvolvimento e os desenvolvidos, regiões norte e nordeste com sul e sudeste do Brasil e áreas favelizadas com áreas nobres.

Segundo Alexander e Kotelchuck (2001), a morte materna é um evento raro em países desenvolvidos, porém é importante manter a vigilância e efetuar um pré-natal qualificado no intento de chamar a atenção para outros resultados como mortalidade fetal, perinatal e infantil. Todavia, nos países subdesenvolvidos é reconhecida a necessidade de vigilância, de estabelecer políticas e práticas de saúde que efetivamente possam melhorar a situação da assistência pré-natal, uma vez que os indicadores maternos e infantis continuam em patamares relativamente elevados (HARTZ, 1999; COSTA, 2009).

Um estudo global feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), referente principalmente aos anos 90, revelou que as principais causas de morte materna na América Latina e Caribe foram síndromes hipertensivas (25,7%), seguidas de hemorragia (20,8%) e aborto (12%), enquanto nos países desenvolvidos essas causas representaram 16,1%, 13,4% e 8,2% respectivamente (KHAN et al., 2006).

No Brasil, um estudo feito em 2002 nas capitais dos estados estimou a razão de mortalidade materna em 54,3 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo que os transtornos hipertensivos (24,9 %), o aborto (11,4%) e as complicações do trabalho de parto e do parto (10,4%) foram apontados como as principais causas de morte materna. A proporção de óbitos maternos durante a gestação foi de 26,9%; no puerpério de até 48 horas, foi igual a 34,3%; e 38,8% estavam no puerpério entre 48 horas e 42 dias (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004).

Outro estudo feito no Recife mostrou as seguintes proporções, nos óbitos maternos: hipertensão (19%), hemorragia (16%) e infecção (11,%) (COSTA et al., 2002). Deste modo, os grandes desafios que ainda persistem incluem a redução da alta frequência de cesarianas, nascimentos pré-termo e abortos ilegais, além da necessidade de reduzir ainda mais as desigualdades socioeconômicas e regionais em saúde (VICTORA et al., 2011).

Além da gestante, alguns indicadores podem também afetar negativamente os resultados na criança, tais como a baixa escolaridade materna, a presença de filhos nascidos mortos e o parto cesáreo, que podem ser reduzidos, se monitorados por meio de políticas públicas sociais e da qualificação da atenção oferecida à gestante (JOBIM; AERTS, 2008). Dessa forma, teriam sido evitadas ou minimizadas em cerca de 30% as mortes neonatais precoces ocorridas em Caxias do Sul (ARAUJO; BOZZETI; TANAKA, 2000), em torno de 60% das neonatais e de 40% das perinatais ocorridas em Belo Horizonte (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002) e em, aproximadamente, 34% dos óbitos perinatais em Fortaleza (LEITE et al., 1997). Nesse sentido, fica evidente a necessidade de avançar na qualificação e responsabilização dos serviços e do sistema de saúde como um todo sobre essa população (LEITE et al., 1997; ARAÚJO; BOZZETI; TANAKA, 2000; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

Um dos indicadores que mais expressa deficiência na qualidade da assistência dispensada à gestante e ao RN durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal é o coeficiente de mortalidade neonatal precoce, que concentra as mortes infantis na primeira semana de vida (ESPÍRITO SANTO, 2011). Além deste, temos os coeficientes de mortalidade pós-neonatal, neonatal tardia e perinatal vinculados a causas preveníveis, relativas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, sendo mais elevados nos grupos sociais de baixa renda (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002). Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para redução significativa da mortalidade materna e perinatal (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Com o intuito de avaliar a utilização da assistência pré-natal, alguns modelos foram propostos, sendo o Índice de Kessner e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU), proposto por Kotelchuck, os mais amplamente utilizados na literatura internacional especializada. De modo geral, esses procedimentos utilizam duas informações básicas: o mês de início do pré-natal e número de consultas durante o pré-natal (ALMEIDA; BARROS, 2005).

O Índice de Kotelchuck foi utilizado em um estudo feito por Leal et al. (2004), no Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, com 9.920 puérperas em maternidades particulares e públicas, e mostrou que 48,4% das gestantes receberam um pré-natal adequado (80 e 109% das consultas esperadas, mais início precoce do pré-natal) ou mais que adequado (110% ou mais das consultas esperadas, mais início precoce do pré-natal). Porém, uma limitação desse método é a de trabalhar apenas com aspectos quantitativos da assistência pré-natal, relegando a um segundo plano a análise da qualidade do conteúdo da atenção pré-natal, avaliando assim, em menor profundidade, a adequação do conteúdo do processo de assistência (KIELY; KOGAN, 1994).

Diante da necessidade de avaliar o conteúdo da assistência pré-natal no Brasil, um novo modelo de avaliação foi criado, baseado nos parâmetros do PHPN, programa que o Ministério criou para nortear a assistência pré-natal. As avaliações têm demonstrado que apesar da cobertura, representada pelo acesso precoce e o número de consultas preconizadas, ter se mostrado satisfatória em várias ocasiões, isso não refletiu necessariamente na qualidade da assistência pré-natal.

Assim, estudo realizado por Serruya, Cecatti e Lago (2004) mostra que apenas 5% das gestantes brasileiras realizaram pré-natal nível III adequado, que engloba o início do pré-natal até 120 dias, o mínimo de seis consultas, procedimentos clínico-obstétricos e exames laboratoriais básicos preconizados. Parada (2008) encontrou uma taxa de adequação de 3,6% para o nível III, no interior de São Paulo. Gonçalves, Cesar e Mendonza-Sassi (2009) acharam 26,8% de adequação para o município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, porém, ao avaliarem essa mesma assistência de acordo com o Índice de Kessner, os autores encontraram uma adequação de 64,8% da atenção pré-natal, comprovando que quando o conteúdo da assistência é avaliado, o número de gestantes com um adequado pré-natal diminui consideravelmente.

A qualidade dos serviços à gestante está intimamente relacionada à adequação do processo de assistência pré-natal, com a humanização sendo o norte dessa nova etapa na Política de Saúde da Mulher e com o monitoramento constante do serviço, para que o atendimento possa melhorar. Essa melhora pôde ser constatada, mesmo que modesta, em um monitoramento feito em Juiz de Fora, Minas Gerais, nos anos

de 2002 e 2004, comparando, respectivamente, o início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre (29,7% *versus* 51,5%), a média de consultas (6,4 *versus* 7,2) e assistência adequada de nível III (1,1% *versus* 4,5%) (COUTINHO et al., 2010).

Assim como no Brasil, no Espírito Santo nem todas as mulheres fazem a quantidade de consultas preconizadas pelo PHPN e isso pode ser visto no estudo feito em Vitória por Miranda et al. (2010) com 1.380 puérperas, o qual mostrou que apenas 67% das puérperas tinham feito 6 ou mais consultas de pré-natal. Outro estudo feito na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), com análise do Cartão da Gestante, em 2010, mostrou que 48,2% das puérperas tinham 07 ou mais consultas de pré-natal e que 50% ou mais dos cartões estavam incompletos quanto ao registro dos exames laboratoriais (SANTOS NETO et al., 2012).

Diante do exposto, fica claro que a qualidade do pré-natal é tão importante quanto à captação precoce e o número de consultas, uma vez que o controle de patologias crônicas pré-existentes ou desenvolvimento de alterações inesperadas torna-se mais viável por meio de uma assistência integral à gestante, que revelará com maior eficiência os determinantes de risco na gestação (características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica na gravidez atual), possibilitando assim a referência das mulheres para um serviço de maior nível de complexidade (CECATTI et al., 1998; OLIVEIRA, 2008).

1.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso é uma vertente muito importante da assistência pré-natal, que, segundo Donabedian (2003), indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm os cuidados em saúde, e que tal acontecimento relaciona-se a fatores espaciais, organizacionais, econômicos, sociais e culturais. Entretanto, a definição do que seja o acesso à saúde torna-se cada vez mais complexo e a criação de um modelo que possa medir esse acesso tem incorporado aspectos mais difíceis de mensurar (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Além de possuir uma definição complexa, o acesso à saúde também é multidimensional, e por isso sua avaliação deve ser feita segundo dimensões que precisam ser coerentes e abrangentes, ou seja, elas devem coletivamente cobrir todos os fatores relevantes que constituem o acesso (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2007). Assim sendo, alguns modelos de avaliação do acesso surgiram abordando-o diferentemente, porém, com o objetivo único de subsidiar o desenvolvimento de planos e metas no setor da saúde.

Um dos modelos mais utilizados para estudo do acesso é o modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, que originalmente tinha um enfoque mais restrito e em 1995 ganhou novas dimensões, que são: acesso potencial (fatores individuais ou coletivos que limitam ou ampliam a capacidade de uso do serviço – acesso em âmbito restrito), acesso realizado (representa a utilização de fato dos serviços de saúde), acesso efetivo (utilização de serviços de saúde que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços) e acesso eficiente (mudanças nas condições de saúde e na satisfação em relação ao volume de serviços consumidos). A inserção das últimas dimensões torna-se importante, pois abrange a qualidade técnica do cuidado e as relações entre profissionais e pacientes (ANDERSEN, 1995).

Outro modelo foi criado por Thiede, Akweongo e McIntyre (2007) no qual o acesso é dividido em três dimensões, a saber: disponibilidade (constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário; ela engloba, de forma ampla, a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas necessita, como distância e opções de transporte), capacidade de pagamento (compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagar dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde) e aceitabilidade (compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades; é uma relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros).

Diante disso, fica claro que o uso dos serviços de saúde não se restringe apenas à entrada do paciente no serviço, mas também à permanência deste, que depende,

em grande parte, de sua relação com os profissionais de saúde. Sendo assim, o uso dos serviços de saúde é resultante de uma multiplicidade de fatores, que podem ser individuais predisponentes, contextuais e relativos à qualidade do cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ainda nesse sentido, Thiede e McIntyre (2008) afirmaram que o acesso vai muito além da oportunidade de usar (os padrões de utilização dos serviços podem diferir de acordo com as necessidades, sem implicações negativas para a igualdade), pois engloba também a consciência da possibilidade de uso e a liberdade para escolher o serviço. Assim, as políticas necessitam reorientar estratégias e enfatizar a comunicação em saúde com o objetivo de diminuir as iniquidades em saúde.

Neste país, uma das formas que o governo encontrou de garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, entre indivíduos socialmente distintos, foi criar o SUS, na Constituição de 1988. Porém, segundo Paim et al. (2011), esse acesso ainda encontra-se limitado pelo subfinanciamento do setor de saúde, por concentração dos serviços nos grandes centros e também por questões políticas. Isso promove a perpetuação das desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, mesmo que em taxas menores, uma vez que a população que mais necessita dos serviços de saúde é a que menos os utiliza, enquanto as famílias com maior renda *per capita* tem uma alta taxa de utilização desses serviços (NERI; SOARES, 2002).

Isso ocorre porque a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor público, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso, quando necessário. Assim, para que a justiça social ocorra, é necessário que o sistema pautue suas ações na equidade vertical (distribuir os serviços de acordo com a necessidade que cada um apresenta; assim, quem tem melhores condições financeira, econômica e social não teria melhor acesso aos serviços de saúde) e não na equidade horizontal (igualdade na utilização dos serviços entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais) (NERI; SOARES, 2002; TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Evidencia-se, então, que as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde estão diretamente ligadas às características dos sistemas de

saúde, como a disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento e a organização do serviço, fatores que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Assim, quando bem planejado, o uso dos serviços de saúde, mesmo com falta de recursos, pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo a ocorrência e, mesmo, erradicando algumas doenças como as doenças imunopreveníveis; reduzindo a mortalidade por causas específicas e aumentando as taxas de sobrevivência, por exemplo, propiciando tratamentos para alguns tipos de câncer (TRAVASSOS, 1997), porém, na ausência de planejamento, a oferta de serviços pode limitar a utilização dos serviços de saúde por pessoas que deles necessitam, devido a barreiras de acesso, ou estimular a utilização de serviços por pessoas que deles não necessitam por indução da demanda, que geram subutilização do serviço (problema de acesso) e sobreutilização (utilização desnecessária), respectivamente (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

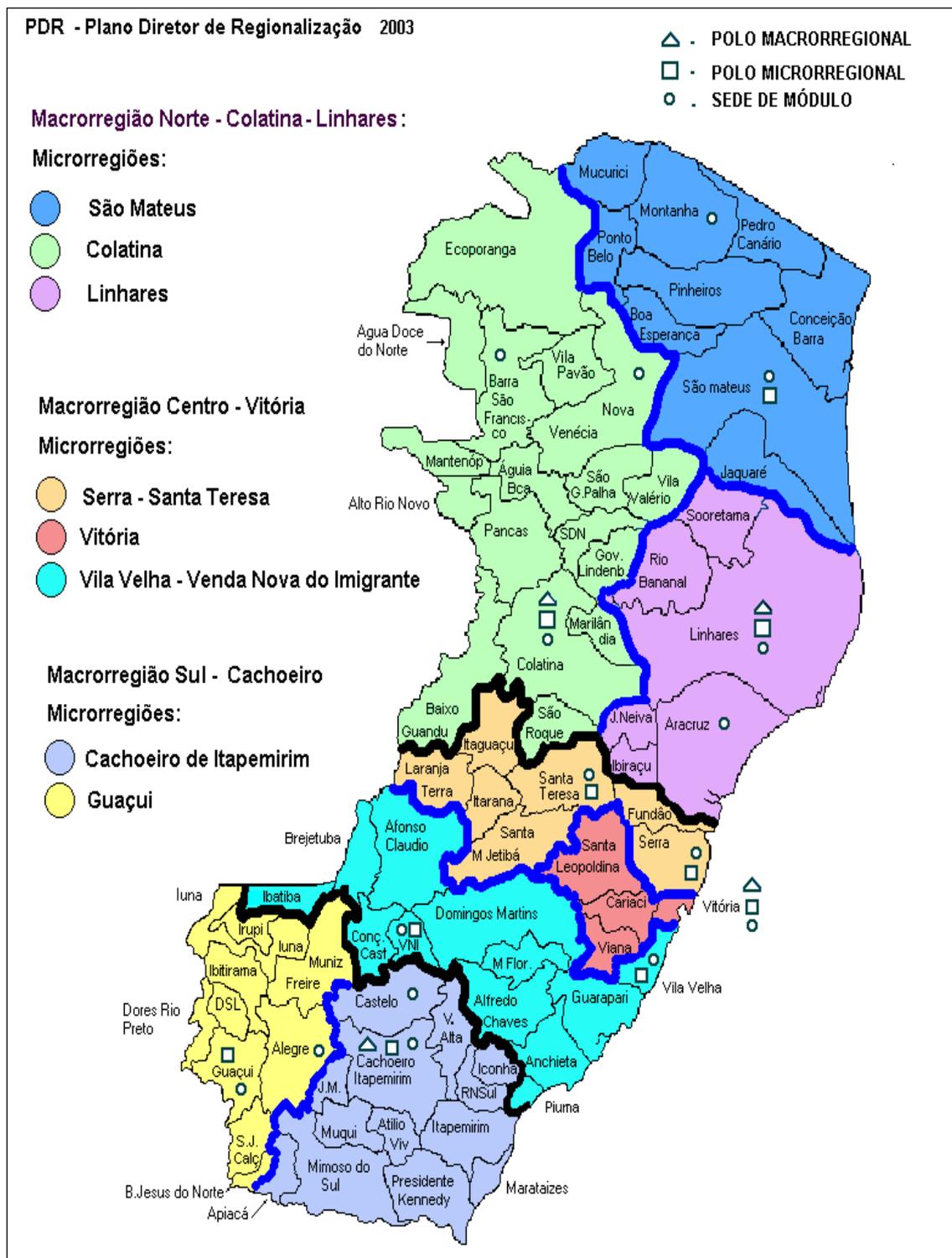
2 JUSTIFICATIVA

Programas federais, como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e a Rede Cegonha, possuem diretrizes baseadas em evidências científicas, preconizadas pela OMS, e subsidiam a organização dos serviços de saúde, porém, os resultados esperados não têm sido alcançados uma vez que, nessa área, as taxas de mortalidade continuam elevadas, possivelmente devido a não consolidação da implantação do programa. A razão de mortalidade materna foi de 65,6/100.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal foi de 8,5/1.000 nascidos vivos no ano de 2010 (ESPÍRITO SANTO, 2011).

A microrregião de São Mateus (MRSM-ES), que fica no norte do Espírito Santo (FIGURA 1), não foge à regra, apresentando disparidades expressivas entre seus municípios com taxas de mortalidade infantil variando entre 5,1/1.000 nascidos vivos, em Montanha, e 31,8/1.000 nascidos vivos, em Conceição da Barra, em 2008. Outro fator de grande importância é a razão de mortalidade materna dessa microrregião, 96,3/100.000 nascidos vivos, em 2006, que se encontra estagnada nesse patamar por anos seguidos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2008). Além de todos esses agravantes, essa região ainda apresentou um dos menores PIBs per capita do Espírito Santo em 2009, correspondendo a apenas R\$ 11.070,00 (Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. Em <http://www.ijsn.es.gov.br>, acessado em 15/Jun/2012), sendo semelhante a alguns Estados da Região Norte do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 24/Abr/2013).

