

# Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo<sup>1</sup>

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

### Carolina Dutra Degli Esposti

Universidade Federal do Espírito Santo. Departamento de Medicina Social. Vitória, ES, Brasil.  
E-mail: carolinaesposti@gmail.com

### Adauto Emmerich Oliveira

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

### Edson Theodoro dos Santos Neto

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

### Claudia Travassos

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

## Resumo

As representações sociais das puérperas sobre o acesso ao cuidado pré-natal destacam aspectos relacionados às barreiras de acesso e às formas de sua superação. O objetivo deste trabalho foi analisar o acesso ao cuidado pré-natal a partir das representações sociais de usuárias do Sistema Único de Saúde. A partir de 1.035 puérperas, selecionaram-se 24 puérperas da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo: um grupo de 14 puérperas que realizou mais de seis consultas de pré-natal e um grupo de 10 puérperas que realizou nenhuma ou até três consultas. Entrevistas individuais abordaram qualitativamente questões sobre o acesso aos serviços de saúde, segundo as dimensões disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. A análise de conteúdo temática revelou situações de acesso satisfatório, mas também a existência de barreiras de acesso geográfico, organizacionais, indisponibilidade de recursos materiais e humanos, custos diretos e indiretos para a obtenção do cuidado e expectativas não atendidas sobre os procedimentos e os aspectos mais subjetivos, resultados semelhantes nos dois grupos estudados. As diferenças na capacidade de enfrentamento desses obstáculos foram determinantes para o acesso adequado ao cuidado pré-natal. Considera-se que incluir as representações sociais das gestantes na avaliação do cuidado pré-natal facilita a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal; Acesso aos Serviços de Saúde; Representações Sociais.

## Correspondência

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

<sup>1</sup> Esta pesquisa contou com auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (Fapes - Processo 45581630/09) e bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

## Abstract

Social representations of postpartum women on access to prenatal care highlight aspects related to access barriers and ways to overcome them. The aim of this study was to analyze access to prenatal care based on the social representations of users of the Brazilian National Health System. Out of a set of 1,035 postpartum women, we selected 24 from the Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo (Southeastern Brazil): a group of 14 postpartum women who attended more than six prenatal consultations and a group of 10 postpartum women who did not have any consultations or attended up to three. Individual qualitative interviews addressed issues about access to health services, according to the dimensions availability, affordability and acceptability. Thematic content analysis revealed satisfactory access situations, but also the existence of geographical access barriers, organizational barriers, unavailability of material and human resources, direct and indirect costs for obtaining care, unmet expectations about the procedures, and more subjective aspects. Both groups presented similar results. Differences in the ability to face these obstacles were decisive for an adequate access to prenatal care. We believe that including the social representations of pregnant women in the evaluation of prenatal care facilitates the adoption of measures to ensure improved access.

**Keywords:** Prenatal Care; Health Services Accessibility; Social Representations.

## Introdução

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

O acesso, denominado por Donabedian (1990) como acessibilidade, relaciona-se à capacidade do usuário em obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente. Segundo Thiede, Akewengo e McIntyre (2014), o acesso aos serviços de saúde é composto por três dimensões: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade, dimensões que se inter-relacionam. Nesse sentido, o conceito de acesso está fundamentado no ajuste entre o sistema de saúde e fatores individuais e comunitários.

A disponibilidade refere-se à existência de serviço de saúde específico ao alcance do usuário. Ou seja, é a expressão de se os serviços de saúde apropriados estão ou não disponíveis para os potenciais usuários no lugar certo e no momento adequado/correto. A disponibilidade inclui fatores como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação; transporte para os profissionais de saúde realizarem consultas domiciliares; e natureza e extensão da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população a qual se destinam (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014).

A capacidade de pagar reflete o grau de financiamento público do cuidado em saúde em cada sistema de saúde. Expressa a capacidade aquisitiva do usuário, para incorrer com os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos serviços. Envolve a capacidade de mobilizar recursos financeiros, caso sejam requeridos, para o atendimento a suas necessidades de saúde. Implica a análise de gastos diretos dos usuários, ou seja, aqueles relacionados com honorários de profissionais de saúde, medicamentos e exames diagnósticos, transporte até o local de atendimento e alimentação especial, e gastos indiretos, como, por exemplo, aqueles ligados à perda de produtividade relacionada ao tempo despendido com as viagens ou com a espera pelo atendimento (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014).

