



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

QUESSIA PAZ RODRIGUES

**DESIGUALDADES RACIAIS NO ACESSO DE MULHERES AO CUIDADO
PRÉ-NATAL E NO PARTO**

Salvador
2009

QUESSIA PAZ RODRIGUES

**DESIGUALDADES RACIAIS NO ACESSO DE MULHERES AO CUIDADO
PRÉ-NATAL E NO PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “gênero, cuidado e administração em saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr.^a Enilda Rosendo do Nascimento

Salvador
2009

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,
Escola de Enfermagem, UFBA.

R696d Rodrigues, Quessia Paz
Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e
no parto / Quessia Paz Rodrigues. – Salvador, 2009.

98 f. : il.

Orientadora: Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2009.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Cuidado pré-natal. I. Nascimento,
Enilda Rosendo do. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem. III. Título.

CDU 614-053.8

QUESSIA PAZ RODRIGUES

**DESIGUALDADES RACIAIS NO ACESSO DE MULHERES AO CUIDADO
PRÉ-NATAL E NO PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “gênero, cuidado e administração em saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 28 de abril de 2009.

Comissão Examinadora

Enilda Rosendo do Nascimento _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Antonieta Rubio Tyrrell _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Enoy Neves Gusmão _____
Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal da Bahia

Sílvia Lúcia Ferreira _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

A

Deus, presente em todos meus momentos, guiando meus passos e me concedendo vitórias.

Tôn, esposo maravilhoso, que sempre me apoiou e incentivou.

Bia, filha linda, com quem tenho aprendido a viver intensamente cada instante de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, e a todos que contribuíram para que esta vitória fosse alcançada, especialmente...

A Clayton, amor da minha vida, sua cumplicidade é essencial para as minhas conquistas.

A minha mãe Ismaélia, você é responsável pela minha educação, foi quem me ensinou a trilhar os caminhos deste mundo nos braços de Deus, sem ter medo, a buscar sempre meus objetivos. Obrigada, mãe, pelo acolhimento quando mais precisei.

A meu pai Adalberto, você sempre acreditou no meu potencial, estando sempre a me incentivar.

A Quellen, irmã querida, você é meu braço direito. Obrigada por me ajudar sempre quando preciso, especialmente com Bia.

A meu irmão Vladson e cunhada Laís, a amizade, o apoio e incentivo de vocês também foram essenciais nesta conquista.

A minha orientadora Enilda, por tudo que me ensinou com competência, sensibilidade, confiança, paciência e respeito. Você me mostrou o caminho da pesquisa; permitiu que eu andasse sozinha; estando a observar meu caminhar e corrigir meus passos errados. Hoje percebo o quanto cresci, graças à maneira como soube me conduzir neste caminho. Você é em grande parte responsável por esta conquista. Graças a sua dedicação e por acreditar no meu desempenho, hoje sou Mestra.

À professora Miriam Paiva, por poder contar sempre com sua sensibilização, apoio e carinho.

Ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, seu corpo docente e funcionários, que de maneira direta ou indireta contribuíram para esta conquista.

À SESAB, pela permissão para realização desta pesquisa.

A todas as mulheres que participaram do estudo, sem vocês seria impossível realizá-lo.

A Tatiane, Patricia, bolsistas de iniciação científica, com vocês aprendi a ensinar a fazer pesquisa e pude contar com vossa ajuda na concretização desta dissertação.

Às amigas Ana Luíza e Carla Cristina, vocês foram peças fundamentais nesta conquista. É muito bom ter amigas verdadeiras como vocês e contar sempre com o apoio, incentivo e companheirismo.

Enfim, muito obrigada a todos por possibilitarem essa experiência enriquecedora e gratificante.

Em todo o mundo... Minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente pobres, desproporcionalmente afetadas pelo desemprego e desproporcionalmente menos escolarizadas que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida. Estas, e outras formas de injustiça racial, são a cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro.

*Kofi Annan
(secretário geral da ONU, março 2001)*

RODRIGUES, Quessia Paz. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 98f. il. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RESUMO

O Brasil apresenta enormes desigualdades socioeconômicas, resultando em diferentes modos de acesso de serviços, o que reflete nos índices de mortalidade. No caso da saúde reprodutiva, há ligação entre mortalidade materna e acesso a serviços assistenciais de qualidade, e também há evidências de que mulheres negras estão submetidas a maiores riscos de morrer por causas obstétricas. Este estudo tem por objetivo geral: analisar a associação entre raça/cor e o acesso de mulheres usuárias do SUS aos cuidados pré-natais e no parto, no município de Salvador, Bahia; e específicos: estabelecer um perfil sócio-demográfico das mulheres do estudo; verificar a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal; verificar a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado durante o parto; verificar a associação entre raça/cor e a ocorrência de problemas de saúde. Como acesso possui distintas abordagens entre os autores, esta pesquisa baseou-se no modelo teórico de Andersen (1995). Trata-se de um estudo transversal. A amostra foi constituída por 449 mulheres internadas em quatro organizações públicas de saúde em Salvador. A obtenção dos dados deu-se por entrevista e consulta documental. Para o processamento dos dados utilizou-se o Epidata e SPSS. Foram realizadas análise exploratória dos dados e teste de razão de verossimilhança para verificar as associações entre as variáveis. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. Os aspectos ético-legais foram observados. Os resultados apontam que as usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto em Salvador são majoritariamente negras (92%). Em sua maioria têm entre 20 a 35 anos de idade (73,5%), possuem renda familiar entre 0 a 2 salários mínimos (79,1%), exercem ocupações sem remuneração (55,7%), possuem entre 10 a 12 anos de estudo (54,8%), são unidas (79,1%) e possuem de 1 a 2 filhos (78,2%). Quanto à religião, os maiores percentuais encontrados foram de católicas (37,6%) e sem religião (32,1%). Os dados referentes ao acesso ao cuidado pré-natal apontam uma maior concentração de mulheres que realizaram o pré-natal (94,0%), iniciando ainda no primeiro trimestre de gestação (63,0%), submetendo-se a seis ou mais consultas (51,2%), a exames de ultrassonografia (97,3%) e exames básicos (90,4%), estando também imunizadas contra o tétano (64,4%). Para a maioria das mulheres, o parto foi a termo (79,9%), sem acompanhante (98,6%), não houve encaminhamento do pré-natal para a maternidade/hospital (81,7%), o tipo de parto foi cesáreo (50,6%), e praticamente, nenhuma das mulheres que teve parto normal recebeu anestesia (99,1%). Quanto à associação entre raça/cor e acesso ao cuidado no parto, verificou-se diferença estatisticamente significativa para a variável “acompanhante no parto”. Com relação à ocorrência de problemas de saúde, 66,1% das mulheres não apresentaram patologias preexistentes à gestação, 66,1% desenvolveram pelo menos um tipo de patologias grávidas e 23,4% apresentou intercorrências no parto ou pós-parto. Houve diferença estatisticamente significativa entre raça/cor e ter apresentado anemia antes da gestação. Conclui-se que os estudos com recorte racial devem ser aprofundados, especialmente entre populações heterogêneas, no intuito de se verificar a influência dos fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde sobre o acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, utilização aos serviços de saúde, desigualdade em saúde, racismo e saúde, gênero.

RODRIGUES, Quessia Paz. **Racial inequalities in the access of women to prenatal care and childbirth.** (Bahia, Brazil) 98 pp. ill. 2009. Master Dissertation – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ABSTRACT

Brazil presents enormous socioeconomic inequalities, resulting in different ways of services access, which reflects on mortality rates. In case of reproductive medicine, there is a link between maternal mortality and the access to good care services, and there is also evidence that black women are subjected to higher risks of dying from obstetric causes. This study has a general aim: to analyze the association between race/color and the access of women that uses SUS (Single System of Health) to receive prenatal care and birth, in the city of Salvador, Bahia. This study has also specific aims: to establish a social demographic profile of the women in this study; to verify the association between race/color and the access to prenatal care; to verify the association between race/color and the access to care during birth; to verify the association between race/color and occurrence of health problems. As access has different approaches among authors, this research is based on theoretical model of Andersen (1995). This is a transversal study. The sample consists in 449 women hospitalized in four public health organizations in Salvador. Data were obtained through interviews and documentary consultation. For data processing we used Epidata and SPSS. Exploratory data analysis and verisimilitude tests were done to check the association between variables. The results were presented in tables and graphics. Ethical and legal aspects were observed. The results indicate that women who use public prenatal and birth services in Salvador are mostly black (92%). In most cases, they are from 25 to 35 years old (73,5%), they have family income from 0 to 2 minimum wages (79,1%), they perform an activity without payment (55,7%), they have about 10 to 12 years of study (54,8%), they are close to each other (79,1%), and they have 1 to 2 children (78,2%). Regarding religion, the highest percentages were in catholics (37,6%) and no religion (32,1%). Data relating to the access to prenatal care indicate major concentration of women that did prenatal (94,0%), starting in first trimester of pregnancy (63,0%), subjecting themselves to six or more consultations (51,2%), taking ultrasound tests (97,3%) and basic tests (90,4%), and they were also immunized against tetanus (64,4%). Most women had term birth ((79,9%), without accompanying person (98,6%), the women weren't sent from prenatal care to maternity hospital (81,7%), the type of birth was cesarean section (50,6%), and practically, no women that had natural childbirth received anesthesia (99,1%). About the association race/color and access to care in birth, there was a statistically significant difference for the variable "accompanying person". With respect to occurrence of health problems, 66,1% of women did not present pathologies background to pregnancy, 66,1% developed interurrences in birth or after. There was statistically significant difference between race/color and the occurrence of anemia before pregnancy. We conclude that racial studies must be deepened, especially among heterogeneous populations, in order to verify the influence of predisposing, enabling and health needs factors about the health services accessibility.

Key words: health services accessibility, use of health services, inequality in health, racism and health, gender.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1	Adaptação do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde. Salvador, 2008.	36
Quadro	1	Definições operacionais, categorização e níveis de medição das variáveis do estudo. Salvador, 2008.	42
Gráfico	1	Percentual de exames laboratoriais realizados durante o pré-natal, segundo raça/cor. Salvador, 2008.	50
Gráfico	2	Percentual dos motivos alegados pelas mulheres para não realizar o pré-natal. Salvador, 2008.	50
Gráfico	3	Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização dos exames básicos. Salvador, 2008.	51
Gráfico	4	Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização de USG. Salvador, 2008.	51
Gráfico	5	Percentual das mulheres segundo motivo de escolha da maternidade/hospital para o parto. Salvador, 2008.	52
Gráfico	6	Percentual de patologia desenvolvidas durante a gestação, segundo raça/cor. Salvador, 2008.	55
Gráfico	7	Percentual de intercorrências no parto e pós-parto, segundo raça/ cor. Salvador, 2008.	55
Figura	2	Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde (The Initial Behavioral Model).	97
Figura	3	Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde - fase 4.	98

LISTA DE TABELAS

Tabela	1	Distribuição das organizações públicas de saúde que realizam partos por Distrito Sanitário em Salvador/Ba.	38
Tabela	2	Tamanho mínimo da amostra e amostra real por organização de saúde. Salvador, 2008.	40
Tabela	3	Características sócio-demográficas das mulheres usuárias do SUS. Salvador, 2008.	47
Tabela	4	Caracterização do acesso ao cuidado pré-natal, segundo a raça/cor. Salvador, 2008	49
Tabela	5	Caracterização do acesso ao cuidado no parto, segundo a raça/cor. Salvador, 2008.	53
Tabela	6	Distribuição das patologias preexistentes à gestação, segundo raça/cor. Salvador, 2008.	54
Tabela	7	Distribuição dos exames laboratoriais realizados no pré-natal, segundo raça/cor. Salvador, 2008.	90
Tabela	8	Percentual dos motivos alegados para não realizar o pré-natal. Salvador, 2008.	91
Tabela	9	Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização dos exames básicos. Salvador, 2008.	92
Tabela	10	Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização de ultrassonografia obstétrica. Salvador, 2008.	93
Tabela	11	Percentual das mulheres segundo motivo de escolha da maternidade/hospital para o parto. Salvador, 2008.	94
Tabela	12	Distribuição das patologias desenvolvidas durante a gestação, segundo raça/cor. Salvador, 2008.	95
Tabela	13	Distribuição das intercorrências no parto e pós-parto, segundo raça/cor. Salvador, 2008.	96

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	16
2.1	ABORDAGENS TEÓRICAS	20
2.2	DESIGUALDADES DE ACESSO EM SAÚDE	24
3	RACISMO E ACESSO EM SAÚDE	30
4	MODELO TEÓRICO ADOTADO	34
5	METODOLOGIA	37
5.1	TIPO DE ESTUDO	37
5.2	LOCAL DO ESTUDO	37
5.3	CÁLCULO DA AMOSTRA	38
5.4	COLETA DE DADOS	40
5.5	VARIÁVEIS	41
5.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	44
5.7	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	45
5.8	LIMITES E VANTAGENS DO ESTUDO	45
6	RESULTADOS	47
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
7.1	FATORES PREDISPONENTES E CAPACITANTES DO ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL E NO PARTO	56
7.2	RAÇA/COR E O ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL	60
7.3	RAÇA/COR E O ACESSO AO CUIDADO NO PARTO	64
7.4	RAÇA/COR E OS FATORES DE NECESSIDADES EM SAÚDE	68
8	CONCLUSÕES	72
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	87
	ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos meios necessários para manutenção/recuperação da saúde constitui um dos direitos de cidadania previsto na Constituição Brasileira de 1988. Como tal, deve estar ao alcance de toda a população, independente de sua condição social ou características pessoais e posições ideológicas, dentre outros aspectos.

Entretanto, a uma parcela significativa da população, representada pelas mulheres, esse direito não tem sido garantido, pois, fenômeno como a alta mortalidade materna prevalece nos dias atuais, embora seja reconhecidamente evitável em grande parte dos casos, através da oferta e utilização de serviços assistenciais de qualidade.

De fato, a mortalidade materna no Brasil corresponde a 74,5 por cem mil nascidos vivos. Em Salvador essa taxa corresponde a 71,7 (BRASIL, 2004b; SALVADOR, 2007), sendo considerada alta para os padrões aceitos mundialmente. Há evidências de que essa taxa pode variar de acordo com especificidades de mulheres como poder aquisitivo, região geográfica, e, principalmente, a raça/cor.

Em relação à distribuição dessas mortes, registra-se que dos 37 óbitos maternos ocorridos em Salvador, no ano 2008, 84% (31) teve as mulheres pretas e pardas como vítimas (SESAB, 2009). Pode-se dizer que a proporção é alta, considerando que, para o mesmo período, o percentual de mulheres negras nessa população é de 81,9%, segundo dados da PNDS/2006 (BRASIL, 2008).

No tocante à relação entre acesso ao cuidado e classe social, a investigação realizada por Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) sobre a assistência pré-natal em serviços públicos de Salvador, através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), aponta baixa cobertura de consultas, vacinação antitetânica e de teste anti-HIV. Esses serviços são utilizados na grande maioria pelas mulheres de mais baixa renda.

Segundo Perpétuo (2000), as mulheres negras apresentam menor acesso à assistência obstétrica e o percentual para essas mulheres que não realizam o pré-natal é maior em comparação com as brancas. Além disso, para as mulheres negras, a interação entre os fatores biológicos, sociais e ambientais as tornam mais vulneráveis a alguns agravos, como a hipertensão arterial, diabetes, dentre outras. Estas doenças são consideradas de alto risco durante o período gravídico-puerperal.

Também se identificam problemas na organização da assistência oferecida às mulheres durante a gestação, parto e puerpério. A falta de vínculo entre a assistência pré-natal e parto

leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas para internação nas maternidades. Essa situação fere um dos aspectos fundamentais dos direitos de cidadania.

Segundo Tanaka (1998), o pré-natal é realizado por aproximadamente 75% das gestantes brasileiras, contudo os serviços públicos não têm para onde encaminhar as mulheres em trabalho de parto ou diante de uma gestação de alto risco, que precisem de cuidados específicos ou mesmo de uma internação precoce.

Embora a assistência pré-natal tenha sido incorporada às políticas públicas de saúde desde a década de 1970, com a instituição do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a centralidade de suas ações na função reprodutiva das mulheres deixou ao azar os demais aspectos da saúde que interferem no desenvolvimento da gravidez e do parto.

A partir desse período, tem início a estruturação e o crescimento da assistência privada em saúde, permitindo que mulheres de maior poder aquisitivo passassem a usufruí-la em maior escala. Entretanto, a pequena capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, aliada às precárias condições econômicas impedia o acesso a esses serviços de grande parte da população feminina.

No final dos anos 1970, o feminismo emerge com força, no Brasil, tendo a formulação de políticas de atenção integral à saúde da mulher com a consequente ampliação das ações para além do período gravídico-puerperal como principais bandeiras. Tais demandas resultaram, no início da década de 1980, na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que, além de contemplar a atenção direcionada para o pré-natal, parto e puerpério, incluía ações específicas para assistência às mulheres em casos de abortamento, implantação/expansão dos serviços de Programas de Planejamento Familiar, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras.

