

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

ÉERICA MARVILA GARCIA

**CLASSIFICAÇÕES DE RISCO GESTACIONAL E DESIGUALDADES SOCIAIS EM
SAÚDE**

VITÓRIA/ES

2017

ÉRICA MARVILA GARCIA

**CLASSIFICAÇÕES DE RISCO GESTACIONAL E DESIGUALDADES SOCIAIS EM
SAÚDE**

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 à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Carolina Dutra Degli Esposti.

VITÓRIA-ES

2017

Érica Marvila Garcia

*Classificações de Risco Gestacional e Desigualdades
Sociais em Saúde*

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 30 de maio de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientador

Prof.^a Dr.^a Carolina Dutra Degli Esposti
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof.^a Dr.^a Silvana Granada Nogueira da Gama
ENSP/Fiocruz
Membro externo

Prof.^a Dr.^a Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

À minha Família, por ser a instituição base da minha vida

AGRADECIMENTOS

A grandeza se estabelece no que se propõe o coração humilde: participar de sua imensa fruição em constante reconhecimento de finitude eterna.

Aos caminhantes que se propuseram, por mais uma milha, caminhar rumo ao futuro alheio, onde o que se percebe é a trajetória de um bom combate. Triunfo aqui, em meio a águas claras do prazer, contemplando o horizonte visto por aqueles que desejaram o que em mim se fazia justiça real. Aos grandes ombros que me possibilitaram a altura necessária para que pudesse enxergar o que sem eles seria impossível, no nível mais elevado da gratidão. Reconheço que sou obrigada a me conduzir na grandeza de alma humilde, sublimar o eu por eles.

A Deus, eu quero agradecer por seu infinito amor, por sempre me conceder as mais ricas bênçãos, e por me proporcionar as mais belas vitórias.

À minha mãe, Geresa, meu exemplo de vida, mulher guerreira, que sempre me encorajou, e nunca me deixou desistir. Obrigada pelo “vai”, quando na verdade seu coração dizia “fica”, pois doía de saudade. Ao meu pai, Adenilson, que sempre me ensinou a buscar o melhor, dando-me base para alcançar essa vitória. Vocês são peças fundamentais nesta conquista, nenhuma palavra poderia descrever o quanto sou grata a Deus pelas suas vidas. Aos meus irmãos, Elaine e Leo, que sempre se fizeram presentes nesta caminhada, apoiando-me e me incentivando. Obrigada pelos momentos de conversas, de risadas e principalmente de carinho. Aos meus sobrinhos, Junior, Nicolle e Victor, pessoinhas especiais, agradeço por fazer dos meus dias, dias mais leves e felizes.

À minha família do coração, Dona Mary, Sabrina e Fernando, obrigada pelo carinho com o qual me receberam, por me permitirem fazer parte desta linda família, e por me presentear com duas lindas sobrinhas, Beatriz e Clarice. Serei eternamente grata por tudo que me fizeram.

Aos meus queridos amigos, que mesmo distantes nunca estiveram ausentes, e que de uma forma ou de outra colaboraram com suas forças e estímulos para que eu

pudesse completar esta caminhada. Aos que de perto trilharam comigo este caminho, obrigada por compartilhar as lutas, as alegrias e as vitórias, e esta conquista não teria o mesmo valor sem vocês. Em especial, agradeço às minhas amigas Marcelle, Bárbara, Lorryne, Irina, Katrini, Gilcilene, Adalzira, Karina, Elizangela, e ao meu amigo Isaias, por sempre acreditarem em mim, talvez muito mais do que eu mesma. Deixo para vocês o meu eterno agradecimento. Aos meus amigos da turma do Mestrado de 2015, obrigada por partilharem comigo seus conhecimentos, pelas discussões enriquecedoras e pelos bons encontros.

Ao Professor Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto, obrigada pelas orientações que elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de aprimorar meus saberes.

À Professora Dra. Carolina Dutra Degli Esposti, o meu sincero agradecimento pela co-orientação. Muito obrigada pelo profissionalismo e pela total disponibilidade com que sempre me atendeu.

Por fim, agradeço as contribuições realizadas pela banca do exame de qualificação, e pela participação dos membros da banca examinadora da defesa.

Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A classificação do risco gestacional vem sendo utilizada como instrumento para identificação dos condicionantes de risco e, em consequência, conduzindo o planejamento dos cuidados dispensados à gestante, tornando-o um regulador do cuidado pré-natal. Diante dessa temática, as desigualdades sociais em saúde ganham nítida relevância e surgem como sinalizadores para a saúde materna. O objetivo deste estudo foi analisar as classificações do risco gestacional e as desigualdades sociais em saúde em duas regiões do estado do Espírito Santo, Brasil. Estudos transversais com representação da população do Sistema Único de Saúde (SUS). As análises foram realizadas com base na conjugação dos dados de 1035 puérperas oriundas da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) - Espírito Santo (ES) e 742 puérperas da Microrregião São Mateus (MRSM) - ES, com base nos cálculos de frequências absoluta e relativa e de intervalo de confiança de 95%. Foram verificados os níveis de concordância entre dois métodos de classificação do risco gestacional Ministério da Saúde (MS) e Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) e o Autorrelato, por meio dos testes de Kappa e Kappa ajustado pela prevalência, além da análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado de associação de Yates e a Regressão Logística Multivariada para as variáveis com nível de significância menor que 20%, permanecendo no modelo final as variáveis explicativas com nível de significância menor que 5%. Os fatores que mais contribuíram com a classificação da mulher nos níveis de risco gestacional no método do MS foram: situação conjugal insegura (19,2%), peso pré-gestacional inadequado (17,7%), fumo e álcool (17,7%), o intervalo interpartal <2 anos (25,4%) e exposição ao risco ocupacional (27,0%), enquanto na classificação risco gestacional da OPAS foram os problemas de saúde bucal na gestação (42,2%). Em ambos os métodos, a história de aborto (18,5% - MS e 22,8% - OPAS), a cirurgia uterina anterior (49,8% - MS e OPAS), ganho de peso inadequado e muito inadequado (67,1%), infecção de urina (27,8%), anemia (29,5%) e a hipertensão gestacional (10,2%) foram os que mais colaboraram para classificação do risco gestacional. A concordância entre o método de classificação de risco do MS e da OPAS foi moderada (Kappa= 0,45; p-valor <0,05) e ruim entre o método do MS e o autorrelato (Kappa 0,05; p-valor<0,05) e a OPAS e o autorrelato (Kappa 0,01; p-valor<0,05). Encontrou-se associação entre alto risco gestacional classificado pelo método do MS e o local de moradia da mulher na RMGV-ES (OR=1,74; IC 95%: 1,32-

2,28), a chefia da mulher na família (OR=3,03; IC 95%: 1,64-5,61), a escolaridade da chefia familiar menor que cinco anos (OR=1,58; IC 95%: 1,14-2,20) e o recebimento do benefício social “Bolsa Família” (OR=1,46; IC 95%: 1,04-2,03). As condições que emergem na avaliação do risco gestacional, quando controladas ou eliminadas, podem contribuir para uma gestação sem muitas intervenções e com desfechos favoráveis. Porém, é necessário ampliar o escopo dos fatores sociais que compõem a classificação de risco, visto que o estudo evidenciou outros fatores sociais os quais também podem ser produtores do risco gestacional.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco. Desigualdades em Saúde. Cuidado pré-natal. Gravidez.

ABSTRACT

The classification of gestational risk has been used as an instrument to identify the risk factors and, consequently, leading the planning of the care given to the pregnant woman, making it a regulator of prenatal care. Faced with this issue, the social inequalities in health are clearly relevant and appear as indicators for maternal health. The objective of this study was to analyze the gestational risk classifications and social inequalities in health in two regions of Espírito Santo state, Brazil. Cross-sectional studies with representation of the population of the Unified Health System (SUS). The analyzes were carried out starting from the conjugation of the data of 1035 puerperae from the Greater Vitória Metropolitan Region (RMGV) - Espírito Santo (ES) and 742 puerperas from the São Mateus Microregion (MRSM) - ES, based on absolute and relative frequency calculations and a 95% confidence interval. The levels of concordance between two methods of gestational risk classification (Ministry of Health (MS), Pan American Health Organization (PAHO)) and self-report were verified through the Kappa and Kappa tests adjusted for prevalence. Was also made the bivariate analysis using the Chi-square association test of Yates and The Multivariate Logistic Regression for the variables with significance level lower than 20%, remaining in the final model the explanatory variables with a level of significance lower than 5%. The factors that most contributed to the classification of women in gestational risk levels in the MS method were: unsafe marital status (19.2%), inadequate pregestational weight (17.7%), smoking and alcohol (17.7%), the interpartal interval (25.4%) and exposure to occupational risk (27.0%), while in the PAHO gestational risk classification were oral health problems during gestation (42.2%). In both methods, the history of abortion (18.5% - MS and 22.8% - PAHO), previous uterine surgery (49.8% - MS and PAHO), inadequate and very inadequate weight gain (67,1%), urinary tract infection (27.8%), anemia (29.5%) and gestational hypertension (10.2%) were the ones that most contributed to the classification of gestational risk. The agreement between the method of risk classification of MS and PAHO was moderate (Kappa = 0.45, p-value <0.05) and poor between the MS method and self-report (Kappa 0.05; p-value <0.05) and PAHO and self-report (Kappa 0.01; p-value <0.05). The association between high gestational risk was classified according to the MS method and the place of residence of the woman in the RMGV-ES (OR = 1.74, 95%, CI: 1.32-2.28), the head of the woman in the family (OR = 3.03, 95%, CI: 1.64-5.61), schooling of the family

heads less than five years old (OR = 1.58, 95%, CI: 1.14-2.20), and Receiving the "Bolsa Família" social benefit (OR = 1.46, 95%, CI 1.04-2.03). The conditions that emerge in the assessment of gestational risk, when controlled or eliminated, can contribute to a pregnancy without many interventions and with favorable outcomes. However, it is necessary to broaden the scope of the social factors that make up the risk classification, since the study showed other social factors that may also be the producers of gestational risk.

Keywords: Pregnancy. High-Risk. Health Inequalities. Prenatal Care. Pregnancy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CMV	Citomegalovírus
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CRG	Classificação de risco gestacional
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSS	Determinação Social da Saúde
EGB	Estreptococos do grupo B
ES	Espírito Santo
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
HEP B	Vírus da hepatite B
HEP C	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LABEPI	Laboratório de Epidemiologia
LAPROSC	Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva
MRSM	Microrregião São Mateus
MSB	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
RMM	Razão de mortalidade materna
SPSS	<i>Statistical Package Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOXO	Toxoplasmose
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	16
3. RISCO GESTACIONAL E SUAS INTERFACES	18
3.1 O RISCO	18
3.2 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE	21
3.3 INTERFACES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER	27
4. JUSTIFICATIVA	33
5. OBJETIVOS	35
5.1 GERAL	35
5.2 ESPECÍFICOS:	35
6. MATERIAIS E MÉTODOS	36
6.1 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO	36
6.1.1 Estabelecimentos de Saúde (Hospitais).....	36
6.1.2 Critério de Inclusão e Exclusão	37
6.1.3 Cálculo Amostral	37
6.2 COLETA DE DADOS	38
6.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	39
6.4 BANCO DE DADOS	46
6.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	46
6.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
6.7 FINANCIAMENTO.....	47
7. RESULTADOS	48
7.1 ARTIGO 1.....	48
7.2 ARTIGO 2.....	70
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS	98
APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS DA RMGV.	100
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MRSM-ES	102

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA RMGV-ES	103
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MRSM	104
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RMGV	106
ANEXO E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	108

1. APRESENTAÇÃO

No ano de 2006 concluí a graduação em Enfermagem no Centro Universitário São Camilo, Espírito Santo (ES). Após a minha formação profissional obtive as primeiras experiências na Saúde Coletiva, desenvolvendo atividades na Vigilância Epidemiológica nos municípios capixabas de Marataízes e Itapemirim. Em 2008, vivenciei experiências como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que me proporcionou forte aproximação com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acrescentando-me maior conhecimento por ocupar um lugar que me possibilitou outro ponto de vista, uma vez que até aquele momento, atuara apenas na gestão.

No ano seguinte, assumi a gestão do Programa de Saúde da Mulher do município de Itapemirim e deparei-me com vários desafios relacionados à sua implementação e operacionalização comuns a outros municípios de mesmo porte. Nesse período, desenvolvi um projeto de planejamento familiar que incorporava todo o processo pré e pós-gestação, no qual encontrei inúmeras dificuldades para a adesão das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse momento senti-me desafiada no exercício da profissão diante dos obstáculos para a efetivação do Programa da Saúde da Mulher, porém o trabalho foi interrompido, pois em 2012 havia sido convocada, por meio de concurso público, para atuar no município de Marataízes, retornando para a gestão na Vigilância Epidemiológica.

Em 2013, após contato com a professora Ethel Maciel, iniciei minha trajetória no Laboratório de Epidemiologia (LABEPI) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Em julho de 2014 resolvi conciliar esse Laboratório com minha participação no Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva (LAPROSC) desta mesma universidade, no intuito de ampliar minha inserção na UFES, expandindo desta forma meus conhecimentos em relação aos projetos desenvolvidos na universidade e às metodologias utilizadas.

Após ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva no ano de 2015, na UFES, tive a oportunidade de retomar antigos desafios que despertaram o meu interesse nas

questões relacionadas à Saúde da Mulher e que engendraram o objeto do meu estudo.

Desta forma, este projeto de pesquisa apresenta o objetivo geral de analisar o risco gestacional e as desigualdades sociais da saúde em duas regiões do estado do Espírito Santo (ES). Para alcançar esse objetivo, serão utilizados dados provenientes do projeto “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)”, realizado em 2010, e o projeto “Avaliação da Assistência Pré-Natal na Microrregião de São Mateus (RMSM)” realizado entre 2012 e 2013. Ambos financiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), por meio dos editais do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) e Universal registrados sob o nº 45581630/09 e o nº 54685265/201, respectivamente.

Esta dissertação será estruturada em tópicos. O primeiro refere-se à introdução na qual será apresentado um panorama sobre o tema do trabalho. Em seguida, será exibido o referencial teórico que amparou a pesquisa: o risco, e será elencada a discussão acerca da definição do risco, além da aproximação desse termo com o campo da saúde e os mecanismos para classificá-lo como parte do cuidado pré-natal; as desigualdades sociais em saúde –, partindo do surgimento desse conceito até o conceito utilizado nos dias atuais, perpassando pelas críticas aos modelos construídos no decorrer dos anos; e as interfaces da assistência à saúde da mulher. Neste capítulo, será abordado o contexto da inserção da mulher na sociedade ao longo da história, as conquistas alcançadas na saúde reprodutiva da mulher, o risco gestacional e as políticas atuais no pré-natal.

Em seguida, serão apresentados os objetivos desta dissertação e os materiais e métodos que descreverão a coleta de dados das pesquisas originais, até a análise estatística. Além disso, os resultados serão apresentados na modalidade de artigos. Serão apresentados dois artigos intitulados: *Mães de Risco: Uma Entidade Real ou Classificatória?*; e *Risco Gestacional e Desigualdades Sociais: Uma Relação Possível?*

2. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a sociedade passou por intensas mudanças na sua estrutura social, econômica, cultural e ambiental. Viver no universo moderno é viver num ambiente de oportunidade e de risco (GIDDENS, 2002). Dito isto, o risco passa a constituir as bases preditivas e legitimadoras para as medidas de prevenção em saúde, principalmente na saúde materna, quando esse determina o planejamento dos cuidados pré-natais (CASTIEL, 1999).

Desta forma, é importante que o risco seja medido pelos critérios associados; alguns clínicos, e outros, sociais. Um exemplo disso é quando se questiona, por exemplo, o perigo da mortalidade materna no parto, e aparecem fatores, como a idade da mãe, se realizou ou não o pré-natal, se é solteira, se trabalha, se é usuária de drogas, entre outros como variáveis geradoras de risco materno (CAPONI, 2009).

Assim sendo, a gestação é uma experiência complexa com características diferentes para cada mulher. Além dos aspectos biológicos, é um processo social que envolve o coletivo, mobilizando a família e o meio em que a mulher está inserida (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010). Podem, ainda, esses fatores interagirem entre si, numa complexa trama de relações, reforçando a necessidade da utilização de um instrumento avaliativo capaz de abarcar todos os fatores geradores de risco no contexto da gestante. Apesar dessa necessidade, os esforços em criar um sistema de pontuação para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não geraram uma classificação capaz de prever problemas de maneira eficaz. É reconhecido que existem fatores de risco comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, no intuito de uma maior vigilância com relação ao eventual surgimento de um fator complicador (BRASIL, 2010).

Ao final do processo avaliativo do risco, a mulher pode ser classificada como gestante de alto risco, o que requer maior atenção no decorrer da gestação. Em reconhecimento à relevância do acompanhamento dessa população específica, o Ministério da Saúde do Brasil (MSB), nas últimas décadas, adotou políticas de saúde que visam a um pré-natal com qualidade e à maternidade segura. Nesse sentido, foi criado um programa especial de atendimento à mãe e ao bebê intitulado “Rede

Cegonha”, que propõe melhorar o acesso e a qualidade do atendimento pré-natal e nascimento na rede pública de saúde no Brasil (ARAÚJO; SILVA, 2014).

Com essa política, o MSB almeja qualificar o cuidado ao pré-natal, cuidado este que prioriza o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, proporcionando uma gestação segura com a incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. A facilidade de acesso ao serviço de saúde com qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção (promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco), torna-se prerrogativa para que, ao final da gestação, os desfechos sejam o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

É no pré-natal que a mulher tem a possibilidade de se preparar física e psicologicamente para a maternidade, já que uma boa evolução da gravidez amplia a chance de um parto seguro, momento marcante na vida da mulher, com transformações orgânicas e psicológicas (RIOS; VIEIRA, 2007).

Nessa temática, relacionada ao risco gestacional e seus condicionantes e modos de avaliação, torna-se necessário discorrer sobre o risco gestacional e suas desigualdades sociais.

3. RISCO GESTACIONAL E SUAS INTERFACES

3.1 O RISCO

O risco é um vocábulo notadamente polissêmico e possui várias conotações no chamado senso comum, o que gera, desta forma, ambiguidades no seu emprego. Existe controvérsia quanto as suas origens, provindo tanto do baixo latim *risicu / riscu*, termos originados do verbo *resecare* (cortar), como também do termo espanhol *risco* (penhasco escarpado). Ao excluir os termos relacionados ao verbo *riscar*, o risco pode indicar, por um lado, a própria ideia de perigo e, por outro, sua possibilidade de ocorrência (FERREIRA, 1986).

Atualmente, a noção de risco goza de uma peculiar popularidade em vários cantos do mundo. Fala-se e escreve-se com muita frequência sobre o risco nos chamados *mass media*, e isto vai além dos contextos biomédico-epidemiológicos, da saúde ocupacional e das ciências atuariais — ciência das técnicas específicas de análise de risco e expectativas, principalmente na administração de seguros e fundo de pensão (CASTIEL, 1999).

No âmbito da saúde, a noção de risco tem sua inserção num processo mais amplo, de transição entre uma medicina clínica ligada ao passado do paciente (anamnese) e outra, fundamentada na previsão de futuras patologias (probabilidades). Observa-se uma mudança importante na perspectiva temporal, relativa aos métodos e às práticas de trabalho na área da saúde (ROBLES, 2015).

O conceito de risco foi abordado pela primeira vez pelo patologista britânico William Topley em 1919 na conferência ao *Royal College of Physicians*. Nesse mesmo ano foi publicado na revista científica *The Lancet*, referindo-se a uma epidemia provocada experimentalmente em cobaias. Na população humana, esse conceito foi utilizado com alto grau de formalização heurística e matemática em um estudo realizado por Willian Howard Jr. sobre mortalidade materna, publicado em 1921 no *American Journal of Hygiene*. Contudo, apenas em 1933, quando Wade Hampton Frost publicou o artigo “Risco de pessoas em contato familiar com tuberculose pulmonar”, no

American Journal of Public Health, é que o conceito de risco assume seu caráter científico instrumental (AYRES, 2008).

Nos últimos anos, esse conceito tem constituído um instrumento amplamente utilizado no campo da saúde. O dicionário de epidemiologia define o verbete risco como a probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal), e um termo não técnico que inclui diversas medidas de probabilidade relacionadas a desfechos desfavoráveis (LAST, 1989).

Nesse contexto, a epidemiologia distingue, dentro de uma população, um grupo de risco pela soma de indivíduos que apresentam determinadas características e que são candidatos a adoecer ou a morrer, mudando a visão dos processos de saúde-doença. Dessas características, há fatores que serão ligados às condições sociais e comportamentais das pessoas (ROBLES, 2015). As dificuldades operacionais em se avaliar o risco, quando sua noção está associada à probabilidade, dificulta a criação de sistemas que permitam a classificação do risco. Sobre isso, Ravetz (1980), filósofo da ciência, afirma que a expectativa de que seja possível criar uma taxonomia, uma avaliação e, por fim, uma solução técnica para o problema do risco é, em essência, tão ambiciosa quanto a proposta de submeter toda experiência e valores humanos a uma escala capaz de medir seu grau de manipulação matemática ou política.

Buscando enfrentar tal desafio, os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e na experiência de seus autores, os quais buscaram criar instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos ou condições patológicas e o desfecho final casualmente relacionado (BRASIL, 2005). Essa abordagem aos fatores de risco baseia-se nos marcadores que visam à predição de morbimortalidade, dando origem à classificação de risco (CASTIEL, 1999).

Para a utilização dessas classificações, é requerido um ajuste prévio quanto aos critérios que serão empregados (DOUGLAS; WILDAVSKY, 2012). É necessário avançar para além da tradicional abordagem das estratégias de risco e, para tanto, várias tentativas foram alavancadas, dentre elas organizar os fatores de risco em grupos, atribuir pontos ou notas a cada fator de risco isoladamente, e definir

comportamentos de risco ou grupos de risco. Entretanto esses meios utilizados para caracterizar fatores de risco, a exemplo dos critérios utilizados para o HIV/AIDS, foram drasticamente criticados pela falta de precisão entre os diversos fatores, sendo alvo de importantes contradições e conflitos (AYRES et al., 2004).

Esse termo retirou o peso do estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, universalizou a preocupação com o problema e estimulou um ativo envolvimento individual com a prevenção. Porém o comportamento de risco também mostrou limites importantes como elemento norteador de estratégias de conhecimento e intervenção. Tende à culpabilização individual, depositando na displicência pessoal a eventual falha na prevenção (AYRES et al, 2009). Diante dessa problemática, um novo conceito surge, agora com foco no coletivo e não mais no indivíduo, o termo vulnerabilidade, como sinalizador de potenciais fatores de adoecimento e não adoecimento relacionado a todo e cada um dos indivíduos que viva em certo conjunto de condições (AYRES et al., 2009).