Já a aceitabilidade relaciona-se aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, que sofrem influência de fatores como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. A aceitabilidade diz respeito às expectativas dos pacientes sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014).

A informação é considerada um importante determinante da qualidade do sistema de saúde (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014). É um elemento central que perpassa as dimensões do acesso, capacitando as pessoas para escolhas no contexto dos cuidados de saúde. Considera-se que a falta de informação sobre o processo saúde-doença e sobre as opções disponíveis de cuidado pode afetar o acesso aos cuidados de forma expressiva. É uma responsabilidade do sistema de saúde informar as pessoas sobre os serviços de saúde (Thiede; McIntyre, 2008).

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

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

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

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

## Metodologia

Realizou-se uma análise a partir de uma abordagem qualitativa sobre o acesso ao pré-natal como parte de um projeto de avaliação da qualidade da assistência pré-natal do SUS nos sete municípios da RMGV-ES. A partir da amostra de 1.035 puérperas, 24 foram selecionadas dentre aquelas que informaram, durante a primeira fase do estudo, aceitar participar da etapa qualitativa do mesmo, caso selecionadas (Santos-Neto et al., 2012). O Ministério da Saúde preconiza o mínimo de seis consultas pré-natal (Brasil, 2000a). O critério de inclusão na subamostra foi o número de consultas pré-natal realizadas, buscando selecionar puérperas com diferentes níveis de acesso

ao pré-natal de modo a verificar sua influência na representação social das gestantes. Assim, foram incluídas as puérperas que realizaram até três consultas pré-natal, as que realizaram mais de seis consultas e as gestantes que não realizaram pré-natal, buscando-se selecionar duas puérperas em cada um dos sete municípios da RMGV-ES: Grupo A (puérperas que participaram de sete ou mais consultas pré-natal, totalizando 14 mulheres); e Grupo B (puérperas que não realizaram consultas pré-natal ou que participaram de até três consultas, totalizando 10 mulheres). A perda de quatro puérperas no grupo B deveu-se ao fato de que em dois municípios (Viana e Guarapari) só havia na amostra uma puérpera pertencente a esse grupo e no município de Fundão não havia nenhuma representante. As entrevistas foram agendadas por telefone para que ocorressem na residência das puérperas, em dia e horário de preferência delas.

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

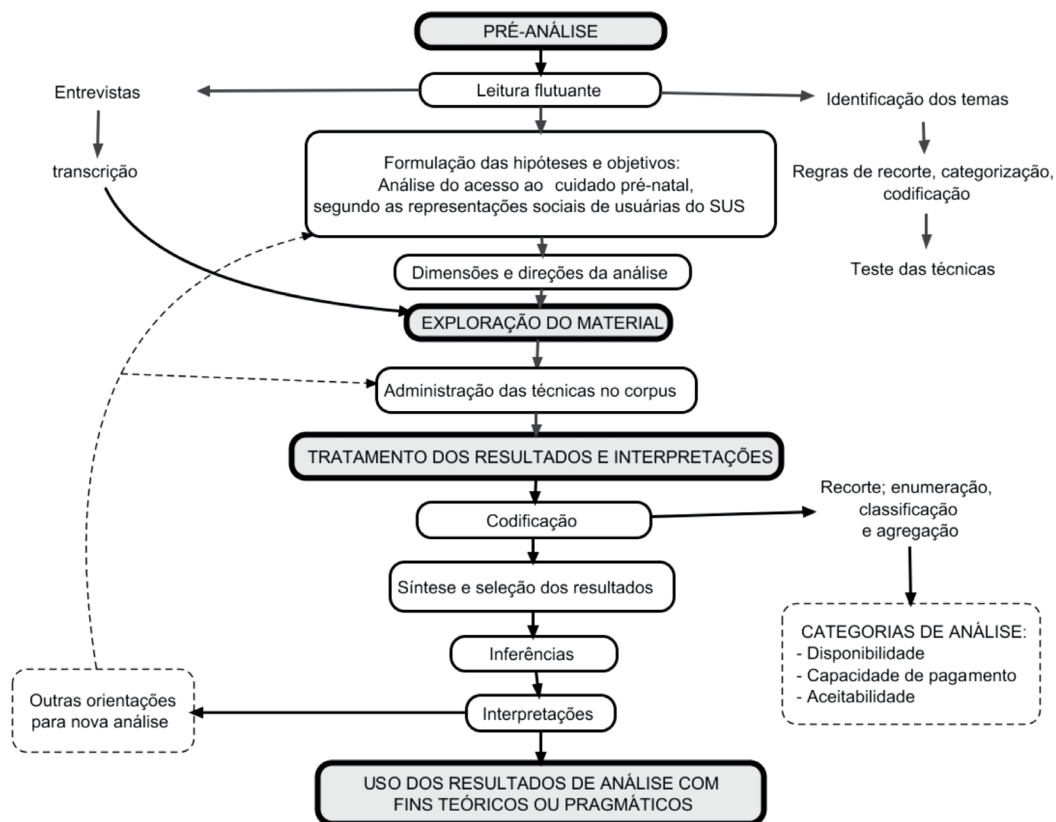
As entrevistas foram realizadas em torno do terceiro ou quarto mês pós-parto, por uma pesquisadora treinada, no domicílio das puérperas, para garantir o conforto das mesmas, evitando interromper a sua rotina diária, entre os meses de setembro e novembro de 2010. Em muitos casos, a puérpera estava em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