Apesar desse grande avanço nas políticas de saúde, algumas especificidades das múltiplas mulheres existentes não foram observadas no texto do PAISM, que passa por revisão crítica no final dos anos noventa, como reflexo das mudanças do enfoque teórico e político e do feminismo brasileiro.

As mudanças teóricas e da práxis feminista dos anos noventa, no Brasil, levaram à revisão das pautas de reivindicações na saúde e nos demais setores da vida social, para assumir o que Scott (1992) denomina a “diferença dentro da diferença”. Isso se dá, também, pela emergência de outros movimentos de pessoas excluídas socialmente, com destaque para o movimento negro.

Nessa perspectiva, formula-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, ampliando suas ações para atenção às mulheres rurais, com

deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, tendo em vista as suas especificidades (BRASIL, 2004a).

Em que pese o esforço dos movimentos feministas para melhorar a saúde e o acesso das mulheres aos bens sociais, incluindo a saúde integral, as dificuldades de acesso ao cuidado qualificado no pré-natal e parto, são indicativas das relações desiguais de gênero, uma vez que as medidas que devem ser adotadas para reduzir parte expressiva dos problemas de saúde das mulheres – as questões ligadas à saúde reprodutiva – são conhecidas e de relativo baixo custo.

Do exposto, conclui-se que os problemas de saúde das mulheres distribuem-se de maneira desigual e são maiores nos grupos sociais menos privilegiados, sendo a raça/cor um dos fatores implicados nas desigualdades de acesso ao cuidado em saúde. De modo geral, as mulheres negras têm apresentado maiores dificuldades no acesso a bens e serviços, o que nos levou a questionar se a raça/cor está associada ao acesso de mulheres usuárias do SUS aos cuidados pré-natais e no parto no município de Salvador.

A relação entre raça e grande parte dos fenômenos sociais ganhou notoriedade recentemente, no Brasil, devido às contundentes intervenções dos movimentos negros na (re)formulação de políticas públicas que incidam sobre a eliminação das desigualdades, tendo as políticas de cotas como um dos principais instrumentos desse processo.

Tendo o mito da democracia racial como pano de fundo, argumenta-se que tanto as condições de saúde quanto as condições do acesso das mulheres ao cuidado devem-se a questões de classe e de competências para o trabalho melhor remunerado, independente da raça ou cor.

Entretanto, como vimos, estudos demonstram desigualdades de acesso ou nas condições de saúde de mulheres supostamente pertencentes a inserções sociais semelhantes, se considerarmos o uso de serviços públicos de saúde como indicador de classe social.

Desse modo, acreditamos que as dificuldades de acesso das mulheres negras ao cuidado qualificado estão relacionadas ou são agravadas pelo racismo e sexismo vigentes em nossa sociedade.

Portanto, este estudo tem como objeto a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal e no parto.

A partir disso, formulamos a seguinte hipótese: existe associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal e no parto, estando as mulheres negras em piores condições de acesso a esses cuidados, quando comparadas às mulheres não negras.

Para testar a hipótese foram definidos os seguintes objetivos:

Geral: Analisar a associação entre raça/cor e o acesso de mulheres usuárias do SUS aos cuidados pré-natais e no parto, no município de Salvador, Bahia.

Específicos

- (a) Estabelecer um perfil sócio-demográfico das mulheres do estudo;
- (b) Verificar a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal;
- (c) Verificar a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado durante o parto;
- (d) Verificar a associação entre raça/cor e a ocorrência de problemas de saúde.

O conceito de acesso é bastante complexo, abrangendo distintos aspectos. Neste estudo, será adotada a concepção de Andersen (1995), para quem o acesso corresponde ao uso real ou à utilização de serviços. O autor criou um Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde que inclui as características individuais das(os) usuárias(os) como fatores influenciadores ou determinantes das características do acesso. Dentre eles, podemos destacar a idade, o sexo e a raça.

No Brasil existem poucos estudos enfocando o acesso de mulheres negras aos serviços de saúde, e este fato encontra-se em boa parte relacionado à ausência do quesito cor nos registros de saúde.

Dentre alguns estudos locais desenvolvidos com a temática de acesso e utilização de serviços de saúde, destaca-se a tese de Cunha (2007) intitulada: “Acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia”, onde constata que a utilização real dos serviços está relacionada às posições ocupadas pelos indivíduos no espaço social; e a pesquisa de Souza (2006), que, ao verificar a desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia, detecta que indivíduos de raça/cor branca, do sexo feminino, com maior nível de escolaridade e maior renda são os que mais utilizam os serviços de saúde no estado da Bahia.

Ambas as pesquisas denotam as desigualdades em saúde. Nessa perspectiva, muitas medidas precisam ser adotadas para minimizar e até mesmo erradicar essas desigualdades, dentre elas, o desenvolvimento de pesquisas que utilizem perspectivas de gênero e racismo.

Logo, é extremamente relevante o desenvolvimento de estudos que verifiquem a existência de desigualdades de acesso entre usuárias do SUS, tendo em vista a eliminação da discriminação racial existente em nosso país.

Este estudo poderá subsidiar a formulação de políticas públicas de atendimento em saúde ao chamar atenção para as desigualdades raciais no acesso a serviços assistenciais de pré-natal e de parto, e assim, contribuir para a redução de uma das barreiras que geram seletividade social na capacidade de utilizar serviços de saúde.

O tema de estudo faz parte da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde incluído no item “Desigualdades socioeconômicas, étnico raciais e de gênero na atenção e cuidados à saúde”, sub-tema da linha de pesquisa magnitude, dinâmica compreensão dos problemas de saúde da mulher (BRASIL, 2005a).

Além disso, a pesquisa proporcionará um aprofundamento do conhecimento sobre racismo e saúde e fortalecerá a linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem bem como os estudos realizados pelo Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher – GEM.

Trata-se de um recorte da investigação intitulada “Acesso de mulheres ao cuidado em saúde: determinações de gênero e raça/cor”, que está sendo desenvolvido com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

A motivação para tratar desta temática ocorreu devido à auto-identificação da autora com a raça negra, o que a tornou sensibilizada para os estudos com recorte racial, tendo em vista a manutenção dos negros em posição de desigualdade na sociedade brasileira. Além disso, durante o curso de graduação ingressou no GEM, onde desenvolveu como bolsista de Iniciação Científica, vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, os projetos de pesquisas intitulados:

- a) Indicadores Quantitativos da Assistência em Saúde Reprodutiva de Mulheres em Salvador, Bahia, desenvolvido de 2003 a 2004;
- b) Indicadores Qualitativos da Assistência prestada às mulheres no pré-natal em Salvador, Bahia, desenvolvido de 2004 a 2005.
- c) Implantação/utilização do quesito cor: estado da arte e opinião das usuárias de serviços assistenciais de saúde reprodutiva, desenvolvida de 2005 a 2006.

Essa trajetória acadêmica culminou no interesse pelas discussões sobre a assistência prestada às mulheres no período gravídico-puerperal, em que pese a atenção deficitária existente em Salvador. Trabalhar com a temática raça/cor também proporcionou analisar as situações de saúde de forma diferenciada, levando em consideração os aspectos vivenciados pela população negra.

O incentivo para realizar esta pesquisa deve-se ao fato de a assistência pré-natal e parto ser constituída como direito de todas as mulheres e não ser acessível para uma grande parcela da população. Além disso, a experiência profissional em serviços públicos de saúde evidenciou diferenças no acesso entre mulheres negras e brancas.

2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nas primeiras décadas do século XX, as políticas de saúde no Brasil surgiram com ações públicas direcionadas às endemias e aos problemas gerais de saneamento vigentes naquela época.

Com o apogeu da economia cafeeira e acelerada urbanização e desenvolvimento industrial, os serviços de saúde se expandiram através de ações de saúde pública. O país então passou a desenvolver medidas de proteção e recuperação à saúde de seus trabalhadores através de benefícios e auxílios previdenciários (COSTA, 2001).

As grandes empresas, de acordo com Paim e Teixeira (1994), passaram a oferecer aos seus trabalhadores estes serviços através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), resultando em benefícios médicos proporcionais às contribuições. Entretanto, a maior parte da população, sem vínculo empregatício, tornou-se excluída deste contexto, tendo em vista o acesso discriminatório ao atendimento médico.

A partir dos anos 30, a assistência previdenciária foi ampliada com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), e o Estado passou a financiar a assistência médica tanto dos segurados como dos dependentes. Segundo Costa (2001, p. 21), este fato corresponde a um “momento histórico em que a saúde foi considerada como um direito social apenas para aqueles que possuíam carteira de trabalho”.

Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo Decreto Lei nº. 72 de 21/11/1966, “com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema” (FINKCLMAN, 2002, p. 235).

O INPS ampliou a cobertura de assistência médica a todos os empregados formais, aos empregadores e autônomos que contribuíssem para a Previdência Social. Este período também foi marcado pela incorporação da população rural nesta cobertura, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na forma de contribuição.

Toda a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social de 1976. Contudo, grande parte da população ainda não podia ter assistência à saúde como um direito social, como é explicitado por Costa (2001):

Se por um lado, estendeu-se a cobertura previdenciária ao incrementar o acesso à assistência médica pela população brasileira, por outro, para a população não previdenciária, restava, ainda, acesso restrito aos serviços filantrópicos ou públicos, enquanto “indigente” (COSTA, 2001, p.23).

Mesmo com a ampliação da cobertura previdenciária, muitos brasileiros não eram contemplados com esse benefício, restando uma assistência de pior qualidade.

O Plano Nacional de Saúde, elaborado em 1968, sobressaiu-se por algumas características centrais, destacando-se a universalização do acesso e a integração da assistência médica. De acordo com Finkelman (2002), se essas características fossem implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país. Alguns aspectos são particularmente polêmicos do plano, entre eles, a privatização da rede pública e a adoção do preceito de livre escolha, pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e a complexidade dos procedimentos.

Aos poucos as pessoas foram se conscientizando da necessidade de lutar contra essa injustiça, e nos anos 70, um movimento social, iniciado a partir da consciência coletiva dos direitos da pessoa humana, tomou força e imprimiu na letra da lei o direito à saúde. Intitulado “Movimento de Reforma Sanitária”, sua proposta básica era a plena democratização da saúde no país.

Por si só o termo “Reforma Sanitária” explicitava claramente o objetivo pretendido: reformar o sistema de saúde vigente, absolutamente inadequado às reais necessidades da população, e mudar o conceito por muitos anos mantido a respeito desse assunto.

Segundo Noronha (2002), a Reforma Sanitária Brasileira, iniciada a partir dos anos 80, formulou princípios gerais e organizacionais que deveriam assegurar uma melhoria das condições de saúde e acesso a ações e serviços de saúde.

Com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1986, rompeu-se a diferença entre o previdenciário e o indigente. Entretanto, as desigualdades do acesso aos serviços persistiam, pois apenas uma elite reduzida da população podia pagar por serviços especializados e pela tecnologia de ponta (PAIM; TEIXEIRA, 1994).

O ideal da boa saúde não mais podia ser preocupação e responsabilidade apenas de uns poucos cidadãos, mas sim do Governo e de toda a sociedade. Para que esse ideal se tornasse realidade, fez-se necessária a completa reestruturação do setor público de saúde. Assim, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este novo modelo de atenção à saúde, votado e aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, legitimado na Constituição de 1988 e homologado através da Lei 8080/90 e 8142/90, teve suas recomendações compondo o projeto da reforma Sanitária Brasileira. Além disso, sua criação foi essencial para enfrentar tanto as necessidades quanto as

dificuldades de saúde bem como alterar as desigualdades do acesso aos serviços e assistência à saúde.

Uma realização importante desse novo modelo de organização de sistema, serviços e práticas de saúde foi a inserção no texto constitucional como direito de cidadania e dever do Estado. Este fato rompeu com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros dos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

O SUS, portanto, pretendia superar a oferta estratificada dos serviços de saúde e o atendimento diferenciado dado aos distintos indivíduos, o que caracterizava iniquidade no acesso às ações de saúde, uma vez que os recursos físicos, financeiros e humanos eram distribuídos de maneira desigual.

O SUS não é um serviço ou instituição, mas um sistema que significa um conjunto integrado de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Conforme afirmam Vasconcelos e Pasche (2008), trata-se de um sistema complexo que abrange as organizações públicas de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, além de serviços privados contratados ou conveniados para atender os usuários. Tem por responsabilidade articular e coordenar ações promocionais, de prevenção, de cura e de reabilitação.

A partir das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, estipulou-se um novo conceito à saúde:

[...] formulou-se um conceito abrangente de saúde – com implicações políticas e institucionais – que admite determinantes e condicionantes nos campos biológico (idade, sexo, entre outros), meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda e educação) e oportunidades de acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SANTANA, 2003, p. 19).

Noronha (2002) considera que o direito à saúde implica na implementação de políticas sociais e econômicas que tenham impactos tanto na redução de riscos de doenças quanto na garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A universalidade e a equidade de acesso, a descentralização da gestão administrativa e a integração dos serviços de saúde passaram a ser metas políticas a serem alcançadas.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, estabeleceu o direito de todo cidadão ao acesso, sem discriminação em todos os níveis, bem como a responsabilidade do governo em garantir o pleno gozo deste direito.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SENADO FEDERAL, 1988).

A Constituição de 1988 introduz ainda importantes modificações no sistema de saúde do país com a criação do SUS, institucionalizando a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde para populações urbanas e rurais (TRAVASSOS et al, 2000).

Concordando com Travassos et al, Finkelman (2002) considera que a Constituição consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania e sua regulamentação inclui, entre os princípios do SUS, a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios. A Lei 8080/1990 proporcionou a gratuidade da atenção, tentando impedir que o acesso fosse dificultado por uma barreira econômica, como por exemplo, a distância dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao cuidado, dentre outros.

Nessa perspectiva, o SUS engloba o princípio da discriminação positiva para com os grupos mais vulneráveis socialmente, priorizando a oferta de ações e serviços de saúde aos segmentos populacionais com precárias condições de vida que consequentemente enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer decorrentes da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Com esses princípios garantidos por lei, toda a população brasileira passou a ter direito aos serviços de saúde previdenciários, anteriormente restritos aos contribuintes da Previdência Social. Desse modo, legitimou-se juridicamente um espaço de expressão democrática e construção de cidadania em saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1995).

Nesse sentido, Santana (2003) faz uma reflexão sobre o direito à saúde como direito de cidadania:

Assim, é vital para legitimação do direito à saúde, conquistado em 1988 na Constituição “cidadã” que os “seres” sociais se percebam cidadãos e como tal, independente do sexo, da idade, da raça, da profissão, da religião, da tendência política, da classe social portam direitos, os quais são fundamentais às necessidades essenciais que são inerentes ao ser humano (SANTANA, 2003, p.24).

Considerando também a saúde como direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, Assis, Villa e Nascimento (2003) enfatizam que para universalizar a atenção é preciso

formular um modelo social ético e equânime, norteado pela inclusão social e solidariedade humana.

A equidade é definida no âmbito das normas do SUS como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (TRAVASSOS et al, 2000; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002).

Embora a saúde seja um direito de todos, conforme consta na Constituição Federal, muitas vezes esse direito é desrespeitado e o acesso ao atendimento é dificultado. Um exemplo disso é o fenômeno da peregrinação de parturientes entre unidades e a desconexão entre atenção ao parto e ao pré-natal, que acabam, muitas vezes, anulando os potenciais efeitos da assistência prestada e resultando em altos índices de morbimortalidade materna (AQUINO, 2002).

Um dos maiores desafios do SUS atualmente é mudar a organização dos serviços e práticas assistenciais objetivando assegurar acesso e qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

2.1 ABORDAGENS TEÓRICAS

O conceito de acesso é considerado complexo porque possui distintas abordagens entre autores(as), mudando ao longo do tempo e de acordo com o contexto social, político e econômico. Além disso, a terminologia empregada também é variável.

Os enfoques dados pelas(os) autoras(es) variam da seguinte maneira: uns privilegiam as características dos indivíduos (ligado à demanda); outros enfocam as características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre indivíduos e serviços, ou seja, na demanda e oferta.

Andersen (1995) utiliza a terminologia acesso como um dos elementos do sistema de saúde dentre aqueles ligados à organização dos serviços, tendo por significado a entrada nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados subsequentes. Portanto, na sua concepção, acesso é sinônimo de utilização de serviços de saúde.

O autor desenvolveu um Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde através do qual é possível obter medidas de acesso. Há vários fatores que influenciam no uso dos serviços, como o ambiente externo, as características populacionais, o comportamento em

saúde e os resultados obtidos no âmbito da saúde. Os fatores individuais são agrupados em três categorias: predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde.

Os fatores de predisposição são aqueles relativos às características individuais que podem aumentar ou diminuir a chance de uso de serviços de saúde, e se referem às características sócio-demográficas como idade, gênero, nível de escolaridade, raça, hábitos, dentre outros.

Os fatores de capacitação referem-se à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde. A capacidade de consumo de serviços é condicionada pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços, entre outras características.

Os fatores de necessidades de saúde referem-se às percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, através da autopercepção de problemas de saúde ou de estado de saúde insatisfatório. Além do estado de saúde detectado por procedimentos técnicos, às vezes não percebido pelo indivíduo.