As abordagens que visam à redução de vulnerabilidade têm procurado ampliar, do plano individual para o plano das suscetibilidades sociais, o alvo de suas intervenções. Nesse sentido, assumem uma responsabilidade que se estende para além da tarefa de alertar sobre o problema. É importante investir para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando individualmente alertas (AYRES et al., 2009).

O risco na saúde geralmente é medido no nível coletivo, contudo quando essa avaliação remete ao nível individual se torna um grande desafio para a saúde coletiva, colocando em questão todo o processo, seus instrumentos avaliativos e os resultados alcançados por ele. Pode-se usar como exemplo a avaliação do risco no adolescente, na qual a experiência e a sensibilidade do médico têm fundamental importância para o sucesso nessa investigação. Pergunta mal elaborada, baseada em termos exclusivamente técnicos ou questionamentos que ocorram de forma insegura, por parte do entrevistador, podem gerar respostas negativas do jovem, determinando o encerramento do diálogo, e inviabilizando a classificação final do risco. Quando

analisado do ponto de vista da saúde da mulher, essa análise individual se torna um grande desafio, visto que cada mulher possui sua particularidade.

3.2 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

As desigualdades entre os humanos constituíram-se em objeto de reflexão depois da transição do mito para o pensamento racional (BERNHARD, 1973). Desde então, muitos pensadores analisaram a sociedade tendo como foco as desigualdades, que eram justificadas como derivadas dos desígnios divinos ou decorrentes de uma natureza humana abstrata, ou mesmo contestando-as como injustas e derivadas da maneira como os seres humanos constroem sua história (SILVA; BARROS, 2002).

É fato que as desigualdades sociais têm sido utilizadas como meio para operacionalizar a análise da equidade (BRAVEMAN, 2006). Em nível conceitual e histórico, o conceito de equidade tem sua formulação pautada nas noções de igualdade e liberdade, remetendo-se à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. Os antecedentes dessas discussões estão nos séculos XVII e XVIII, que culminaram na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa e, posteriormente, no século XX, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, e com a Convenção Europeia dos Direitos do Homem em 1950, que marcaram a nova era pós-Segunda Guerra Mundial e serviram de guia para todas as constituições posteriores, dos diversos países (BOBBIO, 2000).

A desigualdade na sociedade foi entendida pelo marxismo como resultado da divisão da sociedade em classes, ou seja, definida pelo tipo de relação de seus integrantes com os meios de produção (SILVA; BARROS, 2002). Essas divisões podem ser entendidas como ordenamentos geradores de efeitos que exercem poderes causais sobre as capacidades e as chances de vida das pessoas, isto é, sobre os conjuntos viáveis de escolhas e as possibilidades reais de alcançar estados de existência valorizados. As divisões sociais representam os fundamentos dos processos de constituição das desigualdades sociais, ou seja, os fatores estruturais (meios, direitos, riscos e oportunidades), as redes interpessoais (processos de encontro, imposição, negociação e transferência) e os fatores culturais (identidades, conhecimentos,

valores e normas) cujas operações condicionam o poder social e o estado de existência dos membros dessas categorias sociais (SANTOS, 2011).

Isto posto, a saúde pode ser entendida como uma construção social, sendo afetada diretamente pelas desigualdades sociais. Desta forma, a discussão em torno dessa questão colocou o direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental. Como posições polares, podemos apontar, de um lado, o comportamento político da maioria dos dirigentes de países europeus, que cada vez mais concedem importância à redução das desigualdades sociais em saúde, considerando que os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais devem ter como principal objetivo o alcance da equidade. De outro lado, o governo norte-americano não considera que esta seja uma questão relevante para o Estado. Na perspectiva deles, o direito à saúde é algo intrinsecamente relacionado com as capacidades individuais, estilos de comportamento e possibilidade de pagar pelos serviços apropriados (BARATA, 2009).

Whitehead (1985), apresentou uma definição de equidade na qual, em situação ideal, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e que, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Em consequência, a equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas. Está pautada no modelo da Determinação Social da Saúde (DSS).

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



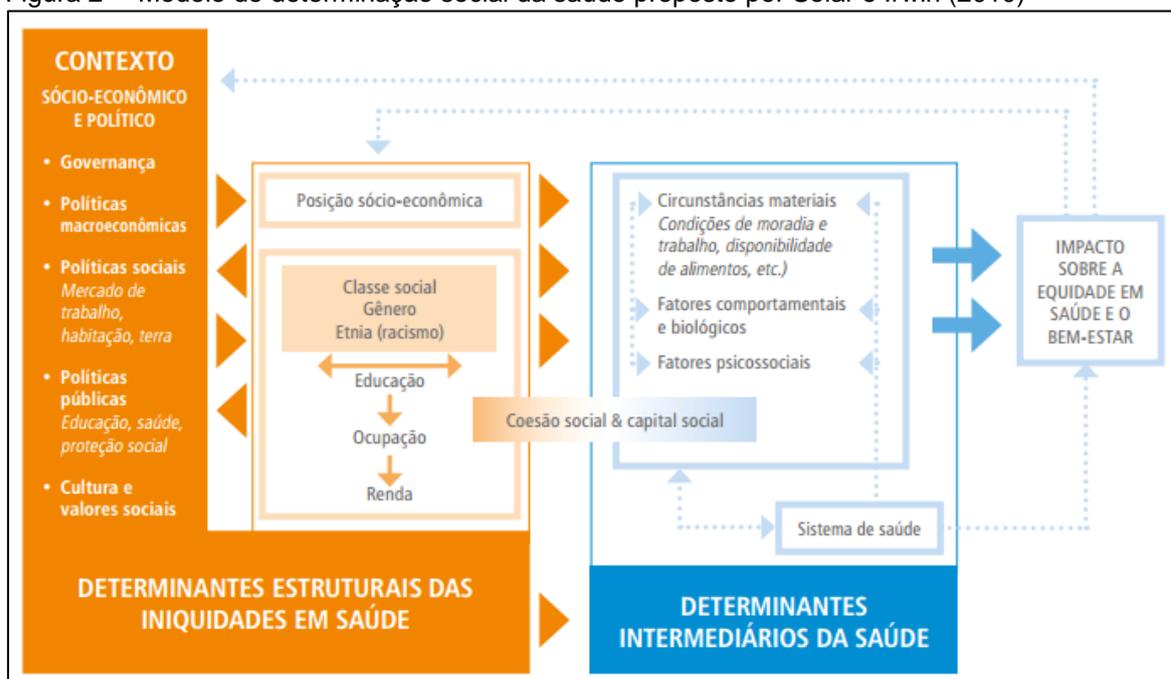
Fonte: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS (2008)

Segundo o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1), os DSS estão dispostos em diferentes camadas, de acordo com seu nível de abrangência, saindo de uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada mais distal, em que se situam os macrodeterminantes. No plano individual, as características relativas à idade, sexo e fatores genéticos estão na base do modelo (determinantes proximais). Posterior a essa camada, estão as variáveis relacionadas ao comportamento e aos estilos de vida individuais, situados no limiar entre os fatores individuais e os DSS. Em seguida, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho (determinantes intermediários) e à disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Por último, e não menos importantes, estão aqueles que são considerados os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais, como o modo de produção e consumo de uma cidade, estado ou país e o processo de globalização.

Esse modelo, de acordo com Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), acaba deixando de fora variáveis importantes no atual cenário das desigualdades sociais, tais como o capital social. Apesar de grande quantidade de citações em trabalhos da literatura científica internacional que utilizam os conceitos de equidade em saúde, o principal problema da proposição de Dahlgren e Whitehead (1991) é a dificuldade de operacionalização para análise do que denomina “diferenças evitáveis e injustas”.

Ao entender que fatores relacionados às diferenças em saúde também variam em função dos contextos político, social, econômico e cultural, a OMS viu a necessidade de incorporá-los à definição de equidade (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003). Nesse sentido, um modelo alternativo tem sido utilizado na discussão do contexto que origina um conjunto de posições socioeconômicas que estratificam e hierarquizam os indivíduos em grupos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Ele foi incorporado ao documento “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, no Rio de Janeiro em 2011 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Figura 2 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Solar e Irwin (2010)



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2011).

Nesse modelo (Figura 2), o contexto socioeconômico e político, que inclui fatores tais como o mercado de trabalho, o sistema educacional, as instituições políticas, os valores e a cultura de uma sociedade, criam e mantêm as hierarquias sociais, fundamentais na análise da determinação social da saúde. Esses fatores são considerados determinantes estruturais, uma vez que geram a estratificação da sociedade em classes sociais e definem a posição socioeconômica do indivíduo segundo hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos. Além desses, estão incluídas, nessa classe de fatores, condições expressas do ponto de vista individual, tais como renda, educação, ocupação, classe social, gênero e raça/etnia (SOLAR; IRWIN, 2010).

Ainda inclui, como determinantes intermediários, as condições materiais de vida, como trabalho e acesso a bens essenciais como alimentação; as circunstâncias psicossociais, como a ausência de suporte social e a vida em condições estressantes; e os fatores biológicos/genéticos e comportamentais, incluindo nutrição, atividade física, consumo de tabaco e de álcool. Um ponto a se destacar é que o conceito de capital social ocupa um papel de destaque nas discussões do DSS, pois se acredita que ele perpassa as dimensões estrutural e intermediária, como uma ligação entre ambas (SOLAR; IRWIN, 2010).

Nesse contexto, o Estado tem o papel de estimular as relações cooperativas entre indivíduos e instituições, e de facilitar o acesso à participação social. Outra questão importante é que, além disso, traz o sistema de saúde exercendo um papel relevante no que se relaciona ao acesso, que incorpora as diferenças de exposição e de vulnerabilidade, também por meio da ação intersetorial liderada pela área da saúde, por mediar as consequências diferenciais da doença na vida das pessoas (SOLAR; IRWIN, 2010).

Assim como abordado no modelo da OMS (SOLAR; IRWIN, 2010), Barata (2009) destaca que as desigualdades no estado de saúde são, de modo geral, fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde.

Sendo assim, a qualidade da saúde pode ser influenciada pelos recursos sociais disponíveis a um grupo, ou seja, quanto mais recursos sociais ofertados aos indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de que apresentem uma saúde melhor. Por outro lado, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada a uma saúde pior. Dessa forma, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maiores as disparidades na saúde apresentadas nela (STARFIELD, 2002).

No Brasil, as lutas por mais justiça social e equidade estiveram associadas ao movimento pela reforma sanitária, assim como aos movimentos pela redemocratização. Esses movimentos depositavam na democracia o mecanismo pelo qual se poderia alcançar uma solução para o problema das desigualdades sociais, levando também a condições que permitiriam tanto um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo aos serviços de saúde (COELHO, 2010).

Assim, a reforma implementada no final dos anos 1980 trouxe como pano de fundo não só a garantia do direito à saúde, mas, em essência, a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde. Essas duas questões buscavam dar respostas às críticas dirigidas à forma de organização da atenção à saúde vigente àquela época, cujo formato deixava à margem do sistema grande parte da população brasileira, os mais pobres, ou seja, os que se encontravam em condições de desvantagem social e que, por isso, talvez fossem os que mais precisassem de atenção à saúde (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Entende-se, assim, que o modelo de análise das desigualdades sociais em saúde é um importante instrumento para analisar o risco na população, uma vez que as diferenças de riscos de doenças entre subgrupos populacionais podem ser explicadas pela ocorrência de níveis diversificados de exposição a fatores de risco (BARROS, 1997).

Para isso, é necessário entender que as desigualdades sociais manifestam-se em diversas categorias sociais inter-relacionadas, tais como classe social, educação, gênero, idade, origem étnica, incapacidades e localização geográfica. Assinalam não

apenas diferença, como hierarquia e refletem desequilíbrios profundos na prosperidade, poder e prestígio de diferentes pessoas e comunidades (OMS, 2010).

Para fins deste estudo utilizaremos o termo desigualdade social, e abarcaremos as categorias classe social, educação, idade e localização geográfica.

3.3 INTERFACES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX e se restringia às demandas relativas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, criados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, exprimiam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Os assuntos relacionados à saúde materna estavam pouco presente na agenda de saúde do país até o final dos anos de 1970 (BRASIL, 2004).

Após 1980, o Governo, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, adotou diversos programas e políticas de saúde para as mulheres (VÍCTORA et al., 2011). Esses movimentos, nos anos 1980, reivindicavam um programa de saúde da mulher que abrangesse suas necessidades de saúde de forma integral e não restrito exclusivamente às dimensões de concepção e contracepção (FARAH, 2004). Lançado em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) englobou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Assim como a integralidade e a equidade da atenção, tinha por objetivo atender às necessidades de saúde das mulheres durante seu ciclo vital, ofertando atenção a todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, com destaque para o pré-natal, por seu impacto e transcendência no resultado perinatal (BRASIL, 1985).

As mudanças ocorridas com o desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil, que culminaram na criação do SUS, a partir de 1988, privilegiaram uma perspectiva da saúde materno-infantil em detrimento de uma perspectiva da saúde

meramente reprodutiva da mulher (ROBLES, 2015). A gestante passa a ser rodeada por uma rede de cuidados e passa a ser responsabilizada não só pela própria saúde, mas também pela produção de um feto saudável. Por isso, o pré-natal é um *locus* privilegiado para a produção do discurso do risco à saúde (CORRÊA; GUILLAM, 2006). A partir do risco, a organização da assistência no pré-natal procura atingir o objetivo de consolidar um projeto individualizado de criança (ROBLES, 2015).

Desde a criação do SUS, grandes avanços foram alcançados na saúde materna no Brasil, dentre eles a universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto. Apesar desses avanços, ainda é observada a presença de uma "equidade inversa" em certos aspectos e regiões em que persistem desigualdades sociais em saúde e qualidade de assistência limitada, devido à escassa atenção às evidências sobre segurança e conforto dos procedimentos na assistência e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres (DINIZ, 2009). Essa "equidade inversa" relaciona-se ao que Hart (1971) definiu como "lei dos cuidados inversos" porque os mais necessitados de cuidados em saúde são os que menos por eles são beneficiados. Estudo realizado por Domingues et al. (2015) mostrou que, apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal no país, apenas um quinto das mulheres recebe cuidado adequado conforme os procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde.

O pré-natal constitui uma etapa fundamental na evolução adequada do ciclo gravídico-puerperal e no desenvolvimento físico, psíquico e neurológico do recém-nascido. Tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação e de permitir o nascimento de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

O'donnell (2007) sugere que o acesso aos serviços de saúde é o ponto central em um cenário no qual os indivíduos os quais potencialmente se beneficiariam da assistência à saúde de forma efetiva fossem aqueles que realmente a usariam. Nessa lógica, a saúde materno-infantil se destaca por apresentar necessidades de utilização, acesso inerente ao ciclo gravídico puerperal e grandes possibilidades de benefícios àqueles que recebem essa assistência.

Nesse contexto, a gestante, que já vive uma condição especial, com um risco próprio do período gestacional, quando expostas em seu cotidiano de vida a condições de desigualdades sociais, podem vivenciar mais problemas durante a gestação. Diante disso, o risco gravídico foi associado à mulher, sempre na busca de medições adaptadas para o estabelecimento de pautas de avaliação. Isso estimulou fortemente a intervenção nos períodos de pré-natal, parto e puerpério a partir do risco, o que buscou tanto estabelecer os programas de saúde materna, quanto ressaltar a importância da mãe no processo (ROBLES, 2015).

Desta forma, as classificações das gestações, a partir da categoria risco, têm o objetivo de controlar a morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto existem dificuldades na classificação e efeitos da assignação na maneira como as mulheres atualmente vivem a gravidez. Porém, o risco surge como categoria reguladora na saúde materno-infantil, especialmente das mulheres de camadas populares, usuárias do SUS, mudando o comportamento das técnicas de cuidados dos corpos no âmbito da saúde básica. Em algumas gestações, a imputação do risco se traduz por um status atribuído à mulher, e enquanto “mãe de risco”, espera-se dela uma série de comportamentos ligados a determinado papel materno. Esse risco ocorre de distinta maneira, segundo o contexto social, modulada por características, tais como: ser usuária da rede pública ou do setor privado de saúde e ser pertencente a segmentos populares, médios ou altos da sociedade (ROBLES, 2015).

Em 1983, o primeiro manual sobre enfoque de risco na saúde materno-infantil foi publicado pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, em parceria com a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 1983). No entanto foi somente no final do século XX que se consolidou o protocolo de atendimento pré-natal, o que proporcionou a possibilidade de sistematização da avaliação do risco. Essa sistematização, segundo estratos de risco, é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança e permite uma atenção diferenciada conforme as necessidades de saúde, ou seja, a atenção, o lugar, o custo e a qualidade certa (MINAS GERAIS, 2013). Uma vez identificadas, as condições de risco podem ser tratadas ou minimizadas para reduzir seu impacto na gravidez. Em outras conjunturas, ainda, os profissionais de saúde podem ser

alertados para observar, com maior rigor, os sinais precoces de complicações para iniciar o tratamento imediatamente (VERSIANI; FERNANDES, 2012).

Em relação ao risco gestacional, é atribuído à mulher o termo “Gestação de Alto Risco”. Esse é um conceito abrangente, que diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal da gestação, focado tanto nos aspectos relativos à saúde materna quanto à fetal. Vários fatores podem influenciar na estimativa desse risco e podem ser identificados ainda no período pré-concepcional, sendo, portanto, de grande valor no desenvolvimento de investimentos assistenciais para que a mulher inicie a gestação o mais saudável possível (GUAZZELLI; ABRAHÃO, 2007).

Destaca-se, também, que a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento (BRASIL, 2012b).

Para avaliar e classificar o risco materno, estudos perinatais ingleses, realizados na década de 1970, elaboraram e utilizaram um escore de acordo com informações sobre a história materna reprodutiva prévia, antropometria materna e situação socioeconômica familiar. Essa classificação foi adaptada e utilizada previamente no Brasil por Barros et al (1985), utilizando as seguintes variáveis: idade, paridade, renda familiar e história reprodutiva. Essa classificação define, assim, os grupos de baixo, médio e alto risco.

Em 1972, no intuito de analisar o risco gestacional das mulheres, Ciari-Júnior e Almeida (1972) propuseram uma classificação de risco gestacional contendo os fatores de risco gestacionais distribuídos em: avaliação clínica - idade gestacional, cor, antecedentes familiares, história obstétrica (número de gestações e partos, período interpartal, evolução de gestações anteriores, gravidez, parto, puerpério), intercorrências obstétricas, moléstias próprias da gestação, moléstias e desvios associados à gestação, avaliação nutricional, risco genético, recursos subsidiários e situação psicológica; avaliação social - nível socioeconômico, características culturais, disponibilidade de serviços de pré-natal e maternidade; e avaliação de enfermagem - aceitação de serviços, início da consulta, e frequência, na certeza de que estava

abarcando todos os elementos que direta ou indiretamente atuavam sobre a saúde materna.

Já a OPAS (2012), em suas orientações sobre o manejo do risco gestacional, propõe uma classificação com três categorias de risco ao longo da gestação: baixo risco, alto risco e risco iminente. Essas categorias utilizam as seguintes variáveis: idade, antecedentes obstétricos, doenças e agravos da gravidez atual, hábitos maternos, saúde bucal e complicações da gravidez atual (BRASIL, 2012a).

O manual Merck (2012) categoriza o risco gestacional em baixo risco, médio risco e alto risco. Para isso, utiliza variáveis como características da mãe, problemas numa gestação anterior, deficiências estruturais, problemas médicos, exposição a drogas e a infecções, complicações médicas, complicações da gravidez referentes à mãe e complicações da gravidez referentes ao bebê.

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a utilização de um quadro constituído por fatores que podem determinar o risco gestacional, sem, no entanto, atribuir escore. Xavier et al. (2013) propõe uma classificação operacional dos fatores de risco reprodutivos, distribuindo-os em quatro categorias: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; fatores relacionados à história reprodutiva anterior; fatores relacionados à gravidez atual; fatores relacionados às condições prévias; e intercorrências clínicas (BRASIL, 2012b).

Segundo Barros et al. (2010), revisões sistemáticas demonstraram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Isso acaba por refletir a importância do pré-natal no curso da gestação e no resultado final da gravidez.

Entretanto, entende-se que, apesar de as classificações de risco se apresentarem como ferramentas importantes para identificação e manejo do risco durante o pré-natal, analisando um grande número de fatores, elas podem apresentar ausência de especificidade de certas variáveis, comprometendo sua capacidade de definir o risco à saúde da gestante e, em consequência, o atendimento específico requerido para cada uma delas. No Brasil, a classificação de risco gestacional adotada pelo Ministério

da Saúde, embora inclua um amplo espectro de variáveis, não apresenta claramente as categorias de cada variável e sua inserção nos níveis de risco à saúde (BRASIL, 2012b). Desta forma, deixa a critério do profissional de saúde a definição do risco gestacional da mulher.

Além dessas dificuldades na aplicação das classificações de risco no cotidiano dos serviços, a gestante pode estar submetida a diferentes riscos de acordo com suas condições sociais e o contexto em que vive, podendo influenciar diretamente o curso da gestação. Assim sendo, a vulnerabilidade social, que se constitui como uma construção social — como fruto das transformações societárias, adotando diferentes formas de acordo com os condicionantes históricos, acaba por desencadear mudanças na esfera da vida privada, acentuando fragilidades e contradições ocasionadas pelas desigualdades sociais —, torna-se importante fator na avaliação do risco gestacional, além da persistência das iniquidades sociais na determinação da mortalidade materna (MONTEIRO, 2011; LEITE et al., 2011).

4. JUSTIFICATIVA

O risco se tornou alvo de muitos estudos científicos, isto porque se acredita que quanto maior o conhecimento e quanto mais rápido ele for identificado, mais fácil será eliminá-lo ou minimizá-lo. Ainda persiste, entretanto, o desafio de desenvolver mecanismos efetivos para essa identificação. O conceito de risco gerou grandes discussões ao longo do tempo, e muito já se avançou para clarificar essa ideia. Todavia, definir o risco e criar mecanismos para avaliá-lo ainda é, para uns, uma utopia, enquanto para outros pode ser muito bem traduzido em números.