Assim, a avaliação e o monitoramento da assistência pré-natal em seus diversos aspectos na microrregião de São Mateus-ES, possivelmente será capaz de detectar as potencialidades e dificuldades vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, destacando a necessidade de incorporação de novas posturas políticas, profissionais e tecnologias em saúde. Isso fornecerá subsídios para a redução dos riscos e agravos que influenciam e/ou impedem a efetivação da atenção integral à saúde da gestante e da criança nos serviços de saúde.

FIGURA 1 – Microrregiões do Espírito Santo



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo, 2011.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a assistência pré-natal prestada no SUS da microrregião de São Mateus-ES.

3.2 OBJETIVO ARTIGO 1

Avaliar a adequação do processo da assistência pré-natal segundo os parâmetros do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, acrescido dos procedimentos previstos pela Rede Cegonha no SUS da microrregião de São Mateus-ES.

3.3 OBJETIVO ARTIGO 2

Avaliar o acesso à assistência pré-natal segundo as dimensões de disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade no SUS da microrregião de São Mateus-ES.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma investigação epidemiológica observacional, do tipo seccional, que se propôs avaliar a assistência pré-natal ofertada na microrregião de São Mateus, englobando não só o acesso aos serviços de saúde, mas também a adequação do processo do acompanhamento pré-natal.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A MRSM-ES é formada pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus. Tal constituição ficou estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), de 2003, sendo esta formação usada pela Secretaria Estadual de Saúde em todas as ações de saúde no Estado. Esses municípios abrigam uma população de 254.646 habitantes, sendo predominantemente urbana, segundo o Censo/IBGE, de 2010. O município de maior expressividade é o de São Mateus.

Quanto aos indicadores relativos a serviços de saúde na atenção básica, as diferenças são acentuadas. Quando se observa os dados de 2009, sobre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família da população adstrita, nota-se que essa cobertura chega a 100% nos municípios de Conceição da Barra e Ponto Belo, entretanto não chega a 29% nos municípios de Pedro Canário e São Mateus. A microrregião conta com 07 estabelecimentos de saúde que realizam os partos pelo SUS. O principal estabelecimento de saúde é o Hospital e Maternidade São Mateus, que, em 2009, fez quase 57% dos partos de todos os municípios da microrregião, pois nem todos os municípios possuem maternidades próprias (Ver Quadro 1).

Quadro 1: Estabelecimentos de Saúde que realizaram partos pelo SUS na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, 2009.

Localização Geográfica	Estabelecimentos de Saúde da Microrregião de São Mateus	Nascidos vivos 2009	%
Conceição da Barra	Hospital e Maternidade N ^a S ^a da Conceição	79	2,73%
Montanha	Hospital e Maternidade N ^a S ^a da Aparecida	274	9,46%
Mucurici	Unidade Mista de Internação de Mucurici	118	4,08%
Pedro Canário	Hospital Menino Jesus	357	12,33%
Pinheiros	IES Hospital de Pinheiros	417	14,4%
São Mateus	Hospital e Maternidade São Mateus	1.647	57%
Jaguaré	Unidade Mista de Internação*	0	0%
Colatina	Hospital São José	ALTO	RISCO
TOTAL		2.892	100%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2009.

* A maternidade de Jaguaré estava desativada até 2010

Em relação ao percentual de nascidos vivos, cujas mães tiveram cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal, as diferenças entre os municípios da microrregião são relevantes, conforme descritas no Quadro 2.

Quadro 2: Nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal na Microrregião de São Mateus, 2009

Município de residência da mãe	Gestantes com 07 ou mais cons. de pré-natal	Nascidos vivos 2009	Cobertura / Nasc. vivos
Conceição da Barra	200	471	42,5%
Jaguaré	310	429	72,3%
Montanha	148	196	75,5%
Mucurici	47	67	70,1%
Pedro Canário	120	404	29,7%
Pinheiros	136	412	33,0%
Ponto Belo	45	95	47,4%
São Mateus	1.090	1.746	62,4%
Boa esperança	112	185	60,5%
TOTAL	4.071	2.208	54,2%

Fonte: DATASUS/SINASC, 2009

4.3 AMOSTRA

O estudo foi desenvolvido a partir de uma amostra representativa de puérperas residentes nos municípios da Microrregião de São Mateus que se hospitalizaram em estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto, entre julho de 2012 a fevereiro de 2013.

Para alcançar os objetivos, o tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Utilizaram-se os dados fornecidos pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos, para encontrar o total de nascidos vivos na rede pública ou conveniada ao SUS na Microrregião de São Mateus, em 2009 - pois reflete aproximadamente a quantidade de parturientes. Também foi considerado o menor percentual de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal, correspondente ao município de Pedro Canário, como uma aproximação da utilização de serviços de saúde na gestação. Então para cálculo da amostra, empregou-se a população estimada de 4.071 nascidos vivos, a menor prevalência estimada de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal, que foi 29,7%, uma precisão desejada de 4,5%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 595 sujeitos. O total foi aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, resultando em 773 parturientes abordadas e 742 entrevistadas.

Considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação, de acordo com o contingente populacional aproximado de nascidos vivos entre os municípios, seguindo as seguintes proporções: Boa Esperança (5,3%), Conceição da Barra (10,1%), Jaguaré (12,4%), Montanha (5,8%), Mucurici (1,6%), Pedro Canário (12,0%), Pinheiros (12,4%), Ponto Belo (2,6%) e São Mateus (37,8%).

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variável 1: LOCAL DE MORADIA

As categorias urbano e rural foram definidas de acordo com a autoclassificação da puérpera quanto ao seu local de moradia, durante a entrevista.

- Variável 2: MODALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Utilizou-se a categorização Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidade Básica de Saúde (UBS), com base na classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), usando como referência o nome da unidade da saúde relatado pela puérpera ou o nome do médico e enfermeiro atendentes registrados no cartão de acompanhamento pré-natal.

- Variável 3: RENDA FAMILIAR MENSAL

Levando-se em consideração o salário mínimo vigente na época da pesquisa, as puérperas foram divididas em dois grupos. Um grupo de puérperas durante a entrevista disse que ganhava até um salário mínimo e o outro que ganhava mais que um salário mínimo.

A assistência pré-natal: as variáveis relacionadas à adequação do processo de assistência ao pré-natal foram baseadas nas orientações preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

- Variável 4: MÊS GESTACIONAL DA PRIMEIRA CONSULTA

O mês gestacional da primeira consulta foi calculado por meio da diferença entre a data do nascimento da criança, registrada no prontuário de internação hospitalar, e a data da primeira consulta, registrada no cartão da gestante. A partir deste cálculo, foi obtida a quantidade de semanas gestacionais da primeira consulta até a data de nascimento da criança. Em seguida, essa informação foi subtraída da quantidade de semanas gestacionais de nascimento, registradas no prontuário de internação

médica hospitalar, segundo o método Capurro. Isso resultou na idade gestacional da primeira consulta.

- Variável 5: QUANTIDADE DE CONSULTAS

Determinou-se o número de consultas realizadas pela contagem do número de consultas registradas no cartão da gestante. Em seguida, elas foram categorizadas em zero a cinco consultas e seis ou mais consultas.

- Variável 6: TIPAGEM SANGUÍNEA/ FATOR Rh

Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do tipo e fator sanguíneos.

- Variável 7: EXAME DE HEMOGLOBINEMIA

Verifica se a gestante possui anemia. Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente de estar normal ou alterado.

- Variável 8: EXAME DE HEMATÓCRITO

Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do resultado encontrado, se estava em níveis normais ou alterado.

- Variável 9: SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)

Verifica se a gestante tem ou desenvolveu sífilis durante a gestação. Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do resultado encontrado, se positivo ou negativo.

O exame de repetição de sorologia para sífilis foi computado apenas quando haviam dois ou mais resultados no campo de registro de sorologia para sífilis.

- Variável 10: URINA TIPO I (EAS)

Verifica se a gestante possui alterações na urina. Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do resultado encontrado, se positivo ou negativo.

O exame de repetição foi considerado quando registrados os resultados pelo menos duas vezes durante todo o acompanhamento pré-natal.

- Variável 11: GLICEMIA DE JEJUM

Verifica se a gestante possui ou desenvolveu diabetes. Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do resultado encontrado.

O exame de repetição foi considerado quando registrados os resultados pelo menos duas vezes durante todo o acompanhamento pré-natal.

- Variável 12: TESTE ANTI-HIV

Verifica se a gestante possui o vírus HIV. Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do resultado encontrado, se positivo ou negativo.

- Variável 13: IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA

Foi feita uma verificação do esquema vacinal registrado no cartão de pré-natal. Considerou-se imunizadas as mulheres cujo registro de vacina havia menos de 5 anos, e também para as mulheres que receberam dose de reforço (caso tivesse sido vacinada há mais de 5 anos) ou receberam a vacina dupla até a dose imunizante (caso ela não tivesse registro prévio da vacinação)

- Variável 14: ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Considerou-se que a puérpera recebeu atividade educativa quando ela afirmou ter sido informada acerca da importância de continuar amamentando até os dois anos e amamentar exclusivamente no peito até os seis meses de vida.

- Variável 15: MANEJO DO RISCO

A classificação do manejo do risco se deu a partir do autorrelato da puérpera, se durante o pré-natal algum profissional a informou sobre sua situação de risco, e, caso isso tenha acontecido, se ela foi encaminhada para um serviço especializado.

- Variável 16: TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

Verifica em poucos minutos se a mulher está grávida ou não. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito antes de iniciar o pré-natal.

- Variável 17: TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS (VDRL)

Verifica em poucos minutos se a mulher está com sífilis ou não. É indicado para uso na primeira consulta. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito na unidade de saúde.

- Variável 18: TESTE RÁPIDO DE HIV

Verifica em poucos minutos se a mulher está com vírus HIV ou não. É indicado para uso na primeira consulta. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito na unidade de saúde.

- Variável 19: TESTE RÁPIDO DE PROTEINÚRIA

Verifica em poucos minutos se a mulher está com excesso de proteínas na urina. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito na unidade de saúde.

- Variável 20: UROCULTURA

Por meio de cultura verifica-se se a gestante está com infecção de urina. Esse exame foi considerado realizado quando registrado o resultado no cartão da gestante, independentemente do resultado encontrado.

- Variável 21: REPETIÇÃO DE HEMAGLOBINEMIA

O exame de repetição foi considerado realizado quando registrados os resultados pelo menos duas vezes no cartão da gestante durante todo o acompanhamento pré-natal.

- Variável 22: REPETIÇÃO DE HEMATÓCRITO

O exame de repetição foi considerado realizado quando registrados os resultados pelo menos duas vezes no cartão da gestante durante todo o acompanhamento pré-natal.

- Variável 23: ULTRASSOM OBSTÉTRICO

Ajuda no acompanhamento do desenvolvimento do bebê. Esse exame foi considerado realizado quando houve registro de pelo menos um resultado no cartão da gestante.

- Variável 24: COOMBS INDIRETO

Para mulheres com Rh negativo. Esse exame foi considerado realizado quando houve registro do resultado no cartão das gestantes que possuíam Rh negativo e para todas as gestantes com Rh positivo.

- Variável 25: CONTAGEM DE PLAQUETAS

Verifica se a quantidade de plaquetas está normal. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito durante o pré-natal.

- Variável 26: DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA 24 HORAS)

Verifica se a mulher está com excesso de proteínas na urina. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito durante o pré-natal.

- Variável 27: DOSAGEM DE URÉIA, CREATININA E ÁCIDO ÚRICO

Avalia principalmente a função renal. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito durante o pré-natal.

- Variável 28: ELETROCARDIOGRAMA

Avalia o ritmo do coração. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito durante o pré-natal.

- Variável 29: ULTRASSOM COM DOPPLER

Avalia a vitalidade do bebê. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito durante o pré-natal.

- Variável 30: CARDIOTOCOGRAFIA ANTE-PARTO

Avalia o bem-estar fetal antes do parto. Esse exame foi considerado realizado quando a puérpera informou que o havia feito durante o pré-natal.

Acesso no pré-natal: segundo Thiede, Akweongo e McIntyre (2007), o acesso é um conceito multidimensional que deve ser avaliado segundo dimensões, que servem de subsídios para nortear as intervenções políticas. As dimensões devem cobrir coletivamente todos os fatores relevantes que constituem o acesso, e serão divididas em:

- Variável 31: DISTÂNCIA CASA DA USUÁRIA - SERVIÇO (Km)

A puérpera informou, em quilômetros, a distância aproximada de sua casa ao serviço de saúde na atenção primária.

- Variável 32: TEMPO CASA DA USUÁRIA - SERVIÇO (min)

A puérpera informou, em minutos, o tempo aproximado gasto de sua casa ao serviço de saúde na atenção primária.

- Variável 33: MEIO DE TRANSPORTE

A puérpera informou qual o tipo de transporte que ela usava para se locomover de sua casa ao serviço de saúde, depois esses meios de transporte foram categorizados em a pé, motorizado, outros/não sabe.

- Variável 34: RECEBIMENTO DE TRANSPORTE DO SISTEMA DE SAÚDE

A puérpera informou se o sistema público ofereceu ou não algum meio de transporte para levá-la ao atendimento pré-natal.

- Variável 35: RECEBIMENTO DE VISITA DOMICILIAR COM PROFISSIONAIS USANDO TRANSPORTE PÚBLICO

A puérpera informou se o sistema público ofereceu ou não algum meio de transporte para os profissionais da saúde se locomoverem para mais próximo de sua residência a fim de realizarem algum procedimento em saúde.

- Variável 36: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO PRÉ-NATAL ADEQUADO

A puérpera informou se o horário de funcionamento do serviço pré-natal permitiu que ela conseguisse fazer todo o acompanhamento pré-natal durante o período de gravidez.

- Variável 37: RECEBIMENTO DE SERVIÇO PRÉ-NATAL DE QUALIDADE

A puérpera informou se ela considerou de qualidade o serviço oferecido durante a gravidez.

- Variável 38: RECEBIMENTO DE SERVIÇO PRÉ-NATAL QUE NECESSITAVA

A puérpera informou se ela considerou ou não que o serviço oferecido durante a gestação era o que ela necessitava.

- Variável 39: PAGAMENTO DE EXAME OU CONSULTA

A puérpera informou se ela precisou pagar algum tipo de exame ou consulta durante o pré-natal.

- Variável 40: COMPRA DE REMÉDIO (DOR/INFECÇÃO)

A puérpera informou se ela precisou comprar algum remédio para alívio da dor ou infecção durante o pré-natal.

- Variável 41: PAGAMENTO DE TRANSPORTE

A puérpera informou se ela precisou pagar transporte para ir à consulta ou para fazer exames no serviço público.

- Variável 42: COMPRA DE COMIDA

A puérpera informou se ela precisou comprar comida durante a realização de consultas ou exames do acompanhamento pré-natal.

- Variável 43: PERDA DO DIA DE TRABALHO

A puérpera informou se ela perdeu dia de trabalho para ir à consulta ou para fazer exames de pré-natal.

- Variável 44: DEIXA DE GANHAR DINHEIRO

A puérpera informou se ela deixou de ganhar dinheiro, caso ela exercesse atividade remunerada, para ir à consulta ou para fazer exames de pré-natal.

- Variável 45: NECESSIDADE DE PEGAR DINHEIRO EMPRESTADO COM ALGUM FAMILIAR

A puérpera informou se ela precisou pegar dinheiro emprestado com alguém da família para ir à consulta ou para fazer exames de pré-natal.

- Variável 46: NECESSIDADE DE PEGAR DINHEIRO EMPRESTADO COM ALGUM VIZINHO/AMIGO

A puérpera informou se ela precisou pegar dinheiro emprestado com algum vizinho ou amigo para ir à consulta ou para fazer exames de pré-natal.

- Variável 47: NECESSIDADE DE PEGAR DINHEIRO EMPRESTADO COM BANCO/FINANCEIRA

A puérpera informou se ela precisou pegar dinheiro emprestado com algum banco ou financeira para realizar algum exame ou tratamento durante o pré-natal.

- Variável 48: NECESSIDADE DE VENDER BEM MATERIAL

A puérpera informou se ela precisou vender algum bem material para ir à consulta ou para fazer exames de pré-natal.

- Variável 49: CONFIANÇA NOS PROFISSIONAIS

A puérpera informou se ela confiava nos profissionais que a atenderam durante o pré-natal.

- Variável 50: TRATAMENTO COM RESPEITO

A puérpera informou se ela foi tratada com respeito pelos profissionais durante o pré-natal.

- Variável 51: CONCORDÂNCIA COM OS PROCEDIMENTOS

A puérpera informou se ela concordava com os procedimentos que foram realizados nela durante o pré-natal.

- Variável 52: ESCUTA ATENTA DAS QUEIXAS

A puérpera informou se os profissionais de saúde ouviam atentamente as suas queixas.

- Variável 53: NECESSIDADES ATENDIDAS

A puérpera informou se as necessidades dela como gestante foram atendidas.

- Variável 54: DISCRIMINAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS

A puérpera informou se em algum momento se sentiu discriminada pelos profissionais de saúde.

- Variável 55: EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS SUFICIENTES

A puérpera informou se ela percebeu que os equipamento disponíveis na unidade de saúde foram suficientes para atender suas necessidades físicas como gestante.

- Variável 56: EQUIPE CAPACITADA

A puérpera informou se ela considerou a equipe de saúde capacitada para atendê-la.

- Variável 57: ESPAÇO ABERTO PARA RECLAMAR

A puérpera informou se ela encontrou espaço aberto para reclamar sobre alguma coisa relacionada ao acompanhamento pré-natal que ela não estivesse satisfeita.