Entretanto, vale ressaltar que o modelo comportamental não se restringe a explicar a utilização através dos determinantes individuais, mas também como sendo produto do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência vivenciada na utilização dos serviços.

Concordando com Andersen, Black et al (1999 citado por VIACAVA, 2002), ressaltam que o estado de saúde e a percepção do estado de saúde determinam a procura pelos serviços. Esse fato é influenciado tanto pela oferta de serviço quanto pelas práticas de atenção à saúde.

Para Pinheiro et al (2002), o conceito de acesso aos serviços de saúde também está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão dessas necessidades em demandas e destas em uso. Entretanto, os fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço disponível ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e, dessa forma, pode ser considerado um indicador de acesso.

Essa abordagem sobre acesso amplia o conceito introduzindo a etapa de utilização de serviços de saúde, além de considerar os fatores sociais, culturais, econômicos e políticos do indivíduo, determinantes na procura e uso dos mesmos.

Para Travassos e Martins (2004), o conceito de Andersen torna-se multidimensional, composto por dois elementos: o acesso potencial, incorporando os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso; o acesso realizado, incluindo os fatores predisponentes, as necessidades de saúde, além de fatores contextuais, relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviço.

Em suas últimas atualizações, Andersen (1995) inseriu em seu modelo os efeitos dinâmicos do uso de serviços de saúde, introduzindo os conceitos de: acesso efetivo, resultante da melhora das condições de saúde ou satisfação das pessoas com o uso dos serviços; e acesso eficiente, relacionado ao grau de mudança na saúde ou na satisfação com o volume de serviços consumidos.

O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. Apesar de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Dentre eles, destacam-se os sociais, individuais e culturais prevalentes na população.

Tanto para Andersen quanto para Donabedian (1973), acesso é uma característica da oferta importante para a explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. Nesse sentido, “a dinâmica de utilização de tais serviços tem sido avaliada a partir da sua disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos indutores de sua oferta” (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002, p. 758).

No início da década de 1990, o Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos EUA, considera acesso como uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível, correspondendo ao cuidado qualificado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Gold (1998) justifica esse deslocamento do acesso para os resultados dos cuidados, devido às inter-relações cada vez mais próximas entre as dimensões do desempenho dos sistemas de saúde como acesso, custo, efetividade e satisfação.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalização – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnóstico – com os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desse modo, os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão relacionados: à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), usuários (características demográficas, geográficas, sócio-econômicas, culturais e psíquicas), prestadores de serviços (características demográficas, tempo de graduação, especialização, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento), à organização (recursos disponíveis, características da oferta – disponibilidade de médicos, hospitais e ambulatórios, modo de remuneração, acesso geográfico e social) e à política que determina o tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, dentre outros (PINHEIRO et al, 2002).

Outra terminologia empregada para conceituar o acesso é a acessibilidade. Para Donabedian (1973), essa terminologia expõe um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade pode ser distinguida em duas dimensões: sócio-organizacional e a geográfica, e estas se inter-relacionam.

A acessibilidade sócio-organizacional corresponde a todas as características da oferta de serviços que podem ser influenciadas pelas políticas formais ou informais. A acessibilidade geográfica, por sua vez, permite tanto a obstrução quanto o aumento do uso de serviços pelas pessoas, pois relaciona-se com a distância, custo da viagem, tempo de locomoção, etc.

Portanto, a acessibilidade diz respeito à relação existente entre as aspirações e necessidades dos indivíduos em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las. Nessa perspectiva, a acessibilidade encontra-se estreitamente relacionada com as características dos indivíduos, bem como o uso de serviços.

Travassos e Martins (2004, p. 190) afirmam que “o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional dentro do sistema de saúde”. O comportamento do indivíduo geralmente é o responsável pelo primeiro contato com a unidade de saúde, entretanto, a depender da forma como é tratado e cuidado, ou seja, como é acolhido, determinará seu retorno para continuidade da assistência que lhe é prestada. Logo, os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes.

Concordando com Merhy (1997), o vínculo estabelecido entre usuário e profissional de saúde requer uma relação humanizada e acolhedora. O profissional deve utilizar as tecnologias disponíveis para minorar o sofrimento da população, pois tanto o acesso aos serviços de saúde quanto os benefícios advindos das práticas são um direito da(o) cidadã(o).

É nesse contexto que a acessibilidade se enquadra, pois ela não se restringe apenas à utilização dos serviços de saúde, engloba também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos usados para atender às necessidades de saúde.

Frenk (1985) também desenvolve o conceito de acessibilidade fundamentando-se na proposta de Donabedian, entretanto limita-o às etapas de procura e entrada nos serviços. Dentre suas contribuições destaca-se a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários: necessidades de saúde → desejo de obter cuidados de saúde → procura → entrada nos serviços → continuidade dos cuidados. Ele ainda afirma que acessibilidade consiste em um poder de utilização, ou seja, na capacidade do indivíduo superar os obstáculos existentes na procura e obtenção dos cuidados em saúde. Esses

obstáculos são classificados em ecológicos, financeiros e organizacionais, enquanto que o poder de uso da população é categorizado em poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização.

Penchansk e Thomas (1981) utilizam o termo acesso relacionando-o ao grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, como a ideia desenvolvida por Donabedian (1973). Contudo, identificam atributos relacionados entre a oferta e os indivíduos. As dimensões que compõem o conceito de acesso são: disponibilidade (volume de clientes e tipo de necessidade), acessibilidade (localização de oferta em relação à localização de clientes), acolhimento (como o serviço se organiza e a capacidade de adaptação dos clientes a essa organização), capacidade de compra (financiamento dos serviços), e aceitabilidade (atitudes dos clientes sobre os profissionais e a aceitação dos prestadores de serviços ao cliente).

Seguindo a mesma linha teórica de Donabedian, Frenk, Penchansk e Thomas, Giovanella e Fleury (1995) discutem acesso a partir da relação existente entre usuários e os serviços de saúde, explicando o acesso através das seguintes dimensões explicativas: a política, a econômica, a técnica e a simbólica.

A dimensão política trata da organização popular e do controle social como elementos de transformação política. A dimensão econômica refere-se à relação entre oferta e demanda. A dimensão técnica exprime as dificuldades do usuário no atendimento pretendido bem como o planejamento, organização, fluxo, qualidade e resolutividade dos serviços. A dimensão simbólica engloba a relação das representações sociais acerca do processo saúde-doença com a organização do serviço para atender às necessidades dos usuários.

Vale ressaltar que as dimensões explicativas do acesso, desenvolvidas por Giovanella e Fleury, permitem verificar a garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde contemplando a universalidade, a equidade e a integralidade, princípios previstos pelo SUS.

2.2 DESIGUALDADES DE ACESSO EM SAÚDE

Dentre todas as regiões do mundo, a região das Américas é a que apresenta maiores desigualdades do ponto de vista da situação socioeconômica de seus grupos populacionais e das condições de vida em geral, o que acaba refletindo em grandes desigualdades em saúde, tanto no estado de saúde, como no acesso e utilização de serviços de atenção à saúde (DACHS, 2002).

A igualdade de acesso aos serviços de saúde não é uma realidade da sociedade brasileira, pois esta vive em uma situação de alta seletividade e exclusão social devido à medicina de mercado, com planos de saúde cada vez mais competitivos, apresentados de formas inovadoras e viabilizando o acesso aos serviços e ações de saúde a uma grande parcela da população que pode comprar (SPOSATI; LOBO, 1992 apud COSTA, 2001).

Assis (1998), Barros (1996), Campos (1991,1992) e Giovanella e Fleury (1995) consideram o acesso no setor público focalizado, pois restringe o atendimento a determinados serviços ou programas de saúde; e seletivo com a distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário, estabelecendo as desigualdades de acesso.

Além disso, o setor público tem vivenciado alguns problemas, como indisponibilidade de uma vaga para o atendimento, falta de médico, espera demorada, rigidez das normas, oferta deficitária ou ausente de exames complementares e constantes filas para marcação de consultas.

Concordando com Costa (2001), as desigualdades sociais no Brasil também se colocam como uma barreira de acesso aos serviços, pois muitos daqueles que necessitam de um atendimento no serviço público de saúde não têm recursos financeiros suficientes para se deslocarem até o local de atendimento.

Entretanto, a igualdade no uso de serviços de saúde é uma condição muito importante, mas não é o suficiente para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer.

Lopes (2003) ressalta que as condições socioeconômicas dos sujeitos, o lugar onde eles vivem, a qualidade dos equipamentos sociais aos quais têm acesso, a sensibilidade, humanização e o compromisso da equipe profissional são determinantes na eficácia do cuidado em saúde.

Vários estudos têm comprovado que a posição do indivíduo na escala social exerce importante influência nas necessidades em saúde, e o risco observado tende a ser mais desvantajoso para aqueles pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados (TRAVASSOS et al, 2000).

Por exemplo, o estudo realizado por Neri e Soares (2002), com base nos dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD/1998, detectou que os brasileiros mais pobres têm pior acesso a planos de saúde, necessitam de maiores cuidados com a saúde, porém consomem menos os serviços.

A pesquisa desenvolvida por Souza (2006), com base nos dados da PNAD/2003, aponta que o motivo principal pelo qual os baianos não foram atendidos na primeira vez que

procuraram atendimento foi devido à falta de vaga. Entretanto, o percentual para os indivíduos mais pobres (66,8%) foi superior aos mais ricos (48,5%).

Além disso, 25% da população brasileira têm algum plano de saúde, sendo que a posse desse bem é maior na população socialmente privilegiada pela distribuição de renda. Portanto, as chances de se procurar serviços de saúde estariam diretamente relacionadas a grupos sociais mais privilegiados, ou seja, aqueles com maior nível de escolaridade e acesso a planos de saúde (NERI; SOARES, 2002).

Com relação às necessidades de saúde, as morbidades mais fáceis de serem percebidas, como dor de coluna, artrite, reumatismo, são mais frequentes nos indivíduos com menor poder aquisitivo, ao passo que doenças como câncer, diabetes e outras são mais facilmente diagnosticadas em indivíduos com maior poder aquisitivo. Esse fato encontra-se relacionado ao melhor acesso aos serviços de saúde, especialmente aos procedimentos de rotina ou de prevenção utilizados pelos mais favorecidos, enquanto que os grupos menos privilegiados desconhecem seu verdadeiro estado de saúde, por possuírem menor nível de informação. Contudo, esse fato não deve significar que há uma menor probabilidade de se adquirir tais afecções quando comparados aos indivíduos de maior rendimento (NERI; SOARES, 2002).

Os estudos mostram também que, de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; SIQUEIRA, FACCHINI; HALLAL, 2005).

Na investigação realizada por Pinheiro et al (2002), as mulheres referiram frequentar mais regularmente os serviços de saúde (73,6%) do que os homens (68,7%), e estas possuem mais cobertura por planos de saúde (25,7%) do que os homens (23,1%). As diferenças de gênero em sociedades industrializadas apontam que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, as mesmas apresentam mais morbidade e problemas psicológicos.

Verbrugge (1989 apud PINHEIRO et al 2002) justifica esse diferencial através das variações no perfil de necessidades de saúde entre mulheres e homens, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto. Um outro fator apontado é o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde.

Pode-se considerar que os diferentes papéis sociais determinados pela sociedade para homens e mulheres influenciam diretamente nos diferenciais de saúde. Às mulheres sempre foi atribuída a responsabilidade pelo cuidado com a saúde, enquanto os homens foram responsáveis pelo sustento da família, ou seja, o provedor de bens.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007), ao analisarem porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres, identificaram a seguinte justificativa: como o

homem é considerado um ser viril, invulnerável e forte, ao procurar um serviço de saúde na perspectiva do cuidado preventivo poderia remetê-lo à fraqueza, medo, insegurança, implicando em desconfiança de sua masculinidade. Outro motivo apontado pelos homens refere-se ao medo da descoberta de uma doença grave e vergonha em expor seu corpo a um profissional de saúde. Além dessas questões, a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem dificulta também o acesso.

Os estudos norte-americanos demonstram que os homens sofrem mais doenças crônicas fatais, e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde. As mulheres apresentam mais frequentemente doenças de duração curta, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias e doenças crônicas não fatais que geram um grande volume de demanda aos serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002).

Cherry e Woodwell (2002) apud Pinheiro et al (2002) observaram que as mulheres procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou cuidado preventivo, enquanto os homens buscam mais o cuidado curativo.

Além da classe social e do gênero, a raça têm sido outra característica social determinante na análise das situações de saúde.

Com relação à população negra brasileira, sabe-se que esta vive a tripla desigualdade – social, econômica e racial – que se expressa em seus corpos e na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos a que tem acesso.

Cunha (2003) afirma que as pesquisas indicam que, no Brasil, as pessoas negras ocupam posições menos qualificadas e mal remuneradas no mercado de trabalho; possuem níveis mais baixos de instrução; residem em áreas com menos serviços de infra-estrutura básica; sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, quando o têm, deparam-se com os de menor qualidade.

Portanto, a população negra brasileira tem vivenciado, em sua grande maioria, situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação socioeconômica, resultando em vulnerabilidade para uma série de agravos à saúde.

Ribeiro et al (2006) observou que, dentre os indivíduos que procuraram serviços de saúde e não foram atendidos, houve proporcionalmente mais pretos e pardos do que brancos.

Cunha (2003) detectou em São Paulo uma maior percentagem de crianças negras com baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais da mãe e da criança, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas, como diabetes e hipertensão não controladas durante a gravidez pelo acesso restrito aos serviços de saúde ou pela pior qualidade comparativa dos serviços utilizados pelas mães desse grupo.

Além disso, a alta incidência de doenças como hipertensão e diabetes nesse grupo racial implica na necessidade de um olhar diferenciado para essa parcela da população.

Um importante recurso para prevenir doenças é o acesso de serviços assistenciais de saúde, pois este reflete, particularmente, na redução da mortalidade por doenças evitáveis.

No caso da saúde da mulher, muitas mortes maternas poderiam ser evitadas através de uma assistência de qualidade durante o período gravídico-puerperal. No Brasil, a taxa de mortalidade materna, segundo o censo de 2002, é alta, e corresponde a 74,5 por cem mil nascidos vivos, sendo que esse problema encontra-se associado à precariedade da assistência (BRASIL, 2004b). Segundo Tanaka (1998), no Brasil, as causas de óbitos maternos são devidas, em mais de 90%, a causas obstétricas diretas, e em menos de 10%, a causas obstétricas indiretas.

A taxa de mortalidade materna difere para as mulheres a depender da posição social que elas ocupam na sociedade (ARTICULAÇÃO, 2001). Além disso, estudos vêm mostrando que a variável raça/cor também tem influenciado nesse dado.

A Articulação das Mulheres Brasileiras (2001) afirma que, nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, o coeficiente de morte materna por mulheres negras é grande, pois essas regiões têm a maior proporção de população negra e indígena, e com atendimento à saúde mais precário.

Nesse aspecto, o estudo de Martins et al. (2004), realizado em Salvador/Bahia, evidencia que as mulheres negras apresentam risco relativo de morte materna de 4,0, enquanto que para as brancas o valor encontrado foi de 1,5. Esse dado demonstra, de certo modo, deficiências no acesso à assistência no período gravídico-puerperal de qualidade.

A morte materna, na população negra, é mais frequente por razão da predisposição biológica para algumas doenças, como hipertensão, diabetes tipo II e anemia falciforme (BRASIL, 2005a). Entretanto, para além do enfoque genético, o precário acesso aos serviços de saúde e às condições de vida podem configurar uma vulnerabilidade mais acentuada para as mulheres negras.

Leal, Gama e Cunha (2005), ao analisarem as desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência ao pré-natal e parto no Rio de Janeiro, observaram a situação desfavorável da mulher negra em relação às brancas. Nas mulheres negras são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro.

De acordo com Nogueira (1994), no Brasil apenas 19% dos estados apresentam cobertura de pré-natal acima de 40%; somente 53% das grávidas têm acompanhamento de

pré-natal acima de quatro consultas; 9,7% das mortes maternas é resultado de complicações de aborto provocado; 44,1% dos partos realizados nos hospitais públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde foram cesarianas, sendo que grande partes delas foram realizadas por meio de práticas abusivas.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, Perpétuo (2000) aponta que as mulheres negras apresentam menor acesso à assistência obstétrica, pois 61,3% das mulheres negras realizaram o número mínimo de consultas pré-natais recomendados pelo Ministério da Saúde, seis consultas, enquanto para as mulheres brancas esse percentual foi de 76,6%. Outro diferencial encontrado foi o percentual de mulheres negras que não realizaram o pré-natal (12,8%) em comparação com as brancas (6%).

Segundo o estudo de Nascimento e Ferreira (2001), realizado em Salvador, o maior percentual de mulheres a iniciar o pré-natal até o quarto mês de gestação foi as brancas quando comparadas com as negras, ratificando achados publicados pela Articulação de Mulheres Brasileiras (2001), em que esse percentual é de 88,2% para as mulheres brancas contra 78,2% para as negras.