Para defini-lo, é necessário ir além do campo biológico e social; é preciso entender o contexto no qual o indivíduo está inserido. O conceito risco vem sendo utilizado no campo da saúde, principalmente na área materno-infantil. Entretanto, diante das propostas para quantificar o risco que emergem nesse campo, como modelo teórico são utilizados instrumentos de predição e de quantificação de seus níveis. Isso gera um grande desafio para os profissionais de saúde, visto que o planejamento dos cuidados maternos é direcionado por meio dessa avaliação.

Os mecanismos variam entre os autores, e, em consequência, originam uma variedade de critérios e de níveis, acarretando problemas na sua operacionalidade, dado não só o aspecto abstrato, mas também os critérios empregados para o estabelecimento dos “pesos” atribuídos às diferentes variáveis eventuais que os compõem. Além disso, variáveis utilizadas em algumas classificações podem não estar presentes em outras. Dessa forma, faz-se necessário refletir e observar a amplitude e a aplicabilidade das Classificações de Risco Gestacional (CRG) existentes na literatura científica.

Nota-se que nem sempre é possível determinar a melhor classificação de risco, e nesse contexto, o Ministério da Saúde tem sofrido ao longo dos anos grandes críticas em relação ao conjunto de variáveis utilizadas, principalmente quando o foco é a abrangência das desigualdades sociais em saúde, que a cada dia ganha mais importância no âmbito do risco.

Essas observações nos remetem a um ponto importante: a adequação e a utilização das classificações de risco, que apesar da evolução da ciência e das modificações sofridas, ainda recebem críticas em relação à sua efetividade ao definir o risco gestacional. Isto porque, para além da problemática que envolve o contexto da aplicabilidade dessas CRGs nos serviços de saúde, estão as desigualdades sociais individuais e contextuais, que possivelmente influenciam o risco para as mulheres moradoras de diferentes regiões, e num contexto de falta de clareza sobre a própria CRG, comprometem a indicação do cuidado adequado e do próprio desfecho.

Assim, possivelmente ocorra a manutenção ou a elevação dos indicadores de mortalidade materna, que no Brasil se apresenta com grandes disparidades quanto a sua taxa, sendo muito maior na Região Norte (RMM= 74,9 mulheres por 100.000 nascidos vivos) do que na Região Sul (RMM=37,3 mulheres por 100.000 nascidos vivos), por exemplo (BRASIL, 2014). Isso reflete a realidade das desigualdades sociais existentes nessas regiões.

Diante do exposto, faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca das classificações de risco gestacional (CRG), assim como seus condicionantes sociais, o que implica analisar as diversas classificações que amparam o cuidado à saúde da gestante no Brasil, além de ampliar o escopo dos fatores sociais que possivelmente são geradores de risco, mas que ainda não fazem parte do universo das variáveis componentes das CRG disponíveis. Dito isso, acredita-se justificar a importância do estudo no contexto da saúde coletiva.

5. OBJETIVOS

5.1 GERAL

Analisar o risco gestacional e verificar sua associação com as desigualdades sociais em saúde nas usuárias do SUS em duas regiões do estado do Espírito Santo, Brasil.

5.2 ESPECÍFICOS:

- Analisar o risco gestacional por dois métodos diferentes: classificação e o autorrelato;
- analisar a associação entre as desigualdades sociais e o risco gestacional.

6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal com representação da população do SUS, que parte de duas investigações mais amplas, delineadas para investigar vários aspectos relacionados ao pré-natal, na população da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES) e da Microrregião de São Mateus (MRSM-ES), ambas no ES (SANTOS-NETO et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014).

A RMGV-ES é constituída pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Em 2010, obteve o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,772, o que o situa na faixa de desenvolvimento humano alto. As dimensões que mais contribuíram para o alto IDH nessa região foram: longevidade, seguida de renda e de educação. A MRSM-ES, região ao norte do estado do ES, é constituída pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus. Essa região obteve IDH médio, e destaca-se que somente o município de São Mateus possui IDH alto. As dimensões que mais contribuíram para o IDH médio foram: longevidade, seguida por renda e de educação.

A amostra foi representativa de puérperas residentes nos municípios das microrregiões participantes, internadas nos estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto, entre abril e setembro de 2010, na RMGV-ES, e entre julho de 2012 e fevereiro de 2013 na MRSM-ES. Devido à pouca variabilidade nas condições de saúde nesse período, foi possível utilizar a população dos dois estudos.

6.1.1 Estabelecimentos de Saúde (Hospitais)

Foram selecionados na RMGV-ES nove hospitais com maior volume de partos, sendo excluídos quatro estabelecimentos previstos na listagem original de treze hospitais, por estarem descredenciados do SUS no momento da coleta e/ou representarem menos de 1% do total de partos da região e sete na MRSM-ES, que corresponderam

ao maior volume de partos em 2007 e 2009, respectivamente, e foi excluído um estabelecimento previsto na listagem original de oito hospitais por estar em reforma.

6.1.2 Critério de Inclusão e Exclusão

6.1.2.1 Inclusão

- Mulheres que se internaram por ocasião do parto nos hospitais das regiões do estudo.

6.1.2.2 Exclusão

- Puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal fora das regiões de interesse;
- puérperas que realizaram o pré-natal no serviço privado (todo ou parte);
- puérperas que fizeram o pré-natal, mas não possuíam cartão da gestante no momento da entrevista;
- não estavam em condições para responderem à entrevista devido a doenças mentais, por estar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e por estarem sem condições clínicas;
- recusaram-se a participar da pesquisa.

6.1.3 Cálculo Amostral

Para a condução dos estudos seccionais, a amostra foi calculada utilizando-se a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Foram utilizados dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos em 2007 para a RMGV-ES e 2009 para MRSM-ES para obter a proporção de parturientes a partir dos nascidos vivos.

Utilizou-se a menor prevalência estimada de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal, correspondente ao município de Cariacica (58,2%) na RMGV-ES, e Pedro Canário (29,7%) na MRSM-ES, e uma precisão desejada de 4% e 4,5%, respectivamente. Em ambos os casos, o efeito do desenho foi igual a 1,5 e o nível de

significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 850 sujeitos para RMGV-ES e 595 sujeitos para MRSM-ES. O total foi aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, recusas ou ausência do Cartão da gestante no local do parto, o que resultou em 1131 e 773 abordagens, permanecendo na amostra final 1035 puérperas na RMGV-ES e 742 na MRSM-ES.

Considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções para RMGV-ES: Cariacica (22,6%); Fundão (1,0%); Guarapari (6,3%); Serra (26,3%); Viana (3,7%); Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%). E para a MRSM-ES: Boa Esperança (4,62%); Conceição da Barra (11,76%); Jaguaré (10,71%); Montanha (4,90%); Mucurici (1,67%); Pedro Canário (10,09%); Pinheiros (10,28%); Ponto Belo (2,37%) e São Mateus (43,6%).

Para fins deste estudo, foi considerada a proporção de partos, em gravidezes de alto risco, igual a 5,2%, no ano de 2010, realizados nos hospitais e maternidades do estado do ES, informação obtida no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. A população estimada considerada foi o total de 51853 nascidos vivos, extraído do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, no ano de 2010, com efeito do desenho igual a 1,5 e erro amostral igual a 1,5, resultando num tamanho amostral de 1252 puérperas. Considerando o total de 1777 puérperas componentes dos dois estudos, mesmo com as perdas em algumas variáveis, é possível concluir que a amostra foi suficiente para testar as diferenças quanto às CRG.

6.2 COLETA DE DADOS

Na RMGV-ES, no mínimo uma vez por semana em cada hospital as puérperas que estavam internadas no dia da visita do entrevistador eram listadas e em seguida selecionadas de modo alternado, sendo escolhida a primeira, intercalando-se duas e escolhendo a próxima, e assim por diante. Na RMGV-ES, 1131 foram abordadas, e 1035, entrevistadas. Já na MRSM-ES, devido ao número reduzido de partos/dia, todas as puérperas internadas foram abordadas, totalizando 773 parturientes abordadas, porém só 742 foram entrevistadas.

Em grandes maternidades a amostra foi sistemática; já em menores, onde o volume de internações era pequeno, todas as puérperas foram abordadas, inclusive nos fins de semana e feriados.

6.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram construídas com base nas informações referentes à assistência ao pré-natal transcritas do Cartão da Gestante, às variáveis clínicas, sociais e geográficas contidas nos questionários da entrevista, dos indicadores de saúde sobre os municípios de residência divulgados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2016), e no Atlas de Desenvolvimento Humano (2016) conforme Quadros 1 e 2.

As variáveis foram caracterizadas e compostas de acordo com cada classificação de risco proposta para este estudo: **Idade** utilizou-se para a CRG do MS a faixa etária de ≤ 14 anos, 15 anos a 34 anos e >34 anos, e para a CRG da OPAS <15 anos, 15 anos a 35 anos e >35 anos; **Baixa escolaridade** foi baseada nos anos de estudos concluídos, tendo como ponto de corte menos de cinco anos de estudos completos; **Situação conjugal insegura** consistiu da situação conjugal em que a gestante se encontrava, ou seja, sem parceiro; **Conflitos familiares** foram determinados a partir da insatisfação do pai do bebê com a gestação da mãe; **Dependência de drogas lícitas e ilícitas** referiu-se ao uso de drogas legalizadas e não legalizadas; **Fumo e álcool** definidos como o uso do tabaco e do álcool durante a gestação; **Drogas teratogênicas** foram definidas como o uso de qualquer medicamento teratogênico; **Problemas de saúde bucal** foram definidos com base nas variáveis de consulta por motivo de dor, consulta por extração dentária, tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes, tratamento de canal e tratamento de gengiva; **Altura** categorizada como $\leq 1,44$ metros e $>1,44$ metros; **Peso pré-gestacional** referiu-se ao peso apresentado pela mulher antes de engravidar; **Ganho ponderal de peso** foi baseado nas recomendações do *Institute of Medicine*, classificando o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional em baixo peso $<18,5\text{kg/m}^2$, peso adequado de $18,5\text{ kg/m}^2 - 24,9\text{kg/m}^2$, sobrepeso de $25,0\text{ kg/m}^2 - 29,9\text{kg/m}^2$, e obesidade $\geq 30,0\text{ kg/m}^2$, e, de acordo com a situação nutricional inicial da gestante, foi recomendada uma faixa de ganho de peso ao final da gestação: baixo peso ganhar

de 12,5kg – 18kg, adequado 11kg – 16kg, sobrepeso 7kg – 11,5kg, e obesidade 5kg – 9kg; **Exposição a risco ocupacional** foi definida segundo a situação empregatícia da gestante, ou seja, se possui algum trabalho remunerado; **História de aborto habitual, de morte perinatal explicada e inexplicada e de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado** foi derivada da presença desses desfechos em gestações anteriores; **Bebês prematuros, de baixo peso, malformados e antecedentes de abortos, morte fetal, neonatal precoce** variável derivada da presença desses desfechos em gestações anteriores; **Parto pré-termo anterior** foi determinado a partir do nascimento do bebê com menos de 37 semanas em gestações anteriores; **Esterilidade e infertilidade** foi categorizada a partir do registro no cartão da gestante; **Nuliparidade ou grande multiparidade** foram definidas como a ausência de partos ou mais de cinco partos anteriores, respectivamente; **Primigesta e grande multigesta** foram definidas a partir da ausência de gestações anteriores ou pelo registro de cinco ou mais gestações, respectivamente; **Intervalo interpartal** foi oriundo do tempo entre o último parto e o atual; **Pré-natal** foi definida como a ausência de qualquer registro de consulta de pré-natal; **Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada** foi determinado pelo tempo de gestação da mulher, podendo ser menor que 37 semanas no caso de parto prematuro ou acima de 42 semanas para gravidez prolongada; **Trabalho de parto em curso** foi determinado a partir da quantidade de semanas gestacionais no qual o parto ocorreu, se precoce ou tardio; **História de diabetes gestacional** foi baseada no relato das puérperas sobre a presença de diabetes gestacional em gravidez anterior; **Cirurgia uterina/cesariana anterior** foi oriunda da presença de cesáreas anteriores; **História de síndrome hemorrágica hipertensiva** foi definida como a presença de hemorragia ou crise hipertensiva na gravidez anterior; **Hipertensão arterial** foi definida a partir da hipertensão arterial sistêmica crônica detectada, ou seja, valores absolutos de PA sistólica maior que 140 mmHg e/ou diastólica maior que 90mmHg; **Cardiopatia** referiu-se a doenças cardíacas durante a gestação; **Pneumopatia** foi definida como doenças relacionadas ao pulmão incluindo asma brônquica; **Nefropatia** referiu-se à insuficiência renal crônica e aos transplantados; **Endocrinopatia** referiu-se à *Diabetes mellitus*, hipotireoidismo e hipertireoidismo; **Diabetes mellitus** foi categorizada como sem diabetes, diabetes controlada e diabetes não controlada; **Hemopatia** referiu-se às doenças do sangue como doença falciforme e talassemia; **Epilepsia** foi definida como um grupo de doenças que têm em comum crises

convulsivas as quais ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris, categorizadas com base na sua presença ou ausência; **Doenças infecciosas** foram definidas segundo a presença de hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (condiloma); **VDRL+, HIV+, HEP B+ e C+, TOXO+, EGB+, CMV+** foi definida como a presença do exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) positivo e/ou presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou vírus da hepatite B e C (HEP B, C) e/ou toxoplasmose (TOXO) e/ou estreptococos do grupo B (EGB) e/ou citomegalovírus (CMV); **Doenças autoimunes** foram definidas conforme sua presença de lúpus eritematoso sistêmico e/ou outras colagenoses; **Ginecopatias** foram definidas pela presença de malformação uterina, miomatose e/ou tumores anexiais; **Corrimento** foi definido pelo relato da presença desse sintoma durante a gestação; **Neoplasias** foram definidas alicerçadas na presença de qualquer tipo de câncer; **Pré-eclâmpsia e eclâmpsia** foram definidas baseadas na sua presença ou ausência; **Diabetes gestacional** foi definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto; **Hemorragia na gestação** foi definida a partir da presença de hemorragia durante a gestação atual; **Sangramento vaginal** foi definido como qualquer sangramento durante a gestação; **Infecção urinária** foi definida pela presença de infecção de urina; **Anemia** foi definida com fundamento no autorrelato da presença da anemia na gestação atual; **Palidez palmar intensa** foi considerada quando a taxa de hemoglobina foi menor que sete miligramas por decilitro; **Doenças psiquiátricas** foram definidas como a presença de psicoses e depressão; **Hanseníase** foi definida como a presença da hanseníase na gestação atual; **Tuberculose** foi definida como a presença da tuberculose na gestação atual; **Hipertensão gestacional** foi definida com base na hipertensão arterial sistêmica detectada após a 20^a semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão). **CRG-MS** foi determinada pela soma dos escores de cada variável inserida na classificação de risco, tendo sido considerado baixo risco o escore menor ou igual a quatro, médio risco escore de cinco a nove e alto risco o escore maior ou igual a dez; **CRG-OPAS** foi determinada de acordo com a soma dos escores de cada variável inserida na classificação de risco, e

foi considerado de baixo risco o escore zero, de alto risco o escore de um a nove e de risco iminente escore maior ou igual a dez.

Quadro 1 - Variáveis do estudo relacionadas à classificação de risco do MS e da OPAS (2012) com suas respectivas características, categorizações e fontes

Variáveis	Ministério da Saúde		OPAS		Fonte
	Categorização	Escore	Categorização	Escore	
Idade/Faixa etária	<ul style="list-style-type: none"> • <15 anos • 15 a 34 anos • > 34 anos 	+1	<ul style="list-style-type: none"> • <15 anos • 15 a 35 anos • > 35 anos 	+1	Entrevista
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • <5 anos • ≥5 anos 	+1	–	–	Entrevista
Situação conjugal insegura	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+1	–	–	Entrevista
Conflitos familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+1	–	–	Entrevista
Exposição a risco ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalha • Não trabalha 	+1	–	–	Entrevista
Esterilidade e infertilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–	–	Cartão
Alcoolismo, Tabagismo e Drogas	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Fumo e Álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+2	–	–	Entrevista
Dependência de drogas lícitas e ilícitas	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Peso pré-gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • <45kg • 45 a 74kg • >74kg 	+1	–	–	Entrevista
Ganho de peso ponderal	<ul style="list-style-type: none"> • Adequado • Inadequado • Muito inadequado 	+2 +3	<ul style="list-style-type: none"> • Adequado • Inadequado • Muito inadequado 	+2 +3	Cartão/ Entrevista
Altura	<ul style="list-style-type: none"> • <1,45 metros • ≥1,45 metros 	+1	–	–	Entrevista
Drogas teratogênicas	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Sem pré-natal	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Trabalho de parto em curso	–	+10	<ul style="list-style-type: none"> • <37 semanas • 37 a 41 semanas • >41 semanas 	+10	Entrevista
Problemas de saúde bucal	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Primigesta e Grande multigesta	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma gestação • 1 a 4 gestações • >4 gestações 	+10	Entrevista
Nuliparidade ou grande multiparidade	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum parto • 1 a 4 partos • >4 partos 	+5	–	–	Entrevista

Variáveis	Ministério da Saúde		OPAS		Fonte
	Categorização	Escore	Categorização	Escore	
Intervalo entre gestação	<ul style="list-style-type: none"> • Sem parto • <2 anos • 2 a 5 anos • >5 anos 	+2	<ul style="list-style-type: none"> • Sem parto • <2 anos • ≥2 anos 	+2	Entrevista
Cesárea anterior/ Cirurgia anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+2	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+2	Entrevista
Antecedentes prematuros, baixo peso e malformados	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Hist. Aborto habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–		Entrevista
Antecedentes de abortos, morte fetal e neonatal	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Hist. Morte perinatal explicada e inexplicada	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–	–	Entrevista
Hist. Recém-nascido com crescimento restrito ou malformado	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–	–	Entrevista
Infecção urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	Entrevista
Parto pré-termo anterior	<ul style="list-style-type: none"> • ≤37 semanas • >37 semanas 	+5	–	–	Entrevista
Diabetes mellitus	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sem diabetes • Diabetes controlada • Diabetes não controlada 	+5 +10	Entrevista
Diabetes gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Hist. Diabetes gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–	–	Entrevista
Sangramento vaginal	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	Entrevista
Hemorragia na gestação	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Hist. Síndrome hemorrágica e/ou hipertensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–		Entrevista
Hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	Entrevista
Hipertensão gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–		Entrevista
Palidez palmar intensa	–	–	<ul style="list-style-type: none"> • Hb ≥7mg/dl • Hb <7mg/dl 	+10	Cartão
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	–	–	Entrevista
Cardiopatia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Pneumopatia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Nefropatia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Endocrinopatia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–		Entrevista
Hemopatia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Doenças infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista

Variáveis	Ministério da Saúde		OPAS		Fonte
	Categorização	Escore	Categorização	Escore	
Doenças autoimunes	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Ginecopatias	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Neoplasias	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Doenças psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+10	–	–	Entrevista
Corrimento	–	-	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+2	Entrevista
Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) positivo e/ou presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou vírus da hepatite B e C (HEP B, C) e/ou toxoplasmose (TOXO) e/ou estreptococos do grupo B (EGB) e/ou citomegalovírus (CMV)	–	-	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	+5	Entrevista
Risco gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Risco habitual • Médio risco • Alto risco 	<ul style="list-style-type: none"> • <5 • 5 a 9 • >9 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo risco • Alto risco • Risco iminente 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 a 9 • >9 	

Quadro 2 - Variáveis do estudo relacionadas às desigualdades sociais em saúde com suas respectivas características, categorizações e fontes.

Variáveis	Categorização	Tipo	Fonte
Região de moradia	<ul style="list-style-type: none"> • RMGV-ES • MRSM-ES 	Independente	Entrevista
Zona de moradia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	Independente	Entrevista
Situação de moradia	<ul style="list-style-type: none"> • Própria • Outro tipo 	Independente	Entrevista
Morador cômodo	<ul style="list-style-type: none"> • Adequado • Inadequado 	Independente	Entrevista
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	<ul style="list-style-type: none"> • <0,500 • 0,500 – 0,799 • ≥0,799 	Independente	IBGE
Cobertura de Serviço de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • ESF • PACS • UBS 	Independente	Entrevista
Cobertura de saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • ESB • UBSB 	Independente	Entrevista
Benefício direto (Bolsa Família)	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	Independente	Entrevista
Esgoto a céu aberto	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	Independente	Entrevista

Variáveis	Categorização	Tipo	Fonte
Descarte do lixo	<ul style="list-style-type: none"> • Recolhido • Outros 	Independente	Entrevista
Raça/cor	<ul style="list-style-type: none"> • Preta • Branca • Parda 	Independente	Entrevista
Chefe de família	<ul style="list-style-type: none"> • Própria mulher • Outro 	Independente	Entrevista
Escolaridade do chefe da família	<ul style="list-style-type: none"> • <5 anos • ≥5 anos 	Independente	Entrevista
Renda Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • A e B • C • D e E 	Independente	Entrevista
Acesso pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Adequado • Inadequado 	Independente	Entrevista
Risco gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo risco • Alto risco 	Dependente	CRGs-MSB

Para possibilitar a comparação entre as classificações do MSB e da OPAS, considerou-se o médio risco como análogo do alto risco e o alto risco como análogo do risco iminente. Não foi necessário realizar analogias entre o baixo risco entre as duas classificações.

As variáveis que compuseram o sistema de pontuação e que não foram respondidas pelas gestantes ou não constavam no registro do cartão do pré-natal foram analisadas com a finalidade de decidir sobre exclusão da puérpera da análise na CRG final. Nesse caso, foram incluídas as puérperas em que a ausência de informação não alterava o risco gestacional da mulher, ou seja, tais variáveis não impactaram a CRG final. Embora as CRG do MSB e da OPAS incluam variáveis relacionadas ao parto e ao intraparto, elas não foram utilizadas para fins deste estudo, que prevê apenas análise do risco gestacional anterior ao momento do parto. No caso das mulheres que não fizeram pré-natal, as variáveis correspondentes ao cartão do pré-natal foram consideradas perdas, contribuindo com os 33% das gestantes excluídas.

A CRG autorrelatada foi definida com base na resposta da puérpera à seguinte pergunta: **Durante o pré-natal algum profissional de saúde disse que sua gravidez era de baixo, médio ou alto risco?**

6.4 BANCO DE DADOS

As variáveis foram categorizadas de acordo com cada classificação de risco. Para isso, foram criados bancos de dados, sendo um para a classificação da OPAS e um para a do MS do Brasil. Além desses, foi criado um terceiro banco de dados para as variáveis relacionadas às desigualdades sociais em saúde e um quarto banco de dados para os riscos gestacionais finais de cada classificação.