- Variável 58: ATENDIMENTO MÉDICO

A puérpera informou se o atendimento médico do pré-natal que ela recebeu foi ótimo, bom, regular, ruim, péssimo.

4.5 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto envolveu o teste do instrumento elaborado para a coleta de dados e o treinamento dos entrevistadores em uma amostra de 30 parturientes (não incluídas no estudo) nos estabelecimentos selecionados para o estudo. Isso proporcionou a adequação do instrumento para a coleta de dados. O processo teve como objetivo a verificação das apresentações gráficas dos questionários, bem como testar o entendimento de seus itens e avaliar o tempo médio de preenchimento do questionário.

4.6 COLETA DE DADOS

Dez entrevistadores foram selecionados e treinados por pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) para realizar a coleta de dados. Devido a microrregião localizar-se no interior do Estado e haver dificuldade de deslocamento para a coleta de dados, foram selecionados entrevistadores que tinham vínculo com as maternidades, porém, sem vínculo algum com a atenção pré-natal. Utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário. Além da análise das informações contidas no Cartão da Gestante e no prontuário do recém-nascido, que foram copiados.

Devido ao número reduzido de partos/dia nos sete hospitais vinculados ao SUS participantes do estudo, praticamente todas as puérperas internadas foram entrevistadas, inclusive nos fins de semana e feriados. Foram excluídas as puérperas que não foram acompanhadas em municípios da MRSM-ES, as que realizaram o pré-natal no serviço privado (todo ou parte) e as que fizeram pré-natal, mas não possuíam o cartão da gestante no momento da entrevista.

O momento de coleta dos dados, após o parto, consistiu-se na ocasião em que a assistência pré-natal foi quase totalmente concluída, faltando somente a consulta de puerpério. Além disso, nesse momento foi possível detectar a realização e a

qualidade da assistência prestada por meio de uma logística abrangente e executável.

4.7 TRATAMENTO DOS DADOS

A construção do banco de dados foi realizada a partir das informações contidas nos formulários de pesquisa e nos cartões das gestantes, informações essas que foram digitadas no *software* SPSS versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Primeiramente, os formulários foram revisados para análise da completude e consistência das informações. Quando houve dúvidas, os entrevistadores e as puérperas foram contatados por telefone. Em seguida, os dados do formulário de pesquisa e do cartão da gestante foram duplamente digitados por seis alunos de iniciação científica, sob a supervisão de um pesquisador. Ao final da digitação foram verificadas as concordâncias entre os dois bancos de dados e conferidos os dados conflitantes. Neste caso, realizava-se a busca do formulário correspondente e a devida correção dos dados.

A análise estatística englobou a estatística descritiva, com frequências absoluta e relativa, além do cálculo dos intervalos de confiança (95%). Já a estatística inferencial considerou um nível de significância de 5% para testar a diferença de proporção entre os critérios adotados pelo PHPN mais a Rede Cegonha e o local de moradia, renda familiar mensal e modalidade de cobertura do serviço pré-natal pelo teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, para o artigo 1.

A estatística inferencial do artigo 2 também considerou um nível de significância de 5% para testar a associação entre as variáveis relacionadas às dimensões do acesso e local de moradia, renda familiar mensal e modalidade de cobertura do serviço pré-natal pelo teste Qui-quadrado. Cada dimensão do acesso foi testada quanto a sua normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, o teste não paramétrico de Spearman foi adotado para verificar o nível de correlação (ρ) entre as dimensões do acesso.

4.8 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, na reunião do dia 30 de Novembro de 2011, sob o nº 258/11.

Também foi autorizada a coleta de dados pelas maternidades envolvidas.

Os entrevistadores foram instruídos a aplicar o formulário apenas às puérperas que assinaram o Termo de Consentimento Informado, sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

Como forma de proporcionar uma resposta à comunidade científica, aos gestores das políticas de Saúde da Mulher e da Criança e ao público em geral, os resultados encontrados pela investigação serão publicados sob a forma de relatórios e artigos científicos durante e após a execução da pesquisa, além da realização de seminários com as pessoas responsáveis pelo serviço na MRSM-ES.

4.9 FINANCIAMENTO

Este projeto recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) por meio do Edital Universal 012/2011, sob o processo número 54.685.265/2011 no valor de R\$ 39.800,00.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados a seguir na forma de dois artigos.

5.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1

Avaliação da adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha

5.1.1 Resumo

A persistência de desfechos perinatais negativos e razão de mortalidade materna estagnada em níveis elevados sugerem problemas na qualidade de assistência pré-natal, assim como na assistência ao parto e ao recém-nascido. O objetivo deste estudo é avaliar a adequação do processo de assistência pré-natal segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), acrescido dos procedimentos previstos pela Rede Cegonha, no SUS da microrregião de São Mateus-ES. Foi realizado um estudo transversal, em 2012-2013, por meio de entrevistas e de análise do cartão da gestante e do prontuário do recém-nascido, com 742 puérperas em sete maternidades da região escolhida para a pesquisa. Os parâmetros que apresentaram as menores taxas de adequação foram os testes rápidos e os exames de repetição, com frequências em torno de 10% e 30%, respectivamente, além das atividades educativas (57,9%) e da imunização antitetânica (58,7%). Foi encontrada adequação de 7,4% para o PHPN, de 0,4% para a Rede Cegonha, no que diz respeito aos parâmetros da gravidez de risco habitual, e de zero para os de alto risco. Sistematização do atendimento pré-natal, práticas humanizadas e focalização da atenção nas mulheres mais vulneráveis são medidas que devem ser adotadas para que as gestantes recebam atendimento pré-natal adequado.

Palavras-chave: Saúde Materno-infantil; Cuidado Pré-natal; Avaliação em Saúde; Humanização da assistência.

5.1.2 Abstract

The persistence of negative perinatal outcomes and maternal mortality ratio stagnated at high levels suggest problems in the quality of prenatal care, as well as in childbirth and newborn care. This study aimed to evaluate the adequacy of the process of prenatal care according to the parameters of the Program for the Humanization of Prenatal and (PHPN), plus the procedures provided by the Stork Network of SUS in the region of São Mateus - ES. A cross-sectional study in 2012-2013 interviewed and analyzed cards and medical records of 742 women with postpartum in seven hospitals in the region chosen for the research. The parameters that had the lowest rates of adaptation were quick tests and the exams repeat with frequencies around 10% and 30%, respectively, in addition to educational activities (57,9%) and tetanus immunization (58,7%). Was found suitability of 7.4% for the PHPN, 0.4% for the

Stork Network with respect to the parameters of normal risk pregnancies and zero for the high risk. Systematization of prenatal care, humane practices and focusing attention on the most vulnerable women are measures that should be adopted to ensure that pregnant women receive adequate prenatal care.

Keywords: Maternal and Child Health; Prenatal Care; Health Evaluation; Humanization of Assistance

5.1.3 Introdução

Os desfechos perinatais são influenciados por determinantes distais em nível macro (fatores sociais, econômicos e culturais); por determinantes intermediários relativos às condições de vida e trabalho, como exposição a fatores de risco (estado nutricional da gestante durante a gravidez) e acesso aos fatores de proteção (pré-natal e parto adequados); e, principalmente, por determinantes proximais associados a comportamentos individuais (afecções perinatais)¹. Nesse sentido, a atenção pré-natal pode controlar os fatores de risco que trazem complicações para o binômio mãe-filho, além de permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, contribuindo para que o desfecho perinatal e materno sejam favoráveis².

Estudos observacionais têm demonstrado que o número insuficiente de consultas pré-natal é fator de risco para mortalidade tanto fetal como neonatal³ e que a falta de intervenções no momento apropriado da gravidez pode ocasionar o nascimento prematuro⁴. Além de contribuir para não detecção das desordens hipertensivas, principal causa de morte materna, na América Latina e nos países desenvolvidos, com 25,7% e 16,1% dos casos de morte entre os anos de 1997 e 2002³¹.

Outras doenças que surgem na gestação ou que são descobertas e não controladas no pré-natal, como diabetes, infecção de urina, sífilis e HIV/AIDS, podem proporcionar resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o filho. O indicador de sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública, já que para o ano de 2006 ele foi de 1,7/1.000 nascidos vivos, além de a transmissão vertical de HIV ocorrer em 7% dos casos⁵. A infecção de urina não tratada causou trabalho de parto ou parto pré-termo em 33% e 18,9% das mulheres, respectivamente⁶.

Como forma de melhorar os indicadores que no ano 2000 eram ainda piores, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com

o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério ⁷. Estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio, foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira ⁸. Porém, muitos estudos têm demonstrado que este conteúdo mínimo não está sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil ^{2, 9, 10, 11, 12, 13}.

Isso se refletiu novamente nos indicadores, já que a taxa de mortalidade neonatal tem diminuído pouco e a mortalidade materna tem se mantido estável desde 1996, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos ⁵. Para a Microrregião de São Mateus-ES, as estatísticas apresentam-se mais preocupantes ainda, já que para o ano de 2010 a razão de mortalidade materna foi de 101,6/100.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal foi de 10,7/1.000 nascidos vivos (Departamento de Informática do SUS. Em <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em 27/Mai/2013).

Diante disso, desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN, e com isso tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal¹⁴. No Estado do Espírito Santo, essa rede foi implantada primeiramente na Macrorregião Norte, que engloba a Microrregião de São Mateus, uma vez que os indicadores estão aquém dos padrões desejáveis.

Assim como forma de melhorar a assistência pré-natal e conseqüentemente os indicadores desta microrregião, este estudo tem por objetivo avaliar a adequação do processo de assistência pré-natal, segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), acrescido dos procedimentos previstos pela Rede Cegonha no SUS da microrregião de São Mateus-ES (MRSM-ES).

5.1.4 Métodos

O presente estudo foi realizado na MRSM-ES, ao norte do Espírito Santo, que é formada pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus. Essa microrregião apresentou um Produto

Interno Bruto (PIB) *per capita*/ano de R\$ 11.070,00 (Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. Em <http://www.ijsn.es.gov.br>, acessado em 15/Jun/2012), um dos menores do Estado no ano de 2009, sendo semelhante a alguns Estados da Região Norte do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 24/Abr/2013).

Além disso, essa microrregião apresenta um histórico de indicadores elevados de mortalidade materna e neonatal. As taxas de mortalidade neonatal variaram de 8,6 a 13,6/1.000 nascidos vivos, nos últimos dez anos, enquanto a razão de mortalidade materna variou de 23,3 a 165,2/100.000 nascidos vivos, no mesmo período. (Departamento de Informática do SUS. Em <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em 27/Mai/2013). Essa foi a primeira microrregião do Estado a iniciar a implantação da Rede Cegonha, em agosto de 2012 (Portaria nº 1.858 de 29/08/12. Em http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1858_29_08_2012.html, acessado em 29/Mai/2013).

Selecionou-se a amostra a partir de mulheres que se internaram em hospitais e maternidades públicas localizadas na microrregião de São Mateus, por ocasião do parto, no período de julho de 2012 a fevereiro de 2013. O tamanho da amostra foi definido considerando a população estimada de 4.071 nascidos vivos em 2009, e proporção de 29,7% de cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal, correspondente ao município com menor cobertura (ambas as informações foram extraídas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC). Estabeleceu-se a precisão desejada em 4,5%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância igual a 5%. Esses cálculos resultaram em um tamanho amostral de 595 puérperas. Aumentou-se em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas, recusas ou ausência do Cartão da Gestante no local do parto, o que resultou em 773 abordagens e uma amostra final de 742 puérperas entrevistadas, uma vez que nove mulheres se recusaram a participar do estudo e vinte e duas entrevistas foram perdidas.

Garantiu-se a representatividade da amostra obedecendo à estratificação de acordo com o contingente populacional aproximado de nascidos vivos entre os municípios, seguindo as seguintes proporções: Boa Esperança (5,3%), Conceição da Barra (10,1%), Jaguaré (12,4%), Montanha (5,8%), Mucurici (1,6%), Pedro Canário (12%), Pinheiros (12,4%), Ponto Belo (2,6%) e São Mateus (37,8%).

Selecionou-se dez entrevistadores, que foram treinados por pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) para realizar a coleta de dados. Devido a microrregião

localizar-se no interior do Estado e haver dificuldade de deslocamento, foram selecionados entrevistadores que tinham vínculo com as maternidades, porém, sem vínculo algum com a atenção pré-natal. Realizou-se um estudo piloto com 30 puérperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do preenchimento dos formulários de pesquisa e treinamento dos entrevistadores.

Devido ao número reduzido de partos/dia nos sete hospitais participantes do estudo, vinculados ao SUS, praticamente todas as puérperas internadas foram entrevistadas, inclusive nos fins de semana e feriados. Foram excluídas somente as puérperas que não foram acompanhadas em municípios da MRSM-ES, as que realizaram o pré-natal no serviço privado (todo ou parte) e as que fizeram o pré-natal, mas não possuíam o cartão da gestante no momento da entrevista.

Após a abordagem e confirmação dos pré-requisitos para a entrevista, os entrevistadores explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, copiavam o Cartão da Gestante, entrevistavam a puérpera e, por fim, copiavam algumas informações do prontuário do recém-nascido. As variáveis do estudo foram construídas considerando as informações contidas nos prontuários dos recém-nascidos, nos formulários de pesquisa e nos cartões das gestantes, para aumentar a completude das variáveis analisadas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 30 de novembro de 2011, sob o protocolo nº 258/2011.

Retirou-se do prontuário do recém-nascido a data de nascimento do bebê e sua semana gestacional ao nascer (Método Capurro). Do cartão da gestante extraiu-se a data da primeira consulta, o número de consultas realizadas durante o pré-natal, a aplicação de vacina antitetânica, a presença de ultrassom obstétrico e os exames laboratoriais - tipagem (ABO) e fator (Rh) sanguíneos, VDRL, urina (EAS), glicemia de jejum, hemoglobínia, hematócrito, anti-HIV, urocultura e teste Coombs indireto (para gestantes com fator Rh negativo).

Por meio de entrevistas, outras informações foram obtidas pelo autorrelato da puérpera e anotadas em formulário de pesquisa. As questões sobre a realização de procedimentos foi traduzida em linguagem coloquial de modo a facilitar a compreensão das puérperas. A partir das repostas, as seguintes variáveis foram construídas: realização de atividades educativas, classificação do risco gestacional, encaminhamento das gestantes de risco e exames para gestantes de risco habitual (teste rápido de gravidez, sífilis, HIV e proteinúria) e gestantes de

alto risco (contagem de plaquetas, dosagem de proteínas, dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler e cardiotocografia anteparto).

Para cálculo da semana gestacional da primeira consulta, utilizou-se o número de dias entre a data da primeira consulta e a data de nascimento do recém-nascido, transformou-se em semanas e diminuiu-se das semanas gestacionais ao nascer, que teve como resultado as semanas gestacionais da primeira consulta. Considerou-se que a puérpera recebeu atividade educativa sobre aleitamento materno quando ela foi informada da importância da amamentação exclusiva ao peito até os seis meses e da importância de continuar amamentando até os dois anos.

A classificação da modalidade dos serviços de saúde em Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidades Básicas de Saúde tradicional (UBS) foi obtida relacionando-se o nome da unidade de saúde relatado pela puérpera, como local de realização do pré-natal, com o registro da modalidade presente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ou, quando a puérpera não sabia informar o nome da unidade de saúde, utilizava-se o nome do médico e do enfermeiro registrados no cartão da gestante, que também estavam cadastrados no CNES, para identificação da unidade de saúde e posterior classificação da modalidade.

Os critérios que pautam a assistência pré-natal segundo o PHPN foram analisados primeiramente em níveis independentes (níveis 1, 2, 3) e posteriormente somaram-se todos os níveis para classificar o pré-natal em adequado ou inadequado. A Rede Cegonha foi classificada em adequada quando todos os exames preconizados foram executados e inadequada quando pelo menos um exame deixou de ser realizado. O nível 1 representa a utilização do pré-natal: início do pré-natal até o 4º mês de gestação e número de consultas igual ou maior que seis. O nível 2 engloba a realização dos exames laboratoriais complementares: tipagem sanguínea/fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I (EAS), glicemia de jejum, dosagem de hemoglobina e hematócrito, teste anti-HIV e a verificação do registro de prévia imunização ou aplicação da vacina antitetânica durante a gestação. O nível 3 compreende a repetição de alguns exames laboratoriais: sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I (EAS) e glicemia de jejum, além de recebimento de atividades educativas e a classificação do risco gestacional e encaminhamento para serviços de referência das gestantes com gravidez de risco (Manejo do risco). Considerou-se o pré-natal adequado quando todos os critérios foram cumpridos.

A construção do banco de dados foi realizada a partir das informações contidas nos formulários de pesquisa e nos cartões das gestantes que foram digitados no *software* SPSS, versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Primeiramente os formulários foram revisados para análise da completude e consistência de informações. Quando havia dúvidas, os entrevistadores e as puérperas foram contatados por telefone. Em seguida, os dados do formulário de pesquisa e do cartão da gestante foram duplamente digitados por seis alunos de iniciação científica, sob a supervisão de um pesquisador. Ao final da digitação foram verificadas as concordâncias entre os dois bancos de dados e conferidos os dados conflitantes, caso em que se realizava a busca do formulário e a correção dos dados.