Os dados da PNAD/2004 revelam que 36,4% das brasileiras realizaram o exame clínico das mamas, sendo que destas 46,3% são negras e 28,7% são brancas. Com relação ao exame de colo de útero, 20,8% das mulheres nunca o fizeram, sendo a proporção de brancas (17,3%) menor que as negras (25,5%) (DFID, 2007).

A falta de acesso das mulheres negras aos serviços de saúde não se restringe apenas à situação de ordem econômica em que ela se encontra, pois, segundo Travassos e Martins (2004), as características dos prestadores de serviço exercem grande influência sobre esse processo.

Embora no Brasil exista a concepção, mesmo que errônea, de que o racismo é um problema do negro, resultante do processo de escravidão, no dia a dia da população negra as discriminações são vivenciadas através da diferença no tratamento e assistência prestada em comparação a outras raças, especialmente a branca.

3 RACISMO E ACESSO EM SAÚDE

Os determinantes das patologias são geralmente multifatoriais, sendo decorrentes da interação de diversas variáveis como, por exemplo, classe social, sexo/gênero e cor/raça¹. Portanto, o recorte racial na saúde é de extrema relevância, tendo em vista as constatações epidemiológicas comprobatórias das condições de vida e morte, especialmente da população negra.

As doenças consideradas como raciais, conforme afirma Oliveira (2003a), são aquelas mais frequentes ou que evoluem de modo diferenciado em todos os grupos populacionais raciais. Além disso, há doenças que são exclusivas em um determinado grupo racial ou étnico. O problema é que as doenças prevalentes em brancos encontram-se devidamente estudadas e pesquisadas no mundo inteiro, enquanto que as que evoluem diferenciadamente na população negra não estão tão explícitas.

No Brasil, a realidade da maioria da população negra é marcada pelas desigualdades socioeconômicas e raciais, que têm gerado condições sociais precárias, sendo determinantes na produção de enfermidades nessa parcela da população.

As piores condições socioeconômicas dos negros têm sido associadas à baixa escolarização, sendo, portanto, um problema social e não racial. Entretanto, quando negros e brancos possuem a mesma escolaridade, o mesmo preparo para o mercado de trabalho, os salários dos negros são inferiores em relação aos dos brancos.

Nesse sentido, Bento (2006) diz que ao ocupar as profissões ou cargos desvalorizados e terem salários inferiores, conseqüentemente morarão em lugares mais pobres, frequentarão escolas mais carentes e de pior qualidade, além da restrição ao saneamento básico, expondo-se a doenças já erradicadas nas camadas economicamente mais privilegiadas (BENTO, 2006).

Da mesma forma, Cunha (2003) ilustra esta situação, destacando que:

Geralmente, no Brasil, os mapas de pobreza se superpõem aos de distribuição por etnia, com isso, os negros ocupam posições menos qualificadas e mal remuneradas, no mercado de trabalho. São eles que apresentam níveis mais baixos de instrução, que residem em áreas com menos serviços de infra-estrutura básica, que sofrem maiores restrições no

¹ Não existe um conceito universal para raça, entretanto, para Oliveira (2003a), o conceito científico de raça foi instituído como ideologia para justificar as desigualdades sociais. A terminologia etnia é considerada pelo Movimento Negro brasileiro como uma forma de encobrir, disfarçar o racismo. A distinção entre raça e etnia se justifica para facilitar a abordagem metodológica. Raça é utilizada para identificar características biológicas que diferenciam os grupos humanos, por exemplo, a cor da pele. Etnia, por sua vez, é empregada aos fatores culturais e religiosos de um povo, isto é, de uma nação.

acesso a serviços de saúde e, quando o têm, deparam-se com os de menor qualidade e “resolutividade” relativa. Ou seja, esta parte da população brasileira vivencia, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e ou discriminação socioeconômica, o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade diante de uma série de agravos à saúde (CUNHA, 2003, p. 12).

Então, podemos considerar que a pobreza da população negra é resultante do processo social que limita suas oportunidades de ascensão. Trata-se de uma cadeia reprodutora de racismo, que perpetua a falta de oportunidades do negro em pertencer a uma classe social mais privilegiada e o mantém marginalizado e excluído da sociedade.

Desde a década de 1980, o movimento tanto de mulheres negras como o movimento negro apontavam a exclusão desta população quanto aos seus direitos e cidadania no país, declarando que os negros são pobres porque são negros (PINTO; SOUZAS, 2002).

Segundo Bento (2006), ao longo dos séculos, as desigualdades são reproduzidas na sociedade com ampla participação popular, de forma intencional ou inconsciente, através de ações discriminatórias ou da omissão frente às práticas racistas.

Racismo é uma ideologia que defende a hierarquia entre grupos humanos, classificando-os em raças inferiores e raças superiores. A ideologia racista é um conjunto de idéias utilizadas para explicar determinada realidade, no caso, as desvantagens dos negros em relação aos brancos (BENTO, 2006, p. 25).

O racismo se manifesta distintamente a depender do tempo e lugar, por essa razão é considerado como um fenômeno complexo. No Brasil, tem-se a concepção do racismo como um problema do negro, proveniente de um passado e que não existe nos dias atuais. Entretanto, esse racismo cordial tem produzido políticas e arranjos sociais que continuam a limitar oportunidades e expectativa de vida para os negros (LOPES, 2003).

Nesse sentido, o racismo é uma realidade cruel, segregacionista e excludente, que, historicamente, tem sido justificado por teorias no âmbito biológico, histórico e social.

No início do século, os estudiosos utilizavam a teoria biologicista para explicar a inferioridade da raça negra, justificando dessa forma a escravidão. Após quatro décadas, os estudiosos mais progressistas não consideravam os negros biologicamente inferiores, mas afirmavam que devido à escravidão, estes foram deformados. Recentemente, surgiu uma terceira linha de estudos realizados nas áreas de educação, do trabalho e da saúde por cientistas negros e brancos, admitindo que a situação de desigualdade da população negra

deve-se à discriminação racial cotidiana e não exclusivamente ao fato de o negro ter sido escravo (BENTO, 2006).

Portanto, compreender as relações raciais brasileiras e consequentemente as implicações na vida da população faz-se extremamente necessário para a superação das opressões, discriminações e preconceitos vivenciados pela população negra.

No Brasil, o debate político sobre as desigualdades raciais e suas consequências sobre a saúde é recente. As poucas publicações sobre racismo devem-se, em parte, à ausência de dados para descrevê-las. Mesmo com todas as dificuldades, o recorte racial/ étnico na saúde é um dado epidemiológico essencial, pois permite a visualização das doenças raciais, que são mais prevalentes ou são excluídas de determinados grupos, de modo que possa influenciar na realidade, contribuindo para a diminuição das desigualdades sociais (SACRAMENTO, 2005).

Oliveira (2003b, p. 28) ressalta que “o maior problema de saúde pública, revelador do racismo que a população negra enfrenta, é a mortalidade precoce” em todas as faixas etárias. Além disso, existe uma maior probabilidade de crianças negras com interferências no crescimento e desenvolvimento; maiores taxas de mortalidade materna entre mulheres negras, relacionadas à falta de acesso ao pré-natal e ao parto com assistência de qualidade, bem como a possíveis complicações derivadas da hipertensão ou da doença falciforme não diagnosticada.

Diante do exposto, concordando com Souza (2003), a compreensão da saúde da mulher negra requer além de um aporte teórico biológico também social, tendo em vista a influência do racismo no processo saúde-doença e sua repercussão na saúde das mulheres. O meio e a condição biológica dos seres vivos são interdependentes, portanto é necessário levar em consideração as condições sociais, culturais e materiais no processo saúde/doença.

Nesse sentido, a construção de “políticas públicas de saúde voltadas à população negra devem se fundamentar nos princípios básicos de combate à discriminação racial refletindo na redução das desigualdades sociais” (SALVADOR, 2006, p. 5).

De acordo com a Política Nacional de Saúde para População Negra, o acesso com equidade, qualidade e humanizada aos serviços de saúde deve ser assegurado a toda a população. Uma de suas prioridades é garantir a atenção básica com efetividade, além de prover o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Com relação à atenção à saúde, as ações priorizadas pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde são: reduzir a morbidade e mortalidade precoce da população negra, ampliar o acesso da população negra ao SUS, garantir a implantação e implementação do Programa Nacional de Anemia Falciforme, etc.

Essas medidas adotadas pelas políticas públicas reafirmam a universalidade, a integralidade e a equidade, princípios básicos do SUS. Essas conquistas têm sido alcançadas devido, em grande parte, aos movimentos sociais, especialmente o movimento de mulheres negras, cuja finalidade é combater as injustiças e desigualdades existentes na sociedade brasileira.

4 MODELO TEÓRICO ADOTADO

Devido às distintas abordagens teóricas existentes sobre o tema e em consonância com o objeto deste estudo, adotou-se o conceito e modelo criado por Ronald M. Andersen.

O acesso refere-se aos meios pelos quais o indivíduo adquire a entrada nos serviços de saúde e continua o processo de tratamento (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Andersen (1995) afirma que o acesso corresponde ao uso real de serviços. Ele criou um Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde cujo principal objetivo é fornecer medidas de acesso à assistência em saúde. Através desse modelo é possível identificar condições que facilitam ou impedem a utilização, podendo auxiliar os processos de formulação de políticas públicas e da gestão dos cuidados.

Esse modelo foi inicialmente desenvolvido em 1960 (Anexo A), o qual se fundamentava apenas na influência das características individuais sobre o uso de serviços de saúde. Contudo, o Modelo Comportamental foi ampliado, resultando no modelo denominado “Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde - fase 4” (Anexo B).

O modelo emergente trata das múltiplas influências sobre a utilização dos serviços de saúde, cujos componentes são:

- a) Meio ambiente, ou seja, o contexto do qual faz parte o sistema de cuidados de saúde. Através do ambiente externo composto por elementos físico, político e econômico é possível compreender o uso;
- b) As características populacionais que são divididas em três tipos de fatores:
 - b.1) Fatores predisponentes – referem-se às características individuais que propiciam aos indivíduos a chance de usar mais os serviços de saúde do que outros. Embora certas características aumentem a probabilidade da utilização dos serviços, estas não são diretamente responsáveis pelo uso. Tais características incluem os aspectos demográficos, sociais e culturais;
 - b.2) Fatores capacitantes – embora os indivíduos sejam predispostos a usar os serviços de saúde, existem alguns meios que lhes permitem usá-los como cobertura de seguro saúde, renda *per capita*, disponibilidade de serviços públicos, dentre outros;
 - b.3) Fatores de necessidades de saúde – assunção da predisposição e condições capacitantes, a necessidade de saúde representa a causa mais imediata do uso de serviços de saúde. Essa necessidade pode ser percebida pelo indivíduo ou até mesmo determinada por uma avaliação clínica;

- c) Comportamento em saúde, constituído pelas práticas pessoais de saúde como dieta e atividade física, além do uso de serviços de saúde;
- d) Resultados definidos pela percepção do estado de saúde, evolução do estado de saúde e satisfação no uso dos serviços de saúde.

Apesar da complexidade desse Modelo, várias pesquisas o utilizam de forma adaptada ao seu objeto de estudo. Andersen e Davidson (1997), por exemplo, fazem uma expansão na versão desse Modelo para entender os determinantes da saúde oral baseada numa perspectiva de sistemas. Andersen *et al.* (2002) utilizam o modelo de forma parcial para avaliar o impacto das características individuais no acesso ao cuidado em saúde. Givisiez, Sawyer e Oliveira (2006), por sua vez, fizeram uma adaptação do modelo de Andersen, visando ampliar o modelo individual de causa-efeito para a escala regional.

Vale também ressaltar as investigações realizadas com a temática de pré-natal, a partir da adaptação do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde. LaVeist, Keith e Gutierrez (1995) examinam o uso do cuidado pré-natal entre mulheres americanas brancas e africanas, analisando as características populacionais do modelo e sua influência na atenção pré-natal. Mais recentemente, González *et al.* (2006) avaliaram também, com base no modelo de Andersen, os efeitos dos fatores socioeconômicos sobre o acesso à assistência pré-natal no México.

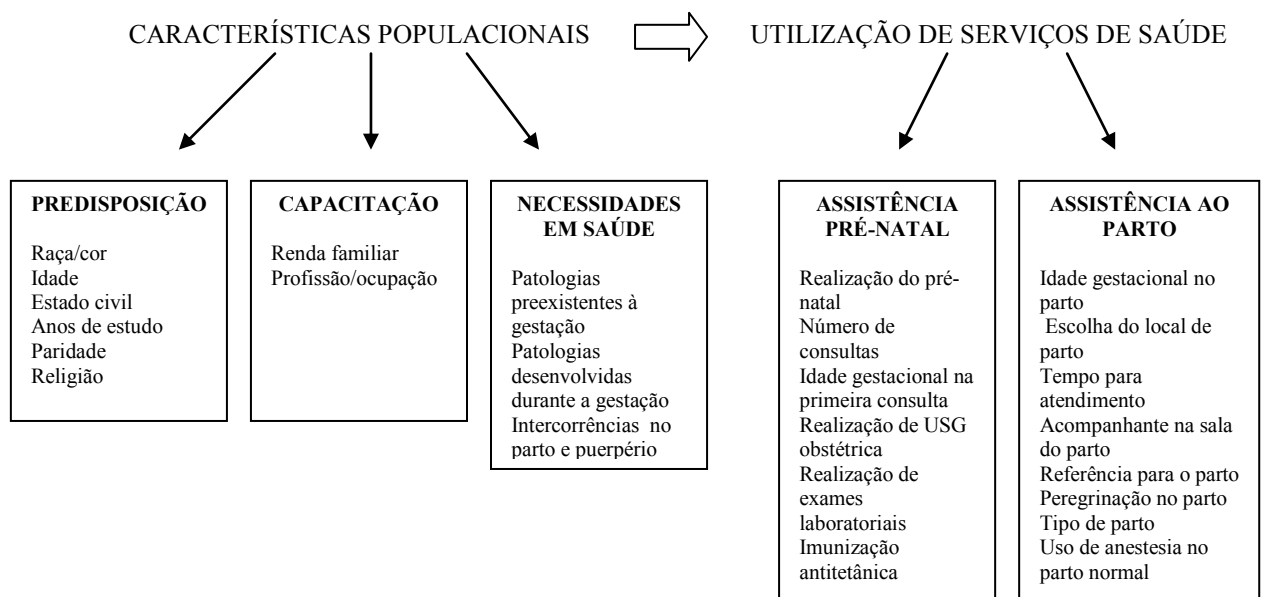
Este estudo também adaptou o Modelo teórico de utilização de serviços de saúde com a finalidade de medir o acesso ao cuidado pré-natal e parto em serviços públicos de saúde. Entretanto, o enfoque se restringiu às características populacionais e o uso dos serviços de saúde.

As características populacionais adotadas no estudo foram: a) populacionais: raça/cor, idade, estado civil, anos de estudo, paridade, religião; b) capacitação: renda familiar, profissão/ocupação; c) necessidades em saúde: patologias preexistentes à gestação, patologias desenvolvidas durante a gestação, intercorrências no parto e puerpério. A utilização aos serviços de saúde foi representada pelo acesso ao cuidado pré-natal e no parto. O acesso ao cuidado pré-natal foi verificado a partir de sua realização, número de consultas, início do pré-natal, realização de exames (laboratoriais e USG) e imunização antitetânica. O acesso ao cuidado no parto foi verificado pelo período gestacional no parto, local do parto, tempo para atendimento, presença do acompanhante na sala de parto, referência para o parto, peregrinação no parto, tipo de parto, uso de anestesia no parto normal ou fórceps.

A figura 1 aponta as variáveis utilizadas para descrever tanto as características populacionais bem como a utilização dos serviços públicos assistenciais de pré-natal e parto.

No que diz respeito aos fatores de necessidades em saúde, foram considerados apenas a ocorrência de problemas de saúde detectados por procedimentos técnicos e devidamente registrados no prontuário e/ou no cartão da gestante.

Figura 1. Adaptação do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde. Salvador, 2008.



Pressupondo que as usuárias do SUS possuem semelhantes características sócio-demográficas e também capacidade de recursos, buscou-se verificar a relação da raça/cor com o acesso ao cuidado pré-natal e parto como determinante da equidade ou inequidade em saúde, uma vez que muitos acreditam existir uma democracia racial no Brasil, e os estudos enfocando raça corroboram com outra realidade.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com abordagem quantitativa desenvolvido no período de março de 2007 a dezembro de 2008.

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle e procedimentos estatísticos para a análise das informações. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa quantitativa possui suas raízes no positivismo lógico tendendo a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Como a pesquisa se propôs a estudar fatores condicionantes e determinantes do fenômeno saúde/doença, trata-se de um estudo epidemiológico. Portanto, a hipótese epidemiológica traçada nesta investigação buscou esclarecer a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado em saúde, tornando-se, desse modo, em um estudo analítico.