6.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As informações obtidas pelos formulários foram armazenadas utilizando-se programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0. Foram realizadas revisão e adequação dos bancos de dados, de acordo com as variáveis de interesse. O nível de significância estatística estabelecida para todas as análises foi de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança de 95% (IC=95%).

Os bancos de dados foram analisados por meio do programa SPSS 20.0 no qual foram elaboradas tabelas de frequências absolutas e relativas para caracterização da amostra. Foi verificado o nível de concordância existente entre os métodos de classificação de risco do MSB e OPAS, por intermédio do índice Kappa, que mede o grau de concordância, além do que seria esperado tão somente pelo acaso. De acordo com Landis e Koch (1977), os níveis de concordância são: concordância quase perfeita (0,80–1,00); concordância substancial (0,60–0,79); concordância moderada (0,41–0,59); concordância regular (0,21–0,40); e concordância ruim ($< 0,20$). Além disso, foi aplicado o teste de McNemar, para verificar a direção (tendência) da discordância. Foi adotado o nível de significância estatística menor que 5%, análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado de associação de Yates para verificar uma possível associação entre as variáveis independentes com o risco gestacional, sendo utilizadas para a construção do modelo final aquelas com nível de significância $< 0,20$ (para controlar possíveis fatores de confusão). No modelo final da regressão logística multivariada permaneceram somente as variáveis explicativas com $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. Calculou-se o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho por meio da razão de chance (OR). Foram utilizados o programa SPSS 20.0 e o programa estatístico R versão Rx64 3.3.2. para análise.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Ambos os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFES, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido o projeto da RMGV-ES aprovado na reunião do dia 04/11/2009, sob o protocolo nº 93/2009, e o projeto da MRSM-ES aprovado na reunião do dia 30/11/2011, sob o nº 258/11. Também foi autorizada a coleta de dados pelas maternidades envolvidas. Foram requeridas autorizações formais ao coordenador dos projetos de pesquisa para a extração de dados e confecção da dissertação de mestrado. Todas as puérperas participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.7 FINANCIAMENTO

Ambos os projetos receberam financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), sendo o da RMGV-ES registrado sob o nº 45581630/09, por meio de edital Universal, e o da MRSM-ES sob o nº 54685265/201, por meio do edital do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS).

7. RESULTADOS

7.1 ARTIGO 1

Mães de Risco: Uma Entidade Real ou Classificatória?*

Mães de Risco

Resumo

O objetivo do estudo é analisar o risco gestacional por diferentes métodos de classificação. Estudo transversal de base populacional do Sistema Único de Saúde. A amostra foi representativa de puérperas residentes em duas regiões administrativas do Espírito Santo, internadas nos estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto. Foi realizada classificação de risco gestacional segundo dois métodos: Ministério da Saúde do Brasil (MSB), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e o autorrelato da puérpera (AP). Foi calculada a frequência absoluta e a relativa e de intervalo de confiança de 95%. A verificação do nível de concordância entre os três métodos de classificação, por meio dos testes de Kappa e Kappa ajustado pela prevalência e a verificação da tendência de discordância por meio do teste de McNemar. Os fatores que mais contribuíram para a classificação do risco gestacional no método do MSB foram: situação conjugal insegura (sem companheiro - 19,2%); peso pré-gestacional inadequado (17,7%); uso de fumo e álcool (17,7%); o intervalo interpartal <2 anos (25,4%); e exposição ao risco ocupacional (27,0%). Já no método da OPAS os problemas de saúde bucal foram mais significativos (42,2%). Nas duas classificações, a história de aborto (18,5% - MS e 22,8% - OPAS %), a cirurgia uterina anterior (49,8% - MS e OPAS), ganho de peso inadequado e muito inadequado (67,1%%), infecção de urina (27,8%), anemia (29,5%) e a hipertensão gestacional (10,2%) assumiram grande peso no risco gestacional. A concordância entre os métodos foi moderada e ruim (Kappa 0,45 a 0,01; p-valor<0,05), com tendência à discordância (p-valor<0,001). O risco gestacional analisado por diferentes métodos de classificação de risco demonstrou pouca similaridade nos resultados, o que torna necessária a opção por uma classificação de risco gestacional clara e operacional para saúde gestacional.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Medição de Risco.

*Artigo apresentado conforme as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

Abstract

The aim of the study was to analyze gestational risk by different classification methods. Was made an cross-sectional population-based study of the Unified Health System. The sample was representative of puerperal women living in two administrative regions of Espírito Santo, hospitalized in the establishments of the public health network, at the time of delivery. Gestational risk classification was performed according to two methods: the Brazilian Ministry of Health (MSB), the Pan American Health Organization (PAHO), and the self-report of the puerperium (PA). The absolute and relative frequency and 95% confidence intervals were calculated. The verification of the level of agreement between the three methods of classification, through Kappa and Kappa tests adjusted for prevalence and verification of the tendency of disagreement through the McNemar test. The factors that most contributed to the classification of gestational risk in the MSB method were: unsafe marital status (without partner - 19.2%); Inadequate pre-gestational weight (17.7%); Use of tobacco and alcohol (17.7%); The inter-part interval <2 years (25.4%); And exposure to occupational risk (27.0%). In the PAHO method, oral health problems were more significant (42.2%). In both classifications, the history of abortion (18.5% - MS and 22.8% - PAHO%), previous uterine surgery (49.8% - MS and PAHO), inadequate and very inadequate weight gain (67, 1%), urinary tract infection (27.8%), anemia (29.5%) and gestational hypertension (10.2%) assumed great weight in gestational risk. The agreement between the methods was moderate and poor (Kappa 0.45 to 0.01; p-value <0.05), with a tendency to disagreement (p-value <0.001). The gestational risk analyzed by different methods of risk classification showed little similarity in the results, which makes it necessary to choose a clear and operative gestational risk classification for gestational health.

Keywords: High Risk Pregnancy; Prenatal Care; Risk Measurement

Introdução

O risco, como elemento central na tomada de decisão racional, diante do crescimento da incerteza na cultura moderna tardia, fez com que a sociedade contemporânea fosse definida como sociedade de risco. Identificá-lo e reduzi-lo tornou-se mote na saúde coletiva e no discurso da promoção da saúde¹, alicerçado também ao planejamento e às ações voltadas à saúde materno-infantil, considerando diversos fatores imbricados no período gravídico que podem desencadear problemas tanto para a mãe como para o feto. A gestação de alto risco pode ser definida como aquela que apresenta um maior risco definido ou desfavorável à saúde da mãe e do feto, incluindo distúrbios obstétricos, como complicação no trabalho de parto e parto, além de doenças clínicas maternas e alterações fetais².

Para controlar o risco gestacional é necessária uma assistência pré-natal que vise proporcionar a detecção precoce e um tratamento imediato das complicações identificadas. Para tanto, é imprescindível que a assistência disponha de um sistema de classificação de risco capaz de abarcar todos os fatores a que a gestante está exposta. O controle do risco é um componente importante do esforço progressivo na busca de proteção contra as ameaças à vida humana, um dos elementos centrais do processo civilizador¹. Portanto, a avaliação de risco ideal seria plausível em uma sociedade consolidada e segura de seus valores, na qual os processos para averiguação de fatos e de tomada de decisões políticas fossem plenamente adequados, entretanto não existe consenso no que diz respeito aos métodos adequados de avaliação de risco, tampouco a total aceitação dos resultados dos processos públicos³.

Apesar de todo o esforço em universalizar o cuidado pré-natal, ainda é possível observar disparidades bem reconhecidas na utilização dessa assistência e, em consequência, nos resultados na saúde materno-infantil. A mortalidade materna continua sendo um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento⁴, a despeito de todos os esforços globais dispensados. No Brasil, em 2011, o indicador de mortalidade materna alcançou 64,8 mortes por 100 mil nascidos vivos⁵. Para que ocorra a redução desse número de óbitos, torna-se necessária a garantia da detecção precoce da gravidez, o início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação, sobretudo o das gestantes de maior risco reprodutivo, e a utilização dos serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos, tais como o diagnóstico e o tratamento de afecções e a promoção de ações de saúde⁶.

Os obstáculos enfrentados pelos serviços de pré-natal, no que diz respeito à classificação de risco, acabam por acarretar sérios problemas para o binômio mãe/feto. A falta de acesso aos serviços de saúde dos distintos níveis de complexidade configura-se como uma problemática

que gera prejuízos, muitas vezes irreparáveis para a gravidez, além disso, o atraso ou o erro na classificação do risco avaliado podem retardar ou impedir o cuidado adequado⁷. Mulheres classificadas como “mães de risco”⁸ carecem de cuidados especializados, uma vez que a gestante nessa condição demanda uma assistência de maior complexidade, envolvendo os níveis de média e alta complexidade de atenção à saúde, que, por sua vez, possuem a capacidade de ofertar serviços de tecnologias duras e leveduras que respondam às suas necessidades em saúde⁷.

Desta forma, é de suma importância que os serviços de saúde maternos estejam preparados e munidos de instrumentos que agilizem e facilitem o processo de atendimento à gestante. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o risco gestacional por diferentes métodos de classificação e as concordâncias entre esses métodos.

Materiais e Métodos

Estudos transversais foram delineados e conduzidos para investigar vários aspectos relacionados ao pré-natal em duas regiões do estado do Espírito Santo (ES), na população da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES)⁹ e na da Microrregião de São Mateus (MRSM-ES)¹⁰.

Ambos os estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa realizada na RMGV-ES foi aprovada sob o protocolo nº 93/2009, enquanto a pesquisa desenvolvida na MRSM-ES foi aprovada sob o nº 258/2011. Ademais, foram obtidas autorizações formais em todas as maternidades envolvidas. Do mesmo modo, todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização das entrevistas e a coleta de dados nos seus respectivos prontuários e cartões de gestante.

A partir dos bancos de dados provenientes dos dois estudos, confeccionados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0, foi possível categorizar variáveis, a fim de realizar as Classificações de Risco Gestacional (CRG) segundo três métodos: Ministério da Saúde do Brasil (MSB)¹¹, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹², ambos modificados para fins deste estudo, e autorrelato da puérpera (AP). Em seguida, foram atribuídos escores para cada um dos métodos, respeitando o nível de alocação das variáveis na classificação original.

A CRG proposta pelo MSB é a versão revisada e atualizada¹¹(Tabela 1). Para esse estudo as variáveis foram categorizadas da seguinte forma: para **idade** agrupou-se a faixa etária

de menor ou igual a 14 anos com a de maior que 34 anos, e de 15 anos a 34 anos; **baixa escolaridade** foi baseada nos anos de estudos concluídos, tendo como ponto de corte menos de cinco anos de estudos completos; **situação conjugal insegura** consistiu da situação conjugal em que a gestante se encontrava, ou seja, sem parceiro; **conflitos familiares** foram determinados segundo a insatisfação do pai do bebê com a gestação da mãe; **dependência de drogas lícitas e ilícitas** referiu-se ao uso de drogas legalizadas e não legalizadas; **fumo e álcool** definidos como o uso do tabaco e/ou do álcool durante a gestação; **altura** categorizada como menor ou igual a 1,44 metros e maior que 1,44 metros; **peso pré-gestacional** referiu-se ao peso apresentado pela mulher antes de engravidar, agrupado em menor de 45kg e maior que 74kg, e em 45kg a 74 Kg; **ganho ponderal de peso** foi baseado nas recomendações do *Institute of Medicine*, classificando o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional em baixo peso $<18,5\text{kg/m}^2$, peso adequado de $18,5\text{kg/m}^2 - 24,9\text{kg/m}^2$, sobrepeso de $25,0\text{kg/m}^2 - 29,9\text{kg/m}^2$, e obesidade $\geq 30,0\text{kg/m}^2$, e de acordo com a situação nutricional inicial da gestante, foi recomendada uma faixa de ganho de peso ao final da gestação: baixo peso ganhar de 12,5kg – 18kg, adequado 11kg – 16kg, sobrepeso 7kg – 11,5kg, e obesidade 5kg – 9kg; **exposição a risco ocupacional** foi definida segundo a situação empregatícia da gestante, ou seja, se possui algum trabalho remunerado; **história de aborto habitual, de morte perinatal explicada e inexplicada** e de **recém-nascido com crescimento restrito ou malformado** foi derivada do autorrelato da puérpera acerca da presença dessas variáveis em gestações anteriores; **parto pré-termo anterior** foi determinado a partir do nascimento do bebê com menos de 37 semanas em gestações anteriores; **esterilidade e infertilidade** foi categorizada conforme o registro no cartão da gestante; **nuliparidade ou grande multiparidade** foram definidas como a ausência de partos ou mais de cinco partos anteriores, respectivamente; **intervalo interpartal** foi oriundo do tempo entre um parto e outro; **trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada** foi determinado pelo tempo de gestação da mulher, podendo ser menor que 37 semanas no caso de parto prematuro ou acima de 42 semanas para gravidez prolongada; **história de diabetes gestacional** foi baseada no relato das puérperas sobre a presença de diabetes gestacional em gravidez anterior; **cirurgia uterina** foi oriunda do relato da puérpera sobre cesáreas anteriores; **história de síndrome hemorrágica hipertensiva** foi definida como a presença de hemorragia ou crise hipertensiva na gravidez anterior; **hipertensão arterial** foi definida a partir da hipertensão arterial sistêmica detectada; **cardiopatia** referiu-se a doenças cardíacas durante a gestação; **pneumopatia** foi definida como doenças relacionadas ao pulmão incluindo asma brônquica; **nefropatia** referiu-se à insuficiência renal crônica e aos transplantados; **endocrinopatia** referiu-se à *Diabetes mellitus*, hipotireoidismo e hipertireoidismo; **hemopatia**

referiu-se às doenças do sangue como doença falciforme e talassemia; **epilepsia** foi definida como um grupo de doenças que têm em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris, categorizadas com base na sua presença ou ausência; **doenças infecciosas** foram definidas a partir da presença de hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (condiloma); **doenças autoimunes** foram definidas com suporte na presença de lúpus eritematoso sistêmico e/ou outras colagenoses; **ginecopatias** foram definidas com base na presença de malformação uterina, miomatose e/ou tumores anexiais; **neoplasias** foram definidas segundo a presença de algum tipo de câncer; **pré-eclâmpsia** e **eclâmpsia** foram definidas de acordo com a sua presença ou ausência; **diabetes gestacional** foi definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto; **hemorragia na gestação** foi definida pela presença de hemorragia durante a gestação atual; **infecção urinária** foi definida baseada na presença de infecção de urina; **anemia** foi definida pelo autorrelato da presença da anemia na gestação atual; **doenças psiquiátricas** foram definidas como a presença de psicoses e depressão; **hanseníase** foi definida como a presença da hanseníase na gestação atual; **tuberculose** foi definida como a presença da tuberculose na gestação atual; **hipertensão gestacional** foi definida com base na hipertensão arterial sistêmica detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

A **CRG** foi determinada com fundamento na soma dos escores de cada variável inserida na classificação de risco, tendo sido considerado baixo risco o escore menor ou igual a quatro, médio risco escore de cinco a nove e alto risco o escore maior ou igual a dez.

O método de CRG proposto pela OPAS¹¹ possui as variáveis com seus respectivos escores apresentadas na **tabela 2**. As variáveis foram categorizadas da seguinte forma: a **idade** agrupou a faixa etária de menor que 15 anos com a de maior que 35 anos, e de 15 anos a 35 anos; **alcoolismo, tabagismo e drogas** foram definidos como o uso do tabaco, álcool e drogas durante a gestação; **ganho de peso ponderal** foi baseado nas recomendações do *Institute of Medicine*, classificando o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional em baixo peso <18,5kg/m², peso adequado de 18,5 kg/m² - 24,9kg/m², sobrepeso de 25,0 kg/m² - 29,9kg/m², e obesidade ≥30,0 kg/m², e de acordo com a situação nutricional inicial da gestante, foi recomendada uma faixa de ganho de peso ao final da gestação: baixo peso ganhar de 12,5kg – 18kg, adequado 11kg – 16kg, sobrepeso 7kg – 11,5kg, e obesidade 5kg – 9kg; **drogas teratogênicas** foi definida como o uso de qualquer medicamento teratogênico; a ausência de

realização de **pré-natal** foi definida como a ausência de qualquer registro de consulta de pré-natal; o **trabalho de parto em curso** foi determinado embasado na quantidade de semanas gestacionais no qual o parto ocorreu, se precoce ou tardio; **problemas de saúde bucal** foram definidos segundo as variáveis de consulta por motivo de dor, consulta por extração dentária, tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes, tratamento de canal e tratamento de gengiva; **primigesta e grande multigesta** foram definidas pela ausência de gestações anteriores ou pelo registro de cinco ou mais gestações, respectivamente; **intervalo entre gestação** foi determinado conforme o tempo entre uma gestação e outra; **cesárea anterior** foi definida com base no relato da puérpera sobre cesáreas anteriores; a ocorrência de **bebês prematuros, de baixo peso, malformados e antecedentes abortos, morte fetal, neonatal precoce** foi derivada do autorrelato da puérpera acerca desses acontecimentos em gestações anteriores; a **infecção urinária** foi definida de acordo com sua presença ou ausência; **Diabetes mellitus** foi categorizada como sem diabetes, diabetes controlada e diabetes não controlada; **sangramento vaginal** foi definido como qualquer sangramento durante a gestação; **hipertensão arterial** foi definida como os valores absolutos de PA sistólica maior que 140 mmHg e/ou diastólica maior que 90mmHg; **palidez palmar intensa** foi considerada quando a taxa de hemoglobina foi menor que sete miligramas por decilitro; **corrimento** foi definido pelo relato da presença desse sintoma durante a gestação; a variável **VDRL+, HIV+, HEP B+ e C+, TOXO+, EGB+, CMV+** foi definida como a presença do exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) positivo e/ou presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou vírus da hepatite B e C (**HEP B, C**) e/ou toxoplasmose (TOXO) e/ou estreptococos do grupo B (EGB) e/ou citomegalovírus (CMV).

Ao final, a CRG foi determinada baseada na soma dos escores de cada variável inserida na classificação de risco, e foi considerado de baixo risco o escore zero, de alto risco o escore de um a nove e de risco iminente escore maior ou igual a dez.

Para possibilitar a comparação entre as classificações da MSB e da OPAS, considerou-se o médio risco como análogo do alto risco e o alto risco como análogo do risco iminente. Não foi necessário realizar analogias entre o baixo risco entre as duas classificações.

As variáveis que compuseram o sistema de pontuação e que não foram respondidas pelas gestantes ou não constavam no registro do cartão do pré-natal foram analisadas com a finalidade de decidir sobre exclusão da puérpera da análise na CRG final. Nesse caso, foram incluídas as puérperas em que a ausência de informação não alterava o risco gestacional da mulher, ou seja, tais variáveis não impactaram a CRG final.

Embora as CRG do MSB e da OPAS abordem variáveis relacionadas ao parto e ao intraparto, elas não foram utilizadas para fins deste estudo, que prevê apenas análise do risco gestacional anterior ao momento do parto.

A CRG autorrelatada foi definida a partir da resposta da puérpera à seguinte pergunta: *Durante o pré-natal algum profissional de saúde disse que sua gravidez era de baixo, médio ou alto risco?*

As análises estatísticas foram realizadas com fundamento na conjugação dos dados de 1035 puérperas oriundas da RMGV-ES e 742 puérperas da MRSM-ES. Foram realizadas estatísticas descritivas, com base nos cálculos de frequências absoluta e relativa e de intervalos de confiança de 95%. Em seguida, foram verificados os níveis de concordância entre dois métodos de CRG (MSB e OPAS) e Autorrelato pelos testes de Kappa e Kappa ajustado pela prevalência. Esses níveis de concordância foram avaliados de acordo com as categorias propostas por Landis e Koch¹², que consideram o nível de concordância quase perfeito, quando o índice varia de 0,80 a 1,00; concordância substancial, de 0,60 a 0,79; concordância moderada, de 0,41 a 0,59; concordância regular, de 0,21 a 0,40; e, concordância ruim, quando o índice é menor que 0,20. Também foram aplicados os testes de McNemar para verificar a tendência de discordância entre os três métodos de CRG. Essas análises foram realizadas no programa PEPI versão 4.0 (*Computer Programs for Epidemiologists*), considerando o nível de significância estatística menor que 5%.

Resultados

A amostra total foi composta por 1777 puérperas, com 80% (n=47) das variáveis atingindo mais de 90% de completude, exceto a variável “problemas de saúde bucal”, a qual obteve um percentual considerável de incompletude, cerca de 50% (n= 803).

Ao analisar a CRG proposta pelo MSB, percebe-se que as variáveis situação conjugal insegura, peso pré-gestacional inadequado, uso de fumo e álcool durante a gestação, exposição ao risco ocupacional, história de aborto, cirurgia uterina anterior e intervalo interpartal menor que um ano ou maior que cinco anos apresentaram percentuais entre 17% e 50% para as categorias que geram risco para a gestação (Tabela 1). Além disso, a variável “ganho de peso inadequado durante a gestação” apresentou um percentual expressivo (70%). Dentre as doenças gestacionais, as que se destacaram foram: infecção de urina (72%), anemia (71%) e hipertensão gestacional (90%).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis segundo o método de classificação de risco do Ministério da Saúde do Brasil na Região Metropolitana Grande Vitória/ES e São Mateus/ES, de 2010, 2012 e 2013.