segundo as gravações, para identificar possíveis erros e refiná-la com suas impressões.

Para análise dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo temática, conforme apresentado na Figura 1. Descreveu-se o que estava contido nos enunciados e buscou-se inferir os conhecimentos da produção/recepção dessas mensagens. Na primeira etapa, de pré-análise, as entrevistas foram organizadas em arquivos individuais, com identificação da data e ordem da entrevista e do município ao qual correspondia a entrevistada, e foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, ou seja, o contato inicial com as transcrições, o que permitiu à pesquisadora desenvolver as impressões, orientações e direções para a análise por meio do objetivo do estudo e do referencial teórico sobre acesso aos serviços de saúde. A partir dos temas já definidos (categorias do acesso), foram determinadas as regras para tratamento das entrevistas, tais como a codificação, com escolha dos trechos de falas mais relevantes e categorização dos trechos segundo categorias, que foram reorganizadas em função dos temas. Na fase de exploração das entrevistas, foram realizadas a seleção e o reagrupamento dos trechos de falas em categorias (com identificação do grupo ao qual a mulher pertencia e do número da entrevista), para descrever os resultados e buscar inferências e interpretações (Bardin, 2009). Buscou-se identificar núcleos de sentido (temas e categorias analíticas) presentes nas falas para revelar estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso (Minayo, 2007). As categorias disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade foram os eixos norteadores da análise (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 4 de novembro de 2009, sob o protocolo nº 93/2009, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o parecer nº 451.930/2013. Foram obtidas autorizações formais para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde (maternidades, hospitais, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde). Todas as puérperas participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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



Adaptado de Bardin (2009).

## Resultados e discussão

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

## Disponibilidade

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

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

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

A distância física e o tempo de viagem são classificados como fatores relacionados à organização do serviço (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014). Em geral, discute-se que quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde, sendo a análise dessa barreira mais adequada quando se aplicam medidas do tempo de deslocamento e dos custos financeiros envolvidos nesse transporte (Travassos; Castro, 2012).

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

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

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

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

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

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

Com relação ao horário de funcionamento, relatou-se que nem sempre o serviço permitia flexibilidade no horário de atendimento ou era organizado para atendimento em tempo curto, pelo grande número de gestantes atendidas por um único profissional. Além disso, o atendimento era organizado por ordem de chegada, gerando a espera da consulta por várias horas. No caso das gestantes empregadas, elas precisavam se organizar junto aos empregadores ou, às vezes, recorriam a outro serviço com horário de funcionamento adequado às suas necessidades, como os hospitais. Destacaram-se alguns trechos de depoimentos que relataram essa realidade, reclamação mais comum dentre aquelas que não cumpriram o número mínimo de consultas, denotando que o horário de funcionamento e a espera das consultas resultou em barreira de acesso:

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

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

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

Os serviços de assistência pré-natal devem prever certa flexibilidade de horário de atendimento, já que muitas gestantes trabalham e muitas vezes não

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

Em relação aos procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, as mulheres têm expectativas dos procedimentos a que devem ser submetidas, por experiência prévia ou por possuírem informação do tipo de cuidado preconizado para sua condição. Neste estudo as mulheres questionaram o pequeno número de vagas para consultas e exames, a forma de agendamento, que gerava filas, e a ausência de referência e de estrutura para atendimento de gestantes de risco; mas, em outros relatos, as mulheres demonstraram satisfação quanto ao serviço, o que revela que as barreiras de acesso expressas nas situações vividas por algumas mulheres que buscam a assistência pré-natal na região não foram enfrentadas por todas elas, como relatado pelas entrevistadas:

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

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

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

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

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

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

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

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

As visitas domiciliares, nesse contexto, devem servir para a busca ativa de gestantes, auxiliando sua inserção no processo de cuidado pré-natal. A disponibilidade dessas visitas, principalmente nas áreas cobertas pela ESF e pelo PACS, atua como complemento às ações exercidas na unidade de saúde e pode melhorar o acesso ao pré-natal (Brasil, 2000b).

A indisponibilidade de cuidado odontológico também foi relatada pela maioria das mulheres. Revelou-se que em poucos casos houve garantia de atendimento. A maioria das mulheres não sabia ou não foi informada quanto à necessidade de cuidado odontológico durante a gestação, muito menos o recebeu, fato também ocorrido dentre aquelas que

cumpriram o mínimo de consultas pré-natais, como bem destacam alguns depoimentos:

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

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

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

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

Pode-se apreender que as principais dificuldades vivenciadas pelas mulheres quanto à disponibili-

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

### **Capacidade de pagar**

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

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

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

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

O SUS orienta-se pela gratuidade do cuidado no momento de sua prestação, baseado nos princípios do cuidado universal e integral a todos os brasileiros. No entanto, algumas mulheres neste estudo



relataram dificuldades para conseguir o cuidado necessário, exigindo em várias situações o uso de recursos financeiros para sua obtenção. Demonstraram expectativa de oferta pelo sistema público de todos os recursos que consideravam necessários à adequada assistência. Podem existir gastos relacionados principalmente à compra de medicamentos, exames laboratoriais e ultrassonografia (Carvalho et al., 2008). Com relação à ultrassonografia, o PHPN não incluiu o exame no rol de procedimentos (Brasil, 2000a).

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

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

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

Os custos indiretos também precisam ser considerados na análise do acesso aos serviços de saúde (Thiede; Akewengo; McIntyre, 2014), pois atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso a esses serviços, sendo desfavorável aos mais pobres. A universalização do acesso volta-se para reduzir essa barreira financeira, que gera situações nas quais as gestantes precisam mobilizar recursos financeiros para arcar com os custos do cuidado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Aceitabilidade**

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

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

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

Ainda que seja orientada por normas técnicas e prescrições, a interação entre os profissionais de saúde, que, em tese, representam a razão científica, e a clientela, que recorre aos serviços de saúde, contém grande dose de senso comum, em que se expressam assimetrias e polifonias (Garnelo; Langdon, 2005). Quando um indivíduo procura uma determinada racionalidade médica, ele carrega consigo um conjunto

de imagens e representações sobre seu adoecimento, suas origens ou causas e sobre as possibilidades de recuperação de sua saúde que coincidem em parte com as concepções e representações do sistema médico escolhido (Luz, 2005). Carregam consigo também representações sobre o próprio sistema de saúde. É importante salientar que a participação do não médico na atenção pré-natal trouxe significativo avanço na sua qualidade, mas por vezes o próprio profissional da enfermagem pode não se sentir capacitado à função de obstetrícia, por sua formação deficiente e também por associar a qualificação profissional com autonomia na prescrição de medicamentos e solicitação de exames, por exemplo, como revelado em estudo realizado, em 2008, com enfermeiros da zona leste da cidade de São Paulo (Narchi, 2010).