Além disso, vale ressaltar que se trata de pesquisa epidemiológica de caráter instantâneo do tipo transversal, ou seja, cuja produção do dado é realizada em um momento singular no tempo, estabelecendo uma associação a um nível aceitável de significância entre o fator e efeito observados. Nessa perspectiva, os resultados deste tipo de estudo informam sobre a situação existente em um particular momento, sendo importante para o planejamento em saúde (PEREIRA, 2001).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Salvador possui atualmente sete organizações públicas de saúde que realizam partos.

O estudo foi realizado em quatro organizações de saúde: Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Tsylla Balbino, Maternidade Climério de Oliveira e IPERBA. Os critérios utilizados para esta seleção foram:

- representatividade estatística para o município;

- redução dos custos no deslocamento para a realização da pesquisa;
- organizações com maiores números de leitos obstétricos;
- disponibilidade da informação quanto ao número de partos ocorridos em 2006, dado fundamental para o cálculo do tamanho da amostra.

Na Tabela 1 encontram-se distribuídas as organizações públicas de saúde que realizam partos por distritos sanitários e as informações colhidas para o cálculo do tamanho da amostra.

Tabela 1. Distribuição das organizações públicas de saúde que realizam partos por Distrito Sanitário em Salvador/Ba. 2007.

DISTRITO SANITÁRIO	Nº	ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	Nº DE LEITOS	Nº DE PARTOS EM 2006
Centro Histórico São Caetano/Valéria	1	Maternidade Climério de Oliveira	69	2.934
	0	-----	----	----
Liberdade	2	Maternidade Tsylla Balbino	110	4.619
		Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Netto*	160	----
Brotas	1	Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA	90	5.364
Barra/Rio Vermelho	0	-----	----	----
Boca do Rio	0	-----	----	----
Itapoan	0	-----	----	----
Cabula/Beiru	1	Hospital Geral Roberto Santos	62	2.943
Pau da Lima	0	-----	----	----
Subúrbio	1	Hospital Geral João Batista	35	2.192
Ferrovário		Caribe		
Cajazeiras	1	Maternidade Albert Sabin	66	Sem informação

* Maternidade inaugurada em 19 de junho de 2006.

5.3 CÁLCULO DA AMOSTRA

Segundo Berquó, Souza e Gotlieb (2006), a amostra representa parte de uma população que é definida como um conjunto de elementos apresentando uma ou mais características em comum.

Para este estudo foi calculada uma amostra probabilística constituída por 449 mulheres internadas nas organizações de saúde selecionadas. Os critérios adotados para inclusão dessas mulheres na pesquisa foram: estarem internadas nas enfermarias obstétricas, no pós-parto

imediatamente ou mediato, em condições de responder e dispostas a participar no momento da coleta de dados. Foram excluídas aquelas que não realizaram o pré-natal em serviços públicos de saúde.

A opção por desenvolver o estudo a partir da experiência de mulheres usuárias do SUS deveu-se ao fato de tentar diminuir possíveis interferências de variáveis como renda e escolaridade, na caracterização do acesso segundo a raça/cor.

O cálculo do tamanho da amostra foi efetuado no intuito de se obter uma amostra significativa, tomando como base o número de partos ocorridos em 2006 e número de leitos obstétricos em cada organização. A expressão do tamanho da amostra deu-se conforme a fórmula abaixo, resultando um total de 428 mulheres.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{k=1}^L [N_k^2 P_k (1 - P_k) / w_k]}{N^2 d^2}$$

Onde:

- a) N - corresponde ao número total de partos realizados nas organizações públicas de saúde consideradas;
- b) L - corresponde à divisão da população em estratos (organizações de saúde);
- c) P_h - a proporção de indivíduos no estrato h estimado pela proporção de partos realizados em mulheres negras nas organizações públicas de saúde;
- d) $w_h = n_h/n$, sendo a fração de observações alocadas no estrato h;
- e) d - a precisão absoluta;
- f) N_h - número de partos realizados na organização pública de saúde h;

Esta fórmula foi usada devido ao emprego da técnica de amostragem por estratos (estratificada), onde cada estrato foi determinado por:

$$n_h = \frac{N_h}{N}$$

Aqui n_h é o tamanho de cada estrato, ou seja, o tamanho da amostra para cada organização de saúde selecionada.

Pela ausência de estudos anteriores que determinassem em população semelhante às estudadas, a distribuição do número de partos segundo a raça/cor das mulheres, optou-se por fazer um estudo considerando o valor de proporções de partos realizados em mulheres negras igual a 50%, onde é o maior tamanho de amostra possível. O erro amostral considerado foi de 5%, ou seja, dizer que há associação entre raça/cor quando na verdade não há.

Utilizou-se como técnica de amostragem a estratificada, de modo que em todas as organizações de saúde do estudo, o cálculo do número de mulheres obedeceu à mesma proporcionalidade, de acordo com o número de partos em cada uma. Desse modo, a amostra foi constituída por 449 mulheres distribuídas conforme Tabela 2. Foram entrevistadas 449 mulheres, número acima do sugerido pelo cálculo da amostra mínima, em virtude da facilidade da obtenção das informações.

Tabela 2. Tamanho mínimo da amostra e amostra real por organização de saúde. Salvador, 2008.

Hospital	Amostra mínima (N = 15.118)	Amostra real
Hospital Geral Roberto Santos	79	80
IPERBA	144	149
Maternidade Climério de Oliveira	81	89
Maternidade Tsylla Albino	124	131
Total	428	449

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos de fontes primária e secundária através das seguintes técnicas de coleta: entrevista estruturada e consulta aos documentos da assistência pré-natal e parto.

O tipo de entrevista escolhido para este estudo foi a estruturada, com o objetivo de obter respostas às questões do formulário.

Os registros de saúde consultados sobre a assistência ao parto foram os documentos contidos no prontuário das entrevistadas, portanto, foram analisados 449 prontuários. Com relação ao pré-natal, foram consultados cartão da gestante, exames laboratoriais realizados no pré-natal. Para as informações do parto, verificou-se os registros contidos no prontuário.

Os dados foram coletados através de um documento formal e escrito, denominado formulário (Apêndice A), no intuito de obter informações sobre o perfil sócio-demográfico e acesso aos serviços assistenciais de pré-natal e parto das entrevistadas.

O formulário utilizado neste estudo foi inicialmente desenvolvido e testado no estudo piloto intitulado: Acesso e utilização de serviços de assistência pré-natal e ao parto: diferenciais de cor, desenvolvido em 2006, como Trabalho de Conclusão de Curso. Posteriormente ele foi ampliado e após realização de outros testes sofreu novo ajuste.

Vale ressaltar que o formulário faz parte da pesquisa maior intitulada: “Gênero, racismo e acesso/utilização de serviços de saúde”, que está sendo desenvolvido com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Portanto, nem todas as informações coletadas foram analisadas neste estudo.

A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2007 a março de 2008. Para a realização das entrevistas, procedeu-se a um levantamento, através do censo hospitalar, do quantitativo de mulheres internadas nas enfermarias obstétricas e respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão da amostra eram preenchidos os formulários. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos. Posteriormente eram consultados os documentos da assistência pré-natal e parto e fazia-se o registro das informações contidas nesses documentos.

5.5 VARIÁVEIS

Variável é uma característica de interesse para um determinado estudo, podendo ser medida ou manipulada em uma investigação. As variáveis podem ser classificadas segundo alguns critérios. As variáveis dependentes e independentes são classificadas de acordo com a explicação do fenômeno pesquisado, sendo as primeiras consequências das variáveis independentes (TOBAR; YALOUR, 2001).

Neste estudo considerou-se como variável independente a raça/cor. Essa informação foi colhida através da autodeclaração e categorizada tomando como referência as categorias utilizadas pelo IBGE.

A classificação adotada pelo IBGE é constituída pelas cores/raça/etnia: branca, preta, parda, amarela e indígena. A cor amarela identifica povos de origem asiática e a indígena é constituída por distintas etnias. As pessoas que se autoclassificam tanto de pretas como pardas constituem, neste estudo, a população negra.

Considerou-se como variáveis dependentes: acesso aos cuidados pré-natais, acesso aos cuidados de parto e a ocorrência de problemas de saúde.

Além de serem classificadas segundo a explicação, as variáveis também podem ser classificadas nos seguintes níveis de medição: quantitativa contínua, quantitativa discreta, qualitativa ordenável e qualitativa nominal.

O Quadro 1 contém as definições operacionais, categorizações e a classificação por nível de medição das variáveis do estudo.

Quadro 1. Definições operacionais, categorização e níveis de medição das variáveis do estudo. Salvador, 2008.

(Continua)

Variáveis	Definições operacionais	Categorização	Níveis de medição
Raça/cor	auto-declaração da cor da pele	branca, preta, parda, amarela, indígena	Qualitativa nominal
Idade	faixa etária	< 19 anos, 20-35 anos, > 35 anos	Qualitativa nominal
Renda familiar	renda total dos integrantes da família, ou seja, dos indivíduos que moram com a mulher	1-2 salários mínimos, 3-4 salários mínimos, 5 ou mais salários mínimos, não sabe	Qualitativa ordinal
Profissão/ocupação	ocupação	sem remuneração, prestadora de serviços domésticos, prestadora de serviços do comércio, prestadora de serviços de estética, autônoma, outra	Qualitativa nominal
Escolaridade	Anos de estudo	sem instrução, até 9, 10-12, 13 ou mais	Qualitativa ordinal
Estado conjugal	situação de uma pessoa em relação à sociedade conjugal	casada ou em união consensual, solteira, separada ou divorciada, viúva	Qualitativa nominal
Paridade	número de filhos	1-2 filhos, 3 ou mais	Qualitativa nominal
Religião	crenças relacionadas ao sobrenatural, divino, sagrado e transcendental	católica, evangélica, sem religião, outra	Qualitativa nominal
Acesso ao cuidado pré-natal	realização do pré-natal	sim, não (por quê?)	Qualitativa nominal
	número de consultas realizadas	2-5 consultas, ≥ 6 consultas	Qualitativa nominal
	meses de gestação na primeira consulta	1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre	Qualitativa nominal
	realização de USG obstétrica	sim (quantas?), não	Qualitativa nominal
	realização de exames laboratoriais	ABO-Rh, Hb/Ht, sumário de urina, glicemia em jejum, anti-HIV, HBsAg, sorologia para toxoplasmose, VDRL e outros	Qualitativa nominal
	imunização antitetânica	sem imunização, imunização incompleta (1 dose, 2 doses), imunizada (3 doses ou imunizada anteriormente ou dose de reforço)	Qualitativa nominal

(Conclusão)

Variáveis	Definições operacionais	Categorização	Níveis de medição
Acesso ao cuidado no parto	idade gestacional no momento do parto	20-37 semanas (pré-termo), 37-42 semanas (a termo), > 42 semanas (pós-termo)	Qualitativa nominal
	tempo para obter o primeiro atendimento	quantidade em minutos	Quantitativa contínua
	acompanhante no momento do parto hospitalar	sim (quem?), não	Qualitativa nominal
	encaminhamento do pré-natal para maternidade ou hospital	sim, não	Qualitativa nominal
	escolha do local do parto	Indicação de familiar ou amiga(o), onde encontrou vaga, proximidade da residência, encaminhada de outra maternidade, aprovou atendimento em parto anterior, familiar ou amigo é funcionário da organização, realizou pré-natal nesta organização, estrutura do hospital, referência para parto de risco, porque tinha anestesista, outro motivo.	Qualitativa nominal
	maternidade/hospital percorridos em busca de internação para o parto	quantidade	Quantitativa contínua
	número de vezes que buscou a maternidade/hospital em busca de internação para o parto	quantidade	Quantitativa contínua
	tipo de parto	normal, cesárea, fórceps	Qualitativa nominal
	uso de anestesia no parto normal ou fórceps	sim, não	Qualitativa nominal
Fatores de necessidades de saúde	patologias preexistentes à gestação	nenhuma, hipertensão, infecção, anemias, outras.	Qualitativa nominal
	patologias desenvolvidas durante a gestação	nenhuma, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, anemias, diabetes gestacional, infecção urinária, hemorragia, outras.	Qualitativa nominal
	intercorrências no parto e/ou pós-parto	nenhuma, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hemorragia puerperal, infecção puerperal, outras.	Qualitativa nominal

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados para o processamento e análise dos dados os seguintes programas estatísticos: Epidata e SPSS. Como a pesquisa foi realizada através de amostragem, foram necessárias algumas etapas para a construção do banco de dados.

Inicialmente foi construída uma máscara para a entrada de dados utilizando o Epidata. Tal programa permitiu a inserção dos dados, bem como o armazenamento das informações digitalizadas. A máscara foi criada tomando como base o formulário aplicado durante as entrevistas (Apêndice A).

Para que as informações armazenadas no software passassem a constituir um banco de dados fidedigno, foi necessário realizar uma limpeza e identificar possíveis inconsistências realizadas durante o processo de digitalização. Portanto, para proceder a limpeza dos dados converteu-se o banco criado no Epidata para a extensão “.sav” e utilizou-se o programa SPSS versão 15.0.

Com o banco de dados pronto, procedeu-se às análises estatísticas também no SPSS. Primeiro realizou-se uma análise exploratória de todas as variáveis para identificar o perfil sócio-demográfico das mulheres do estudo, bem como descrever o acesso ao cuidado pré-natal e no parto e os fatores de necessidades em saúde. Na análise exploratória utilizou-se as seguintes medidas descritivas: média ($\bar{x}$), mediana, desvio-padrão (DP) e proporção. O uso da mediana, em alguns resultados, foi devido à grande dispersão encontrada em algumas variáveis.

Posteriormente, visando investigar a hipótese abordada na introdução deste trabalho, verificou-se a associação entre as variáveis independente e dependentes. Nesse sentido, empregou-se o teste de razão de verossimilhança para estimar a significância do cruzamento das variáveis. Vale destacar que as mulheres indígenas foram excluídas do teste de associação devido à sua inexpressiva quantidade ($n=5$) em relação ao tamanho amostral.

Alguns totais de respostas são inferiores ao total da amostra por não terem sido respondidas por todas as entrevistadas ou não ter a informação nos documentos investigados.

Os resultados estão apresentados sob forma de tabelas e gráficos. Posteriormente, foi feita a discussão dos fenômenos relevantes identificados, visando responder aos objetivos.

5.7 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

De acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, todas as entrevistadas devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2006a).

Portanto, os aspectos éticos legais do estudo foram observados através do encaminhamento e aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa, através do parecer nº 33/2006. Foram encaminhados ofícios às organizações de saúde selecionadas para o estudo, solicitando autorização para a coleta de dados. Todas as mulheres que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), após serem informadas dos riscos e benefícios da pesquisa bem como seus objetivos, sendo garantido o anonimato e permissão para desistir de participar em qualquer momento sem nenhum tipo de penalização.

5.8 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo transversal tem por vantagens a simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados, facilidade para obter amostra representativa da população e não ter a necessidade de seguimento das pessoas (PEREIRA, 2001).

Com relação às desvantagens desta pesquisa, o método limita-se em esclarecer a relação temporal dos acontecimentos, tendo em vista que a pesquisa fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas em um determinado momento. Além disso, não determina risco absoluto, só é possível realizar estimativa indireta e cálculo da associação entre o fator e efeito investigados. Quanto à interpretação, ela é dificultada pela presença de fatores de confundimento (PEREIRA, 2001).

Outra limitação deste estudo encontra-se relacionada à classificação da raça/cor tendo por parâmetro a categorização adotada pelo IBGE.

Durante as entrevistas, observaram-se dificuldades por parte de algumas mulheres para definir a sua raça/cor, sendo necessário, portanto, um breve esclarecimento sobre o significado de cada categoria para que as mesmas se identificassem com alguma delas. Esta é uma das questões apontadas em algumas críticas à utilização desse método de identificação

racial em pesquisas, atribuindo-se a dificuldade de identificação racial, em parte, a miscigenação que caracteriza o povo brasileiro.

A opção, adotada pelo IBGE, de perguntar pela "cor", foi uma tentativa de encontrar uma forma neutra de se aproximar da questão da raça. Pois, não seria possível classificar as pessoas por "raça" no Brasil, e nem mesmo por "cultura" ou "origem", a não ser por pesquisas genéticas extremamente complicadas e de resultado duvidoso (SCHWARTZMAN, 2006).

Além disso, Sacramento (2005) afirma que pesquisar esta questão é muito delicado, pois muitos negros não gostam de ser chamados de "pretos" e nenhum "pardo" gosta de ser chamado por este nome. Além disso, os limites entre os diferentes grupos dependem, em sua maioria, da definição de cada um, ou dos olhos de quem vê.

Vale ressaltar que, apesar das limitações inerentes à classificação racial brasileira, é através dela que se torna possível delimitar de que adoece e de que morre a população negra, sendo, portanto, indicadores fundamentais para políticas de combate ao racismo.

6 RESULTADOS

Os fatores predisponentes e capacitantes do acesso ao cuidado pré-natal e no parto, representados pelas características sócio-demográficas das mulheres usuárias do SUS, em Salvador, encontram-se descritos na tabela 3.