Variáveis	Categorias	Escore	N=1777*	Total (%)	IC95%
Idade	15 a 34 anos	0	1625	91,4	90,1 – 92,7
	< 15 e > 34 anos	1	151	8,6	7,3 – 9,9
Baixa escolaridade	≥5 anos	0	1574	89,5	88,1 – 90,9
	<5anos	1	185	10,5	9,1 – 11,9
Situação conjugal insegura	Com companheiro	0	1429	80,4	78,6 – 82,2
	Sem companheiro	1	342	19,2	17,4 – 21,0
Conflitos familiares	Não	0	1604	91,1	89,8 – 92,4
	Sim	1	157	8,9	7,6 – 10,2
Dependência de drogas lícitas e ilícitas	Não	0	1706	98,3	97,7 – 98,9
	Sim	10	29	1,7	1,1 – 2,3
Fumo e/ou álcool	Não	0	1423	82,3	80,5 – 84,1
	Sim	2	307	17,7	15,9 – 19,5
Altura	≥ 1,45 metros	0	1370	98,7	98,1 – 99,3
	< 1,45 metros	1	18	1,3	0,7 – 1,9
Peso pré-gestacional	45 a 74 Kg	0	1403	82,3	80,5 – 84,1
	< 45 e > 74	1	302	17,7	15,9 – 19,5
Ganho de peso ponderal	Adequado	0	395	32,9	30,2 – 35,6
	Inadequado	2	684	57,0	54,2 – 59,8
	Muito inadequado	3	121	10,1	8,4 – 11,8
Exposição a risco ocupacional	Não	0	1296	73,0	70,9 – 75,1
	Sim	1	480	27,0	24,9 – 29,1
História de Aborto habitual	Não	0	1415	81,5	79,7 – 83,3
	Sim	5	322	18,5	16,7 – 20,3
História de Morte perinatal explicada e inexplicada	Não	0	1540	97,6	96,8 – 98,4
	Sim	5	38	2,4	1,6 – 3,2
História de Recém-nascido com crescimento restrito ou malformado	Não	0	1479	88,8	87,3 – 90,3
	Sim	5	187	11,2	9,7 – 12,7
Parto pré-termo anterior	Não	0	1510	90,6	89,2 – 92,0
	Sim	5	156	9,4	8,0 – 10,8
Esterilidade e infertilidade	Não	0	1758	98,9	98,4 – 99,4
	Sim	5	19	1,1	0,6 – 1,6
Nuliparidade ou grande multiparidade	1 a 4 partos	0	1634	94,0	92,9 – 95,1
	0 ou ≥ 4 partos	5	105	6,0	4,9 – 7,1
Intervalo interpartal	2 a 5 anos ou sem parto anterior	0	1326	74,6	72,6 – 76,6
	< 2 ano ou >5 anos	2	451	25,4	23,4 – 27,4
Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada	Não	0	1610	94,2	93,1 – 95,3
	Sim	10	99	5,8	4,7 – 6,9
História de Diabetes gestacional	Não	0	1761	100,0	100 – 100

Variáveis	Categorias	Escore	N=1777*	Total (%)	IC95%
	Sim	5	0	0	0,0 – 0,0
Cirurgia uterina	Não	0	873	50,2	47,9 – 52,5
	Sim	2	866	49,8	47,5 – 52,1
História de Síndrome hemorrágica hipertensiva	Não	0	1722	97,8	97,1 – 98,5
	Sim	5	39	2,2	1,5 – 2,9
Hipertensão arterial	Não	0	1702	97,2	96,4 – 98,0
	Sim	10	49	2,8	2,0 – 3,6
Cardiopatia	Não	0	1748	100,0	100 – 100
	Sim	10	0	0	0,0 – 0,0
Pneumopatia	Não	0	1732	99,1	98,7 – 99,5
	Sim	10	16	0,9	0,5 – 1,3
Nefropatia	Não	0	1747	99,9	99,8 – 100
	Sim	10	1	0,1	0,0 – 0,2
Endocrinopatia	Não	0	1713	98,9	98,4 – 99,4
	Sim	10	19	1,1	0,6 – 1,6
Hemopatia	Não	0	1743	99,7	99,4 – 100
	Sim	10	5	0,3	0,0 – 0,6
Epilepsia	Não	0	1745	99,8	99,6 – 100
	Sim	10	3	0,2	0,0 – 0,4
Doenças infecciosas	Não	0	1700	97,3	96,5 – 98,1
	Sim	10	48	2,7	1,9 – 3,5
Doenças autoimunes	Não	0	1748	100,0	100 – 100
	Sim	10	0	0	0,0 – 0,0
Ginecopatias	Não	0	1741	99,6	99,3 – 99,9
	Sim	10	7	0,4	0,1 – 0,7
Neoplasias	Não	0	1748	100,0	100 – 100
	Sim	10	0	0	0,0 – 0,0
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia	Não	0	1732	99,2	98,8 – 99,6
	Sim	10	14	0,8	0,4 – 1,2
Diabetes gestacional	Não	0	1363	97,6	96,8 – 98,4
	Sim	10	33	2,4	1,6 – 3,2
Hemorragia na gestação	Não	0	1744	99,8	99,6 – 100
	Sim	10	4	0,2	0,0 – 0,4
Infecção urinária	Não	0	1041	72,2	69,9 – 74,5
	Sim	5	401	27,8	25,5 – 30,1
Anemia	Não	0	1020	70,5	68,1 – 72,9
	Sim	5	426	29,5	27,1 – 31,9
Doenças psiquiátricas	Não	0	1747	99,9	99,8 – 100
	Sim	10	1	0,1	0,0 – 0,2
Hanseníase	Não	0	1748	100	100 – 100
	Sim	10	0	0	0,0 – 0,0
Tuberculose	Não	0	1748	100	100 – 100
	Sim	10	0	0	0,0 – 0,0
Hipertensão gestacional	Não	0	1323	89,8	88,3 – 91,3
	Sim	10	150	10,2	8,7 – 11,7

Variáveis	Categorias	Escore	N=1777*	Total (%)	IC95%
Classificação de risco gestacional	Baixo risco	≤4	156	13,2	11,3 – 15,1
	Médio risco	5 a 9	241	20,4	18,1 – 22,7
	Alto risco	≥10	786	66,4	63,7 – 69,1

* As variáveis não totalizam 1777 por ausência de informação em algumas categorias.

Na classificação proposta pela OPAS, é possível observar a abordagem de novas variáveis como “problemas de saúde bucal durante a gestação”, que contribuiu substancialmente para que a gestação fosse classificada de risco (61%), antecedentes de abortos e/ou morte fetal e/ou neonatal precoce (25%) e antecedentes de crianças prematuras e/ou de baixo peso e/ou malformadas (10%). Algumas variáveis com percentuais de 18% a 57% também se repetiram nessa classificação, como alcoolismo, tabagismo e drogas, ganho de peso ponderal, cesárea anterior e infecção de urina (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis segundo o método de classificação de risco da Organização Pan-Americana de Saúde na Região Metropolitana Grande Vitória/ES e São Mateus/ES, de 2010, 2012 e 2013.

Variáveis	Categorias	Escores	N (1.777)*	%(100%)	IC95%
Idade	15 a 35 anos	0	1649	92,8	91,6 – 94,0
	< 15 ou > 35 anos	1	127	7,2	6,0 – 8,4
Alcoolismo, Tabagismo e Drogas	Não	0	1415	82,0	80,2 – 83,8
	Sim	5	311	18,0	16,2 – 19,8
Ganho de peso ponderal	Adequado	0	395	32,9	30,2 – 35,6
	Inadequado	2	684	57,0	54,2 – 59,8
	Muito inadequado	3	121	10,1	8,4 – 11,8
Drogas teratogênicas	Não	0	1616	99,9	99,7 – 100,1
	Sim	5	1	0,1	-0,1 – 0,3
Sem pré-natal	Não	0	1736	97,9	97,2 – 98,6
	Sim	5	37	2,1	1,4 – 2,8
Trabalho de parto em curso	37 a 41 semanas	0	1592	93,2	92,0 – 94,4
	< 37 e > 41 semanas	10	117	6,8	5,6 – 8,0
Problemas de saúde bucal	Não	0	464	57,8	54,4 – 61,2
	Sim	5	339	42,2	38,8 – 45,6
Primigesta e grande multigesta	1 a 4 gestações	0	1619	91,1	89,8 – 92,4
	0 e ≥ 5 gestações	10	158	8,9	7,6 – 10,2
Intervalo entre gestação	≥ 2 anos ou sem parto anterior	0	1687	95,1	94,1 – 96,1
	< 2 anos	2	87	4,9	3,9 – 5,9
Cesárea anterior	Não	0	873	50,2	47,9 – 52,5
	Sim	2	866	49,8	47,5 – 52,1
Antecedentes prematuro, baixo peso, malformados	Não	0	1428	86,0	84,3 – 87,7
	Sim	5	233	14,0	12,3 – 15,7

Variáveis	Categorias	Escore	N (1.777)*	%(100%)	IC95%
Antecedentes abortos, morte fetal, neonatal precoce	Não	0	1240	77,2	75,1 – 79,3
	Sim	5	367	22,8	20,7 – 24,9
Infecção urinária	Não	0	1041	72,2	69,9 – 74,5
	Sim	10	401	27,8	25,5 – 30,1
Diabetes mellitus	Sem diabetes	0	1723	98,0	97,3 – 98,7
	Diabetes controlada	5	31	1,7	1,1 – 2,3
	Diabetes não controlada	10	5	0,3	0,0 – 0,6
Sangramento vaginal	Não	0	1774	99,9	99,8 – 100
	Sim	10	2	0,1	0,0 – 0,2
Hipertensão arterial	Não	0	1702	97,2	96,4 – 98,0
	Sim	10	49	2,8	2,0 – 3,6
Palidez palmar intensa	Hb \geq 7mg/dl	0	1356	99,4	99,0 – 99,8
	Hb $<$ 7 mg/dl	10	8	0,6	0,2 – 1,0
Corrimento	Não	0	1772	99,7	99,4 – 100
	Sim	2	5	0,3	0,0 – 0,6
<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> (VDRL) positivo, vírus da imunodeficiência humana (HIV) vírus da hepatite B e C, toxoplasmose, estreptococos do grupo B (EGB), citomegalovírus (CMV).	Não	0	1733	97,6	96,9 – 98,3
	Sim	5	43	2,4	1,7 – 3,1
Classificação de risco gestacional	Baixo risco	0	3	0,3	0,0 – 0,6
	Alto risco	1 a 9	280	25,1	22,6 – 27,6
	Risco Iminente	\geq 10	832	74,6	72,0 – 77,2

* As variáveis não totalizam 1777 por ausência de informação em algumas categorias.

Ao somar os escores de todas as categorias da CRG proposta pelo MSB, foi possível observar que mais de 65% das mulheres seriam classificadas como gestantes de alto risco (Tabela 1). Já na classificação proposta pela OPAS, quase 75% das mulheres apresentaram risco iminente (Tabela 2). E ao analisar o risco gestacional autorrelatado, 1463 (83,7%) puérperas descreveram terem sido classificadas com baixo risco, 88 (5%) médio risco e 196 (11,2%) alto risco.

Na tabela 3 é apresentado o risco gestacional das puérperas segundo as regiões geográficas do Estado, de acordo com cada classificação abordada. Houve diferença entre todas as classificações quando comparadas por região geográfica. Nas CRG do MSB e da OPAS a maior diferença foi nas categorias médio e alto risco, enquanto no risco autorrelatado a maior diferença foi no baixo e alto risco.

Tabela 3 - Distribuição do risco gestacional segundo os métodos de classificação de risco por região geográfica, de 2010, 2012 e 2013

Variáveis	Categorias	Regiões							
		RMGV-ES			MRSM-ES			Qui- quadrado	p-valor
		N	%	IC95%	N	%	IC95%		
CRG Ministério da Saúde	Risco habitual	68	12,1	9,4 - 14,8	88	14,2	11,5 - 16,9	15,22	<0,001
	Médio risco	91	16,1	13,1 - 19,1	150	24,2	20,8 - 27,6		
	Alto risco	405	71,8	68,1 - 75,5	381	61,6	57,8 - 65,4		
CRG OPAS	Baixo risco	2	0,4	-0,1 - 0,9	1	0,2	-0,2 - 0,6	16,12	<0,001
	Alto risco	111	19,9	16,6 - 23,2	169	30,3	26,5 - 34,1		
	Risco iminente	444	79,7	76,4 - 83,0	388	69,5	65,7 - 73,3		
CRG Autorrelatado	Baixo risco	808	80,2	77,7 - 82,7	655	88,5	86,2 - 90,8	14,79	0,001
	Médio risco	48	4,8	3,5 - 6,1	40	5,4	3,8 - 7,0		
	Alto risco	151	15,0	12,8 - 17,2	45	6,1	4,4 - 7,8		

A Tabela 4 apresenta a concordância entre os métodos de CRG, sendo considerada referência a classificação do MSB que em comparação ao método da OPAS apresentou uma concordância moderada, mas em comparação ao autorrelato da puérpera demonstrou uma concordância ruim.

Para análise da discordância, foi mantido o método do MSB, o qual em comparação ao autorrelato apresentou 880 (75,34%) pares discordantes, no entanto em comparação ao método da OPAS encontrou 229 (23,9%) pares. Ambas as comparações apresentaram tendência à discordância estatisticamente significativa ($p\text{-valor} < 0,05$). Contudo as discordâncias na CRG por autorrelato direcionaram-se para o maior nível de risco, e a CRG da OPAS direcionou-se para o menor nível de risco.

Ao comparar a CRG autorrelada e a CRG da OPAS, verificou-se um nível de concordância ruim. Além de apresentar o maior número de pares discordantes, 957 (87,3%), há uma tendência à discordância estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4 - Concordância entre a Classificação de risco do Ministério da Saúde do Brasil e os demais métodos de classificação de risco gestacional. Espírito Santo, Brasil. 2010, 2012 e 2013

		Ministério da Saúde (2012)			Total	Kappa	IC95%	P-valor Kappa	Kappa Ajustado	P-valor (McNemar)
		Baixo risco	Médio risco	Alto risco						
OPAS (2012)	Baixo risco	3	0	0	3	0,45	0,41 a 0,50	<0,001	0,64	<0,001
	Alto risco	106	100	43	249					
	Risco Iminente	4	76	625	705					
	Total	113	176	668	957					
Autorrelato	Baixo risco	147	223	573	943	0,05	0,03 a 0,07	0,500	-0,01	<0,001
	Médio risco	3	5	63	71					
	Alto risco	6	12	136	154					
	Total	156	240	772	1168					
		OPAS (2012)			Total	Kappa	IC95%	P-valor Kappa	Kappa ajustado	P-valor (McNemar)
		Baixo risco	Alto risco	Risco Iminente						
Autorrelato	Baixo risco	3	254	634	891	0,01	0,00 a 0,02	0,500	-0,31	<0,001
	Médio risco	0	9	52	61					
	Alto risco	0	17	127	144					
	Total	3	280	813	1096					

Discussão

Os fatores que mais contribuíram com a CRG nos níveis de risco no método do MSB foram: situação conjugal insegura; peso pré-gestacional inadequado; uso de fumo e álcool, cirurgia uterina anterior e exposição ao risco ocupacional, enquanto na CRG da OPAS os “problemas de saúde bucal durante a gestação” foram os mais presentes. Em ambos os métodos, a história de aborto, o intervalo interpartal, ganho de peso inadequado, infecção de urina, anemia e a hipertensão gestacional foram os fatores que mais colaboraram para a CRG. Ao comparar os métodos de CRG, a concordância entre eles foi regular e ruim, evidenciando que há pouca similaridade nas características utilizadas nos diferentes métodos. Essas condições que emergem na avaliação do risco gestacional, quando controladas ou eliminadas, podem contribuir para uma gestação sem muitas intervenções e com desfechos favoráveis.

Poucas mulheres relataram não ter companheiro. É um dado discreto, no entanto importante porque puérperas nessas condições podem apresentar maior vulnerabilidade social, conforme o estudo realizado por Viellas et al.⁶, o qual demonstrou que nessa condição a gestante apresentou menor acesso ao pré-natal e início mais tardio da assistência, além de estar diretamente associada às taxas mais altas de nascimentos prematuros¹⁴.

Uma pequena proporção de mulheres estava acima do peso antes de engravidar, porém mais de 70% das gestantes obtiveram ganho de peso inadequado no decorrer da gestação, o que sugere uma dificuldade das grávidas em alcançar o peso ideal durante a gestação e, em consequência, exposição a fatores de risco e complicações. Esses dados apontam para o processo de transição nutricional que ocorre na população brasileira, ou seja, o aumento na prevalência de sobrepeso e da obesidade. Estudo realizado por Van Der Linden et al.¹⁵ demonstrou um aumento do risco relativo de transtornos hipertensivos graves da gravidez para gestantes classificadas como sobrepeso e obesidade. Além disso, estudo desenvolvido por Santo et al.¹⁶ mostrou que a chance de pré-eclâmpsia em gestantes com o peso acima do normal ao iniciar o pré-natal é 17 vezes maior do que naquelas com IMC normal. E aquelas com ganho excessivo de peso ao longo da gestação tiveram cinco vezes mais chance de terem bebês com peso acima do esperado quando comparadas a mulheres que ganharam peso adequado. Dessa forma, é de suma importância que a CRG assuma um criterioso método que permita de forma clara o acompanhamento do ganho de peso durante a gestação.

Aproximadamente um terço das mulheres relatou exposição ao risco ocupacional, visto que afirmaram estar inseridas no mercado de trabalho. Possivelmente devido a necessidades financeiras, afastar-se do emprego acarretaria um risco maior do que a exposição por ele

ocasionada. Presume-se que a mulher inserida no mercado de trabalho pode estar à margem dos benefícios concedidos aos homens e, desta forma, ao chefiarem suas próprias famílias, submetem-se a condições de emprego por vezes sub-humanas. Essa condição, no período da gestação, pode interferir diretamente no desfecho da gravidez. O estudo caso-controlado realizado por Mahmoodi et al.¹⁷ mostrou que a chance de gestantes que trabalham terem bebês de baixo peso é cinco vezes maior do que a daquelas que são dona de casa. No entanto esse resultado deve ser visto com cuidado, uma vez que a inserção da mulher no mercado de trabalho só terá impacto na gestação quando for proveniente de situações insalubres.

No que se refere ao uso de álcool e fumo, uma grande parcela das puérperas alegaram ter feito uso durante a gestação (17,7%). Esse hábito de vida durante a gestação pode influenciar diretamente o desfecho da gravidez, pois gestantes expostas ao tabaco e ao álcool podem vivenciar uma gravidez cheia de intervenções e com desfechos desfavoráveis. Nesse sentido, postula-se que o empenho do sistema de saúde, quanto à cessação do uso do tabaco e do álcool na população, ainda é incipiente quando relacionado à gestação de forma a controlar e evitar maiores danos. Estudo realizado por Fifer et al.¹⁸ demonstrou que a exposição concomitante de álcool e tabaco no útero estavam associados à alteração do controle autonômico logo após o nascimento em crianças com risco muito elevado para Síndrome da Morte Súbita Infantil.

Em relação aos antecedentes obstétricos, quase metade das puérperas relataram abortos e/ou morte fetal e/ou neonatal precoce, e/ou crianças prematuras e/ou de baixo peso e/ou malformadas. Dentre esses fatores, destaca-se o aborto como uma condição que ainda gera muitas discussões, inclusive para a saúde pública, não só pelas questões que envolvem sua legalização, mas também pela indefinição de algumas causas que desencadeiam o aborto espontâneo. Sugere-se que a falha na identificação dessas causas pode gerar o mesmo risco da gravidez anterior ou acarretar um risco maior nas futuras gestações. Neste sentido, entende-se que a vinculação da mulher aos serviços de saúde, o acompanhamento do histórico e o vínculo profissional/gestante são preponderantes para proporcionar um ambiente favorável na discussão do aborto. Ademais, esses fatores obstétricos estão relacionados ao nascimento prematuros e de muito baixo peso, caracterizando um risco para a gestação atual¹⁹.

Quanto aos distúrbios componentes da CRG, a anemia, a hipertensão gestacional e a infecção de urina foram os mais frequentes neste estudo. Esses agravos, quando diagnosticados no início da gestação, podem ser tratados e/ou controlados, proporcionando o mínimo de risco gestacional¹¹. Contudo, é certo que ainda existem gestantes as quais não realizam os exames que identificam essas condições. Estudo verificou que grávidas com anemia têm risco relativo até 75% maior de parto prematuro e de baixo peso ao nascer²⁰. Outro estudo mostrou que, quando

acometidas por hipertensão, estão propensas a desenvolverem complicações como o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal²¹. Ainda, a infecção urinária é a segunda patologia médica mais incidente da gravidez e, dentre suas complicações, destaca-se o trabalho de parto prematuro²².

No tocante à história de cesárea anterior, metade das mulheres relataram já terem tido um ou mais partos cesarianos, condição que pode influenciar diretamente a via de parto da gestação atual. É um dado que reflete a medicalização do parto nos serviços de saúde e a subjetividade da decisão do profissional de saúde e da gestante que por vezes julgam o parto cesáreo como o mais seguro, mesmo sem indicação para tal. Estudo realizado por Domingues et.²³ mostrou que aproximadamente 66% das gestantes preferiram o nascimento normal no início da gestação, 27,6% relataram preferência por cesariana e 6,1% não apresentaram uma preferência bem definida. Já no final da gravidez, um terço das mulheres já havia decidido pela cesariana, e um quarto ainda não havia definido o modo de nascimento. A taxa de cesárea recomendada pela OMS está entre 10% e 15%, revelando não haver benefícios em taxas >15. Porém, o Brasil, alcança valores alarmantes — 52% desta via de parto —, e nenhum dos estados brasileiros atingiu a taxa recomendada²⁴. Estudo mostrou que a exposição ao risco para rotura uterina foi três vezes maior quando o parto cesáreo esteve associado a um intervalo interpartal menor que um ano²⁵. Vale ressaltar que a grande exposição das mulheres à cesárea pode estar superestimando o risco gestacional durante o processo de classificação.

Neste estudo, aproximadamente 54,8% das puérperas relataram não ter conhecimento acerca de algum problema de saúde bucal, o que sinalizou a inexistência de histórico de atendimento odontológico durante a gestação. Esse resultado se aproxima do estudo realizado por Garbin et al.²⁶, no qual 60% das entrevistadas relataram não ter sido assistidas por um o cirurgião-dentista durante a gravidez. O cuidado com a saúde bucal durante a gestação sempre foi um grande desafio na saúde pública, já que fatores como as crenças populares e o medo fazem com que a gestante tenha resistência ao tratamento dentário. Assim sendo, o trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde bucal, proporcionado pelas mudanças do SUS e pelo uso sistemático de evidências em relação à técnica e aos materiais odontológicos, poderá vir a promover conscientização sobre educação em saúde bucal, qualificação no cuidado e empoderamento por parte de profissionais de saúde e das famílias²⁷. Existem estudos que associam doenças periodontal com prematuridade, mas é muito subjetivo considerar problemas de saúde bucais que vão desde uma possível cárie até doença periodontal ou endodontia com desfechos desfavoráveis da gestação.

A proposta de analisar dois métodos de CRG revela-se como de grande relevância para assistência obstétrica, dada à necessidade de instrumentalizar os serviços de assistência pré-natal. Mostra-se como essencial para estabelecer possibilidades avaliativas do serviço de acompanhamento da gestante, porque, segundo orientação do MSB¹¹, o planejamento dos cuidados dispensados à gestante está baseado na sua alocação no grupo de risco, podendo ser direcionado a condutas completamente diferentes de acordo com o nível de risco gestacional determinado.