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

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

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

A adesão da mulher ao pré-natal tem por objetivo prevenir complicações da gravidez (Duarte; Andrade, 2008). Uma pesquisa realizada, em 2006, com 21 gestantes que realizaram pré-natal no SUS em Campo Grande, MS, residentes em áreas de média e baixa renda, revelou que a procura pela assistência pré-natal envolveu expectativas das gestantes relacionadas ao nascimento e à saúde do bebê. Revelaram, além disso, que a comunicação entre as

gestantes e os profissionais responsáveis por seu cuidado em saúde não foi adequada e foi considerada insatisfatória pelas entrevistadas principalmente por não terem sido consideradas pelos profissionais queixas de ordem afetiva, relacionadas aos medos e às ansiedades dessa época delicada do ciclo de vida feminino (Duarte; Andrade; Mamede, 2011), apesar de que muitas vezes o vínculo com o responsável pelo cuidado pré-natal (médico ou enfermeiro) possa ser confundido por elas como o suprimento de carências afetivas (Albuquerque et al., 2011).

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

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

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

Segundo Narchi (2010), em estudo com enfermeiros da zona leste da cidade de São Paulo, em 2008, existe falta de vagas para o cuidado pré-natal, ausência de garantia para o parto no hospital de referência e a falta de vagas para a esterilização do casal no pós-parto. Esses elementos contribuem para dificultar a realização do atendimento adequado à gestante e à puérpera. O planejamento familiar instituído pela Lei nº 9.263/1996 veda a esterilização cirúrgica em mulheres nos períodos de parto ou de aborto, exceto em casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. No entanto, existem diversas ambiguidades na interpretação da lei, controvérsias nas decisões e dilemas na execução por parte dos profissionais de saúde, que podem levar algumas gestantes, como as do presente estudo, à expectativa de realização do procedimento durante o parto (Yamamoto, 2011).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com relação às gestantes adolescentes, alguns relatos destacaram situações específicas que interferiram no desejo de procura do cuidado pré-natal, como a falta de informação sobre a importância do cuidado pré-natal, e também da dificuldade em

lidarem com a possibilidade de rejeição social e de condenação da gravidez, revelando situações de discriminação:

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

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

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

É importante destacar que a aceitabilidade tem influência sobre a adesão ao cuidado pré-natal (Vieira et al., 2011). As gestantes têm muitas expectativas relacionadas ao momento especial que estão viven-

do, preocupando-se com o ser que estão gestando. Essas expectativas também são influenciadas pelas experiências passadas de contato com os serviços de saúde. Adequar a capacidade do serviço a essas expectativas não é tarefa fácil, mas precisa ser encarada pelos gestores e profissionais de saúde em contato direto com as gestantes.

## Considerações finais

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

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

## Referências

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

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

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

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

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

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 jun. 2000a. Seção 1, p. 4. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_569.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf)>. Acesso em: 3 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. Brasília, DF, 2000b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jul. 2011. Seção 1, p. 109. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

- CARVACHO, I. E. et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-894, 2008.
- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-1080, 2008.
- CODATO, L. A. B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
- COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.
- DIÓGENES, M. A. R.; OLIVEIRA, M. G.; CARVALHO, Y. A. X. B. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no Modelo Calgary. *Rev. RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 88-96, 2011.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology and laboratory medicine*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O.; MAMEDE, M. V. Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery*, Edinburgh, v. 27, n. 2, p. 160-164, 2011.
- FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.
- GARNELO, L.; LANGDON, J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 1988.
- LUZ, M. T. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 33-59.
- MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 89-111.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo -Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-273, 2010.
- PEREIRA, P. H. G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do centro de saúde nº 1 do Paranoá, 2005. *Comunicação em ciências da saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 101-110, 2006.
- RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.
- RIBEIRO, E. R. O. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Londres, v. 9, p. 31-38, jul. 2009.
- SANTOS-NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 1650-1662, 2012.
- THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

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

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 183-206.

VARGENS, O. M. C.; ADÃO, C. F.; PROGIANTI, J. M. Adolescência: uma análise da decisão da gravidez. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 115-122, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças. In: \_\_\_\_\_. *Saúde no Brasil: a série The Lancet*, 2011. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 71-95.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, p. 255-262, 2011. Número especial.

YAMAMOTO, S. T. *A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

---

### Contribuição dos autores

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

Recebido: 04/12/2013

Aprovado: 16/06/2014