Tabela 3. Características sócio-demográficas das mulheres usuárias do SUS. Salvador, 2008.
(Continua)

Variáveis	n	%	$\bar{x}$ (DP)	mediana
Raça/Cor				
Preta	215	47,9		
Parda	198	44,1		
Branca	31	6,9		
Indígena	5	1,1		
Idade			24,88 (6,04)	24,50
≤ 19 anos	94	20,9		
20 - 35 anos	330	73,5		
> 35 anos	25	5,6		
Renda (em salário mínimo)			1,90 (1,39)	1,00
0 - 2	355	79,1		
2 - 4	76	16,9		
5 ou mais	17	3,8		
Não sabe	01	0,2		
Profissão/ Ocupação				
Sem remuneração	250	55,7		
Prestadora de serviços domésticos	60	13,4		
Prestadora de serviços do comércio	54	12,0		
Outra	46	10,2		
Autônoma	20	4,5		
Prestadora de serviços de estética	19	4,2		
Anos de Estudo			9,62 (2,75)	10,00
Sem instrução	1	0,2		
Até 9	189	42,1		
10- 12	246	54,8		
13 ou mais	13	2,9		
Estado Conjugal				
Casada ou em união consensual	355	79,1		
Solteira	89	19,8		
Separada ou divorciada	5	1,1		
Paridade			1,92 (1,38)	1,00
1 - 2 filhos	351	78,2		
≥ 3 filhos	98	21,8		

Variáveis	n	%	$\bar{x}$ (DP)	(Conclusão)
				mediana
Religião				
Católica	169	37,6		
Sem religião	144	32,1		
Evangélica	118	26,3		
Outras	12	2,7		
Sem informação	6	1,3		

Conforme a Tabela 3, as mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto em Salvador são majoritariamente negras (92%), ou seja, pretas e pardas. Em sua maioria têm entre 20 a 35 anos de idade (73,5%), sendo a média representada por aproximadamente 25 anos. Destaca-se o percentual de 20,9% de adolescentes com idades entre 13 e 19 anos. Mais da metade das mulheres possuem renda familiar *per capita* entre 0 a 2 salários mínimos (79,1%), exercem ocupações sem remuneração, como estudantes e/ou donas de casa (55,7%), entre 10 a 12 anos de estudo (54,8%), são casadas ou vivem em união consensual (79,1%) e possuem de 1 a 2 filhos (78,2%). Com relação à religião, os maiores percentuais encontrados foram de católicas (37,6%) e das que se declararam sem religião (32,1%). Vale ressaltar que as outras religiões referem-se à Testemunha de Jeová e Espírita.

Os dados referentes ao acesso ao cuidado pré-natal, apresentados na Tabela 4, apontam uma maior concentração de mulheres que realizaram o pré-natal (94,0%), iniciando ainda no primeiro trimestre de gestação (63,0%), submetendo-se a seis ou mais consultas (51,2%), a exames de ultrassonografia (USG) obstétrica (97,3%) e exames básicos preconizados pelo Ministério da Saúde - MS (90,4%), estando também imunizadas contra o tétano (64,4%).

Apesar de não detectar diferença estatisticamente significativa para a raça/cor, identifica-se distinção nas proporções investigadas. Todas as brancas realizaram o pré-natal, USG e os exames básicos. Entretanto, foram as que iniciaram o pré-natal mais tardiamente (6,5%). As pretas, por sua vez, obtiveram maior proporção para realização de seis ou mais consultas e início do pré-natal no primeiro trimestre. Contudo, maior número de pardas seguidas das pretas não foram imunizadas.

Encontram-se ainda na Tabela 4 as médias do número de consultas pré-natais, meses de gestação ao iniciar o pré-natal e quantidade de USGs realizadas. Observam-se valores muito próximos quando comparada às raças/cores, especialmente entre pretas, pardas e brancas.

Tabela 4. Caracterização do acesso ao cuidado pré-natal, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Variáveis	n	Total %	$\bar{x}$ (DP)	n	Preta %	$\bar{x}$ (DP)	n	Parda %	$\bar{x}$ (DP)	n	Branca %	$\bar{x}$ (DP)	n	Indígena %	$\bar{x}$ (DP)	p- valor*
Realizou pré-natal																
Sim	422	94,0		200	93,0		186	93,9		31	100,0		5	100,0		
Não	27	6,0		15	7,0		12	6,1		0	0,0		0	0,0		0,140
Número de consultas			5,6 (2,337)			5,66 (2,078)			5,50 (2,637)			5,61 (1,995)			5,50 (2,637)	
≥ 6 consultas	216	51,2		107	53,5		90	48,4		16	51,6		3	60,0		
1-5 consultas	206	48,8		93	46,5		96	51,6		15	48,4		2	40,0		0,648
Início do pré-natal**			3,14 (1,482)			3,15 (1,495)			3,15 (1,448)			3,35 (1,582)			1,60 (0,894)	
1º trimestre	266	63,0		127	63,5		117	62,9		17	54,8		5	100,0		
2º trimestre	146	34,6		69	34,5		65	34,9		12	38,7		0	0,0		0,821
3º trimestre	10	2,4		4	2,0		4	2,2		2	6,5		0	0,0		0,200
Realização da USG			3,75 (2,108)			3,72 (2,100)			3,67 (2,147)			4,0 (2,176)			4,40 (2,302)	
Sim	437	97,3		208	96,7		193	97,5		31	100,0		5	100,0		
Não	12	2,7		7	3,3		5	2,5		0	0,0		0	0,0		0,256
Exames laboratoriais																
Sim	406	90,4		191	88,8		179	90,4		31	100,0		5	100,0		
Não	43	9,6		24	11,2		19	9,6		0	0,0		0	0,0		0,077
Vacina antitetânica																
Imunizada	289	64,4		143	66,5		118	59,6		24	77,4		4	80,0		
Imunização incompleta	119	26,5		52	24,2		61	30,8		5	16,1		1	20,0		0,947
Sem imunização	41	9,1		20	9,3		19	9,6		2	6,5		0	0,0		0,506

* Foram retiradas as indígenas para o cálculo do p-valor, considerando a baixa frequência dessas mulheres na amostra.

** Média e desvio-padrão estimado em meses.

No gráfico 1, verifica-se a proporção dos exames realizados por raça/cor durante o pré-natal, chamando a atenção para os percentuais apresentados pelas brancas em relação às demais. No que tange aos outros exames realizados, detectou-se que 100% das mulheres realizaram pelo menos um dos seguintes exames: preventivo, HPV, parasitológico de fezes, sorologia para rubéola, CMV, anti-HCV, anti-HBC, HTLV, eletroforese de HB, TGO, TGP, colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, uréia, creatinina, sódio, potássio, T3, T4 e anti-chagas.

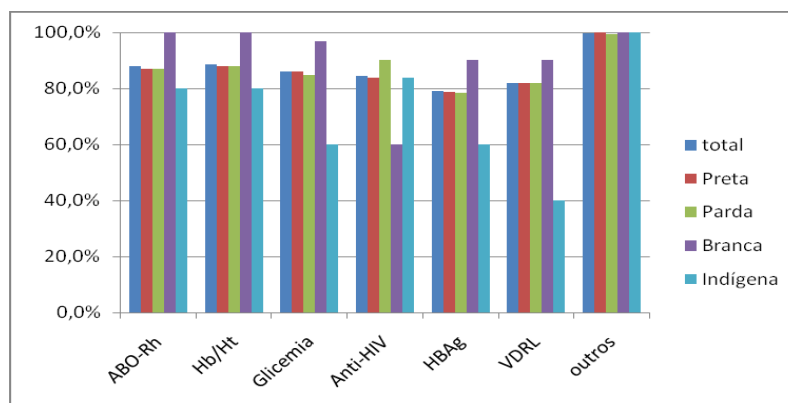


Gráfico 1. Percentual de exames laboratoriais realizados durante o pré-natal, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Do total de 449, apenas 27 mulheres não realizaram o pré-natal. Dentre os motivos alegados as maiores proporções foram para a gravidez indesejada/não planejada, relaxamento/preguiça e problemas na oferta e organização dos serviços (Gráfico 2). Esses problemas referem-se à dificuldade de encontrar vaga no SUS, não haver pré-natal no posto mais próximo, o posto de saúde ficar várias vezes em greve e não conseguir atendimento na primeira consulta.

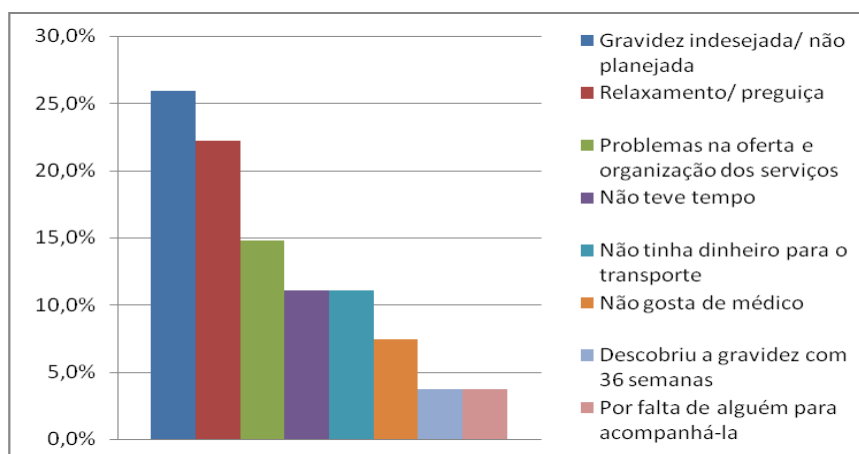


Gráfico 2. Percentual dos motivos alegados pelas mulheres para não realizar o pré-natal. Salvador, 2008.

Os gráficos 3 e 4 apresentam a distribuição percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal e a realização de exames laboratoriais e USG. Verifica-se que a grande maioria não fez os exames básicos (88,9%), entretanto, para a USG obstétrica esse percentual foi de 37%.

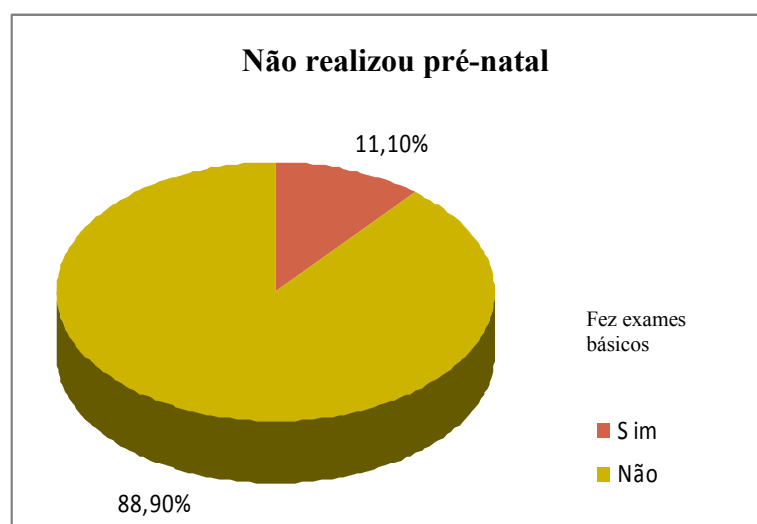


Gráfico 3. Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização dos exames laboratoriais básicos. Salvador, 2008.

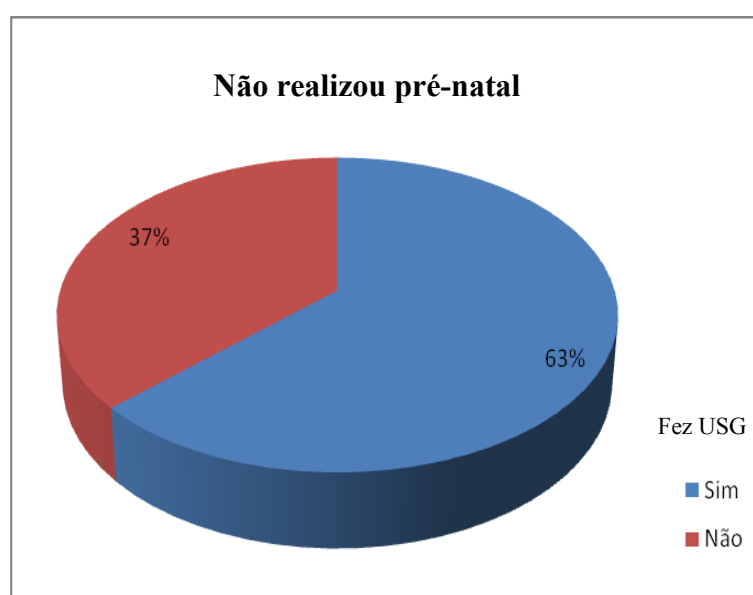


Gráfico 4. Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização de USG. Salvador, 2008.

Para a maioria das mulheres, o parto foi a termo (79,9%), sem acompanhante (98,6%), não houve encaminhamento do pré-natal para a maternidade/hospital (81,7%), o tipo de parto foi cesárea (50,6%), e praticamente, nenhuma delas que teve parto normal recebeu anestesia (99,1%), conforme Tabela 5.

No que se refere à idade gestacional no parto, 80% das indígenas tiveram partos prematuros, valor bem acima do observado para as demais mulheres. Dentre as mulheres que tiveram parto normal, as maiores frequências foram observadas entre as pardas e pretas com percentuais de 48,4% e 46%, respectivamente (Tabela 5).

A média da idade gestacional no momento do parto foi de 38,31 semanas ($dp=2,81$). As brancas tiveram a maior média quando comparadas às demais (39,03; $dp=1,779$), e as indígenas apresentaram uma média inferior a 37 semanas (35,40; $dp=3,286$). Quanto ao tempo de espera na maternidade/hospital para receber atendimento, houve uma variação de que oscilou entre o pronto atendimento e 12 horas, este ocorrido entre indígenas, sendo também as únicas que apresentaram tempo mínimo de 30 minutos para receber atendimento. A média da quantidade de maternidades percorridas e do número de vezes que as mulheres buscaram internação foi semelhante (1,73; 1,93, respectivamente), não havendo disparidade entre raça/cor (Tabela 5).

Quanto à associação entre raça/cor e acesso ao cuidado no parto, verificou-se diferença significativa para a variável “acompanhante no parto” ($p=0,025$), tendo as mulheres brancas apresentado os maiores percentuais em relação às demais. Destaca-se que os piores resultados foram observados em relação às indígenas e pretas, com valores respectivos de 0,0% e 0,5%, (Tabela 5).

Os motivos referidos para escolha da maternidade/hospital constam no Gráfico 5, destacando-se “onde encontrou vaga” (33,9%), “proximidade da residência” (22,6%) e “indicação de familiar ou amiga(o)” com 17,6%, como os maiores percentuais.

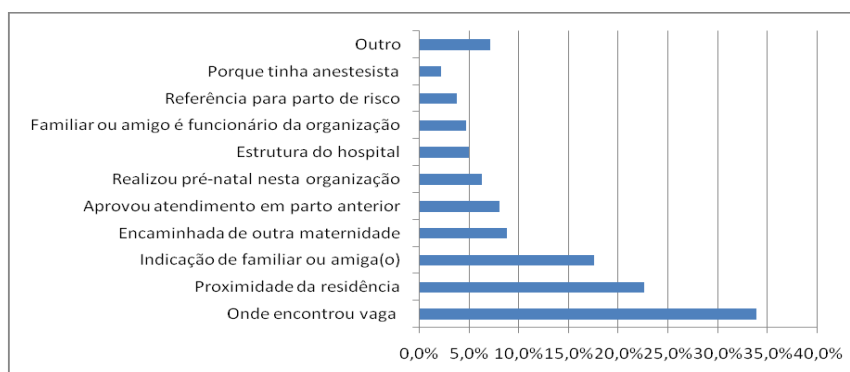


Gráfico 5. Percentual das mulheres segundo motivo de escolha da maternidade/hospital para o parto. Salvador, 2008.

Tabela 5. Caracterização do acesso ao cuidado no parto, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Variáveis	Total				Preta				Parda				Branca				Indígena				p-valor*
	n	%	$\bar{x}$ (DP)	Me dia na	n	%	$\bar{x}$ (DP)	Me dia na	n	%	$\bar{x}$ (DP)	Me dia na	n	%	$\bar{x}$ (DP)	Me dia na	n	%	$\bar{x}$ (DP)	Me dia na	
Idade Gestacional no parto**			38,31 (2,81)				38,38 (2,658)				38,18 (1,024)				39,03 (1,779)				35,40 (3,286)		
37 a 42	358	79,9			174	81,3			155	78,3			28	90,3			1	20,0			
20 a 36	90	20,1			40	18,7			43	21,7			3	9,7			4	80,0			0,663
Acompanhante no parto																					
Sim	6	1,4			1	0,5			3	1,5			2	6,7			0	0,0			
Não	437	98,6			210	99,5			194	98,5			28	93,3			5	100,0			0,025
Referência para o parto																					
Sim	82	18,3			40	18,6			36	18,2			5	16,1			1	20,0			
Não	367	81,7			175	81,4			162	81,8			26	83,9			4	80,0			0,850
Tipo de parto																					
Normal	211	47,0			100	48,4			93	46,0			12	38,7			2	40,0			
Cesárea	227	50,6			106	49,3			100	50,5			18	60,0			3	60,0			0,211
Fôrceps	11	2,4			5	2,3			5	2,5			1	3,2			0	0,0			
Anestesia no parto normal																					
Sim	2	0,9			1	1,0			1	1,0			0	0,0			0	0,0			
Não	214	99,1			104	99,0			96	99,0			12	100,0			2	100,0			0,828
Tempo de espera p/ atendimento** *			43,90 (79,15)	20			36,38 (62,11)	20			49,12 (85,21)	20			39,49 (40,40)	30			216,0 (288,8)	120	---
Maternidades percorridas			1,73 (0,983)				1,70 (1,038)				1,77 (0,962)				1,58 (0,720)				2,00 (0,707)		---
Nº de vezes que buscou internação			1,93 (1,208)				1,92 (1,266)				1,95 (1,205)				1,84 (0,820)				2,00 (0,707)		---

* Foram retiradas as indígenas para o cálculo do p-valor, considerando a baixa frequência dessas mulheres na amostra.