Este estudo mostra a existência de uma concordância moderada entre as classificações de risco do MSB e da OPAS. Porém, quando foi analisada com a informação recebida pela gestante sobre a classificação realizada pelo profissional de saúde, a concordância encontrada foi considerada muito ruim. Além disso, foram evidenciadas as especificidades de cada método de CRG, demonstrado pela disparidade na prevalência da categoria do risco gestacional apresentado para uma mesma gestante. Desta forma, a escolha do método a ser utilizado nos serviços de saúde materna determinará o planejamento dos cuidados dispensados à gestante.

Estudo realizado por Halpern et al.²⁸ demonstrou que, ao avaliar o serviço de pré-natal utilizando-se os critérios de risco gestacional, os resultados evidenciaram diferenças marcantes quanto à utilização dos serviços, com 25% das mulheres com alto risco gestacional recebendo uma atenção considerada inadequada, enquanto essa proporção era menor que 10% no grupo de baixo risco, caracterizando uma inversão de cuidados durante o pré-natal.

Na CRG do MSB a distribuição das prevalências entre o risco habitual e o médio risco ocorreu de forma equivalente, não havendo um distanciamento entre eles. Em contrapartida, na CRG da OPAS, essa distribuição não se apresentou da mesma forma, uma vez que houve 25 pontos percentuais de diferença entre uma variável e outra. Ainda, observou-se que a CRG da OPAS foi a que mais classificou as gestantes no nível de risco mais elevado, aproximadamente, 80%. Isso pode ser explicado pelo fato de a CRG proposta pela OPAS atribuir ao baixo risco o escore zero, pressupondo que a gestante só deverá ser classificada nessa categoria quando não apresentar nenhuma variável definida como geradora de risco. Vale ressaltar que eximir a gestante de qualquer risco é praticamente impossível, assim, ao atribuir esse escore, a CRG ignora qualquer exposição a fatores de risco de baixa intensidade, que não teria força suficiente para categorizá-la como alto risco, mas com força para interferir no decorrer de gestação. É necessário observarmos esse resultado com cuidado, dado que o estudo nasceu no Brasil traz em seus resultados 56% das gestantes consideradas como risco habitual. O resultado apresentado pode estar sendo impactado pela perda (33%) das mulheres por falta de informações.

É importante ressaltar que o conjunto de variáveis componentes da CRG do MSB difere da CRG da OPAS. Em um universo de 60 variáveis, apenas nove são iguais nos dois métodos. A dimensão das CRG foi outro aspecto relevante; enquanto a CRG do MSB apresenta em seu escopo variáveis biomédicas e também sociodemográficas, a CRG da OPAS se restringe a avaliar os fatores clínicos. Essas características acabam por influenciar o tipo de assistência dispensada pelo serviço de saúde. Ao prevalecerem somente variáveis clínicas, reflete-se a opção por uma assistência mais curativista, focada na doença e suas complicações. Em contrapartida, a inclusão de variáveis ditas como sinalizadoras das desigualdades sociais em saúde propõe a amplitude da assistência à saúde, depositando seu foco nos fatores contextuais e individuais relacionados ao meio social no qual a mulher está inserida, além das doenças e agravos, os quais, em se tratando do risco gestacional, têm sua importância.

Na prática, a subjetividade imprimida por essas CRG permite ao profissional de saúde a possibilidade de definir o risco gestacional de acordo com seus preceitos. Isso ficou evidenciado no autorrelato das puérperas, quando aproximadamente 90% das gestantes foram classificadas como risco habitual pelos profissionais de saúde que atuaram no pré-natal, mais do que o dobro do observado segundo as CRG do MSB e da OPAS. Isso é fortalecido quando analisada a discordância entre os métodos de CRG, pois os pares discordantes entre a CRG realizada pelo profissional de saúde e a CRG do MSB e da OPAS atingiram índice aproximado de 90%, além de uma tendência à discordância estatisticamente significativa. Enquanto o autorrelato mostrou a maior parte das gestantes no menor grau de risco, as CRG do MSB e da OPAS alocaram a maior parte dessas mesmas gestantes no maior grau de risco. Esse achado pode ser resultado da organização dos serviços de saúde nos quais o profissional de saúde está inserido. Os médicos e enfermeiros, em sua maioria, não possuem parâmetros nem ferramentas materiais necessárias para controlar a tomada de decisões, o que os leva a serem guiados por seus próprios valores sobre a maneira como a gravidez deve ser vivenciada²⁸. Nesse sentido, tais profissionais deveriam ser guiados por critérios mais objetivos para CRG do que os existentes nos protocolos atuais.

A avaliação de risco gestacional com base nas variáveis apresentadas pela CRG parece problemática para os próprios profissionais de saúde que fazem a triagem. Embora listem os fatores de risco associados a uma gravidez, os protocolos não se referem aos valores necessários para que a gestação seja considerada de alto risco. De igual forma, há poucas indicações para saber se cada um desses fatores tem a mesma ponderação para a classificação dos casos. Assim sendo, detectar cada um desses fatores de risco no decorrer de consultas ginecológicas que geralmente são curtas e desprovidas de material e tecnologia para sua avaliação — além da

dificuldade diante dos métodos utilizados na classificação do “alto risco”, seja pela soma desses fatores, seja por determinadas combinações — ocasiona uma lacuna nas próprias definições institucionais e nas dificuldades da avaliação na prática⁸. Vale ressaltar que a CRG traz em si uma dose de subjetividade que deve ser considerada.

Conclusão

O risco gestacional analisado por diferentes métodos de CRGs demonstrou pouca similaridade nos resultados, e a concordância entre eles variou entre regular e ruim, sempre apresentando tendência à discordância. Além disso, CRG utilizada pela OPAS foca-se nos aspectos clínicos e fisiológicos, enquanto o MSB agrega a esses aspectos algumas variáveis sociodemográficas.

Vale ressaltar que as CRG disponibilizadas na literatura científica e utilizadas na prática dos serviços de saúde materna ainda encontram dificuldades para retratar com coerência o risco gestacional exposto pela gestante, deixando a critério da subjetividade profissional a responsabilidade dessa definição. É necessário ofertar uma CRG clara e utilizável, além de estreitar a distância entre a teoria e a prática desse método, no intuito de favorecer melhor planejamento e a adequação do cuidado pré-natal às necessidades da gestante, evitando mortes maternas e infantis.

Agradecimento

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

Referências

1. Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):447-55.
2. Costa MC, Mota EL, Paim JS, da Silva LM, Teixeira MG, Mendes CM. Infant mortality in Brazil during recent periods of economic crisis. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):699-706.
3. Douglas M, Wildavsky A. Risco e cultura: um ensaio sobre a seleção de Risco tecnológicos e ambientais. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

4. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública*. 2011; 27:623-38.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde [internet]. [acessado em 2017 abr 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
6. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Theme Filha MM, da Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S85-100.
7. Corrêa ACP, Dói HY. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2014;13:104-10.
8. Robles AF. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. *Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife*. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2015; 25(1):139-69.
9. Santos-Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. 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.
10. Martinelli KG, Santos-Neto ET, Gama SGN, Oliveira, AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(2):56-64.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. Organização Pan-Americana de Saúde. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33:159-74.
14. Evans MA, Rosen LN. Demographic and psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant population. *Mil Med*. 2000;165:49-53.
15. Van Der Linden EL, Browne JL, Vissers KM, Antwi E, Agyepong IA, Grobbee DE, et al. Maternal body mass index and adverse pregnancy outcomes: A Ghanaian cohort study: Maternal BMI and Adverse Pregnancy Outcomes. *Obesity*. 2016;24(1):215–22.
16. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(3):102-6.

17. Mahmoodi Z, Karimlou M, Sajjadi H, Dejman M, Vameghi M, Dolatian M, et al. Association of Maternal Working Condition with Low Birth Weight: The Social Determinants of Health Approach. *Ann Med Health Sci Res.* 2015;5(6): 385-91.
18. Fifer WP, Fingers ST, Youngman M, Gomez-Gribben E, Myers MM. Effects of alcohol and smoking during pregnancy on infant autonomic control. *Dev Psychobiol.* 2009;51(3):234-42.
19. Araújo BF, Tanaka ACA. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(12): 2869-77.
20. Allen L. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr.* 2000;71(suppl 5):S1280-4.
21. Bezerra EHM, Alencar Junior CA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade escola. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:548-53.
22. Mata KS, Santos AAP, Silva JMO, Holanda JBL, Silva FCL. Complicações causadas pela infecção de trato urinário na gestação. *Espac saúde.* 2014;15(4):57-63.
23. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica.* 2014;30(suppl 1):S101-16.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 28 mar. 2016.
25. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2001;97:175-7.
26. Garbin CAS, Sumida DH, Santos RR, Chehoud KA, Moimaz SAS. Saúde Coletiva: promoção de saúde oral durante a gestação. *Rev Odontol Unesp.* 2011; 40(4):161-5.
27. Prestes ACG, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. *Rev Facul Odontol.* 2013;18(1):112-9.
28. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública.* 1998;14:487-92.

7.2 ARTIGO 2

Risco Gestacional e Desigualdades Sociais: Uma Relação Possível?*

Gestational Risk and Social Inequalities: A Possible Relationship?

Resumo: O objetivo do estudo é analisar a associação entre as desigualdades sociais e o risco gestacional. Trata-se de um estudo transversal, constituído com base em duas regiões administrativas do estado do Espírito Santo. A amostra foi composta por 1777 mulheres que realizaram o pré-natal nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES) e Microrregião de São Mateus e foram internadas nos estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto, entre 2010 e 2012/2013. Realizou-se Regressão Logística Multivariada para testar a associação entre variáveis sociais e risco gestacional baseando-se em recomendações do Ministério da Saúde do Brasil. As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 20% no teste Qui-quadrado foram utilizadas para o modelo final, permanecendo aquelas com significância menor que 5%. Encontrou-se associação entre alto risco gestacional e o local de moradia da mulher na RMGV-ES (OR=1,74; IC 95%, 1,32-2,28), a chefia da mulher na família (OR=3,03; IC 95%, 1,64-5,61), a escolaridade da chefia familiar menor que cinco anos (OR=1,58; IC 95%, 1,14-2,20) e o recebimento do benefício social “Bolsa Família” (OR=1,46; IC 95%, 1,04-2,03). Apesar de algumas variáveis sociais comporem a classificação do risco gestacional, outros fatores sociais revelaram-se como produtores do risco gestacional.

Palavras-chave: Desigualdades em Saúde; Gravidez de Alto Risco; Gravidez.

*Artigo apresentado conforme as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Abstract: The objective of this study is to analyze the association between social inequalities and management risk. It is a cross-sectional study, based on two administrative regions of the Espírito Santo state. The sample consisted of 1,777 women who underwent prenatal care in the municipalities of the Greater Vitória Metropolitan Region (RMGV) and São Mateus Microregion (MRSM), and were admitted to the public health establishments at the time of delivery between 2010 and 2012/2013. Multivariate Logistic Regression was performed to test the association between social variables and gestational risk based on recommendations from the Ministry of Health. The variables that presented significance level <0.20 in the Chi-square test were for the final model, and only those variables with p-value <0.05 remained. There was a association between high management risk and the place of residence of the woman in the RMGV (OR=1.74; CI95%, 1.32-2.28), woman as head of household (OR=3.03; CI95%, 1.64-5.61), schooling of the head of household less than five years (OR=1.58; CI95%, 1.14-2.20) and the receipt of the social benefit “Bolsa Família” (OR=1.46; CI95%, 1.04-2.03). Although some social variables make up the classification of management risk, other social factors have been shown to be producers of maternal risk.

Keywords: Inequalities in Health; High Risk Pregnancy; Pregnancy.

Introdução

As desigualdades sociais em saúde referem-se a situações que envolvem algum grau de injustiça, ou seja, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de serem e se manterem saudáveis¹ e são evitáveis por serem passíveis de intervenção. Essas desigualdades surgem por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com as doenças².

As circunstâncias em que as pessoas vivem e morrem são moldadas por forças de ordem política, social e econômica e são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços; portanto, essas condições favorecem a exposição das pessoas a diferentes riscos e vulnerabilidades³. Dentro de países ou entre eles, a desigualdade se constrói como o resultado de um sistema complexo operando em nível global, nacional e local, que molda o modo como a sociedade organiza as suas atividades e define as diferentes formas de posição social e hierarquia⁴.

Esse processo de construção social produz impactos sobre a saúde e a doença dos indivíduos, representando um conjunto de determinações e mediações cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência das doenças ou outros agravos à saúde⁵. No Brasil, as desigualdades sociais contribuem para a manutenção do perfil epidemiológico das doenças negligenciadas. O País possui o maior número de casos e a maior carga de doença relacionada a essas doenças na região latino-americana e caribenha⁴. Além disso, estudos científicos evidenciaram que as desigualdades sociais estão associadas com altas taxas de mortalidade infantil⁶ e com a inadequação do pré-natal em gestantes de raça/cor preta, adolescentes e sem companheiro⁷. Isso evidencia que as desigualdades sociais repercutem não apenas para algumas doenças, como as negligenciadas, mas também se tornam reais para grupos os quais

compartilham características específicas nos serviços de saúde pública, como a assistência pré-natal.

A melhoria das condições de saúde reprodutiva para evitar mortes, visto que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres com dificuldades para acesso aos serviços de saúde, é um grande desafio. Nesse contexto, os serviços de assistência pré-natal assumem um papel de extrema relevância na redução de riscos, prevenção de doenças e promoção da saúde da mulher e da criança⁸, já que no Brasil a taxa de cobertura da assistência pré-natal é quase total⁹.

Assim sendo, a assistência pré-natal tem como principal mote identificar esses possíveis riscos e oferecer o cuidado adequado com o manejo dos riscos¹⁰. Isso transforma o momento da assistência pré-natal numa excelente oportunidade de prevenção de mortes maternas e infantis ou a redução dos riscos de sua ocorrência. Mensurar esses riscos representa, além de um grande desafio, uma forma de avaliar a probabilidade de acontecer algo negativo. Portanto, estabelecer critérios para identificação do risco gestacional é fundamental para reorientar condutas durante a assistência pré-natal¹¹.

Com base nessas considerações, entende-se que a magnitude do risco gestacional não deve considerar apenas critérios clínicos das gestantes no pré-natal, mas deve também reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos os quais estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais, condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana¹. Assim, o objetivo desse estudo é analisar a associação entre as desigualdades sociais e o risco gestacional.

Materiais e Métodos

Este artigo envolve dois estudos transversais com representação da população de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que investigaram aspectos relacionados ao pré-

natal, na população da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES)¹² e da Microrregião de São Mateus (MRSM-ES)¹³, ambas no estado do Espírito Santo, Brasil.

Os estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa realizada na RMGV-ES foi aprovada sob o protocolo nº 93/2009, enquanto a pesquisa desenvolvida na MRSM-ES foi aprovada sob o nº 258/2011. Além disso, foram obtidas autorizações formais em todas as maternidades envolvidas. Do mesmo modo, todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas e a coleta de dados nos seus respectivos prontuários e cartões de gestante.

A variável dependente desta análise é o risco gestacional, categorizado conforme a adaptação da classificação de risco gestacional (CRG) proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB), derivada da versão revisada e atualizada¹⁴. O escore atribuído a cada variável foi construído considerando a CRG pré-existente e os estudos das classificações propostas por Barros et al¹⁵ e pelo manual Merck¹⁶.

Neste sentido, a variável desfecho originou-se da soma das características consideradas de risco, obtidas pelo cartão da gestante e pela entrevista, como descrito na **Tabela 1**. As variáveis a seguir são caracterizadas assim: **ganho ponderal de peso inadequado** é uma adaptação das recomendações do *Institute of Medicine*, que considera o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional mais o ganho de peso até o fim da gestação, sendo inadequado as mulheres com baixo peso ganharem mais de 18kg; com peso adequado menos de 11kg e mais de 16kg; com sobrepeso menos de 7kg e mais de 11,5kg; e com obesidade menos de 5kg; o **ganho ponderal de peso muito inadequado** é a adaptação das recomendações do *Institute of Medicine*, que considera o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional mais o ganho de peso até o fim da gestação, sendo muito inadequado as mulheres com baixo peso ganhar menos de 12,5kg; e com obesidade mais de 9kg. A **hipertensão arterial**

caracteriza-se por valores absolutos de Pressão Arterial (PA) sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de >90mmHg na gestação atual e **hipertensão gestacional** é definida com base no diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

Quadro 1. Escore das variáveis que compõem o risco gestacional.

Score 1	
• Idade ≤14 anos e >34 anos	• Peso pré-gestacional <45 Kg e > 74 Kg
• Escolaridade < 5 anos completos	• Altura ≤ 1,44 metros
• Exposição ao risco ocupacional (não possuir trabalho remunerado.)	• Pai insatisfeito com a gestação (conflitos familiares)
• Não possuir parceiro.	
Score 2	
• Uso de tabaco e/ou álcool durante a gestação	• Ganho ponderal de peso inadequado
• Cirurgia uterina anterior	• Intervalo interpartal <1 ano ou > 5 anos
Score 3	
• Ganho ponderal de peso muito inadequado	
Score 5	
• Histórico de aborto habitual, de morte perinatal explicada e inexplicada	• Histórico de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
• Anemia	• História de diabetes gestacional
• Parto pré-termo anterior	• Infecção de urina (> 100.000 colônias/ml)
• História de síndrome hemorrágica hipertensiva	• Nuliparidade ou grande multiparidade (mais de cinco partos)
• Esterilidade e infertilidade	
Score 10	
• Dependência de drogas lícitas e ilícitas	• Hipertensão gestacional
• Infecção por hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (condiloma)	• Trabalho de parto com idade gestacional <37semanas (parto prematuro) ou >42 semanas (gravidez prolongada)
• Pneumopatia (incluindo asma brônquica)	• Ginecopatias (presença de malformação uterina, miomatose, tumores anexiais)

• Cardiopatia	• Neoplasias
• Nefropatia	• Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
• Endocrinopatia (Diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo)	• Diabetes gestacional (glicemia de jejum > 110mg/dl)
• Hipertensão arterial	• Hemorragia na gestação
• Hemopatia (doenças do sangue como doença falciforme e talassemia)	• Doenças psiquiátricas (psicose ou depressão)
• Epilepsia	• Hanseníase na gestação
• Doenças autoimunes (presença de lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses)	• Tuberculose na gestação

Após a análise de todas essas características, a mulher foi considerada de “baixo risco” quando sua soma resultou em até quatro pontos; quem somou de cinco a nove, “médio risco”, e quem somou dez ou mais pontos, “alto risco”. Mas, para possibilitar a aproximação do presente estudo à realidade da organização dos serviços de pré-natal — que possuem apenas duas referências de atendimento no Sistema Único de Saúde, uma para baixo e médio risco e outra para alto risco —, optou-se por agrupar as categorias baixo e médio risco, transformando-as em uma única categoria, e mantendo-se o alto risco sem alteração.

Como variáveis independentes foram utilizados fatores demográficos, socioeconômicos relacionados aos serviços de saúde. As variáveis demográficas utilizadas neste estudo foram: **região de moradia** (RMGV-ES e MRS-ES); **zona de moradia** (urbana ou rural); e **Índice de Desenvolvimento Humano – IDH** (0,500-0,799; >0,799). As variáveis socioeconômicas foram: **situação de moradia** (própria ou outro tipo); **morador/cômodo** (adequado quando a razão de moradores por cômodo do domicílio, excluindo-se banheiros e cozinha, foi menor ou igual a dois ou inadequado quando a razão de moradores por cômodo do domicílio, excluindo-se banheiros e cozinha, foi maior do que dois); **raça/cor** (branca, preta ou parda); **chefe da família** (própria puérpera ou outra pessoa); **escolaridade do chefe da família** (menor que cinco anos completos de estudo ou maior ou igual a cinco anos completos); **classificação econômica**

da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (A/B, C, D/E); recebimento de **benefício social** (definido como o recebimento ou não do Bolsa Família); **esgoto a céu aberto** (presente ou ausente); **descarte do lixo** (recolhido por gari ou outros tipos). Já as variáveis relacionadas aos serviços de saúde foram: **cobertura do serviço pré-natal** (Estratégia Saúde da Família (ESF); Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS); Unidade Básica de Saúde (UBS)); **cobertura de saúde bucal** (ESF com saúde bucal, UBS com saúde bucal); e **acesso ao pré-natal** (considerado adequado quando a consulta pré-natal iniciou-se até o quarto mês gestacional, e a mulher realizou pelo menos seis consultas de pré-natal; e inadequado quando não cumpriu essas premissas).