A análise estatística englobou a estatística descritiva com frequências absoluta e relativa, além do cálculo dos intervalos de confiança (95%). Já a estatística inferencial considerou um nível de significância de 5% para testar a diferença de proporção entre os critérios adotados pelo PHPN mais a Rede Cegonha e o local de moradia, renda familiar mensal e modalidade de cobertura do serviço pré-natal pelo teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher.

5.1.5 Resultados

A partir da amostra inicial de 742 puérperas entrevistadas, 03 (0,4%) não realizaram o pré-natal durante a gestação, logo não foram incluídas nesta análise. As demais ausências de informações para algumas variáveis nos formulários das puérperas justificam a variação nos totais.

Tabela 1. Distribuição dos parâmetros da Rede Cegonha para a gestação de alto risco, Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, 2012/2013.

Variáveis	Total % (n=44)
Contagem de plaquetas	11,4
Dosagem de proteínas	9,1
Dosagem de ureia, creatinina, ácido úrico	9,1
Eletrocardiograma	6,8
Ultrassom com Doppler	43,2
Cardiotocografia anteparto	4,5
Adequação Rede Cegonha	-

Tabela 2. Distribuição dos parâmetros do PHPN e da Rede cegonha, segundo o tipo de serviço para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Variáveis	Total % (n=739)	ESF % (n=508)	PACS % (n=98)	UBS % (n=133)	ESF x PACS		ESF x UBS		PACS x UBS	
					χ^2	p-valor	χ^2	p-valor	χ^2	p-valor
PHPN										
Início do pré-natal até o 4º mês	75,2	75,2	72,4	77,4	0,209	0,648	0,170	0,680	0,513	0,474
Número de consultas: 6 ou mais	79,2	80,1	71,4	81,2	3,208	0,073	0,026	0,872	2,535	0,111
Nível 1	69,0	68,7	63,3	74,4	0,864	0,353	1,368	0,242	2,787	0,095
Tipagem sanguínea/ fator Rh	88,6	87,8	89,8	91,0	0,152	0,697	0,767	0,381	0,006	0,936
Sorologia para Sífilis (VDRL)	88,9	89,2	89,8	87,2	0,0000	0,998	0,246	0,620	0,160	0,689
Urina tipo I (EAS)	85,4	84,8	83,7	88,7	0,015	0,902	1,004	0,316	0,822	0,365
Glicemia de jejum	91,3	91,5	87,8	93,2	0,949	0,330	0,212	0,646	1,391	0,238
Hemoglobina	91,1	91,9	87,8	90,2	1,253	0,263	0,205	0,651	0,134	0,714
Hematócrito	82,4	86,8	76,5	69,9	6,097	0,014	20,436	0,0001	0,928	0,335
Teste anti-HIV	84,7	84,1	87,8	85,0	0,606	0,436	0,014	0,904	0,174	0,677
Imunização antitetânica	58,7	57,7	67,3	56,4	2,751	0,097	0,029	0,864	2,379	0,123
Nível 2	41,1	42,1	44,9	34,6	0,161	0,688	2,158	0,142	2,102	0,147
Repetição de VDRL	32,7	35,8	22,4	28,6	6,022	0,014	2,116	0,146	0,829	0,363
Repetição de EAS	33,8	37,8	24,5	25,6	5,768	0,016	6,348	0,012	0,001	0,971
Repetição de glicemia de jejum	33,8	36,0	23,5	33,1	5,178	0,023	0,271	0,603	2,080	0,149
Atividades educativas	57,9	59,1	54,1	56,4	0,652	0,420	0,215	0,643	0,046	0,831
Manejo do risco	92,6	91,3	94,9	95,5	0,986	0,321	2,028	0,155	0,010	0,920
Nível 3	13,0	15,4	9,2	6,8	2,084	0,149	5,917	0,015	0,179	0,672
Adequação PHPN	7,4	9,1	3,1	4,5	3,197	0,074	2,398	0,122	0,040	0,842
Rede Cegonha										
Teste rápido de gravidez	9,5	9,6	13,3	6,0	0,857	0,355	1,276	0,259	2,807	0,094
Teste rápido de sífilis	8,8	7,9	11,2	10,5	0,771	0,380	0,616	0,432	0,002	0,964
Teste rápido de HIV	13,4	14,0	11,2	12,8	0,337	0,562	0,047	0,829	0,027	0,870
Teste rápido de proteinúria	2,6	3,1	1,0	1,5	0,681	0,409	0,496	0,481	0,066	0,797
Urocultura	38,2	32,1	39,8	60,2	1,859	0,173	34,168	0,0001	8,603	0,003
Repetição de hemoglobina	34,8	38,0	24,5	30,1	5,939	0,015	2,512	0,113	0,626	0,429
Repetição de hematócrito	31,0	34,6	23,5	22,6	4,102	0,043	6,423	0,011	0,0000	0,998
Ultrassom obstétrico	80,8	78,0	81,6	91,0	0,437	0,509	10,616	0,001	3,619	0,057
Coombs indireto	84,7	83,9	85,7	87,2	0,088	0,767	0,645	0,422	0,018	0,893
Adequação Rede Cegonha	0,4	0,6	-	-	0,0001	0,991	0,035	0,851	-	-

De modo geral, percebe-se que os parâmetros do PHPN, quando avaliados separadamente, apresentam altas proporções de adequação, chegando a 92,6% para o manejo do risco. Contudo, quando os procedimentos são somados em níveis ou quando a soma acrescenta procedimentos de maior complexidade, a proporção de adequação diminui muito. Percebe-se uma queda de 28 pontos percentuais do nível 1 para o nível 2; de 56 pontos, do nível 1 para o nível 3, e de 60 pontos percentuais para a adequação total do programa. Vale ressaltar ainda, a baixa cobertura de imunização antitetânica e das atividades educativas, girando em torno de 60%.

Tabela 3. Distribuição dos parâmetros do PHPN e da Rede Cegonha, segundo o local de moradia para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Variáveis	Total % (n=739)	Urbana % (n=497)	Rural % (n=242)	χ^2	p valor
PHPN					
Início do pré-natal até o 4º mês	75,2	75,3	75,2	0,004	0,951
Número de consultas: 6 ou mais	79,2	80,5	76,4	1,419	0,234
Nível 1	69,0	69,2	68,6	0,007	0,936
Tipagem sanguínea/ fator Rh	88,6	89,3	87,2	0,518	0,472
Sorologia para sífilis (VDRL)	88,9	90,7	85,1	4,608	0,032
Urina tipo I (EAS)	85,4	87,1	81,8	3,247	0,072
Glicemia de jejum	91,3	92,4	89,3	1,612	0,204
Hemoglobina	91,1	92,2	88,8	1,917	0,166
Hematócrito	82,4	82,5	82,2	0,0000	0,998
Teste anti-HIV	84,7	86,9	80,2	5,134	0,024
Imunização antitetânica	58,7	58,6	59,1	0,003	0,960
Nível 2	41,1	42,9	37,6	1,675	0,196
Repetição de VDRL	32,7	33,8	30,6	0,618	0,432
Repetição de EAS	33,8	36,2	28,9	3,556	0,059
Repetição de glicemia de jejum	33,8	37,0	27,3	6,415	0,011
Atividades educativas	57,9	58,8	56,2	0,351	0,554
Manejo do risco	92,6	92,8	92,1	0,037	0,849
Nível 3	13,0	14,3	10,3	1,964	0,161
Adequação PHPN	7,4	8,2	5,8	1,038	0,308
Rede Cegonha					
Teste rápido de gravidez	9,5	9,5	9,5	0,018	0,894
Teste rápido de sífilis	8,8	8,9	8,7	0,002	0,962
Teste rápido de HIV	13,4	13,7	12,8	0,049	0,824
Teste rápido de proteinúria	2,6	3,2	1,2	Fisher	0,170
Urocultura	38,2	40,2	33,9	2,477	0,116
Repetição de hemoglobina	34,8	37,2	29,8	3,610	0,057
Repetição de hematócrito	31,0	32,4	28,1	1,213	0,271
Ultrassom obstétrico	80,8	82,1	78,1	1,430	0,232
Coombs indireto	84,7	86,3	81,4	2,648	0,104
Adequação Rede Cegonha	0,4	0,6	-	Fisher	0,556

Para a Rede Cegonha, a realização dos exames obrigatórios variou de 2,6%, para teste rápido de proteinúria, a 84,7% para o Coombs indireto. Já os exames preconizados para gestação de alto risco não chegaram a 50% de utilização, além disso, nenhum atendimento pré-natal de alto risco foi considerado adequado segundo os critérios da Rede Cegonha (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra que não há diferença estatisticamente significativa no acompanhamento pré-natal entre os modelos de atenção, porém, para alguns exames, como dosagem de hematócrito, repetição de urina tipo I e de dosagem de hematócrito, a ESF obteve melhores resultados que o PACS e a UBS. E para os exames de repetição de sorologia para sífilis (VDRL), de glicemia de jejum e dosagem de hemoglobina a ESF apresentou melhor desempenho que o PACS. Já as UBS demonstraram melhor atuação que a ESF e o PACS para a realização de urocultura. Além disso, as UBS apresentaram maiores frequências que a ESF para a realização de ultrassom obstétrico. Quanto aos níveis de adequação, a ESF obteve melhor resultado que as outras modalidades no nível 3. Para a gravidez de alto risco, não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis nas diferentes modalidades de serviço.

Na Tabela 3, observam-se diferenças entre as mulheres residentes na zona urbana e rural da microrregião. Constatou-se que as maiores proporções de acesso aos procedimentos, exceto para o teste rápido de gravidez e imunização antitetânica, ocorreram na população urbana. Houve diferença estatisticamente significativa entre as puérperas segundo local de moradia para realização de sorologia para sífilis (VDRL), teste anti-HIV e repetição de glicemia de jejum. Nenhuma gestante de alto risco, independentemente de residir na zona urbana ou rural, teve acesso adequado aos exames preconizados pela Rede Cegonha.

Constata-se perda de informações no total da Tabela 4, visto que 53 puérperas não responderam sobre a renda familiar mensal. Observou-se que as puérperas com renda familiar mensal maior que um salário mínimo obtiveram maiores proporções de acesso aos procedimentos e exames em 80% das variáveis, inclusive com diferença estatisticamente significativa para os exames tipagem sanguínea/fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), hematócrito e teste anti-HIV. Ademais, a adequação ao nível 3 também apresentou uma diferença expressiva a favor das puérperas com maior renda familiar. Para as puérperas de alto risco, com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, o único exame em maior proporção foi a cardiocografia anteparto, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Tabela 4. Distribuição dos parâmetros do PHPN e da Rede Cegonha, segundo a renda familiar mensal para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Variáveis	Total %* (n=686)	≤1 salário % (n=218)	>1 salário % (n=468)	χ^2	p valor
PHPN					
Início do pré-natal até o 4º mês	75,9	72,9	77,4	1,412	0,235
Número de consultas: 6 ou mais	80,8	78,4	81,8	0,897	0,344
Nível 1	70,3	66,5	72,0	1,898	0,168
Tipagem sanguínea/ fator Rh	88,3	83,9	90,4	5,483	0,019
Sorologia para sífilis (VDRL)	88,5	83,9	90,6	5,905	0,015
Urina tipo I (EAS)	85,0	82,6	86,1	1,167	0,280
Glicemia de jejum	91,0	88,5	92,1	1,926	0,165
Hemoglobina	90,5	87,6	91,9	2,726	0,099
Hematócrito	81,6	76,6	84,0	4,953	0,026
Teste anti-HIV	84,5	79,4	87,0	6,018	0,014
Imunização antitetânica	59,2	61,5	58,1	0,578	0,447
Nível 2	41,1	40,4	41,5	0,036	0,850
Repetição de VDRL	33,5	28,9	35,7	2,788	0,095
Repetição de EAS	34,3	29,4	36,5	3,022	0,082
Repetição de glicemia de jejum	34,4	30,3	36,3	2,114	0,146
Atividades educativas	58,0	54,6	59,6	1,328	0,249
Manejo do risco	92,6	92,2	92,7	0,006	0,939
Nível 3	13,3	8,7	15,4	5,233	0,022
Adequação PHPN	7,6	5,0	8,8	2,543	0,111
Rede Cegonha					
Teste rápido de gravidez	10,1	8,7	10,7	0,455	0,500
Teste rápido de sífilis	9,3	11,5	8,3	1,444	0,230
Teste rápido de HIV	13,8	15,6	13,0	0,640	0,424
Teste rápido de proteinúria	2,8	3,7	2,4	0,505	0,477
Urocultura	39,4	39,4	39,3	0,003	0,953
Repetição de hemoglobina	34,8	30,3	37,0	2,652	0,103
Repetição de hematócrito	30,9	26,1	33,1	3,094	0,079
Ultrassom obstétrico	81,0	79,8	81,6	0,207	0,649
Coombs indireto	84,5	81,2	86,1	2,370	0,124
Adequação Rede Cegonha	0,4	-	0,6	Fisher	0,614

* Valores perdidos pela ausência de informação sobre renda total da família.

5.1.5 Discussão

A avaliação dos parâmetros que compõem o PHPN e a Rede Cegonha permite inferir diretamente sobre a qualidade da assistência pré-natal nos serviços do SUS. Destarte, as baixas taxas de adequação do processo pré-natal nos vários níveis, pode ter resultado em desfechos indesejáveis como nascimento de bebês prematuros e de baixo peso, além de contribuir para mortalidade materna e perinatal.

Uma análise geral dos parâmetros mostrou que, individualmente, apresentam-se em alta frequência, principalmente os exames laboratoriais de primeira rotina, mas, quando unidos para análise da adequação, as frequências caem acentuadamente. Isso também ficou evidente

em outros estudos ^{2, 9,10,12,13,15,16}, mostrando que a realização do conjunto, e não das atividades isoladas, é o maior desafio na implementação de uma atenção pré-natal satisfatória ^{13, 16, 17}.

Ao se levar em consideração apenas o número de consultas e o início do acompanhamento pré-natal preconizado em cada país, foram obtidas adequações que variaram de 27,6% a 82,2% em estudos realizados no Brasil, Estados Unidos e Espanha ^{9, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 33}, sendo que o presente estudo encontrou 69,0% de adequação nesse quesito do pré-natal. Isso indica que a captação precoce e o número de visitas têm melhorado ao longo do tempo, permitindo que a gestante tenha maior oportunidade de receber cuidados preventivos e de promoção da saúde durante as consultas ².

Porém, a qualidade das consultas ainda não vem revelando bons resultados, pois os índices para a adequação do PHPN são baixíssimos, principalmente quando se inclui os exames de repetição. Obteve-se uma variação de zero a 15% entre os anos de 2001 a 2012 em diferentes estudos ^{2, 9, 10, 11, 12, 13, 30}. Para o presente estudo, a adequação do programa, que há 12 anos norteia o atendimento pré-natal, foi de apenas 7,4%, sendo que os exames de repetição apresentaram proporções em torno de 30%. Estes exames são de grande valia, pois detectam o desenvolvimento de diabetes e infecção urinária ou contração de sífilis durante o período gestacional.

Além dos exames de repetição, outros parâmetros de grande importância para assistência pré-natal, e que também apresentaram proporções baixas, em torno de 60%, foram a imunização antitetânica e o recebimento de atividades educativas sobre o aleitamento materno. Estudos recentes apresentaram frequências entre 35% e 60% para a imunização antitetânica ^{2, 9, 21, 34, 35}, mostrando que a erradicação do tétano neonatal será uma meta difícil de ser alcançada, principalmente nos lugares em que o risco é maior, necessitando permanentemente de avaliação ¹⁷. Já as atividades educativas relacionadas ao aleitamento materno obtiveram resultados que variaram de 15% a 74% ^{2, 22, 23, 32}. Isso proporciona maior sucesso na amamentação, pois a ansiedade e dúvidas comuns sobre o aleitamento materno podem ser esclarecidas ²⁴.

Segundo as recomendações da Rede Cegonha a adequação foi menor ainda, inferior a 0,5% tanto para as gestantes de risco habitual quanto para as gestantes de alto risco, principalmente devido à implantação recente da rede na MRSM-ES (Portaria nº 1.858 de 29/08/12. Em <http://bvsmms.saúde.gov.br>, acessado em 29/Mai/2013). Os exames de teste rápido obtiveram os

piores resultados, entre 2,6% e 13,4%, já que normalmente são exames de rotina hospitalar, porém, são de suma importância na atenção primária para captação e manejo precoce das gestantes, diminuindo riscos de morbimortalidade materna e fetal ²⁵, uma vez que o tratamento está disponível e é de baixo custo para o serviço público ¹². Os outros exames apresentaram proporções maiores, pois já fazem parte da rotina do pré-natal, embora devesses ser ofertados em maior proporção em todas as modalidades de serviço de saúde.

No Brasil, há três modalidades de serviço de saúde pré-natal na atenção básica: ESF, PACS e UBS tradicionais, sendo que a ESF foi implantada pelo SUS para reorganizar e reestruturar o sistema público da atenção básica, por meio de ações especiais, atendimento especial, principalmente para as populações mais pobres, porém, sem deixar de ser universal ²⁶. Assim, apesar de a ESF ter conseguido melhores resultados que as outras modalidades, muitos deles não foram estatisticamente significantes. Isso também ficou evidenciado em outros estudos ^{10, 21, 27, 28}. O estudo de Santos Neto et. al. (2012) também encontrou diferenças estatisticamente significantes a favor da ESF para a variável repetição de hemoglobinemia, ambos com 38% de frequência.