** semanas.

*** minutos.

Com relação às patologias preexistentes à gestação, 66,1% das usuárias do SUS em Salvador não apresentaram (Tabela 6). As maiores proporções encontradas para hipertensão e infecção foram nas indígenas (20,0% e 20,0%, respectivamente) e para anemias, nas brancas (32,2%). Em relação a outras patologias, foram relatadas as seguintes: transtorno mental, crises convulsivas, tuberculose, pneumonia, alergia, problemas respiratórios, diabetes, obesidade mórbida, tireoidite de Hashimoto, hipotireoidismo, dermatite, meningite, cálculo renal, hepatite B, hepatite A, pré-eclâmpsia em gestação anterior, ovário policístico, HPV, mioma, insuficiência istmo-cervical, DHEG em gestação anterior, vaginite, AIDS. Houve diferença estatisticamente significativa entre raça/cor e ter apresentado anemia antes da gestação ($p=0,043$).

Tabela 6. Distribuição das patologias preexistentes a gestação, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Patologias pré-existent	Total		Preta		Parda		Branca		Indígena		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nenhuma	297	66,1	144	67,0	134	67,7	17	54,8	2	40,0	0.424
Hipertensão	19	4,2	9	4,2	8	4,0	1	3,2	1	20,0	0.616
Infecção	43	9,6	1	12,1	13	6,6	3	9,7	1	20,0	0.245
Anemias	77	17,1	32	14,9	34	17,2	10	32,2	1	20,0	0.043
Outras	40	8,9	17	7,9	21	10,5	2	6,5	0	0,0	0.759

* Foram retiradas as indígenas para o cálculo do p-valor, considerando a baixa frequência dessas mulheres na amostra.

No que diz respeito às patologias gravídicas, 66,1% das mulheres desenvolveram pelo menos um tipo. Para pré-eclâmpsia e eclâmpsia, destacou-se as indígenas (20,0%); para anemias, brancas (54,8%); para diabetes gestacional, pretas (3,7%); infecção urinária e hemorragia, indígenas (40,0% e 20,0%, respectivamente). As outras patologias gravídicas referidas foram: trombose, toxoplasmose, sífilis, vaginite, plaquetopenia, nefropatia, ascite, HTLV reagente, varicela, insuficiência istmo-cervical, hiperêmese gravídica, placenta prévia, aminiorrexe prematura (Gráfico 6).

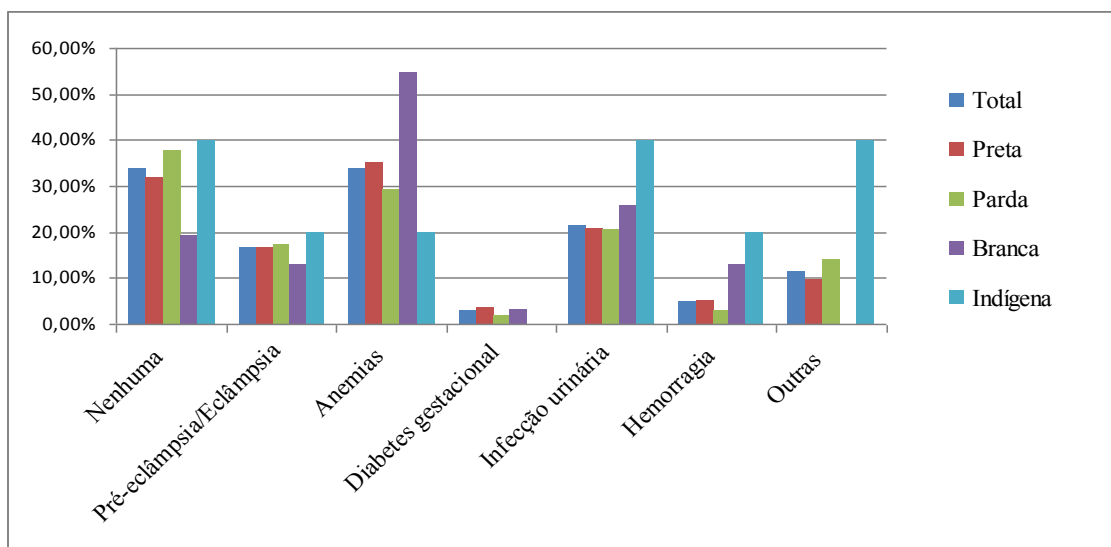


Gráfico 6. Percentual de patologias desenvolvidas durante a gestação, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

A maioria das mulheres não apresentou intercorrências no parto ou pós-parto (76,6%), especialmente as brancas (80,6%). As indígenas apresentaram percentual de 20,0% para pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hemorragia puerperal; as brancas apresentaram maior percentual para hemorragia puerperal (6,5%). Outras intercorrências apresentadas pelas mulheres foram: trombose venosa profunda, sífilis, problemas respiratórios, plaquetopenia, parasitoses, diarreia, corrimento, anemia, cefaléia pós-raque, retenção de placenta, laceração perineal, curetagem, inflamação da incisão cirúrgica, diabetes gestacional (Gráfico 7).

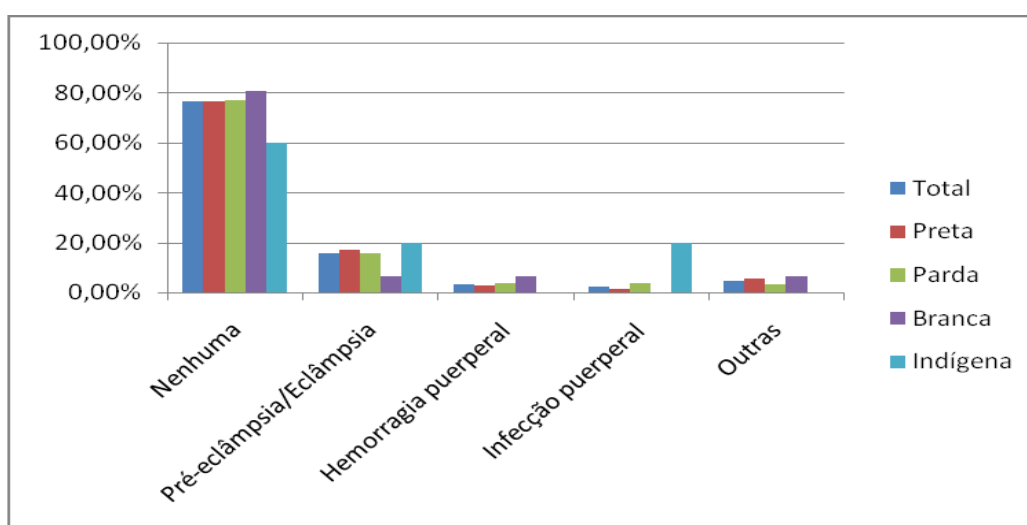


Gráfico 7. Percentual de intercorrências no parto e/ou pós-parto, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para análise da associação entre raça/cor e acesso ao cuidado pré-natal e no parto, este capítulo será subdividido em quatro temas.

7.1 FATORES PREDISPONETES E CAPACITANTES DO ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL E NO PARTO

A partir dos resultados desta pesquisa, depreende-se que as mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto em Salvador possuem, em sua maioria, baixos indicadores socioeconômicos atestado pela maioria possuir renda de até dois salários mínimos, exercer atividade sem remuneração e ter em média 9,62 anos de estudo. Entretanto, essa realidade já era esperada, uma vez que estudos mostram que indivíduos com condições menos favorecidas são os que mais utilizam os serviços públicos.

Ribeiro *et al* (2006), ao analisarem o perfil sócio-demográfico das(os) usuárias(os) do SUS no Brasil, identificaram as seguintes características: predomínio de pessoas pretas e pardas, mulheres, com baixa escolaridade, baixa renda familiar e sem posse de plano de saúde privado. Sua análise multivariada permitiu identificar que a população em piores condições socioeconômicas apresentou maior probabilidade de atendimento pelo SUS e a variável cor manteve-se significativa mesmo após o ajuste por escolaridade e renda, apontando sua relevância dentre as variáveis socioeconômicas.

Em Belo Horizonte também foi identificado um perfil de usuárias(os) do SUS com características semelhantes, sendo em sua maioria do sexo feminino (53%) e tendo baixa escolaridade, uma vez que 67,4% possuíam até o primeiro grau completo (LIMA-COSTA; FILHO, 2008).

Vale ressaltar que em ambas as pesquisas a população estudada é constituída por homens e mulheres e que não possuem a mesma faixa etária da identificada por este estudo. Mesmo assim, as características mantiveram-se semelhantes.

Estudo realizado recentemente indica que 73% da população feminina brasileira em idade fértil não possui plano de saúde, sendo conseqüentemente usuária do SUS. Para o Nordeste esse percentual é maior, correspondendo a 87% (BRASIL, 2008).

Destaca-se neste estudo o grande percentual de mulheres negras (92%) utilizando os serviços públicos, uma vez que este valor é superior à proporção verificada no município, que corresponde a 83% no geral e, dentre as mulheres, 81,9% são negras (BRASIL, 2008).

No Brasil como um todo, registra-se maior proporção de pessoas pretas e pardas como usuárias do SUS, embora com valores bem abaixo das proporções encontradas neste estudo. O fato está relacionado às características da população de Salvador, composta majoritariamente por pessoas negras, mas revela, sem sombra de dúvida, o baixo status socioeconômico das mulheres negras nesta sociedade.

Leal, Gama e Cunha (2005) detectaram que, no Rio de Janeiro, as mulheres de cor preta e parda foram majoritariamente atendidas na rede SUS, enquanto que as brancas corresponderam a aproximadamente 50%.

As mulheres do estudo têm em média aproximadamente 25 anos de idade. Contudo, destaca-se o percentual de 20,9% de adolescentes com idades entre 13 e 19 anos.

A PNDS/2006 identificou que dentre as mulheres brasileiras, 20% das mais jovens (15-19 anos), tinham pelo menos um filho (BRASIL, 2008).

Segundo Ximenes, Marques e Rocha (2008), as taxas de gravidez na adolescência variam muito de serviço para serviço, estimando-se que aproximadamente 20-25% do total de mulheres gestantes são adolescentes. Já a gravidez na adolescência está, em geral, relacionada a problemas de saúde, familiares, psicológicos e econômicos, que limitam muitas vezes as possibilidades de desenvolver engajamento dessas jovens na sociedade.

Embora exista clara tendência em encarar a gravidez e a maternidade como um problema, principalmente na área de saúde, estudos têm demonstrado que a maternidade pode também representar um passo positivo na vida das adolescentes, ajudando a fortalecer laços familiares e motivando para a conquista de novos objetivos (PINTO *et al*, 2005).

Nesse sentido, de acordo com Chalem (2007) os maiores índices de gestação na adolescência recaem preferencialmente sobre as jovens negras, de baixo nível sócio-econômico e com baixa escolaridade. Leal, Gama e Cunha (2005) observaram em seu estudo uma maior concentração de puérperas adolescentes entre as negras (24,5%), seguidas das pardas (22,3%) com menor escolaridade.

Vale destacar que a gravidez é a primeira causa de internações (66%) em jovens com idade entre 10 e 19 anos na rede SUS e aproximadamente um quarto do total de partos são em adolescentes nessa faixa etária (FREITAS; MOSCAROLA, 2002).

Um dos motivos para essas internações deve-se ao fato de estarem mais sujeitas a complicações, como: eclâmpsia, anemia, parto prematuro, e a ter recém-nascidos de baixo

peso (XIMENES; MARQUES; ROCHA, 2008).

Apesar da ascensão social feminina, a situação das brasileiras ainda é desigual quando comparadas aos homens. Além disso, vê-se que essa situação intensifica-se para a população negra. De maneira geral, as mulheres ainda ocupam funções desvalorizadas pela sociedade, recebem baixos salários, além de serem responsáveis pelas atividades domésticas, como demonstram os achados deste estudo.

Os diferenciais de remuneração entre homens e mulheres e entre a população branca e negra é uma das formas mais persistentes das desigualdades de gênero e raça. Em 2004, a média de rendimento mensal para a população brasileira era de R\$586,60; para os homens, R\$692,00 e para as mulheres R\$440,50, porém enquanto as mulheres brancas recebiam em média R\$561,70, as mulheres negras ganhavam R\$290,00. Os dados evidenciam a dupla discriminação experimentada pelas mulheres negras (LOPES; RACHEL, 2007).

Na cidade de Salvador, também se observam desigualdades e exclusão social, onde grande parte da população não tem acesso a bens e serviços. Um fato que comprova essa situação é que as pessoas brancas possuem rendimento médio familiar per capita de 5,4 salários mínimos, enquanto que as negras têm rendimento médio familiar per capita de 1,67 salários mínimos (SALVADOR, 2006).

No que se refere à escolaridade, apesar da maioria das entrevistadas terem entre 10-12 anos de estudo, houve um alto percentual de mulheres com até nove anos (42,1%) e uma média de 9,62 anos de estudo, o que corresponde ao segundo grau incompleto.

Os poucos anos de estudo podem ter repercutido nas profissões/ocupações encontradas, tendo em vista um grande índice de donas de casa e estudantes. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, as pessoas negras com baixa escolaridade têm dificuldade de uma ascensão social devido aos seus sub-empregos pela falta de qualificação (SALVADOR, 2006).

As variáveis renda familiar *per capita*, anos de estudo, profissão/ocupação, dentre outras, interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas. Portanto, os dados encontrados apontam a dificuldade no acesso aos serviços privados de saúde, restando-lhes apenas a atenção pública, geralmente de pior qualidade.

Nesse sentido, Paim e Teixeira (1994) atribuem as desigualdades de acesso aos serviços de saúde à medicina de mercado, pois através dos planos de saúde acabam por conceder apenas a uma elite da população que pode pagar, acesso a serviços sofisticados e com tecnologia de ponta.

Outro ponto a ser destacado são as consequências dos indicadores sociais refletindo na saúde da população do estudo. Pois a possível predisposição biológica para o desenvolvimento de algumas patologias somada aos fatores ambientais e sociais tornam as mulheres negras mais vulneráveis aos agravos à saúde, o que requer uma maior utilização dos serviços de saúde.

Vale ressaltar ainda que o estado da Bahia ainda apresenta os índices mais baixos de cobertura da rede pública de saúde e de qualidade da assistência à saúde, quando comparado a outros estados (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).

Nota-se que os problemas de acesso não se restringem apenas às características sócio-demográficas dos indivíduos, mas abrange também problemas da oferta e organização dos serviços de saúde que podem atuar como barreira ao acesso.

Embora predominem na sociedade brasileira idéias e representações de que as mulheres tanto de baixa renda como negras tenham maior fertilidade e, conseqüentemente, maior número de filhos, os resultados do estudo se contrapõem essa idéia, uma vez que as mulheres do estudo são predominantemente negras e de baixa renda e possuem em sua maioria até dois filhos e média abaixo de dois (1,92) ligeiramente acima da média nacional que é de 1,8 filhos por mulheres em idade fértil 2006.

No que tange à religião, a maioria das mulheres são cristãs, sendo o maior percentual representado por católicas (37,6%), seguido por evangélicas (26,3%). Destaca-se o grande número relativo de mulheres que se declararam sem religião (32,1%).

Esses dados são completamente dissonantes com a realidade brasileira, pois, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, publicada em 2008, 62% das mulheres em idade fértil se declararam católicas, e apenas 8% sem religião.

Esse resultado é interessante pelo fato de Salvador se destacar pelo número de religiões africanas. De acordo com dados da Federação Nacional do Culto afro-brasileiro, na Bahia funcionam 5.900 Terreiros de Candomblé, Casas de Umbanda e Centros de Caboclos, destes aproximadamente 3.000 encontram-se em Salvador e Região Metropolitana (SALVADOR, 2006). Observou-se, entretanto, a não identificação da amostra com as referidas religiões. Sabe-se que a cultura negra é marginalizada, o que pode ter levado à omissão dessa informação.

7.2 RAÇA/COR E O ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL

O pré-natal é um tipo de assistência preventiva, no qual é possível identificar, tratar ou controlar patologias, além de prevenir complicações na gestação, parto e puerpério. A atenção pré-natal de qualidade reflete diretamente nas taxas de morbimortalidade feminina.