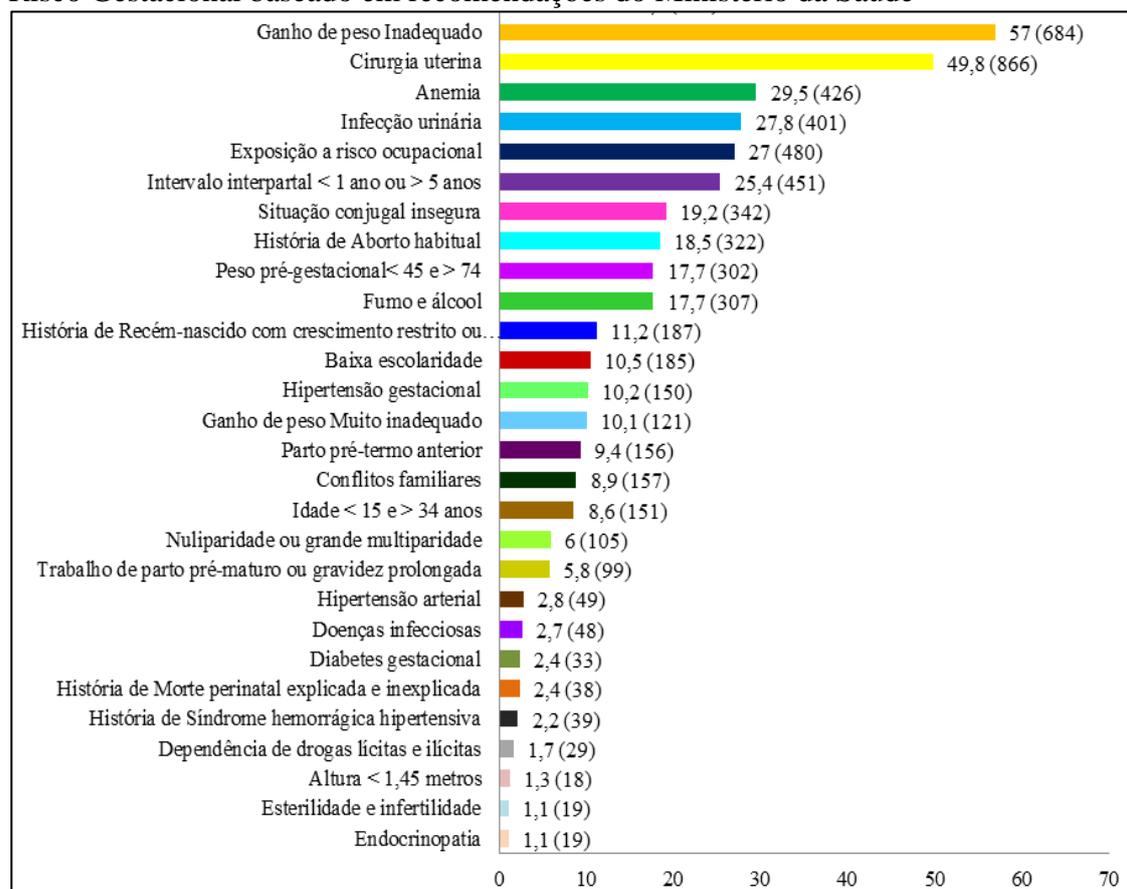
Para as análises estatísticas foram utilizados o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e o programa estatístico R, versão Rx64 3.3.2. Inicialmente realizou-se a estatística descritiva das variáveis segundo o cálculo de frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança de 95%. Em seguida, realizou-se a análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado de associação de Yates para verificar uma possível associação entre as variáveis independentes e o risco gestacional. Foram utilizadas para a construção do modelo final aquelas com nível de significância $<0,20$ (para controlar possíveis fatores de confusão), porém permaneceram no modelo final da Regressão Logística Multivariada apenas as variáveis independentes com nível de significância menor que 5%, com intervalo de confiança de 95%. Calculou-se o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho por meio da razão de chance (OR). Além disso, foram realizados testes de interação para as variáveis “escolaridade do chefe da família” com “chefe da família” e “IDH” com “região geográfica”. Não atingiram nível de significância de 5%.

Resultados

As variáveis que mais contribuíram para o risco gestacional e que compõem os fatores sociais foram: uso de fumo e álcool durante a gestação (17,7%), a situação conjugal insegura (19,2%), a exposição ao risco ocupacional (27%) e o ganho de peso inadequado e muito inadequado durante a gestação que totalizou um percentual significativo (67,1%). Já as que mais contribuíram no grupo dos antecedentes obstétricos foram: a história de aborto habitual (18,5%), a cirurgia uterina anterior (49,8%) e o intervalo interpartal menor que um ano ou maior que cinco anos (25,4%) (Gráfico 1). Em relação às doenças gestacionais, as que se destacaram foram: infecção urinária (27,8%), anemia (29,5%) e hipertensão gestacional (10,2%). Em relação aos aspectos nutricionais, destacou-se o peso pré-gestacional inadequado (17,7%).

As variáveis que contribuíram com menos de 1% com as categorias geradoras de risco foram: história de diabetes gestacional; cardiopatia; pneumopatia; nefropatia, hemopatia, epilepsia, doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragia na gestação, doenças psiquiátricas, hanseníase e tuberculose. Quanto ao risco gestacional, 66,4% (786) foram classificadas como alto risco, 20,4% (241) médio risco e 13,2 (156) risco habitual.

Gráfico 1. Distribuição dos fatores que compõem o Risco Gestacional e Classificação do Risco Gestacional baseado em recomendações do Ministério da Saúde



Na análise bivariada, os fatores com significância abaixo de 0,20 e maior que 0,05 foram: a situação de moradia ($p=0,200$); raça/cor ($p=0,114$); o descarte de lixo ($p=0,107$); e o esgoto a céu aberto ($p=0,158$). Os que apresentaram significância menor que 5% foram: o chefe de família ($p=0,001$); a escolaridade do chefe da família ($p=0,014$); o IDH ($p=0,001$); o benefício social ($p=0,020$); acesso ao pré-natal ($p=0,008$) e a região de moradia ($p=0,000$) (Tabela 1).

Tabela 1. Risco Gestacional segundo fatores sociais em puérperas da RMGV-ES(2010) e MRSM-ES (2012/2013)

Variáveis		RISCO				Total	χ^2	p-valor
		Baixo/médio		Alto				
		n	%	n	%			
Zona de moradia	Urbana	328	82,8	645	82,7	973	0,003	0,954
	Rural	68	17,2	135	17,3			
Situação de moradia	Própria	243	61,2	450	57,3	693	1,640	0,200
	Outro tipo	154	38,8	335	42,7			
Morador/ cômodo	Adequado	387	97,5	755	96,1	1142	1,601	0,206
	Inadequado	10	2,5	31	3,9			
Raça/cor	Branca	61	15,7	100	13,3	161	4,339	0,114
	Preta	47	12,1	123	16,4			
	Parda	281	72,2	527	70,3			
Chefe da família	Puérpera	25	6,3	100	12,8	125	11,749	0,001
	Outro	372	93,7	681	87,2			
Escolaridade chefe da família	<5 anos	67	19,0	169	25,8	236	6,014	0,014
	≥5 anos	286	81,0	485	74,2			
Classe Econômica	A/B	11	3,0	21	3,0	32	0,474	0,789
	C	45	12,3	76	10,9			
	D/E	311	84,7	603	86,1			
IDH	0,500 – 0,799	342	86,1	612	77,9	954	11,594	0,001
	>0,799	55	13,9	174	22,1			
Cobertura Serviço de Saúde	ESF	226	57,1	443	56,6	639	0,054	0,973
	PACS	50	12,6	97	12,4			
	UBS	120	30,3	181	30,9			
Cobertura Saúde Bucal	ESB	230	58,1	484	61,9	714	1,600	0,206
	UBSB	166	41,9	298	38,1			
Benefício Social direto	Não	321	80,9	585	74,8	906	5,413	0,020
	Sim	76	19,1	197	25,2			
Esgoto a céu aberto	Não	352	89,3	676	86,4	1028	1,996	0,158
	Sim	42	10,7	106	13,6			
Descarte Lixo	Recolhido gari	367	92,7	704	89,8	1071	4,717	0,107
	Outros	29	7,3	80	10,2			
Acesso Pré-natal	Adequado	255	64,4	434	56,3	689	7,104	0,008
	Inadequado	141	35,6	337	43,7	478		
Região de moradia	RMGV-ES	159	40,1	405	51,5	564	13,926	0,000

Ao utilizar o baixo risco gestacional (BRG) como referência e analisar os fatores associados ao alto risco gestacional (ARG), encontramos 74% maior chance de classificação para ARG nas gestantes que moram na RMGV-ES quando comparadas às residentes na MRSM-ES; duas vezes maior para gestantes que são chefes da família quando comparadas com aquelas nas quais outra pessoa era o chefe, e 58% maior para aquelas cujo chefe da família tem menos de cinco anos de estudo, quando comparados àqueles com cinco ou mais anos. Revelou-se também como fator que aumentava a chance de classificação no ARG a família da gestante receber o benefício social direto do governo – Bolsa Família (OR=1,46; IC 95% 1,04-2,03). As variáveis IDH, descarte de lixo e acesso do pré-natal, na análise univariada, perderam a significância na análise de regressão e também não necessitaram continuar no modelo após ajuste (Tabela 2). Ademais, não houve interação entre as variáveis escolaridade do chefe da família e o chefe da família, e o IDH e a região geográfica.

Discussão

Múltiplos fatores de risco que se sobrepõem e se potencializam, em conjunto, podem aumentar as chances de desfechos negativos para as gestantes. Assim sendo, as características componentes da CRG adaptada do MSB e mais frequentes foram: ganho de peso ponderal inadequado; cirurgia uterina anterior; anemia e infecção de urina. Dentre aquelas mais graves, que apenas a sua presença já indicava um alto risco gestacional, a hipertensão gestacional se destacou. Neste estudo, as variáveis contextuais que aumentaram a chance de ocorrência do ARG foram residir na RMGV-ES, a gestante ser a chefe da família, o chefe da família ter escolaridade menor que cinco anos e a família receber o benefício social do governo – Bolsa Família.

Tabela 2. Fatores associados ao Alto Risco Gestacional em puérperas da RMGV-ES (2010) e MRSM-ES (2012/2013)

Variáveis	Alto Risco Gestacional				
	<i>Odds Ratio</i> bruto	IC95%	<i>Odds Ratio</i> ajustado	IC95%	
Região	MRSM	1,00	-	1,00	-
	RMGV	1,57	1,20-2,05	1,74	1,32-2,28
Raça/Cor	Branca	1,00	-	-	-
	Parda	1,14	0,81-1,62	-	-
	Preta	1,60	1,20-2,54	-	-
Chefe da família	Outro	1,00	-	1,00	-
	Puérpera	2,99	1,63-5,50	3,03	1,64-5,51
Acesso Pré-natal	Adequado	1,00	-	-	-
	Inadequado	1,40	1,09-1,80	-	-
Escolaridade chefe da família	≥ 5 anos	1,00	-	1,00	-
	< 5 anos	1,49	1,08-2,05	1,58	1,14-2,20
IDH	Médio	1,00	-	-	-
	Alto	1,77	1,27-2,46	-	-
Benefício Social	Não	1,00	-	1,00	-
	Sim	1,42	1,06-1,92	1,46	1,04-2,03
Esgoto a céu aberto	Não	1,00	-	-	-
	Sim	1,31	0,9-1,92	-	-
Descarte do lixo	Recolhido	1,00	-	-	-
	Outros	1,29	0,8-2,06	-	-

Essas variáveis apontam condições de desigualdade social em saúde que podem acarretar riscos específicos para a saúde das gestantes. De acordo com Barata¹, a desigualdade social refere-se a situações que sugerem certo grau de injustiça, ou seja, diferenças que são injustas porque estão relacionadas a características sociais as quais permitem que alguns grupos estejam em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manterem saudáveis.

Nesse sentido, cuidados adequados durante a gravidez e o parto são essenciais para reduzir as iniquidades sociais existentes, e conseqüentemente a magnitude da morbidade e mortalidade da mãe e da criança. A estimativa é que um quarto das mortes infantis e quase todas as mortes maternas são devidas à prestação inadequada de cuidados de saúde desde o início da

gravidez até o pós-parto imediato¹⁸. No processo de redução desses indicadores, o risco gestacional é uma variável que requer bastante atenção, porquanto os fatores de risco que o compõe, por vezes, são evitáveis ou controláveis.

Como forma de sistematizar a detecção dos riscos a que as gestantes estão expostas e, em consequência, aprimorar os cuidados dispensados durante o pré-natal, os serviços de saúde no Brasil utilizam como instrumento avaliativo a CRG sugerida pelo MSB. Deste modo, é importante que os serviços de saúde estejam preparados para diagnosticar e tratar, em tempo oportuno, as doenças que podem acometer as gestantes, como a infecção urinária, a anemia e a hipertensão, além de identificar as cirurgias uterinas anteriores e o peso ponderal inadequado. Para isso, é necessário o fortalecimento do acesso e da qualidade/adequação do cuidado pré-natal, evitando o que Hart¹⁸ considera como “cuidado inverso”, ou seja, que as gestantes mais necessitadas sejam aquelas que menos têm acesso aos serviços e aos cuidados preconizados.

Nesta CRG, é possível observar a inclusão de variáveis sociais e demográficas que possibilitam ponderar o contexto das desigualdades sociais em saúde vivenciadas pelas gestantes. Porém não pareciam suficientes para a diversidade dos aspectos, assim decidiu-se pela análise de outras variáveis sociais, as quais denotam a existência de desigualdade em saúde e que poderiam contribuir para o risco gestacional.

Diante disso, esperava-se que as variáveis socioeconômicas como IDH, classe social, raça/cor, esgoto a céu aberto e o descarte do lixo se destacassem como fatores associados ao risco gestacional, visto que impactam os resultados da saúde e também por estarem associados à pobreza, ao acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade, à baixa escolaridade, ao desemprego, à ocupação pouco qualificada e às condições precárias de alimentação, moradia e transporte¹⁹. Essas variáveis, todavia, não permaneceram significativas no modelo final, provavelmente devido ao universo amostral do qual foi extraída a população do estudo, ou seja,

usuárias dos hospitais públicos ou conveniados com os SUS, com todo o pré-natal realizado no SUS, o que possivelmente teria nivelado a condição socioeconômica entre as puérperas.

No entanto, foi possível identificar associação de desigualdades geográficas com o risco gestacional. Gestantes que residiam na RMGV-ES apresentaram maior chance de serem classificadas como ARG quando comparadas às gestantes que moravam na MRSM-ES. Esses dados podem estar relacionados com a organização dos serviços de saúde dos municípios que compõem essas duas regiões administrativas. É possível observar essa relação ao se analisar a média de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, que alcança aproximadamente 80% da população da MRSM-ES, enquanto a RMGV-ES apresenta apenas 43,5% de cobertura média²⁰. Reiterando esse resultado, estudo transversal na região sul do Brasil mostrou que os percentuais de adequação no pré-natal na ESF foram superiores aos encontrados nas UBS tradicionais quanto ao número de consultas, início do pré-natal, procedimentos, exames realizados e orientações recebidas²¹. Esse resultado sugere que municípios de grande porte em regiões metropolitanas possuem maior dificuldade de implementar a ESF, e conseqüentemente, de diminuir o risco gestacional por meio da atenção pré-natal qualificada. Além disso, no período das pesquisas deste estudo, a MRSM-ES encontrava-se em processo de preparação para implementação da Rede Cegonha²², a qual consiste numa rede de cuidados que objetiva garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Ademais, essas regiões geográficas apresentam um processo diferenciado de favelização, no qual a RMGV-ES possui um complexo de favelas mais definido do que a MRSM-ES, podendo acarretar maior risco à gestante devido às barreiras sociais características dessas áreas. A favela é entendida como assentamento precário, composto por famílias de baixa renda, caracterizado pela ocupação ilegal do solo, pelo adensamento e intensidade na ocupação

do solo, pela deficiência de infraestrutura, pela dificuldade no acesso aos serviços e equipamentos sociais ofertados pela cidade e pela insalubridade da moradia, dadas suas dimensões e seu desconforto ambiental²³.

Também foi possível evidenciar a desigualdade social relacionada ao papel social exercido pelas mulheres. Gestantes que chefiavam suas famílias apresentaram três vezes a chance de serem classificadas como ARG, quando comparadas àquelas em que outras pessoas eram chefes de família. É possível postular que quando as gestantes possuem essa dupla carga – provedora e mantenedora da família –, elas estão mais expostas aos riscos psicossociais quanto ao controle e alocação de recursos, além da falta de apoio social, principalmente, no tocante às responsabilidades atribuídas ao chefe da família. A mãe ser chefe da família está relacionado com a falta de suporte monetário e emocional, o que leva a mulher a procurar meios para sustentar sua família, sendo esta, muitas vezes, a única fonte de renda da casa²⁴.

Em relação à escolaridade, o estudo mostrou que é atribuída maior chance de serem classificadas como ARG às gestantes cujo chefe de família apresentou menos de cinco anos de estudo. Desta forma, vale ressaltar que apesar de a escolaridade da gestante estar contemplada na CRG utilizada pelo MSB, a escolaridade do chefe da família revela-se de suma importância no contexto avaliativo do risco gestacional, porque possui impacto social na vida da gestante, mesmo tendo sido descartada a interação entre essas duas variáveis sociais. Esse resultado pode estar diretamente associado à inclusão social ocasionada por melhor renda, maior acesso à informação, cuidado e assistência, além de evidenciar a inserção social na qual a gestante se vê incluída. Em contraponto, embora o nível de escolaridade tenha aumentado consideravelmente no Brasil, especialmente nos últimos anos²⁵, a associação persistente de baixa escolaridade com uso inadequado do pré-natal mostra que grupos mais vulneráveis socialmente recebem cuidados pré-natais deficientes como também observado em estudo na região metropolitana de Aracaju, Sergipe²⁶, e em estudo realizado em São Luiz, Maranhão, onde as taxas do uso

inadequado do cuidado pré-natal aumentaram quase duas vezes com a diminuição da escolaridade materna, sendo observada a maior taxa de inadequação na categoria de zero a quatro anos de estudo²⁷. Isso evidencia não apenas a escolaridade da mulher, mas ainda a escolaridade do chefe de família como fator social preditivo do risco gestacional.

Quando analisado o benefício social direto – Bolsa Família –, observou-se que as gestantes beneficiárias desse benefício apresentaram maior chance de serem classificadas como ARG, quando comparadas com as que não recebiam, possivelmente devido à situação de vulnerabilidade social na qual estão inseridas. Tal resultado reforça a ideia de que, apesar de o Bolsa Família ser uma política que visa promover o desenvolvimento econômico e social das famílias em situação de maior pobreza no país²⁸, e em consequência reduzir a vulnerabilidade social, o acompanhamento das condicionalidades na saúde não está alcançando o efeito esperado. Na saúde — em que as condicionalidades dizem respeito ao acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos de idade, realização de pré-natal e puerpério para gestantes e participação em atividades educativas sobre aleitamento e alimentação saudável —, o percentual de acompanhamento tem se mostrado bem inferior ao esperado, com tendência de aumento em anos recentes²⁹. Portanto, vale ressaltar que essa variável pode atuar como uma *proxy* da vulnerabilidade social, atuando como um sinalizador social, em que mulheres nessa condição podem apresentar um maior risco durante a gestação. Ainda, o *déficit* de avaliação contemplando esses aspectos pode contribuir para ações deficientes no que tange ao seu enfrentamento, mesmo nos limites da prática individual. Esses resultados demonstram que, a despeito dos esforços dos benefícios sociais no sentido de diminuir as desigualdades sociais no tocante ao risco gestacional, tais medidas não têm sido suficientes para redução do ARG.

Embora tenha ocorrido a redução das desigualdades socioeconômicas, ainda persistem desigualdades sociais no uso adequado do pré-natal, principalmente entre as mulheres mais

pobres e com menos anos de estudos²⁷. A desigualdade social em saúde ainda permanece como um grande desafio para a saúde pública e em consequência para a saúde materna. Qualificar os cuidados pré-natais e, em decorrência, reduzir o risco gestacional requer um grande esforço do sistema de saúde brasileiro. Além disso, é necessário proporcionar melhores acessos à informação, visto que mulheres bem informadas exigem mais os seus direitos.

Durante o processo de classificação do risco gestacional, devido à ausência de algumas variáveis componentes do conjunto de fatores que contribuem para o risco gestacional, aproximadamente 33% das muitas puérperas foram excluídas, configurando-se uma limitação do estudo.

Conclusão

O resultado deste estudo evidenciou que, para além das variáveis sociais abarcadas na CRG utilizada pelo MSB, existem fatores sociais associados ao risco gestacional, tais como: residir em região metropolitana, a gestante ser a chefe da família, o chefe da família ter escolaridade menor que cinco anos e a família receber o benefício social do governo – Bolsa Família, o que evidencia a presença das desigualdades sociais em todo o seu contexto como produtora de maior risco durante a gestação. Por isso, é necessário repensar as variáveis que compõem a CRG utilizada pelo MSB, no intuito de ampliar o campo de avaliação que envolve o risco gestacional, acrescentando aos fatores sociais já contemplados pela CRG outros determinantes sociais da saúde os quais estejam inseridos no contexto do ciclo gravídico. Além do mais, torna-se relevante que os profissionais de saúde e gestores da saúde sejam capacitados para abordar todo o contexto das desigualdades, inserindo ao plano de cuidados de saúde da gestante estratégias e parcerias para amenizar ou eliminar esses fatores.

Agradecimento

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

Referências

1. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
2. World Health Organization (WHO). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Organização Mundial de Saúde. *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010.
4. Hotez PJ, Fujiwara RT. Brazil's neglected tropical diseases: an overview and a report card. *Microbes and Infection*. 2014; 16(8): 601-6.
5. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. De Sousa JS, Campos RT, Da Silva AF, Bezerra FNR, De Lira JS. Estimacão e análise dos fatores determinantes da reduo da taxa de mortalidade infantil no Brasil. *RB Estudos Regionais e Urbanos*. 2016;10(2):140-55.
7. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema nico de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2015;15(2):209-17.

8. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 2007; 47(2):122-7.
9. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 Sup:S85-S100.
10. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos-Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc.* 2015;24(3): 765-79.
11. Rangel-S ML. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(5):1375-85.
12. Santos-Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal, MC. 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.
13. Martinelli KG, Santos-Neto ET, Gama SGN, Oliveira, AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(2):56-64.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. *Organização Pan-Americana de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Capellari MN. Perinatal risk in third world cities. *World health fórum.* 1985;6:322-4.
16. Berkow R. *Manual Merck de informação médica: saúde para a família.* Barueri: Manole; 2002.

17. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(7):1609-18.
18. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*. 1971; 297(7696):405-12.
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*: documento de discussão. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde; 2011.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde* [internet]. [acessado 2017 abr 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
21. Anversa ETR, Dal Pizzol TDS, Bastos GAN, Nunes LN. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):789-800.
22. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 24 jun 2011. [acessado em 2017 abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
23. Pires CÂ. O fenômeno da favelização no interior de Minas Gerais: O desafio das políticas públicas no direito à moradia. *Perspectivas Polit Publicas*. 2016, 9(1):146-67.
24. Pinto RMF, Micheletti FABO, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva MLN, et al. A condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. *Serv Soc Soc*. 2011; 105:167-79.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico*. Brasília: IBGE; 2008.

26. Ribeiro ER, Guimaraes AM, Bettiol H, Lima DD, Almeida ML, de Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9(1):31.
27. Bernardes AC, Silva RA, Coimbra LC, Alves MT, Queiroz RC, Batista RF, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14(1): 266.
28. Brasil. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 17 set 2004. [acessado 2017 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8794.htm
29. Senna MCM, Brandão AA, Dalt SD. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. *Serv Soc Soc*. 2016;125:148-66.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que o risco gestacional analisado por diferentes métodos de CRGs evidencia pouca similaridade nos resultados, sempre exibindo tendência à discordância, podendo desta forma, acarretar uma superestimação do risco gestacional. Destaca ainda que as CRGs disponibilizadas na literatura científica e utilizadas na prática dos serviços de saúde ainda se deparam com dificuldades para retratar com coerência o risco gestacional exposto pela gestante, ficando a critério da subjetividade profissional a responsabilidade dessa definição.