Os exames de repetição, as atividades educativas voltadas para o aleitamento materno e o manejo do risco que compõem o nível 3, tiveram melhor desempenho na ESF quando se analisa o conjunto. Ao passo que exames mais específicos como urocultura e ultrassonografia tiveram diferença estatisticamente significativa em favor das UBS. Isso pode ter ocorrido porque esta modalidade de serviço geralmente possui outros serviços além da clínica básica ²⁷, enquanto a ESF concentra o atendimento das necessidades básicas de saúde na equipe multiprofissional.

Hierarquicamente, a ESF apresentou-se melhor que a UBS, que por sua vez mostrou-se melhor que o PACS, porém sem diferenças expressivas. Isso evidencia que os serviços de assistência pré-natal não estão conseguindo cumprir os parâmetros preconizados pelas políticas nacionais de saúde ²¹, pois as equipes de saúde podem não estar preparadas para implementar ações de divulgação dos programas de pré-natal, identificar prioridades, buscar as usuárias faltosas e, principalmente, para interagir como equipe multidisciplinar ²². Mas, mesmo assim, a ESF mostra o potencial deste modelo na melhora da qualidade dos serviços públicos de saúde.

Já em relação ao local de moradia, a adequação do uso da assistência pré-natal foi maior para a população urbana, assim como no estudo de Coimbra et. al. (2003) que encontrou adequação para o nível 1, de 52,1%, para as mulheres da zona urbana, e de 34,8%, para as mulheres da zona rural. Chama a atenção nos exames de primeira rotina, o fato de as mulheres residentes na zona rural terem frequências menores e estatisticamente significantes somente para os que detectam doenças sexualmente transmissíveis (sífilis e HIV). Onde se pode deduzir que na zona rural as pessoas apresentam relações mais estreitas, então, o profissional julga que a paciente não precisa daquele exame ou pensa que a paciente se sentirá ofendida caso ele ofereça o exame. Essa atitude é equivocada, visto que o aconselhamento adequado sanaria dúvidas ou preconceitos e proporcionaria um resultado concreto acerca de doenças que podem ocasionar a infecção ou a morte do feto.

Assim como o local de moradia, a renda familiar mensal também apresentou associação com a adequação do pré-natal, sendo que as famílias com maior renda apresentaram os maiores percentuais de adequação ^{19, 20, 29}, inclusive neste estudo. Considerando o início do pré-natal no primeiro trimestre e no mínimo cinco consultas de pré-natal, Coimbra e colaboradores (2003) encontraram adequação de 32,9% para as mulheres com renda familiar de até um salário mínimo e 55% para as mulheres com renda familiar maior que um salário, valores inferiores aos encontrados neste estudo. Já Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi (2009) encontraram 50,8% de adequação para o menor quartil e 81,4% para o maior quartil de renda, levando em consideração início do pré-natal no primeiro trimestre e no mínimo seis consultas de pré-natal. E esse contexto permanece para a adequação total ao PHPN ^{19, 20, 29}.

Desse modo, é inequívoco que a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, assim como a outros fatores que indicam a persistência de desigualdade social, evidenciando que os grupos socialmente mais vulneráveis tem pior acesso ao serviço pré-natal^{11, 19}. A existência de relação inversa entre a disponibilidade da assistência e as necessidades de saúde da população assistida é algo que ocorre há tempos na saúde, apesar de ter sido minimizado com a criação do SUS. Isso pode acontecer devido a problemas no serviço, como: as equipes não estarem preparadas para implementar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para captar precocemente as gestantes, para buscar gestantes faltosas, e para interagir como equipe multidisciplinar ¹¹.

Deve-se considerar que os resultados expostos neste estudo levaram em consideração apenas parâmetros bem objetivos da assistência pré-natal, entendidos como o consumo de tecnologias

para melhoria de saúde das mulheres e das crianças. Também existem limitações quanto à fonte de informação, pois as informações relativas aos testes rápidos e aos exames para gestação de alto risco da Rede Cegonha foram retiradas das entrevistas e a gestante pode não se lembrar de ter realizado o exame, ou não saber o nome dos exames que realizou, principalmente, se eles foram realizados no início da gestação. Além disso, não se avaliou a estrutura e o resultado, apenas o processo, sendo impossível avaliar a inter-relação e a interdependência entre os componentes da avaliação.

5.1.6 Considerações Finais

Embora a assistência pré-natal na rede SUS da Microrregião de São Mateus-ES tenha apresentado frequências elevadas para muitos parâmetros, quando analisados individualmente, a adequação total ao PHPN e à Rede Cegonha apresentou-se muito baixa. Isso possivelmente ocorreu porque o serviço não sistematiza os procedimentos e exames que compõem os requisitos mínimos preconizados ou não possui estrutura suficiente de atendimento a gestante de acordo com os programas preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Caso contrário, pelo menos as gestantes que iniciaram o pré-natal até o 4º mês deveriam ter cumprido todos os critérios dos programas. Deve-se considerar, também, que a Rede Cegonha foi implantada recentemente.

A ESF apresentou níveis de adequação um pouco melhor que a UBS e o PACS, respectivamente. As mulheres com menor renda e residentes na zona rural foram as que receberam a pior assistência pré-natal, mostrando que dentro da política universal os gestores e os profissionais das unidades de saúde não conseguiram ainda focalizar dentro da atenção pré-natal as mulheres que mais precisam de cuidados e orientação, e oferecer a estas um atendimento diferenciado que realmente as faça se comprometer com o acompanhamento de seu bebê durante todo o período gestacional.

O comprometimento da mulher surge a partir do momento em que ela tem um acesso adequado ao serviço pré-natal, em que as propostas do programa são informadas, enfim, em que ela se sente integrada e responsável pelo cuidado. Esses elementos contribuem para humanização na atenção obstétrica, porém, isso está longe de ser alcançado, visto que o atendimento a gestantes continua sendo executado de forma fragmentada, impessoal e sem diálogo, pela maioria das equipes de saúde. Logo, a reversão desse quadro deve ocorrer com a

sistematização do atendimento pré-natal, tendo a humanização como real direcionador do atendimento e a atenção sendo focalizada nas mulheres mais vulneráveis.

5.1.7 Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES).

5.1.8 Referências

1. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001; 119(1):33-42.
2. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28 (3): 425-37.
3. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2010; 19 (1): 51-60.
4. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *European Journal of Public Health* 2013; 23 (3): 366-71.
5. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1863-76.
6. Duarte G, Marcolin AC, Gonçalves CV, Quintana SM, Berezowski AT, Nogueira, et al. Infecção de Urina na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e do Tratamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2002; 24 (7): 471-77.
7. Serruya SJ, Lago TG, JG Cecatti. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4(3): 269-79.

8. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27 (6): 1053-64.
9. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010; 32 (11): 563-9.
10. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2003; 25 (10): 717-24.
11. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17 (1): 131-9.
12. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 (Supl 1) S23-S32.
13. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8 (1): 113-24.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Brasília (DF): 2011.
15. Silva MB, Monteiro PS. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. *Com. Ciências Saúde.* 2010; 21(1): 21-30.
16. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 105-11.
17. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (5): 1281-9.
18. Kogan MD, Martin JA, Alexander GR, Kothelchuck M, Ventura SJ, Frigoletto FD. The changing Pattern of Prenatal Care Utilization in the United States, 1981-1995, Using Different Prenatal Care Indices. *JAMA* 1998; 279 (20): 1623-8.

19. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4): 456-62.
20. Gonçalves CV, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (11): 2507-16.
21. Santos Neto ET, Emmerich AO, Zandonade E, Gama SGN, Leal MCL. 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* 2012; 28 (9): 1650-62.
22. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2002; 24 (5): 293:9.
23. Taveras EM, Ruowei L, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Mothers' and Clinicians Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits. *Pediatrics*. 2004; 113 (5): e405-e411.
24. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 477-86.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.
26. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS* 1998; 8(2): 11-48.
27. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 534-45.

28. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(1): 75-82.
29. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2005; 17 (1): 15-25.
30. Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (7): 1572-80.
31. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO Analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367 (9516): 1066-74.
32. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Pediatr* 1999; 88(4): 411-5.
33. Castelló A, Ríó I, Martínez E, Rebagliato M, Barona C, Llácer A et al. Differences in Preterm and Low Birth Weight Deliveries Between Spanish and Immigrant Women: Influence of the Prenatal care Received. *Ann Epidemiol* 2012; 22(3): 175-82.
34. Maral I, Baykan Z, Aksakal FN, Kayikcioglu F, Bumin MA. Tetanus immunization in pregnant women: evaluation of maternal tetanus vaccination status and factors affecting rate of vaccination coverage. *Public Health* 2001; 115(5): 359-64.
35. Okoli U, Abdullahi MJ, Pate MA, Abubakar IS, Aniebue N, West C. Prenatal care and emergency obstetric care services provided at primary healthcare facilities in rural Nigeria. *Int J Gynaecol and Obstet* 2012; 117(1): 61-5.

5.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2

Avaliação do acesso ao serviço pré-natal: equidade ou iniquidade entre diferentes mulheres?

5.2.1 Resumo

Objetivou-se avaliar o acesso à assistência pré-natal segundo as dimensões de disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade, no SUS da Microrregião de São Mateus-ES. Trata-se de um estudo seccional que selecionou 742 puérperas em sete maternidades da região escolhida para a pesquisa. As informações foram coletadas, processadas e submetidas ao teste Qui-quadrado e ao teste não paramétrico de Spearman, com p-valor menor que 5% ($p < 0,05$). Apesar de o SUS garantir constitucionalmente o acesso universal ao sistema de saúde, nota-se que ainda existem iniquidades entre as puérperas da zona rural e urbana quanto à disponibilidade e, entre as famílias que ganham até um salário mínimo e mais de um salário mínimo por mês, quando se relaciona à capacidade de pagar, porém a aceitabilidade revelou-se igual, independentemente da modalidade dos serviços de saúde. Conclui-se assim, que o local, os recursos de transporte e o financiamento dos serviços de saúde devem ser reorganizados, e a formação dos profissionais de saúde aprimorada.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade no Acesso; Serviços de Saúde Materna; Desigualdades em Saúde.

5.2.2 Abstract

Aimed to evaluate access to prenatal care according to the dimensions of availability, affordability and acceptability in the SUS Microrregião São Mateus - ES. It is a cross-sectional study that selected 742 postpartum women in seven hospitals in the region chosen for the research. The information was collected, processed and submitted to the Chi-square test and the nonparametric Spearman, with p-value less than 5% ($p < 0,05$). Although the SUS constitutionally guarantee universal access to health care, it is noted that there are still inequalities between pregnant women from rural and urban areas on the availability, and among families earning up to minimum wage and more than one minimum wage per month when it relates to the affordability, but the acceptability proved equal, regardless of the modality of health services. It is conclude that the local, transport resources and financing of health services should be reorganized, and training of health professionals enhanced.

Keywords: Access Health Care; Equity in Access; Maternal Health Services; Health Inequalities

5.2.3 Introdução

Desde o início dos anos 1970, vários autores têm abordado o acesso aos cuidados de saúde usando diferentes ideias e quadros conceituais, por isso, o conceito de acesso é considerado complexo e multidimensional^{1,2,3,4}. Ele pode ser definido como a forma com que as pessoas percebem as características de oferta e, portanto, como percebem as barreiras e as facilidades para a utilização dos serviços⁵, também pode ser considerado o “grau de ajuste” entre o sistema de saúde e seus clientes², ou, ainda, como a oportunidade de uso dos serviços com liberdade, refletindo o entendimento que existe uma gama de circunstâncias que permite o uso apropriado dos serviços de saúde⁴.

O pré-natal agrega diversos tipos de serviços de saúde imprescindíveis às gestantes, pois monitora o progresso da gravidez, identificando e atenuando possíveis fatores de risco⁶. Nesse sentido, a disposição física estratégica dos serviços de saúde para captação precoce da gestante e manutenção de sua assiduidade é pré-requisito fundamental para a realização de um acompanhamento eficaz⁷. Além disso, não se pode desprezar a função dos sistemas nacionais de saúde, pois a cobertura universal dos serviços possibilitaria a redução das barreiras financeiras⁸ e a ampliação do vínculo dessa mulher com os profissionais de saúde, facilitando a permanência dela no serviço. Esses reconhecimentos evidenciam que o grau de utilização do serviço pré-natal é determinado pelo conjunto de dimensões que compõe o acesso.

Quando se considera a disponibilidade como uma dimensão do acesso, refere-se genericamente à representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário^{2,4}. Além disso, engloba, de forma geral, a relação geográfica entre os usuários e os serviços de saúde (distância e tempo)⁷, os recursos de transportes dos profissionais de saúde, o horário de funcionamento do serviço, a qualidade dos serviços prestados, entre outros⁴. Desse modo, a proximidade e a organização dos serviços pré-natais determinam parcialmente o início e a frequência de cuidados recebidos pelas gestantes.

Em consonância, quando se reconhece a capacidade de pagar como outra dimensão do acesso, evidencia-se um contexto amplo relacionado ao financiamento dos serviços de saúde, que compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a mobilização de recursos financeiros dos indivíduos^{2,4}, incluindo despesas diretas com consultas médicas, medicamentos, testes diagnósticos, transporte para o serviço, alimentação especial, e despesas

indiretas, como perda de renda ou produtividade, devido ao deslocamento ou espera pelo serviço, etc.⁴. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui substancialmente para que muitas mulheres recebam assistência pré-natal ou ampliem seu acesso devido à desoneração dos procedimentos, exames e compra de medicamentos.

Sob outro ponto de vista, quando a aceitabilidade é considerada a dimensão última complementar do acesso, demonstra-se a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades^{2,4}. Pode ser considerada a dimensão menos tangível, pois é influenciada por aspectos pessoais, culturais, educacionais e comportamentais^{5,9}. Contudo, é determinante na adesão da gestante ao acompanhamento pré-natal, quando o relacionamento profissional-paciente pauta-se no respeito, na humanização, na confiança e na escuta.

A equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde divide-se em: vertical e horizontal. A equidade vertical é entendida como tratamento desigual, porém equilibrado, entre desiguais¹⁰, na busca da justiça social⁹. Já a equidade horizontal corresponde à igualdade entre grupos sociais para necessidades de saúde iguais, que é a definição fundamental do SUS que, constitucionalmente, garante cobertura universal¹¹. Gusmano et al (2009) sugerem que a cobertura universal, apenas, não é suficiente para eliminar as desigualdades geográficas no acesso aos cuidados, porém, diminui disparidades, reduzindo barreiras financeiras. Outro fato que contribui para a cobertura universal, sozinha, não proporcionar equidade em saúde, é que alguns determinantes da saúde repousam fora do escopo e da responsabilidade direta do sistema de saúde⁹. Contudo, a cobertura universal é o passo inicial para minimizar as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde e o passo seguinte é descobrir os fatores que surgem e impedem o acesso pleno dos usuários aos serviços de saúde.

Desta forma, delinear as barreiras do acesso faz-se necessário para reverter as iniquidades e também alcançar o acesso realmente universal, uma vez que grupos sociais desfavorecidos tem menor taxa de utilização e não tem acesso igual a serviços de boa qualidade, apesar de sua maior necessidade¹³. Por isso, este estudo se propõe a avaliar o acesso à assistência pré-natal segundo as dimensões da disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade no SUS da microrregião de São Mateus-ES (MRSM-ES).

5.2.4 Métodos

Um estudo epidemiológico seccional foi executado na Microrregião de São Mateus-ES, que é formada pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus. Esses municípios somam uma área territorial de 8.018,68 Km², abrigam uma população de 254.526 habitantes, sendo 75% residente em área urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>, acessado em 02/Abr/2013). Além disso, apresentou um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$ 11,07 (Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. Em <http://www.ijsn.es.gov.br>, acessado em 15/Jun/2012), um dos menores do estado do Espírito Santo, no ano de 2009, sendo semelhante a alguns estados da Região Norte do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 24/Abr/2013).

Selecionou-se a amostra a partir de mulheres que se internaram em hospitais e maternidades públicas localizadas na microrregião de São Mateus-ES, por ocasião do parto, no período de julho de 2012 a fevereiro de 2013. Definiu-se o tamanho da amostra considerando a população estimada de 4.071 nascidos vivos em 2009, e a proporção de 29,7% de cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal, correspondente ao município com menor cobertura, ambas as informações foram extraídas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Estabeleceu-se a precisão desejada em 4,5%, efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância igual a 5%. Esses cálculos resultaram em um tamanho amostral de 595 puérperas. Aumentou-se em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas, recusas ou ausência do Cartão da Gestante no local do parto, o que resultou em 773 abordagens e uma amostra final de 742 puérperas entrevistadas.

Garantiu-se a representatividade da amostra obedecendo à estratificação, de acordo com o contingente populacional aproximado de nascidos vivos entre os municípios, seguindo as seguintes proporções: Boa Esperança (5,3%), Conceição da Barra (10,1%), Jaguaré (12,4%), Montanha (5,8%), Mucurici (1,6%), Pedro Canário (12%), Pinheiros (12,4%), Ponto Belo (2,6%) e São Mateus (37,8%).

Pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) selecionaram e treinaram dez entrevistadores para realizar a coleta de dados. Devido à microrregião localizar-se no interior do Estado e haver dificuldade de deslocamento, foram selecionados entrevistadores

que tinham vínculo com as maternidades, porém sem vínculo algum com a atenção pré-natal. Realizou-se um estudo piloto com 30 puérperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do preenchimento dos formulários de pesquisa e treinamento dos entrevistadores.

Devido ao número reduzido de partos/dia nos sete hospitais participantes do estudo, vinculados ao SUS, praticamente todas as puérperas internadas foram entrevistadas, inclusive nos fins de semana e feriados. Excluíram-se as puérperas que não foram acompanhadas em municípios da Microrregião de São Mateus-ES, as que realizaram o pré-natal no serviço privado (todo ou parte) e as que fizeram o pré-natal, mas não possuíam o cartão da gestante no momento da entrevista.

Após a abordagem e confirmação dos pré-requisitos para a entrevista, os entrevistadores explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, copiavam o Cartão da Gestante, entrevistavam a puérpera e, por fim, transcreviam algumas informações do prontuário do recém-nascido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 30 de novembro de 2011, sob o protocolo nº 258/2011.

O acesso aos serviços de saúde foi avaliado nas dimensões: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade, conforme Thiede, Akweongo e McIntyre (2007). A disponibilidade foi mensurada a partir das variáveis distância (km) e tempo (minutos) entre a casa da puérpera e o serviço pré-natal, meio de transporte utilizado (a pé/motorizado/outros), horário de funcionamento do serviço pré-natal (adequado/inadequado) e local de moradia (urbana/rural), além das variáveis: utilização de transporte do sistema de saúde, recebimento de visita domiciliar com profissionais usando o transporte da saúde, pré-natal de qualidade e serviço pré-natal que a puérpera necessitava, todas dicotomizadas (sim/não).

A capacidade de pagar englobou as variáveis: pagamento de exame/consulta pré-natal, compra de medicamentos (dor/infecção) ou comida enquanto esperava o atendimento, pagamento de transporte, perda do dia de trabalho, perda de dinheiro (caso exercesse atividade remunerada), necessidade de pegar dinheiro emprestado (família/vizinho/amigo/banco/financeira) ou de vender algum bem material e renda familiar mensal (\leq um salário mínimo da época e $>$ um salário mínimo da época).

Já a aceitabilidade abrange as variáveis: confiança nos profissionais de saúde, tratamento respeitoso por parte dos profissionais, concordância com os procedimentos executados, escuta atenta das queixas, necessidades atendidas, discriminação por parte dos profissionais de saúde, percepção de que os equipamentos disponíveis eram suficientes, equipe capacitada para o atendimento, espaço aberto para reclamar, opinião quanto ao atendimento médico e modalidade do serviço pré-natal, categorizado em: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS).

Uma matriz de julgamento foi criada para cada dimensão (Quadro 1), onde cada variável recebeu um valor, sendo, para análise da distância, atribuído o valor três a distância menor que 1 Km; o valor dois, de 1 - 4 Km; o valor um, de 5 - 14 Km; e o valor zero, para 15 Km ou mais. Já o tempo menor que 30 minutos recebeu o valor dois; de 30 - 59 minutos, o valor um; e mais de 60 minutos, o valor zero. Para análise do atendimento médico, as respostas ótimo/bom receberam um ponto e regular/ruim/péssimo receberam zero ponto. As demais variáveis receberam valores de um ponto para as respostas que estavam de acordo com o melhor resultado e zero para respostas em desacordo, resultando numa medida-resumo de cada dimensão, que podia somar de zero a dez pontos, isso gerou a seguinte classificação: péssimo (zero - 2 pontos), ruim (3 - 4 pontos), regular (5 - 6 pontos), bom (7 - 8 pontos) e ótimo (9 - 10 pontos).

Quadro 1. Matriz de Julgamento – Acesso aos serviços de saúde

Variáveis	Valor Máximo Esperado	Descrição do valor
Distância*	3	3 pontos se < 1Km 2 pontos se 1-4 Km 1 ponto se 5-14 Km 0 ponto se 15 Km ou +
Tempo*	2	2 pontos se < 30 min. 1 ponto se 30-59 min. 0 ponto se 60 min. ou +
Atendimento médico	1	1 ponto se ótimo/bom 0 ponto se ruim/regular/péssimo
Demais variáveis	1	1 ponto se de acordo com o melhor resultado esperado 0 ponto se em desacordo com o melhor resultado esperado

*Adaptado de Wilkinson; Warmucci; Nouredine; 1993; Rose; Abderrahim; Stanton; Helsel, 2001.

Realizou-se a construção do banco de dados a partir das informações contidas nos formulários de pesquisa, que foram digitadas no *software* SPSS, versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Primeiramente esses formulários foram revisados para análise da completude e consistência de informações. Quando em dúvida, os entrevistadores e as puérperas foram contatados por telefone. Em seguida, os dados foram duplamente digitados por seis alunos de iniciação científica, sob a supervisão de um pesquisador. Ao final da digitação foram verificadas as concordâncias entre os dois bancos de dados e conferidos os dados conflitantes. Nesse caso, realizava-se a busca do formulário e a correção dos dados.

A análise estatística englobou a estatística descritiva, com frequências absoluta e relativa, além do cálculo dos intervalos de confiança (95%). Já a estatística inferencial considerou um nível de significância de 5% para testar a associação entre as variáveis relacionadas ao acesso em suas dimensões e local de moradia, renda familiar mensal e modalidade de cobertura do serviço pré-natal, pelo teste Qui-quadrado. Cada dimensão do acesso foi testada, quanto a sua normalidade, pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, o teste não paramétrico de Spearman foi adotado para verificar o nível de correlação (ρ) entre as dimensões do acesso.

5.2.5 Resultados

A partir da amostra inicial de 742 puérperas entrevistadas, 03 delas (0,4%) não obtiveram qualquer assistência em saúde durante a gestação, logo não foram incluídas nesta análise. As demais ausências de informações para algumas variáveis nos formulários das puérperas justificam a variação nos totais.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sobre disponibilidade segundo o local de moradia. Somente as variáveis horário de funcionamento do serviço pré-natal, pré-natal de qualidade e serviço pré-natal que a puérpera necessitava não estiveram associadas ao local de moradia, as demais apresentaram significância estatística de 5%. Enquanto 89,1% das puérperas da zona urbana moram até 04 quilômetros do serviço de saúde, quase 70% das residentes em zona rural moram de 1 - 14 quilômetros do serviço de saúde. Essa discrepância persiste no tempo de deslocamento, pois cerca de 90% das puérperas da área urbana levam menos de 30 minutos para chegar ao serviço e as da área rural levam até uma hora.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sobre disponibilidade, segundo o local de moradia para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Variáveis	Total % (n=739)	Urbana % (n=497)	Rural % (n=242)	χ^2	p valor
Distância casa da usuária - serviço (Km)					
< 1 Km	21,0	24,5	13,6	11,04	0,001
1-4 Km	57,1	64,6	41,7	33,91	0,000
5-14 Km	14,2	8,2	26,4	42,87	0,000
15 ou mais Km	5,7	1,6	14,0	44,57	0,000
Não sabe	2,0	1,0	4,1	6,43	0,011
Tempo casa da usuária – serviço (min.)					
< 30 min.	80,1	88,1	63,6	59,71	0,000
30-59 min.	14,9	9,9	25,2	28,84	0,000
60 ou mais min.	4,6	2,0	9,9	21,44	0,000
Não sabe	0,4	0,0	1,2	-	-
Meio de transporte					
A pé	67,9	79,1	45,0	85,32	0,000
Motorizado	26,8	14,7	51,7	111,65	0,000
Outros/ Não sabe	5,3	6,2	3,3	2,20	0,138
Utilização de transporte do sistema de saúde	2,8	1,8	5,0	4,92	0,027
Recebimento de visita domiciliar com profissionais usando transporte público	11,2	8,7	16,5	9,15	0,003
Horário de funcionamento do serviço pré-natal adequado	95,9	96,0	95,9	0,018	0,893
Recebimento de serviço pré-natal de qualidade	91,9	90,7	94,2	2,22	0,137
Recebimento de serviço pré-natal que necessitava	90,5	90,3	90,9	0,02	0,898

As mulheres da zona urbana, em sua maioria, iam a pé para o pré-natal (79,1%), ao passo que as da zona rural utilizaram mais o transporte motorizado (50%). As puérperas que moravam na zona rural receberam mais transporte do setor público, tanto para ir à consulta de pré-natal (5,0%), quanto para terem a visita dos profissionais de saúde em suas residências (16,5%). E mais de 90% das mulheres consideraram que o serviço pré-natal era o que elas necessitavam, de qualidade e que o horário de funcionamento era adequado.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis sobre a capacidade de pagar conforme a renda familiar mensal. As puérperas com renda familiar maior que um salário mínimo gastaram mais recursos financeiros com exames/consultas (52,1%), além de terem perdido dia

de trabalho com maior frequência (16,5%). Já as com renda familiar até um salário mínimo pegaram mais dinheiro emprestado com familiares (21,6%). Independentemente da renda mensal, 19,7% das puérperas precisou comprar comida durante as consultas pré-natais, cerca de 30% precisou pagar transporte e quase 50% delas precisou comprar remédio (analgésico/antibiótico).

Tabela 2. Distribuição das variáveis sobre capacidade de pagar, segundo a renda familiar mensal para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Variáveis	Total % (n=739)	≤1 salário % (n=218)	>1 salário % (n=468)	χ^2	p valor
Pagamento de exame/consulta	47,0	39,4	52,1	9,11	0,003
Compra de remédio (dor/infecção)	48,2	47,2	49,4	0,21	0,649
Pagamento de transporte	28,7	29,4	29,7	0,00	0,992
Compra de comida	19,5	19,7	19,7	0,01	0,918
Perda do dia de trabalho	14,3	9,6	16,5	5,23	0,022
Deixa de ganhar dinheiro	8,1	9,6	6,6	1,51	0,219
Necessidade de pegar dinheiro emprestado com algum familiar	14,9	21,6	11,8	10,50	0,001
Necessidade de pegar dinheiro emprestado com algum vizinho/amigo	5,0	6,9	4,5	1,27	0,260
Necessidade de pegar dinheiro emprestado com banco/financeira	0,7	0,9	0,6	0,002	0,958
Necessidade de vender bem material	2,0	1,8	2,4	0,05	0,827

* Alguns valores presentes no total foram perdidos na divisão, porque a puérpera não sabia informar a renda total da família.

Na Tabela 3 observa-se a distribuição das variáveis sobre aceitabilidade segundo a modalidade de cobertura do serviço pré-natal. Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis. Mais de 90% confiavam nos profissionais de saúde, concordavam com os procedimentos realizados, foram tratadas com respeito, tiveram escuta atenta das queixas, tiveram suas necessidades atendidas e disseram que a equipe de saúde era capacitada para atendê-las. Além disso, 86,0% classificaram o atendimento médico durante o pré-natal como ótimo/bom.

Tabela 3. Distribuição das variáveis sobre aceitabilidade, segundo a modalidade de cobertura do serviço pré-natal para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Variáveis	Total % (n=739)	ESF % (n=508)	PACS % (n=98)	UBS % (n=133)	ESF x PACS		ESF x UBS		PACS x UBS	
					χ^2	P valor	χ^2	P valor	χ^2	P valor
Confiança nos profissionais	93,1	93,7	87,8	94,7	3,42	0,065	0,05	0,822	2,70	0,100
Tratamento com respeito	97,4	98,2	94,9	96,2	2,61	0,106	1,13	0,287	0,02	0,879
Concordância com os procedimentos	97,3	97,2	96,9	97,7	0,03	0,867	0,00	0,987	0,001	0,968
Escuta atenta das queixas	95,4	95,7	95,9	94,0	0,33	0,569	0,36	0,550	0,12	0,732
Necessidades atendidas	93,2	94,3	89,8	91,7	0,03	0,855	0,81	0,367	0,06	0,811
Discriminação por parte dos profissionais	5,4	5,3	6,1	5,3	0,001	0,939	0,05	0,828	0,00	0,978
Equipamentos disponíveis Suficientes	87,6	88,2	84,7	87,2	0,63	0,426	0,03	0,868	0,12	0,726
Equipe capacitada	95,5	95,9	96,9	93,2	0,03	0,855	1,18	0,278	0,90	0,342
Espaço aberto para Reclamar	83,9	83,9	86,7	82,0	0,30	0,585	0,16	0,693	0,61	0,435
Atendimento médico*										
Ótimo	34,4	36,2	25,5	33,8	3,70	0,054	0,17	0,680	1,47	0,226
Bom	51,6	49,8	60,2	51,9	3,15	0,076	0,11	0,739	1,26	0,263
Regular	10,7	10,8	10,2	10,5	0,00	0,998	0,00	0,954	0,02	0,885
Ruim	0,5	0,0	1,0	2,3	-	-	-	-	0,06	0,813
Péssimo	0,8	0,4	2,0	1,5	1,23	0,267	0,66	0,416	0,05	0,823
Não sabe	2,0	2,8	1,0	0,0	0,48	0,490	-	-	-	-

*Excluídas as que não foram assistidas por médicos.

Cerca de 5% das puérperas se sentiram discriminadas durante o acompanhamento pré-natal; 12,4% afirmaram que os equipamentos disponíveis nas unidades de saúde eram insuficientes para atender as suas necessidades como gestante e 16,1% não tiveram espaço aberto para reclamar sobre algo que não estivesse agradando no acompanhamento pré-natal.

Na Tabela 4, que resume as dimensões do acesso, observa-se que a aceitabilidade obteve a melhor avaliação, com 80,8% dessa dimensão classificada como ótima, seguida da capacidade de pagamento, com 83,2% das mulheres considerando boa/ótima essa dimensão e finalmente 35,8% da dimensão disponibilidade avaliada como regular/ruim/péssima. Num segundo momento foi executada a análise de correlação entre as medidas-resumos, pelo teste não paramétrico de Spearman, visto que nenhuma das variáveis apresentou distribuição normal. Esse teste revelou significância estatística entre todas as dimensões do acesso ($p \leq 0,001$), sendo que os níveis de correlação variaram entre $0,121 \leq \rho \leq 0,267$.

Tabela 4. Avaliação da medida-resumo de cada dimensão do acesso para puérperas que receberam a assistência pré-natal na Microrregião de São Mateus, Espírito Santo, Brasil, 2012/2013.

Classificação	Disponibilidade			Capacidade de pagar			Aceitabilidade		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Ótimo	13	1,8	1,0-3,0	354	47,9	44,3-51,5	597	80,8	77,8-83,5
Bom	444	60,1	56,5-63,6	261	35,3	32,0-38,8	88	11,9	9,8-14,4
Regular	210	28,4	25,3-31,8	90	12,2	10,0-14,7	21	2,8	1,9-4,3
Ruim	52	7,0	5,4-9,1	30	4,1	2,9-5,7	9	1,2	0,6-2,3
Péssimo	3	0,4	0,1-1,2	2	0,3	0,1-1,0	4	0,5	0,2-1,4
Sem classificação*	17	2,3	1,4-3,7	2	0,3	0,1-1,0	20	2,7	1,8-4,1

* Quando alguma variável da dimensão estudada não tem resposta, a puérpera não recebe classificação na medida resumo.

5.2.6 Discussão

O acesso é um conceito complexo, logo, em algumas ocasiões, é empregado inadequadamente. Entretanto, neste estudo, o acesso foi delimitado e avaliado segundo suas diferentes dimensões (disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade), com o objetivo de detectar características que influenciam tanto a entrada quanto a permanência da gestante no serviço pré-natal. Assim, a avaliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde revela características do sistema de saúde que devem ser modificadas, a fim de diminuir as desigualdades sociais no acesso e no uso ^{8, 11}. Estudos apontam a necessidade de criar um acesso equitativo à população como um todo, por meio da melhoria da qualidade do serviço, reformulação de políticas, redirecionamento dos recursos e melhoria da cobertura ^{7, 11, 13, 14}.

A disponibilidade não pode ser avaliada isoladamente, pois interage com outros fatores, porém, ela é a barreira de acesso mais importante, pois representa condição absolutamente necessária à utilização ^{11, 14}. Essa dimensão contém a distância da casa da usuária ao serviço de saúde para o atendimento pré-natal. Um estudo realizado em vários países, como Zimbábue, Tunísia, República Dominicana e Equador, apresentou heterogeneidade na distribuição da extensão, visto que pelo menos 90% da população urbana moravam até 04 quilômetros do serviço de saúde, enquanto 60% ou mais da população rural moravam entre 1 e 14 quilômetros do serviço ¹⁵. Essas informações assemelham-se aos resultados deste estudo, evidenciando que as mulheres da zona rural encontram-se em desvantagem em relação às mulheres da zona urbana.

Essa iniquidade persiste para o tempo de deslocamento e o meio de locomoção, pois em países como Zimbábue, Tunísia, República Dominicana e Benin a maioria das mulheres da zona urbana gastavam até 30 minutos para chegar ao serviço e iam a pé, enquanto pelo menos metade das mulheres da zona rural gastava até uma hora e usava transporte motorizado ^{7, 15}. Isso pode dificultar o acompanhamento pré-natal, pois à medida que a gravidez avança a mulher ganha peso, incha e tem dificuldade de locomoção, logo existe a necessidade de fornecer transporte para a gestante frequentar os serviços de saúde ou para que receba a visita do profissional de saúde em seu domicílio.

As visitas domiciliares subsidiam a intervenção no processo saúde-doença e visam à promoção de saúde, porém estão sendo prejudicadas por falta de transporte em vários locais do Brasil ¹⁶, principalmente em áreas rurais ¹⁷. Elas subsidiam a execução de procedimentos técnicos, além de serem importantes para execução de atividades educativas junto aos acompanhantes das gestantes, para detecção e/ou prevenção de problemas que afetam a evolução da gestação ¹⁸.