Além disso, evidenciou que, para além das variáveis sociais contidas na CRG utilizada pelo Ministério da Saúde, existem fatores sociais associados ao risco gestacional, tais como os evidenciados neste estudo: morar na RMGV-ES, a gestante ser a chefe da família, o chefe da família ter escolaridade menor que cinco anos e a família receber o benefício social do governo – Bolsa Família. Isso corrobora com a presença das desigualdades sociais em todo o seu contexto como produtora de risco durante a gestação. Desta maneira, é necessário repensar as variáveis componentes da CRG utilizada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o campo de avaliação que envolve o risco gestacional, acrescentando aos fatores sociais já contemplados pela CRG outras variáveis relacionadas às desigualdades sociais que estejam inseridas no contexto do ciclo gravídico.

Desta forma, também torna-se necessário desenvolver uma CRG clara e utilizável, além de aproximar a distância entre a teoria e a prática desse método, no intuito de beneficiar um melhor planejamento e a adequação do cuidado pré-natal às necessidades da gestante, evitando mortes maternas e infantis. Além disso, é imprescindível que os profissionais e gestores de saúde sejam capacitados para abordar todo o contexto das desigualdades, inserindo ao plano de cuidados de saúde da gestante estratégias e parcerias para amenizar ou eliminar esses fatores.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. A. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.6, p. 1000-1007, 2014.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: _____. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set. 2004.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco para compreender a epidemiologia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

BARATA, R. B. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde? In: _____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROS, F. C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, n. 10, Suppl 1, p.3, 2010.

_____. Perinatal risk in third world cities. **World health forum**. v. 6, p. 322-324, 1985.

BARROS, M. B. A. Epidemiologia e Superação das Iniquidades em Saúde. In: BARATA, R. B., et al. (Orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

BERKOW, R. **Manual Merck de informação médica: saúde para a família**. Barueri: Manole, 2002.

BERNHARDT, J. O pensamento pré-socrático: de Tales aos sofistas. In: CHÂTELET, F. **História da filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

BOBBIO, N. **Teoria geral da política: A filosofia política e as lições dos clássicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário nacional de aplicação do enfoque de risco na organização de serviços de saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 1983.

_____. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

_____. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 50 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal.** Organização Pan-Americana de Saúde. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 228 p.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.

_____. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 13 abr. 2017.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Ann. Rev. Public Health**, v. 27, p. 167-94, 2006.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, G. Defining equity in health. **J. Epidemiol. Community Health**, Londres, v. 57, p. 254-258, 2003.

CAPONI, S. A Saúde como Abertura ao Risco. In: _____. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível, saúde, risco e tecnobiociências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 204 p.

CIARI JUNIOR, C.; ALMEIDA, P. A. M. Elementos de avaliação do risco gravídico. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 6, p. 57-78, 1972.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 1, p. 171-183, 2010.

CORRÊA M. C. D. V.; GUILAM M. C. R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 10, p.2141-2149, 2006.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health.** Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, n. 19, v. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. **Risco e cultura**: um ensaio sobre a seleção de Risco tecnológicos e ambientais. Trad. Cristiana de Assis Serra. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 12, v. 1, p. 360, jan./abr., 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GUAZZELLI, C. A. F.; ABRAHÃO, A. R. Gravidez nos extremos reprodutivos. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). **Atualização terapêutica**. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

HART, J. T. The inverse care law. **The lancet**, v. 1, p. 405-412, 1971.

LANDIS J. R.; KOCH G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, n.33, p. 159-174, 1977.

LAST, J. M. (org.). **A Dictionary of Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1989.

LEITE, R. M. B et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p. 1977-1985, 2011.

MARTINELLI, K. G. et al Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, n. 36, v. 2, p.56-64, 2014.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Projeto Viva Vida. Projeto Mães de Minas. **Atenção à Saúde da Gestante**: Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013. 16 p.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n2, p. 29-40, 2011.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad Saúde Pública**, n. 23, v. 12, p. 2820-2834, 2007.

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

_____. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais - Relatório final. Portugal: Organização Mundial de Saúde, 2010.

_____. **Diminuindo diferenças**: a prática das Políticas sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011.

RAVETZ, J. Public perceptions of acceptable risks as evidence for their cognitive, technical, and social structure. In: DIERKES, M.; EDWARDS, S.; COPPOCK, R. (eds.). **Technological Risk**: Its Perception and Handling in the European Community. Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1980.

REZENDE, J. **Obstetricia**. Rio de Janeiro: Koogan G, 2006.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, p. 477-486, 2007.

ROBLES, A. F. Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco". Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 1, p. 139-169, 2015.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, v. 11, p. 61-71, 2010.

SANTOS, J. A. F. Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil. **Rev. Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SANTOS-NETO, E.T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

_____. 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, n. 28, v. 9, p. 1650-1662, 2012.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev Panam Salud Publica**, n. 12, v. 6, p.375 a 383, 2002.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2**. Genebra: OMS, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.5, n.2, p.30-32, 2009.

VERSIANI, C. C.; FERNANDES, L. L. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. **Rev Norte Min Enferm.**, n. 1, p.68-78, 2012.

VIANA, A.L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. **Política de Saúde e Equidade**. São Paulo em Perspectiva, n. 17, v. 1, p. 58-68, 2003.

VÍCTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. London: The Lancet, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**. v.25, suppl.2, p.s217-s226, 2009.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Conpenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe, 1985.

XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 4, p.1161-1171, 2013.

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS

Eu, **Érica Marvila Garcia**, orientada pelo professor Edson Theodoro dos Santos Neto, responsável pelo projeto de dissertação de mestrado: Classificações de Risco Gestacional e Desigualdades Sociais em Saúde, no qual é requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), venho por meio deste, solicitar autorização ao professor Adauto Emmerich de Oliveira para realização da coleta de dados no banco do projeto Avaliação da Assistência Pré-natal na Microrregião de São Mateus-ES para o trabalho de pesquisa cujo objetivo será: Analisar o risco gestacional, por diferentes métodos e verificar sua associação com as desigualdades sociais em saúde nas usuárias do SUS em duas regiões do estado do Espírito Santo, Brasil.

Para cumprimento deste objetivo será necessário a investigação das seguintes variáveis: idade/faixa etária; alcoolismo, tabagismo e drogas; ganho de peso ponderal; drogas teratogênicas; sem pré-natal; trabalho de parto em curso; problemas de saúde bucal; primigesta e grande multigesta; intervalo entre gestação; cesárea anterior, antecedentes prematuro, baixo peso e malformados; antecedentes de abortos, morte fetal e neonatal; infecção urinária; diabetes mellitus; baixa escolaridade; situação conjugal insegura; conflitos familiares; altura; peso pré-gestacional; exposição a risco ocupacional; história de aborto habitual; história morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; história de parto pré-termo anterior; esterilidade e infertilidade; nuliparidade ou grande multiparidade; intervalo interpartal; história diabetes gestacional; cirurgia uterina; história síndrome hemorrágica e/ou hipertensiva; hipertensão arterial; cardiopatia; pneumopatia; nefropatia; endocrinopatia; hemopatia; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; hemorragia na gestação; anemia; doenças psiquiátricas; hanseníase; tuberculose; hipertensão gestacional; região de moradia; zona de moradia; situação de moradia; morador cômodo; cobertura de serviços de saúde; cobertura de saúde bucal; benefício direto (bolsa família); esgoto

a céu aberto; descarte do lixo; raça/cor; chefe da família; escolaridade do chefe da família; renda familiar; qualidade do pré-natal.

Vitória, 02 de maio de 2016.

Érica Marvila Garcia

Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto

Declaro estar ciente da solicitação, e autorizo a utilização do banco de dados e das variáveis supracitadas para atender ao objetivo da referida dissertação de mestrado.

Vitória, 09 de maio de 2016.

Profº. Dr. Aduino Emmerich de Oliveira

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS DA RMGV.

Eu, Érica Marvila Garcia, orientada pelo professor Edson Theodoro dos Santos Neto, responsável pelo projeto de dissertação de mestrado: Classificações de Risco Gestacional e Desigualdades Sociais em Saúde, no qual é requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), venho por meio deste, solicitar autorização ao professor Edson Theodoro dos Santos-Neto para realização da coleta de dados no banco do projeto Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória: acesso e integração dos serviços de saúde, para o trabalho de pesquisa cujo objetivo será: Analisar o risco gestacional, por diferentes métodos e verificar sua associação com as desigualdades sociais em saúde nas usuárias do SUS em duas regiões do estado do Espírito Santo, Brasil.

Para cumprimento deste objetivo será necessário a investigação das seguintes variáveis: idade/faixa etária; alcoolismo, tabagismo e drogas; ganho de peso ponderal; drogas teratogênicas; sem pré-natal; trabalho de parto em curso; problemas de saúde bucal; primigesta e grande multigesta; intervalo entre gestação; cesárea anterior, antecedentes prematuro, baixo peso e malformados; antecedentes de abortos, morte fetal e neonatal; infecção urinária; diabetes mellitus; baixa escolaridade; situação conjugal insegura; conflitos familiares; altura; peso pré-gestacional; exposição a risco ocupacional; história de aborto habitual; história morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; história de parto pré-termo anterior; esterilidade e infertilidade; nuliparidade ou grande multiparidade; intervalo interpartal; história diabetes gestacional; cirurgia uterina; história síndrome hemorrágica e/ou hipertensiva; hipertensão arterial; cardiopatia; pneumopatia; nefropatia; endocrinopatia; hemopatia; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; hemorragia na gestação; anemia; doenças psiquiátricas; hanseníase; tuberculose; hipertensão gestacional; região de moradia; zona de moradia; situação de moradia; morador cômodo; cobertura de serviços de saúde; cobertura de saúde bucal; benefício direto (bolsa família); esgoto

a céu aberto; descarte do lixo; raça/cor; chefe da família; escolaridade do chefe da família; renda familiar; acesso do pré-natal.

Vitória, 02 de maio de 2016.

Érica Marvila Garcia

Profº. Edson Theodoro dos Santos Neto

Declaro estar ciente da solicitação, e autorizo a utilização do banco de dados e das variáveis supracitadas para atender ao objetivo da referida dissertação de mestrado.

Vitória, 09 de maio de 2016.

Profº. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MRSM-ES



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 Pesquisas
CEPIUFES

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA RMGV-ES



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. Aduino Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

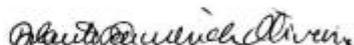
Para: Prof. (a) Aduino Emmerich Oliveira
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado "**Avaliação da assistência pré-natal na microrregião de São Mateus-ES.**"

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
CEPIUFES

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MRSM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA MICRORREGIÃO DE SÃO MATEUS-ES**, em alguns hospitais que realizam partos na microrregião de São Mateus foram incluídos.

Justificativa: A microrregião de São Mateus precisa de melhores cuidados no acompanhamento pré-natal, logo essa pesquisa será capaz de esclarecer alguns pontos do atendimento à gestante.

Objetivo principal da Pesquisa: Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS na microrregião de São Mateus-ES

Forma e duração da Pesquisa: Fui esclarecido (a) de que a minha participação neste estudo deverá ser de aproximadamente 20 a 30 minutos, a fim de responder um formulário e fornecer por meio de cópia informações do cartão da gestante.

Riscos e desconfortos: Fui esclarecido (a) de que não há riscos, nem desconfortos em responder o questionário da pesquisa.

Benefícios: Fui esclarecido (a) de que não receberei nenhum benefício direto nesta pesquisa, mas serei beneficiada indiretamente por meio dos resultados encontrados, para melhora do atendimento pré-natal de todas as gestantes.

Garantia de sigilo de identidade: Estou ciente que posso pedir esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, assim como após ser publicado os resultados, estando ciente ainda que meu nome não será identificado e minha identidade permanecerá confidencial.

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

Direito de recusa em participação da pesquisa: Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, bem como tenho o direito de abandonar a pesquisa ou me recusar a responder qualquer pergunta em qualquer momento. Caso me recuse em participar, isso não acarretará nenhum tipo de penalidade ou prejuízo à minha pessoa ou à minha permanência na instituição.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo entrar em contato com os pesquisadores Prof. Dr. Adauto Emmerich –

adautoemmerich@terra.com.br pelo telefone (27)92713130, Katrini G. Martinelli – katrigm@hotmail.com pelo telefone (27)81425207 ou na secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo telefone **3335-7287**. Ou na impossibilidade de manter contato com os pesquisadores, poderei procurar através do site do Comitê de Ética em Pesquisa (www.ccs.ufes.br/cep) ou pelo telefone 3335-7211.

Declaro que li e entendi todos os termos desta pesquisa e que, voluntariamente, aceito participar deste estudo. Assim, devo assinar ao final deste documento, em duas vias, confirmando meu consentimento, sendo que uma via ficará com o pesquisador e a outra comigo. Tenho completo conhecimento de todos os procedimentos a que serei submetido.

_____ Participante da Pesquisa

_____ Pais e ou responsáveis

(se participante menor de 18 anos de idade)

_____ Pesquisador responsável

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RMGV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Objetivo da Pesquisa

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES.
- Investigar integração entre assistência médica e odontológica na atenção pré-natal prestada na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES.
- Investigar a realização de atividades educativas relacionadas aos cuidados do recém-nascido, prestadas na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES, durante o pré-natal.
- Investigar os fatores sociais, econômicos, comportamentais maternos e biológicos materno-infantis associados à qualidade do pré-natal e à integração entre assistência médica-odontológica, durante a realização do pré-natal na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES

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

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

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

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

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

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

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

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

_____ Participante da Pesquisa

_____ Pais e ou responsáveis

(se participante menor de 18 anos de idade)

_____ Pesquisador responsável

ANEXO E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

ENTREVISTA COM PARTURIENTES

QUESTIONÁRIO |__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

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

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

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

Iniciar após a assinatura do termo de consentimento...

II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

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

III. DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

19. Possui cartão da gestante 0.Não (pule para 56) 1.Sim	__ __
20. Local onde realizou o acompanhamento pré-natal: Nome da Unidade de Saúde: _____ 00. Não realizou	__ __
21. Com quantos meses de gravidez iniciou o pré-natal?	__ __
22. Total de consultas de pré-natal registradas:	__ __
23. Quantidade de consultas pré-natais nos três primeiros meses de gestação:	__ __
24. Quantidade de consultas pré-natais do 4º ao 6º mês de gravidez?	__ __
25. Quantidade de consultas pré-natais do 7º ao 9º mês de gravidez?	__ __
26. Mês gestacional da última consulta de pré-natal:	__ __
27. Problemas na gestação 0.Não 1.Sim	__ __
28. Hipertensão pré-gestacional 0.Não 1.Sim	__ __
29. Hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia) 0.Não 1.Sim	__ __
30. Anemia 0.Não 1.Sim	__ __
31. Diabetes pré-gestacional 0.Não 1.Sim	__ __
32. Diabetes gestacional 0.Não 1.Sim	__ __
33. Infecção urinária 0.Não 1.Sim	__ __
34. Outras doenças 0.Não 1.Sim	__ __
35. Qual(is)?	__ __
36. Utilizou medicamentos durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	__ __

37. Qual(is)?	
Realização de exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)	
38. ABO-Rh (tipo de sangue) 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. VDRL 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Urina (EAS) 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. Glicemia de jejum 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. Hemoglobina/Hematócrito 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43. Testagem de HIV 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Repetição de exames depois da 30ª semana de gravidez (depois do 7º mês)	
44. VDRL 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45. Urina rotina 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46. Glicemia de jejum 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47. Tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48. Em quantas consultas a medida do peso materno foi realizada durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49. Peso final da gestação: (anotar em Kg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50. Altura (em cm):	
51. Em quantas consultas a medida da pressão arterial foi realizada durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52. Em quantas consultas a verificação dos batimentos cardíacos fetais foi realizada durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53. Em quantas consultas o exame de toque vaginal foi realizado durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54. Classificação de risco da gravidez 1.Alto 2.Médio 0.Baixo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55. Acompanhamento específico no caso de gravidez de alto risco? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

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

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

V. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

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

74. Você realizou algum acompanhamento pré-natal? 0.Não (pule para 129) 1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?	
76. Quantas consultas de pré-natal você realizou?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77. Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
78. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
79. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
80. Até que mês da gravidez você fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:	
111. A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? 0.Não 1.Sim	_ _
112. Como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito? 0.Não 1.Sim	_ _
113. Sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno? 0.Não 1.Sim	_ _
Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre:	
114. Como extrair/tirar o leite do peito ? 0.Não 1.Sim	_ _
115. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 0.Não 1.Sim	_ _
116. Continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? 0.Não 1.Sim	_ _
117. Durante o pré-natal você foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? 0.Não 1.Sim	_ _
Durante o pré-natal você foi informada sobre	
118. A importância de a criança sugar o peito para a produção do leite? 0.Não 1.Sim	_ _
119. Os prejuízos do uso de mamadeiras para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim	_ _
120. Os prejuízos do uso de chupetas ou bico artificial para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim	_ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	

121. A importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face? 0.Não 1.Sim	__ __
122. A importância da amamentação para prevenir problemas como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal 0.Não 1.Sim	__ __
123. A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? 0.Não 1.Sim	__ __
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
124. A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? 0.Não 1.Sim	__ __
125. Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? 0.Não 1.Sim	__ __
126. Uso de flúor? 0.Não 1.Sim	__ __
127. Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? 0.Não 1.Sim	__ __
128. Durante o pré-natal você recebeu algum incentivo para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou de visitas domiciliares? 0.Não 1.Sim	__ __

VII. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

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

129. Você foi ao dentista durante a gravidez? 0.Não (pule para 146) 1.Sim	__ __
130. Onde realizou a(s) consulta(s)? 1. No Serviço Público (SUS) 2. No Dentista Particular 3. Em Ambos 4. Outros _____	__ __
131. Quantas consultas você fez no dentista?	__ __
132. O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
133. Você teve prioridade no atendimento por estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
Você fez que tipo de tratamento no dentista?	
134. Consulta de revisão 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
135. Escovação sob orientação do dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
136. Limpeza dos dentes feita pelo dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
137. Aplicação de flúor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
138. Consulta por motivo de dor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
139. Consulta para extração dentária 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
140. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
141. Tratamento de canal 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
142. Tratamento de gengiva 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
143. Tratamento com remédio ingerido 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____ Quais remédios?	__ __
144. Realização de RX dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	__ __
145. <i>Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ...</i> 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	__ __

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

Usar o cartão de respostas...

Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
146. Você teve problemas para falar alguma palavra?	__ __

1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	
147. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
148. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
149. Você se sentiu incomodada com ao comer algum alimento? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
150. Você ficou preocupada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
151. Você se sentiu estressada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
152. Sua alimentação ficou prejudicada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
153. Você teve que parar suas refeições? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
154. Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
155. Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
156. Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
157. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
158. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__
159. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	__

VIII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

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

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

IX. HÁBITOS MATERNS

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

171. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0. Não (pule para 177) 1. Sim	__ __
---	--------

172. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses) 0.Não 1.Sim	_ _
173. Quantas doses eram necessárias p/deixar você "alta"?	_ _
174. As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? 0.Não 1.Sim	_ _
175. Você sente que deve parar de beber? 0.Não 1.Sim	_ _
176. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? 0.Não 1.Sim	_ _
177. Você fuma? 0.Não 1.Sim	_ _
178. Você fumou durante a gravidez? 0.Não (pule para 181) 1.Sim	_ _
179. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?	_ _
180. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?	_ _
181. Há quantos anos você é/foi fumante?	_ _
<i>"Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa"</i>	
182. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 0.Não 1.Sim	_ _
183. Que tipo? _____	_ _

X. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

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

Usar o outro lado do cartão de respostas...

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

1. É recolhido pelo gari 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto	
217. Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro: _____	__
218. Como é o esgoto na sua casa? 1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar (construída pelo morador, sem tratamento) 4. Fossa séptica (com recolhimento e tratamento específico)	__
219. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0.Não 1.Sim	__
220. Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra	__
221. A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro. 2. Tem companheiro, mas não vive com ele. 3. Não tem companheiro.	__
222. Qual a sua raça ou cor? (ler as opções) 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	__
223. Você sabe ler e escrever? 0.Não 1.Sim 2. Mais ou menos	__
224. Qual foi a última série que você completou na escola com aprovação? __ Série/ anos completos de faculdade __ 1. Fundamental (1ºgrau) 2. Médio (2ºgrau) 3. Superior (3ºgrau)	
225. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente? 0. Não (pule para 228) 1. Sim	__
226. Qual o seu trabalho atual? 1.Servidora pública 2.Empregada, não servidora pública 3.Autônoma 4.Empregadora 5. Informal _____	__
227. Você tem carteira assinada? 0.Não 1.Sim	__
228. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família? 0.Não 1.Pensão 2.Aposentadoria 3.Biscate 4.Bolsa família 5.Outro. _____	__ __
229. Quem é o chefe da família? (Se 1, pular para 232) 1. Você (a própria mulher) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outros	__
230. Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola com aprovação? __ Série/ anos completos de faculdade __ 1. Fundamental (1ºgrau) 2. Médio (2ºgrau) 3. Superior (3ºgrau)	
231. Qual é a renda do (chefe da família)?	R\$ __ __ __ __ __ __ __ __ __
232. Qual a renda total da família (juntando o dinheiro que todas as pessoas da casa ganham, quanto dá por mês)?	R\$ __ __ __ __ __ __ __ __ __
<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>	
Na sua casa tem...	
233. Rádio 0. Não Sim, quantos?	__
234. Geladeira 0. Não Sim, quantas?	__
235. Freezer 0. Não Sim, quantos?	__
236. Videocassete 0. Não Sim, quantos?	__
237. DVD 0. Não Sim, quantos?	__
238. Máquina de lavar roupa (não incluir tanquinho) 0. Não Sim, quantas?	__
239. Forno de microondas 0. Não Sim, quantos?	__
240. Linha de telefone fixo 0. Não Sim, quantos?	__
241. Computador 0. Não Sim, quantos?	__
242. Televisão 0. Não Sim, quantas?	__
243. Quantas são a cores?	__
244. Aspirador de pó 0. Não Sim, quantos?	__
245. Ar condicionado 0. Não Sim, quantos?	__
246. Carro particular 0. Não Sim, quantos?	__
247. Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos filhos? 0. Não 1. Sim	__
248. Você tem empregada mensalista? 0. Não Sim, quantas?	__
Início da Seleção para Fase Qualitativa	
249. Caso você fosse selecionada, aceitaria receber em sua casa uma visita para conversarmos mais sobre o seu atendimento pré-natal? 0.Não 1.Sim	__
250. Horário de término da entrevista	__ __ : __ __