É notório que a distância interfere na utilização dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, como custo de deslocamento e qualidade no atendimento. Porém, quando há a limitação financeira, a proximidade do serviço é fundamental para sua utilização ^{6, 11, 14}.

A capacidade de pagar relaciona-se com a participação financeira direta dos pacientes na compra dos serviços, que vai interferir diretamente na utilização dos mesmos. As pessoas mais pobres tendem a utilizar menos os serviços em consequência das barreiras financeiras do que as pessoas mais ricas, porém, uma forma de reduzir essas barreiras são as políticas de universalização do acesso ^{8, 11}.

Mesmo assim, o SUS não conseguiu garantir equidade total quanto à mobilização de recursos financeiros para o pré-natal entre as puérperas que participaram desta pesquisa, pois se encontrou equidade apenas para as seguintes variáveis: pagamento de exame/consulta e perda do dia de trabalho, devido ao atendimento pré-natal, já que as puérperas que apresentaram renda familiar maior que um salário mínimo foram afetadas em maior frequência.

Isso pode ter ocorrido porque essas mulheres não conseguiram vaga na rede pública para realização dos exames, desejaram ter o resultado dos exames mais rápido ou realizaram mais exames que o necessário ¹⁹. Quanto à perda do dia de trabalho, essas mulheres provavelmente são empregadas em maior proporção do que as com renda mensal de até um salário,

contribuindo diretamente para o aumento da renda familiar ²⁰. No entanto, as puérperas com menor renda familiar compraram remédio, pagaram transporte e necessitaram pegar dinheiro emprestado com alguém da família em igual ou maior constância que as mulheres com maior renda familiar, demonstrando iniquidade entre os diferentes estratos de renda.

A baixa disponibilidade de medicamentos no serviço público de saúde, em diferentes estados do Brasil, tem sido relatada por vários autores ao longo dos anos ^{17, 21, 22, 23, 24}. Na assistência farmacêutica à gestante, os medicamentos essenciais que mais estiveram ausentes foram ácido fólico, sulfato ferroso e antibióticos ^{16, 24}. Tal fato contribui para que parcela desfavorecida da população gaste proporcionalmente mais seus recursos em relação a quem possui maior rendimento ²⁵.

Considerando-se o alto impacto do gasto em medicamentos no orçamento das pessoas e o potencial de minimização desse fenômeno através das políticas de assistência farmacêutica, é necessário aperfeiçoá-las ²⁵, avaliando cotidianamente tanto a elaboração quanto a execução das políticas da atenção básica, a fim de garantir a equidade, a integralidade e a ampliação do acesso aos medicamentos ^{24, 25}. A baixa disponibilidade desses medicamentos penaliza, predominantemente, indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção gratuita ²¹.

Contudo, não é apenas o gasto com medicamentos que influencia o acesso ao pré-natal. O custo do transporte é também um fator que afeta sobremaneira a utilização dos serviços de saúde, principalmente para a população mais pobre ^{13, 26}, que, em países como Camboja, muitas vezes não tem nem o que comer ²⁷. Na Tanzânia ele representa entre 40% e 50% dos custos do pré-natal ²⁸ e no Camboja o recurso financeiro necessário para pagar o transporte é 2,5 vezes maior que o valor do atendimento pré-natal ²⁷. Neste estudo, observou-se que os diferentes estratos de renda, gastaram igualmente com transporte, isso reflete um maior impacto nas famílias de menor renda, que disponibilizam uma fatia maior de seus recursos na assistência pré-natal.

Diante de tantos gastos e da necessidade de acompanhar o desenvolvimento do feto, as mulheres com renda mais baixa podem encontrar, como solução, o empréstimo de recursos financeiros para garantir o acesso ao pré-natal. Na África do Sul e Tanzânia o apoio da família e dos amigos com empréstimo de dinheiro ou até mesmo a venda de bens para o acompanhamento pré-natal são práticas cotidianas que afetam principalmente os mais pobres ^{26, 28}. Isso não foi totalmente evidenciado neste estudo, visto que apenas o empréstimo de

dinheiro da família apresentou significância estatística, quando se associou à renda familiar mensal.

No Brasil, todas as gestantes têm direito ao atendimento pré-natal constitucionalmente garantido, pois o SUS tem como princípio a cobertura universal e equitativa dos serviços de saúde. Porém, o maior desafio deste sistema é político, e as decisões nesse campo têm gerado subfinanciamento do setor de saúde, apoio estatal ao setor privado e a concentração de serviços em regiões mais desenvolvidas²⁹. Logo, a reorganização do acesso faz-se necessária para que a justiça social seja feita, ou seja, para minimizar as iniquidades é necessário dar um tratamento desigual às diferentes classes sociais, para que os que estão em condições de desvantagem tenham melhor atendimento.

Já em países como a Nigéria, onde o Estado não dá subsídio à população no uso dos serviços de saúde, os limitados meios financeiros de muitas gestantes impossibilitam o recebimento do atendimento pré-natal ou este é deficiente, logo muitas não comparecem ao serviço por falta de dinheiro para pagar transporte, taxa de inscrição, medicamentos, exames laboratoriais do pré-natal e materiais básicos³⁰. Entretanto, não basta, em nível macropolítico, os Estados Nacionais providenciarem sistemas universais de saúde. É necessário que no nível micropolítico do trabalho em saúde ocorra a interação intersubjetiva entre profissionais da saúde e usuários, capaz de proporcionar adequadamente o cuidado em saúde³¹.

Nesse sentido, a aceitabilidade torna-se a dimensão mais difícil de mensurar, pois ela é expressa pela relação entre os profissionais do setor saúde e os usuários, influenciada por características pessoais⁴. Logo, satisfazer às expectativas do usuário deixa implícita a possibilidade de seu retorno ao serviço quando necessitar de atendimento médico, garantindo uma demanda crescente³².

A maioria das puérperas afirmou que suas necessidades foram atendidas. Isso corrobora com outros estudos que encontraram um grau de satisfação bom/muito bom para o atendimento da atenção primária entre 77,6% e 99%^{13, 22, 32}. Na África do Sul, de 11% a 15% das mulheres consideraram que funcionários simpáticos e atendimento de boa qualidade incentivaram o acompanhamento pré-natal²⁶.

Diante dessas considerações, fica evidente que os profissionais de saúde precisam tratar a gestante com respeito e não discriminá-la, independentemente de sua raça/cor, estado civil ou condição socioeconômica, são atitudes que facilitam a adesão ao pré-natal³³. Assim como

neste estudo, Zafar; Ehiri; Anyanwu (2003) acharam que em cerca de 5% dos casos as gestantes não foram tratadas com respeito, assim como os usuários do serviço de saúde se sentiram discriminados ³⁴. Mesmo esse percentual sendo pouco expressivo, já que em algumas ocasiões a discriminação não é admitida por quem a recebe, é necessário que seja incorporado nos treinamentos dos profissionais de saúde o tema humanização do atendimento às gestantes ³⁵.

Isso pode ter contribuído para que aproximadamente 15% das puérperas deste estudo e 20% das puérperas de outro estudo ³⁶ classificassem o atendimento médico como regular/ruim/péssimo. Outro fator que pode ter colaborado para a classificação da assistência pré-natal como de má qualidade é o profissional pré-natalista prestar um atendimento despersonalizado, com impaciência e pressa, dificultando o estabelecimento de confiança ³³. Mas não só o relacionamento profissional-paciente qualifica a atenção pré-natal, são necessários equipamentos funcionais e adequados para o atendimento técnico das gestantes.

Outros estudos encontraram adequação em torno de 80% para os materiais e equipamentos disponíveis nas unidades de saúde ^{23, 36}, assim como neste estudo. Isso ocorre porque as puérperas não têm o conhecimento técnico dos equipamentos necessários e, conseqüentemente, percebem positivamente a estrutura física das unidades de saúde. Contudo, sabe-se da necessidade de melhorar a disponibilidade de equipamentos nas unidades de saúde, pois alguns são imprescindíveis e insubstituíveis para um acompanhamento pré-natal apropriado.

Para as diferentes modalidades de cobertura do serviço pré-natal não houve diferença estatisticamente significativa na dimensão de aceitabilidade, assim como no estudo de Ribeiro e outros (2004). Esperava-se que a ESF alcançasse melhor desempenho em relação à UBS e ao PACS, visto que as equipes de saúde da ESF têm como objetivos humanizar as práticas de saúde, estabelecer vínculos com a clientela adstrita e conhecer a realidade das famílias ³⁷. Entretanto, com estes resultados pode-se presumir que as UBS e o PACS têm exercido também esses princípios que permeiam todo o SUS, já que a aceitabilidade foi a medida-resumo com melhor desempenho. Há evidências de que programas de atenção primária bem estruturados exercem efeito positivo no acesso aos serviços de saúde, melhoram as condições de saúde da população coberta, principalmente, no início da vida e conseguem reduzir as desigualdades sociais em saúde ⁵.

Para relacionar as três dimensões executou-se a análise de correlação, que se revelou fraca, demonstrando que a dependência entre as diferentes dimensões é tênue, ou seja, ter um bom desempenho na disponibilidade, não significa necessariamente tê-lo também na aceitabilidade ou na capacidade de pagar.

Identifica-se no presente estudo a objetividade das respostas por se tratar de um estudo quantitativo, que não apresenta amplamente o contexto dos acontecimentos que levam, por exemplo, a uma classificação boa ou ruim de questões relacionadas à aceitabilidade ou à capacidade de pagar, já que a primeira é influenciada por crenças, comportamentos e cultura, e a segunda, por escolhas das mulheres. Revela, assim, uma limitação deste estudo, mostrando a necessidade de novas pesquisas na área qualitativa para se entender a complexidade social do ponto de vista das puérperas no acesso aos serviços de saúde.

5.2.7 Considerações Finais

O acesso aos serviços de saúde variou segundo cada dimensão. A aceitabilidade recebeu a melhor classificação, seguida da capacidade de pagar e da disponibilidade. Cada dimensão avalia características bem distintas do acesso. Isso justifica a fraca dependência entre elas e a variação na classificação das dimensões para a mesma puérpera, que pode encontrar-se em equidade ou iniquidade, dependendo da variável analisada.

A disponibilidade mostrou iniquidades entre puérperas da zona urbana e rural para as variáveis distância e tempo da casa da usuária ao serviço, além do meio de locomoção. Revelou a necessidade de reorganizar fisicamente o acesso, por meio de um mapeamento dos serviços de saúde, que permitirá identificar desigualdades geográficas e áreas onde a população será mais beneficiada; e, para lugares mais distantes, o fornecimento de transporte para as visitas domiciliares atenderá às necessidades de saúde dessa população.

Já a capacidade de pagar apresentou iniquidades entre puérperas com renda familiar de até um salário mínimo e as com mais de um salário para compra de remédios, pagamento de transporte e necessidade de pedir dinheiro emprestado a familiares. Uma forma de reduzir as barreiras financeiras são as transferências condicionais em dinheiro ou *vouchers* para os gastos com transporte e para garantia de obtenção dos remédios e dos exames pelo SUS.

Ao contrário da disponibilidade e da capacidade de pagar, a modalidade de cobertura do serviço pré-natal revelou equidade entre ESF, PACS e UBS. Isso significa que os preceitos do SUS têm permeado as equipes de saúde como um todo, e que, apesar de existir uma boa interação entre os profissionais de saúde e a comunidade, é necessário melhorar ainda mais a aceitabilidade, capacitando as equipes de saúde para desenvolver práticas mais humanas, com escuta ativa, diálogo, interação, troca de experiências, e não pautar o acompanhamento pré-natal apenas no cuidado físico e biológico.

Enquanto o SUS ainda não atinge uma cobertura universal, é necessário que os gestores e os profissionais de saúde promovam justiça social às usuárias do acompanhamento pré-natal, dando mais oportunidade e melhor atenção às mulheres menos favorecidas, ao invés de tratá-las igualmente, como tem ocorrido. Tal atitude contribui para minimizar as desigualdades sociais nas condições de saúde entre grupos socialmente distintos.

5.2.8 Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES).

5.2.9 Referências

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
2. Penchansky R, Thomas W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* 1981; 19:127- 40.
3. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et. al. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy* 2002; 7:186-8.
4. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of Access. In: McIntyre D, Mooney G, editors. *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p.103-23.

5. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-8.
6. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Social Science & Medicine* 2000; 51:551-61.
7. Rose M, Abderrahim N, Stanton C, Helsel D. Maternity Care: A Comparative Report on the Availability and Use of Maternity Services. Data from the Demographic and Health Surveys Women's Module & Services Availability Module 1993-1996. MEASURE Evaluation Technical Report Series 2001; 9:1-77.
8. World Health Organization. (2010) *The World Health Report – Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization.
9. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31:260-8.
10. Mooney G, Jan S. Vertical equity: weighting outcomes? or establishing procedures? *Health Policy*. 1997; 39:79–87.
11. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 215-43.
12. Gusmano MK, Weisz D, Rodwin VG. Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system? *J Health Polit Policy Law* 2009; 34:617-33.
13. Harris B, Goudge J, Ataguba JE, McIntyre D, Nxumalo N, Jikwana S, et al. Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of Public Health Policy* 2011; 32:02-23.
14. Tanser F, Gijsbertsen B, Herbst K. Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: An exploration using a geographical information system. *Social Science & Medicine* 2006; 63:691-705.
15. Wilkinson MI, Warmucci N, Noureddine A. The availability of Family Planning and Maternal and Child Health Services. *DHS Comparative Studies* 1993; 7:24-32.

16. Silveira DS, Santos IN, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
17. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15:07-18.
18. Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2010; 44: 266-73.
19. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43: 98-104.
20. Hoffmann R, Leone ET. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. *Nova Economia* 2004; 14: 35-58.
21. Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF et.al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pam Public Health* 2004; 15: 168-75.
22. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, et. al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1994; 28: 131-6.
23. Gondim APS, Martins CHFM, Lima MB, Ferreira BSP, Lima SCB. Análise estrutural da atenção pré-natal e do serviço de farmácia em uma região do município de Fortaleza – CE. *Rev Bras Promoç Saúde* 2011; 24:296-305.
24. Vieira MRS, Lorandi PA, Bousquat A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24:1419-28.
25. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45:897-905.
26. Tlebere P, Jackson D, Loveday M, Matizirofa L, Mbombo N, Doherty T, et. al. Community-Based Situation Analysis of Maternal and Neonatal Care in South Africa to

- Explore Factors that Impact Utilization of Maternal Health Services. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2007; 52:343-50.
27. Zafar AA, Ehiri JE, Anyanwu EC. Use of Antenatal Services in Kampung District, Cambodia. *The Scientific World Journal* 2003; 3:1081-92.
 28. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can Mothers Afford Maternal Health Care Costs? User Costs of Maternity Services in Rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* 2002; 6:65-73.
 29. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [on line]. Séries: Saúde no Brasil 1. Disponível em: <<http://download.thelancet.com>>. Acesso em: 5 jun. 2012.
 30. Adamu YM, Salihu HM. Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in Rural Kano, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 22: 600-3.
 31. Cecílio LC. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos AR, orgs. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 113-25.
 32. Alencar NG, Gomes LC. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. *Saúde Coletiva* 2008; 04:13-7.
 33. Tsunechiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Receiving: a differential factor in prenatal care. In: *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium* [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002 [cited 2013 May 04]. Available from: URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000005200200027&lng=en&nrm=van
 34. Silva MP. O dilema da saúde: novos desafios para a agenda política do Movimento Social Negro. In: Santos GG, Silva MP, orgs. *Racismo no Brasil: Percepções da discriminação e do preconceito racial no século XXI*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2005. p. 77-87.

35. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública* 2005;39:100-7.
36. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Pública* 2004: 534-45.
37. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 13 mar. 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do processo de assistência pré-natal na microrregião de São Mateus – ES apresentou-se semelhante a outros Estados do Brasil. Vários parâmetros que compõem o PHPN e a Rede Cegonha mostram-se em elevadas proporções quando analisados individualmente, porém quando unidos para avaliação total dos programas, encontrou-se baixíssima adequação. Diante de tal fato, fica claro a necessidade de seguir os protocolos relacionados a assistência pré-natal visando sistematizar os exames e procedimentos mínimos preconizados, além de oferecer infraestrutura e ambiente adequados para o atendimento das gestantes.

Tanto para adequação do processo da assistência pré-natal, quanto para o acesso aos serviços de saúde as puérperas residentes na zona rural e as com menor renda familiar mensal foram as que obtiveram os piores resultados. Destarte, ratifica-se a necessidade dos gestores e dos profissionais das unidades de saúde focalizarem melhor cuidado e orientação às gestantes mais vulneráveis, isso as levará se comprometer com o acompanhamento do bebê durante todo o período gestacional.

Dentre as modalidades de serviço de saúde a ESF mostrou-se melhor que a UBS e o PACS, porém sem diferenças estatisticamente significantes. Isso evidencia que a reestruturação e a reorganização do sistema de saúde primário proposto inicialmente para a ESF ainda não foi consolidado, ou devido a persistência de uma atenção fragmenta ou devido ao aprimoramento das outras equipes de saúde, já que a humanização, o estabelecimento de vínculos e o conhecimento da realidade permeiam todo SUS.

Para que o SUS consiga cobertura universal nesta microrregião faz-se necessário reorganizar fisicamente o acesso para diminuir as desigualdades geográficas, fornecer transporte para as visitas domiciliares, reduzir as barreiras financeiras, oferecer exames e remédios no tempo adequado e desenvolver práticas mais humanas. Tal atitude contribui para minimizar as desigualdades sociais nas condições de saúde entre grupos socialmente distintos.

7 REFERÊNCIAS GERAIS

ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. Assessing the Role and Effectiveness of Prenatal Care: History, Challenges and Directions for Future Research. **Public Health Reports**. Washington, v. 116, n. 4, p. 306-316, Jul./ Aug. 2001.

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA – 20 ANOS DE PARCERIAS NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO, 6., 2005. Belo Horizonte. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

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

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**. v.36, p. 1-10, Mar. 1995.

ARAÚJO, B. F.; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF 2005.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. **Diário Oficial da União – seção 01**, Brasília, p. 109-111, jun., 2011.

CECATTI, J. G.; ALBUQUERQUE, R. M.; HARDY, E.; FAÚNDES, A. Mortalidade Materna em Recife. Causas de Óbitos Maternos. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-11, jan./fev. 1998.

CORREA, S. PAISM: uma história sem fim. **Rev. Bras. Estudos Pop**. Campinas, v. 10, n.1-2, p. 3-12, jan./dez. 1993.

COSTA, A. A. R.; RIBAS, M. S. S. S.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L.C. Mortalidade Materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 455-462, ago. 2002.

COSTA, G. R. C. **Assistência pré-natal no Estado do Maranhão**. [Dissertação online]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2009. Disponível em URL: <http://www.ppgsmin.ufma.br>.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M. F. G.; SAYD, J. D.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. 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, nov. 2010.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University Press, 2003.

ESPÍRITO SANTO. Plano Diretor de Regionalização da Saúde, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A. 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, nov. 2009.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 341-353, 1999.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 179-187, jan. 2008.

KHAN, K. S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GÜLMEZOGLU, A.M.; VAN LOOK, P. F. WHO Analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet.** British, v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, March 2006.

KIELY, J. L.; KOGAN, M. D.; Prenatal Care. **Reproductive health of womem.** Atlanta, p.105-118, 1994. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/reproductivehealth>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set./out. 2002.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 23-30, jan./mar. 2000.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste*. **Rev.Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, dez. 2004.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; RATTO, K. M. N.; CUNHA, C. B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, suppl.1, p. S63-S72, 2004.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos Femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705 – 714, jul./set. 2009.

LEITE, A. J. M.; MARCOPITO, L. F.; DINIZ, R. L. P.; SILVA, A. V. S.; SOUZA, L. C. B.; BORGES, J. C.; CARMO E SÁ, H. L. Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 73, n. 6, p. 388-394, 1997.

MIRANDA, A. E.; TRINDADE, C. R.; NUNES, R.H.; MARBA, E.F.; FERNANDES, M. C.; QUARTO, G. H. A.; et al. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. **Women Health**, v. 50, p. 229-240, May. 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, jul./set. 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, jan. 2006.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, Suppl. 1, p. S77-S87, 2002.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão**. [Dissertação on-line]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2008. Disponível em: URL: <http://www.enf.ufmg.br>. Acessado em: 21 fevereiro de 2011.

OSIS, M. J. D. Atenção integral a saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. 1994. 191f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. S525-S532, 1998.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J.; O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** [on line]. Séries: Saúde no Brasil 1. Disponível em: <<http://download.thelancet.com>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, jan./mar. 2008.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v.31, n.3, p. 260–268, mar. 2012.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, abr./jun. 2008.

SANTOS NETO, E. T.; EMMERICH, A.O.; ZANDONADE, E.; GAMA, S. G. N. G.; LEAL, M. C. 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.9 , p.1650-1662, set. 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, ago. 2004.

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. 1281-1289, set./out. 2004.

SILVA, L. R.; CHRISTOFEEL, M. M.; SOUZA, K. V. Histórias, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e a criança. **Texto e contexto enferm.** Florianópolis,v. 14, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2005.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, D. Exploring the dimensions of Access. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Ed). **The economics of health equity**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p. 103-123.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173. Jan./May, 2008.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate [Opinião]. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, Apr./June 1997.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, L; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 215-243.

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, suppl.2, p. S190-S198, 2004.

TYRRELL, M.; CARVALHO, V. Programas nacionais de saúde materno-infantil: Impacto político-social e inserção da enfermagem. EEN/UFRJ, Rio de Janeiro.1995.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L .Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. British, v. 377, n. 9780, p. 29-42, May 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

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 “ausência de informação” com código (99).

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

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	__ __ / __ __ / __ __

II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

10. Qual a data do nascimento do bebê?	__ __ / __ __ / __ __			
11. Qual o tipo de parto?	1. Normal	2. Cesárea	__ __	
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	__ _ __ semanas			
15. Qual o comprimento do bebê? (anotar em cm)	__ __			
16. Óbito perinatal	0.Não	1.Sim	__	
17. Cor do bebê:	__			
1. Branca	2. Preta	3. Amarela	4. Parda (morena/mulata)	5. Indígena

“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 Microrregião de São Mateus e também de fatores sociais associados à integração dessa assistência. Eu gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção.

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

18. Horário de início da entrevista	__ __ : __ __		
19. Qual o seu nome completo?			
20. Qual a sua idade (anos completos)?	__ _ __		
21. Qual a sua data de nascimento? (Da puérpera)	__ __ / __ __ / __ __		
22. Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação?	0.Não	1. Sim	__
23. A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação?	0.Não	1. Sim	__

24. O seu filho apresentou algum problema no nascimento?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
25. Qual?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. Seu bebê nasceu com baixo peso?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
27. Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Você já sabia em que maternidade iria ganhar o bebê?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
29. Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. Quando ficou grávida, você: 1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar		<input type="checkbox"/>
31. Quando ficou sabendo da gravidez, você ficou satisfeita?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
32. E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
33. Você usou algum método para interromper a gravidez desse bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>

IV. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

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

34. Você fez o pré-natal durante a gestação? 0.Não 1.Sim, Se não fez pular para a questão 41		<input type="checkbox"/>
35. Em que mês da gravidez você começou o pré-natal?		<input type="checkbox"/>
36. Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?		<input type="checkbox"/>
38. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?		<input type="checkbox"/>
39. Até que mês da gravidez você fez pré-natal?		<input type="checkbox"/>
40. Quantas consultas de pré-natal você realizou?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você teve algum destes problemas nesta gestação?		
41. Pressão alta antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
42. Pressão alta depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
43. Pré-eclampsia nesta gravidez?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
44. Anemia nesta gravidez?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
45. Diabetes antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
46. Diabetes depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
47. Infecção na urina nesta gravidez?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
48. Outras doenças	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
49. Qual (is)?		<input type="checkbox"/>
50. Tomou algum remédio durante a gravidez? Qual(is)? 3. Ácido fólico 4. sulfato ferroso 5.Outros _____	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quantas vezes você fez os seguintes exames durante o pré-natal?		

77. Você necessitou de algum transporte para ir à consulta de pré-natal? Qual?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
78. Qual o tempo médio que esse meio de transporte gastava? (minutos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
79. Qual o tempo médio que gastaria se fosse a pé? (minutos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
80. O sistema público ofereceu algum tipo de transporte para levá-la às consultas de pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
81. O sistema público ofereceu algum tipo de transporte para os profissionais de saúde se locomoverem mais próximo de sua residência a fim de realizar algum procedimento em saúde? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
82. O horário de funcionamento do serviço pré-natal permitiu que você conseguisse fazer o acompanhamento durante todo o período de gravidez? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
83. Você considerou o serviço oferecido durante a gestação de qualidade? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
84. Você considerou que os serviços oferecidos durante a gestação era o que você necessitava? 0.Não 1.Sim		<input type="checkbox"/>
85. Você confiava nos profissionais que te atenderam durante o tratamento pré-natal? 0.Não 1.Sim		<input type="checkbox"/>
86. Você precisou pagar algum tipo de tratamento (exame/consulta) durante o pré-natal? 0.Não 1.Sim		<input type="checkbox"/>
87. Você precisou comprar algum remédio para alívio da dor ou infecção durante PN? 0.Não 1.Sim		<input type="checkbox"/>
88. Você precisou pagar transporte para ir à consulta/ fazer exames no serviço público? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
89. Você precisou comprar comida durante a realização de consultas ou exames do acompanhamento pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
90. Você perdeu dia de trabalho para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
91. Você deixou de ganhar dinheiro (exercício de atividade remunerada) para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
92. Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém de sua família para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
93. Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém vizinho ou amigo para ir à consulta ou fazer exames de pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
94. Você precisou pegar dinheiro emprestado com bancos ou financeiras para realizar algum exame ou tratamento durante a gravidez? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
95. Você precisou vender algum bem material para realizar exame ou tratamento no acompanhamento pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
96. Você foi tratada pelos profissionais com respeito durante o pré-natal? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
97. Você concordava com os procedimentos que foram realizados em você? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
98. Os profissionais de saúde ouviam atentamente suas queixas? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
99. Suas necessidades foram atendidas? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
100. Sentiu que você foi discriminada pelos profissionais de saúde? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
101. Você percebeu que os equipamentos disponíveis foram suficientes para atender as suas necessidades como gestante? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
102. Você considerou a equipe de saúde capacitada para te atender? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
103. Você encontrou espaço aberto para reclamar sobre alguma coisa relacionada ao acompanhamento que não estivesse satisfeita? 0.Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
104. Em sua opinião o atendimento médico que recebeu no pré-natal foi... 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo		<input type="checkbox"/>

VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:		
105. A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
106. Como resolver dificuldades ou problemas com relação à amamentação ao peito?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
107. Posições da criança e da mãe para o aleitamento materno?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
108. Como extrair o leite do peito?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
109. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
110. A importância de continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
111. Você foi encorajada a amamentar no peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
112. A importância da criança sugar o peito para a produção do leite?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
113. Os prejuízos do uso de mamadeiras para as crianças durante a amamentação ao peito?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
114. Os prejuízos do uso de chupetas ou bico para as crianças durante a amamentação ao peito?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
115. Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre a importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
116. A importância da amamentação para prevenir problemas respiratórios como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
117. A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
118. A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
119. Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
120. Sobre o uso de flúor?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
121. Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
122. 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VII. ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

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

123. Você foi ao dentista durante a gravidez?	0. Não 1. Sim	(Se sim, pule para a 125)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
124. Se não, porque não foi?			
125. O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
126. Você teve prioridade no atendimento por estar grávida?	0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
127. Quantas consultas você fez no dentista?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
128. Onde realizou a(s) consulta(s)?	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você fez os seguintes tratamentos no dentista?			
129. Consulta de revisão	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130. Escovação sob orientação do dentista	1. Serviço Público 2. Particular 3. Ambos 4. Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
131. Limpeza dos dentes feita pelo dentista	1. Serviço Público 2. Particular 3. Ambos 4. Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
132. Aplicação de flúor	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
133. Consulta por motivo de dor	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
134. Consulta para extração dentária	1. Serviço Público (SUS) 2. Particular 3. Ambos 4. Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

135. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes	1. Serviço Público (SUS)	2. Particular	3. Ambos	4. Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
136. Tratamento de canal	1. Serviço Público (SUS)	2. Particular	3. Ambos	4. Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
137. Tratamento de gengiva	1. Serviço Público (SUS)	2. Particular	3. Ambos	4. Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
138. Tratamento com remédio ingerido	1. Serviço Público (SUS)	2. Particular	3. Ambos	4. Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
139. Realização de RX dos dentes	1. Serviço Público (SUS)	2. Particular	3. Ambos	4. Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
140. <i>Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ...</i> 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

Nos últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura

141. Você teve problemas para falar alguma palavra? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
142. Você sentiu que o sabor dos alimentos piorou? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
143. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
144. Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
145. Você ficou preocupada? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
146. Você se sentiu estressada? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
147. Sua alimentação ficou prejudicada? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
148. Você teve que parar suas refeições? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
149. Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
150. Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
151. Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
152. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
153. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
154. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IX. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

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

155. 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"/>
156. 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"/> <input type="checkbox"/>

157. Você já teve algum aborto? 0.Não Sim. Quantos?	
158. Quantos abortos foram provocados?	
159. Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	
160. Quantos partos você já teve contando com esta última gravidez?	
161. Quantos partos foram cesarianas?	
162. Algum filho nasceu morto? 0.Não Sim, quantos?	
163. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida, contando com este bebê (atual)? 0.Não Sim, quantos?	
164. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg), contando com este bebê? 0.Não Sim, quantos?	
165. Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez), contando com este bebê? 0.Não Sim, quantos?	
166. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez? (data de nascimento do filho anterior)	/ /

X. HÁBITOS MATERNOS

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

167. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	
168. 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	
169. Quantas doses eram necessárias para deixar você “alta”?	
170. As pessoas te aborreciam criticando o seu modo de beber? 0. Não 1. Sim	
171. Você sente que deve parar de beber? 0. Não 1. Sim	
172. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? 0.Não 1.Sim	
173. Você fuma? 0.Não 1.Sim	
174. Você fumou durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	
175. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?	
176. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?	
177. 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. As duas próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias por você. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa”</i>	
178. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	
179. Que tipo? _____	,

XI. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

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

180. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	,
---	---

181. Qual é a sua altura? (anotar em metros)	_ , _ _
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
182. Feijão 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
183. Verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
184. Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
185. Carne vermelha (boi, porco, cabrito) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
186. Frango 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
187. Suco de fruta natural 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
188. Frutas 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
189. Refrigerante ou suco artificial (tipo tampico) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
190. Leite (não vale leite de soja) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
191. Bebida alcoólica 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
192. Hambúrguer/Cachorro quente/pizza 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
193. Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe frito....) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
194. Doces/balas/sobremesas 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
195. Presunto, salame, mortadela, lingüiça 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_
196. Biscoito(chips/recheado) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. 1 a 2 vezes por semana 3. 3 a 4 vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Diariamente (inclusive sábados e domingos)	_

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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

Vitória-ES, 01 de dezembro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

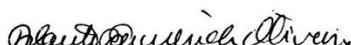
Para: Prof. (a) Adauto Emmerich Oliveira
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus-ES.**”

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 Projeto de Pesquisa nº. **258/11** intitulado “**Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus-ES.**” 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 projeto, em Reunião Ordinária realizada em 30 de novembro de 2011.

Lembramos 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,


Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO MATEUS



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestranda Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de fevereiro de 2012 a maio de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

São Mateus, 13 de outubro de 2011



Diretor do Hospital e Maternidade São Mateus

Dulce Loureiro Marculano
Diretora Administrativa
CRA - ES 8567

Endereço: Rua Cel Constantino Cunha, n º 1995 – Fátima, São Mateus ES,
CEP: 29933-530, PABX: (27) 3763-2404

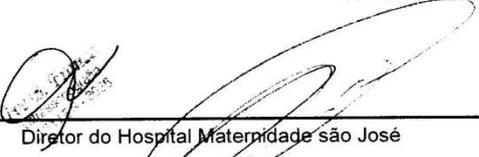
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestrandia Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Junho de 2012 a novembro de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 258/11.

Colatina, 06 de junho de 2012



Diretor do Hospital Maternidade São José

Dr. Wallace A. Medeiros
DIRETOR CLÍNICO
CRM 7535

Endereço: Ladeira Cristo Rei, 514, Centro, Colatina.
Cep: 29701-400, TEL: (27) 2102-2102

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL MENINO JESUS

HOSPITAL MENINO JESUS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestranda Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de fevereiro de 2012 a maio de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Pedro Canário, 13 de outubro de 2011

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÃO PEDRO

Presidente Diretor Geral
Solimar Pieper

Diretor do Hospital Menino Jesus

Endereço: Pc Castelo Branco, nº 90, Centro, Pedro Canário / ES, CEP: 29.970-000,
TEL: (27) 3764-1101

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA



HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestranda Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de maio de 2012 a outubro de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 258/11.

Montanha, 21 de maio de 2012


Diretor do Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida

Endereço: Av. Antônio Paulino, 1060, Centro, Montanha.
Cep: 29890-000, PABX: (27) 3754-1215/ (27) 3754-1282

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE MISTA DE INTERNAÇÃO DE JAGUARÉ



UNIDADE MISTA DE INTERNAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestranda Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de abril de 2012 a setembro de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Jaguaré, 18 de abril de 2012

Jair Sandrini
Secretário Municipal de Saúde
Decreto n° 081/2010

Endereço: Rua Paschoal Briochi, 319, Centro, Jaguaré.
Cep: 29950-000, PABX: (27) 3769-1002

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE MISTA DE INTERNAÇÃO DE MUCURICI

UNIDADE MISTA DE INTERNAÇÃO DE MUCURICI

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestrandia Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Mucurici, 03 de dezembro de 2012



Diretor da Unidade Mista de Internação
(Hospital de Mucurici)

Endereço: Praça Verdeval Ferreira, 117, Centro, Mucurici.
Cep: 29880-000, PABX: (27) 3751-1056

ANEXO H – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL DE PINHEIROS

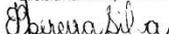
HOSPITAL DE PINHEIROS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus - ES", da mestranda Katrini Guidolini Martinelli, sob orientação do Prof. Dr. Adauto Emmerich de Oliveira do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de abril de 2012 a setembro de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Pinheiros, 19 de abril de 2012

Elizabete B. Pereira Silva
Diretora Adm. Hospital de Pinheiros



Diretor do Hospital de Pinheiros

Rua Joana Darc, s/n, Centro - Pinheiros – ES, CEP: 29980-000,
Tel: (27) 3765-1599