De acordo com o MS, “o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, um nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (BRASIL, 2005a, p.8).

A assistência pré-natal é definida por Carvalho (1990) como uma avaliação clínico-obstétrica, buscando a prevenção, controle ou tratamento de intercorrências durante a gestação.

Para Maranhão *et al* (1990), apesar desse período não ser caracterizado como estado patológico, a gestante, parturiente e puérpera sofre importantes alterações orgânicas e emocionais que tornam sua saúde vulnerável a agravos. Portanto, uma assistência voltada para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças preexistentes e/ou incidentes podem, na maioria das vezes, evitar esses agravos.

Alguns procedimentos são essenciais para garantir a qualidade do cuidado pré-natal, entre elas destacam-se: a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta pré-natal até 120 dias da gestação, realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais, imunização antitetânica, dentre outros; aspectos estes enfocados neste estudo (BRASIL, 2005a).

A alta cobertura da assistência pré-natal encontrada neste estudo assemelha-se à cobertura de outros municípios como Caxias do Sul, Juiz de Fora e Rio de Janeiro, que apresentaram cobertura pré-natal de 95,4%, 99,04%, 96,3%, respectivamente (TREVISAN *et al*, 2002; COUTINHO *et al*, 2003; LEAL *et al*, 2004).

O acesso à assistência pré-natal ampliou-se bastante, tendo em vista que dentre os nascidos vivos nos cinco anos anteriores às pesquisas de 1996 e 2006, a porcentagem de mães que não realizou qualquer consulta ao longo da gestação diminuiu de 14% para 1% (BRASIL, 2008).

Os investimentos realizados pelo MS, referentes à implementação das políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal têm refletido no aumento da cobertura pré-natal nos últimos anos.

No Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 6,4 consultas por mulher em 2008 (BRASIL, 2008).

A média de consultas pré-natais realizadas em Salvador foi de 5,6, estando abaixo do mínimo esperado que é de seis consultas e também da média nacional, com variações entre as várias regiões e estados e municípios que em alguns casos atingiu mais de 90% das mulheres.

A PNDS, realizada em 2006, destaca que 77% das mulheres brasileiras realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo este percentual correspondente a 74% entre as usuárias do SUS (BRASIL, 2008).

De acordo com o MS, no Brasil 52,9% das mulheres realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal; 34,7% de 4-6 consultas; 9,6% de 1-3 consultas. Porém no Nordeste esses valores foram diferentes, sendo de 35,7% para 7 ou mais consultas; 44,5% para 4-6 consultas; 1,3% para 1-3 consultas (BRASIL, 2008).

Embora o MS preconize como ideal para a atenção a realização de no mínimo seis consultas, alguns autores utilizam outros parâmetros como: sete ou mais consultas e cinco ou mais consultas. Contudo, observa-se que os valores dos distintos parâmetros encontrados em outros estudos ainda permaneceram mais elevados que o encontrado para Salvador.

A captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez é considerada como uma condição importante para efetividade ao cuidado pré-natal, uma vez que algumas intervenções terapêuticas surtem maior efeito quando introduzidas o mais precocemente possível, como orientação alimentar e o próprio diagnóstico de gravidez.

Dentre as mulheres do estudo, a maioria iniciou precocemente o pré-natal. Esse achado merece destaque, pois ao compararmos a outros estudos realizados também com usuárias do SUS, vê-se que os maiores percentuais para início do pré-natal ocorreu no 2º trimestre e não no 1º, sendo que em Caxias do Sul detectou-se um percentual de 51,5%; em Ribeirão Preto, 54,3%; e em Juiz de Fora, 61,1% (TREVISAN *et al*, 2002; BRIENZA, CLAPIS, 2002; COUTINHO *et al*, 2003).

Em contrapartida, o estudo realizado por Silveira, Santos e Costa (2001) identificou que 46% das gestantes usuárias do SUS, ingressaram no programa do pré-natal durante o primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro. Mas ainda assim, o percentual encontrado para Salvador mostra que a atenção pré-natal tem sido efetiva.

Os exames laboratoriais recomendados pelo MS para a atenção pré-natal, denominados exames básicos, são: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e

fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; sumário de urina (Tipo I); sorologia anti-HIV; sorologia para hepatite B (HBsAg) e sorologia para toxoplasmose. Outros exames podem ser solicitados em situações que as requeiram como o proto parasitológico, colpocitologia oncótica, bacterioscopia da secreção vaginal; sorologia para rubéola e urocultura (BRASIL, 2005a).

Embora a USG obstétrica auxilie na determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas, dentre outros aspectos. Entretanto, a sua não realização não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (BRASIL, 2005a).

Observou-se que a grande maioria das usuárias do SUS de Salvador realizou os exames laboratoriais básicos e um percentual mais elevado realizou a USG (97,3%), inclusive mulheres que não frequentaram o pré-natal. Esse resultado se coaduna com nossa prática, onde observamos que há uma supervalorização das mulheres em relação à ultrassonografia, sendo a curiosidade pelo sexo do feto um dos motivos mais recorrentes reportado pelas mulheres para solicitar que esse exame seja requisitado.

A maioria das usuárias do SUS foi imunizada durante a gestação. 26,5% informou imunização incompleta, na maioria dos casos, devido às características da própria terapêutica.

Quanto à associação dessa variável com a raça/cor, não foi verificada significância estatística, embora seja importante registrar que o percentual de mulheres brancas com imunização foi maior do que a observada para as negras (pretas e pardas).

A vacinação das mulheres em idade fértil, ou seja, com faixa etária entre 10 e 49 anos de idade, é uma medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Esta deve ser aplicada à gestante até a dose imunizante, ou seja, no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa (BRASIL, 2005a).

Vale destacar o aumento do percentual de gestantes imunizadas contra o tétano em Salvador, tendo em vista que em 2002, Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) observaram que apenas 33,5% das gestantes inscritas no PHPN receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. Esse aumento pode denotar maior compreensão dos profissionais de saúde e das gestantes acerca da importância da prevenção do tétano neonatal.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a raça/cor e os indicadores de acesso ao cuidado pré-natal. No entanto, identifica-se distinção nas proporções investigadas. Todas as mulheres brancas realizaram o pré-natal, USG e os exames básicos. Entretanto,

foram as que iniciaram o pré-natal mais tardiamente (6,5%). As pretas, por sua vez, obtiveram maior proporção para realização de seis ou mais consultas e início do pré-natal no primeiro trimestre. Contudo, maior percentual de pardas seguidas das pretas não foram imunizadas contra o tétano (Tabela 4).

O fato de não ter havido diferença estatisticamente significativa entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal explica-se em parte pela homogeneidade da população pesquisada, principalmente em termos socioeconômicos. Entretanto, são notáveis as desvantagens das mulheres negras no acesso aos serviços assistenciais de pré-natal em relação às brancas, quando são analisadas populações heterogêneas.

Leal, Gama e Cunha (2005), por sua vez, verificaram que menos de um quinto das mulheres negras de baixo nível de instrução realizaram pré-natal de forma adequada e mesmo para aquelas com maior instrução, esse benefício não cobriu metade delas.

Dados do MS apontam que, em 2006, a porcentagem de mães indígenas (12,6%) e negras (pretas 5,4% e pardas 4,4%) que referiram não ter recebido nenhuma consulta foi consideravelmente maior que a proporção de mães brancas (1,4%). Com relação ao número de consultas, a proporção de mães brancas que referiram ter recebido sete ou mais consultas (65,4%) foi bem maior que essa proporção entre as mães negras (43,1% entre as pretas e 37,8% entre as pardas) e indígenas que foi de 26,7% (BRASIL, 2008).

Essas distinções devem-se às desigualdades socioeconômicas existentes entre as mulheres, onde há um predomínio de negras com baixa escolaridade, baixa renda familiar, sem planos de saúde, consequentemente, sendo usuárias do SUS; contrariamente à realidade da maioria branca, que detém melhor escolaridade e renda, possuem planos de saúde, além de utilizarem mais os serviços privados.

Vale ressaltar que foram apenas as mulheres negras, usuárias do SUS em Salvador, que não tiveram acesso ao pré-natal. Os motivos alegados para não utilizar essa assistência apontam problemas na acessibilidade sócio-organizacional e geográfica, além da influência do comportamento do indivíduo, resultando em barreiras de acesso.

A realização da USG pela maioria das mulheres que não fez pré-natal pode ser justificada pela preocupação em detectar, através deste exame, o sexo, a idade gestacional, bem como anomalias fetais, tendo em vista possível decisão de interromper voluntariamente a gestação. Além disso, trata-se de um exame mais prático que os laboratoriais, pois não requer um retorno aos serviços para receber os resultados.

7.3 RAÇA/COR E O ACESSO AO CUIDADO NO PARTO

A institucionalização do parto no país ocorreu ao longo da década de 40, sendo considerada uma das primeiras ações de saúde pública dirigida à mulher, cujo objetivo focava a redução das altas taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

Segundo o MS: “A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto” (BRASIL, 2001, p. 19).

Para tanto, os cuidados com a gestante no momento do parto englobam medidas e atividades com a finalidade de proporcionar à mulher a vivência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sendo esta a protagonista do processo. Além disso, o objetivo principal da atenção ao parto envolve não apenas a obtenção de um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro, mas também a saúde à mulher, não a traumatizando pelo processo em que vivenciou (BRASIL, 2001).

Apesar de a maioria dos partos investigados neste estudo terem sido a termo, vale destacar a alta proporção de partos prematuros ocorridos com as mulheres que se autoclassificaram como indígenas, sendo a idade gestacional média no momento do parto de 35,4 semanas.

O parto prematuro é considerado a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. Mesmo com a evolução das estratégias de prevenção durante o pré-natal, essas taxas continuam elevadas. Vários fatores têm sido associados ao maior risco de parto prematuro como os de ordem socioeconômica, as infecções, complicações clínicas e obstétricas, gestações gemelares, estresse emocional cotidiano da mulher moderna, dentre outros (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005).

Na atualidade, as políticas públicas de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal tentam reconstruir o paradigma da atenção de forma mais humanizada. Há uma tendência em se estabelecer uma assistência que respeite ao máximo o processo fisiológico e natural do nascimento, ao invés de tratá-lo como doença e com intervenções desnecessárias, embora de difícil operacionalização pela maioria das organizações prestadoras de cuidados.

Nessa perspectiva, ter a presença de um(a) acompanhante de escolha da mulher durante o parto é um dos aspectos da humanização da assistência e trata-se de uma recomendação da

Organização Mundial de Saúde, sendo desenvolvida com êxito em diversos países (STORTI, 2004).

No Brasil, a maior parte dos serviços públicos não permite a presença de familiares durante a internação para o parto, mesmo constituindo-se em direito das mulheres garantido pela Lei 11.108, de abril de 2005 (BRASIL, 2009). Observa-se, em geral, como neste estudo, que somente algumas mulheres usufruem desse direito.

A resistência à inserção do(a) acompanhante para dar apoio durante o processo de nascimento é uma das consequências do modelo tecnocrático de assistência, que desumanizou o nascimento ao afastar a família, transformando o parto em um acontecimento médico-hospitalar (STORTI, 2004).

Segundo a PNDS/2006, acompanhantes foram figuras ausentes em todas as regiões do Brasil, variando de 12% a 17%. Menos de 10% das mulheres usuárias do SUS puderam contar com o(a) acompanhante. Em contraste a essa situação, cerca de 35% das mulheres nos serviços privados contaram com a presença de um(a) acompanhante no momento do parto. Também foi observado que mulheres com mais de 11 anos de estudo apresentaram 160% de chance maior de contar com um acompanhante quando comparadas àquelas com escolaridades mais baixas (BRASIL, 2008).

Estudo mais recente, realizado por Oliveira *et al* (2008), detectou que apenas 21,4% das parturientes atendidas pelo SUS no Rio de Janeiro contaram com a presença do(a) acompanhante no pré-parto, sendo que 64,2% eram do sexo feminino.

Em Salvador, por sua vez, a presença de acompanhante para as usuárias do SUS foi mais rara ainda (1,4%), principalmente para as mulheres negras. Além disso, houve diferença significativa entre ter o(a) acompanhante no parto hospitalar e a raça/cor.

A garantia desse direito às mulheres é extremamente importante, pois lhes proporciona conforto, segurança e confiança. Conforme afirma Storti (2004), as evidências científicas comprovam que a participação de acompanhante no trabalho de parto e parto, cada vez mais, torna-se indispensável para um bom resultado no processo de parturição.

Segundo Carvalho (2003), a entrada do pai na sala de parto surgiu entre famílias nucleares urbanas em países desenvolvidos na década de 70, com o objetivo de recuperar a afetividade, valorizar a mulher e resgatar a referência familiar.

Concordando com Dias e Deslandes (2006), a visão da presença do homem no espaço do trabalho de parto e parto é diferente entre as famílias de distintas classes sociais. As mulheres pertencentes às classes populares podem preferir a presença de uma acompanhante do sexo feminino, pois esta pode ser tida como uma tarefa feminina.

Neste estudo, dentre as seis pessoas que acompanharam a mulher durante o parto hospitalar, apenas uma era do sexo masculino, ou seja, o esposo; as demais eram amigas ou familiares.

Os estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando dentre outros aspectos, a vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais (BRASIL, 2001).

Constata-se que nos dias atuais a atenção pré-natal encontra-se desvinculada da atenção ao parto, atestado pelo alto percentual de usuárias do SUS em Salvador que não foram encaminhadas do pré-natal para o parto (81,7%), correspondendo ao dobro do registrado para o Brasil, como um todo.

A ausência de referência para o parto gera diversos transtornos. Dentre eles, destaca-se a peregrinação das mulheres em trabalho de parto em busca de uma vaga para internação. No estudo em questão, a média de maternidades percorridas foi aproximadamente duas, sendo menor para as mulheres brancas (1,5%) e maior para as indígenas (2,0%), embora essa diferença não tenha sido significativa em termos raciais.

Leal, Gama e Cunha (2005) identificaram uma elevada proporção de mulheres que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada. A peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as negras, 28,8% nas pardas e 18,5% nas brancas.

Outro problema a ser destacado também que contribui para a peregrinação é que há falta de orientação no pré-natal sobre sinais do trabalho de parto e de referência para o parto, fazendo com que as mulheres, principalmente as primigestas, cheguem à maternidade em estágio precoce do trabalho de parto, sendo orientadas a voltar para casa e retornar mais tarde com a justificativa de que não está na hora. Muitas delas, movidas pela ansiedade, não retornam para casa e ficam aguardando a “hora” naquela organização ou então vão em busca de outra maternidade que lhes acolha.

Isto também pode explicar, em parte, a grande dispersão no tempo que as mulheres levaram para receberem o primeiro atendimento desde que chegaram à maternidade, sendo que, para as indígenas, a mediana foi de 120 minutos.

Chama a atenção, neste estudo, o elevado percentual de cesáreas praticado em Salvador, correspondendo a mais de 50% dos casos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa de cesáreas não deve ultrapassar 15%, pois existe uma acentuada associação entre o procedimento cirúrgico e o

aumento da mortalidade materna. Portanto, partos operatórios sem indicação clínica constituem em um problema para a saúde pública. Além de aumentarem o custo do financiamento à saúde, decorrente do maior tempo de internação e recuperação, há uma maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem e maior consumo de medicamentos (BRASIL, 2001).

O Brasil apresenta uma das maiores proporções de cesáreas do mundo. Apesar de a cesariana ter um grande potencial para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, o exagero de sua prática tem realizado efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Desde 1998, o MS tem criado e implementado medidas para reduzir as altas taxas de cesáreas do país, mudando o modelo de atenção ao parto rumo à humanização, com o fornecimento da dignidade no atendimento e redução das intervenções médicas desnecessárias; além de tentar estabelecer o vínculo entre o pré-natal e assistência ao parto, através do PHPN (SERRUYA, 2003).

No tocante à mudança no modelo de atenção, registramos a tentativa iniciada no final da década de 1990, pelo Ministério da Saúde, de preparar enfermeiras para o cuidado às mulheres no parto, materializada na formação de especialistas, em parceria com universidades públicas. Entretanto, o corporativismo médico, aliado à pouca vontade política de enfrentar a questão, colocou por terra a ideia, resultando atualmente na quase completa ausência das enfermeiras nesse cuidado em quase todos os estados da federação, sendo a Bahia, notadamente em Salvador, um caso exemplar.

Vários fatores atuam como responsáveis pelo excesso de partos operatórios, podendo ser divididos em fatores relacionados à assistência médica e fatores sócio-culturais. O primeiro grupo engloba questões como uma formação fragilizada do médico para acompanhar com segurança a evolução de um parto normal e para realizar um parto espontâneo em gestantes que já sofreram uma cesárea, além da comodidade do médico programar o seu horário de trabalho. Já o segundo grupo envolve questões ligadas à gestante, como o medo da dor do parto espontâneo, das lesões na anatomia e fisiologia da vagina, crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que a cesárea e como a opção da realização concomitante da laqueadura tubária (CAMPOS; CARVALHO, 2000; BARBOSA *et al* 2003).

D'orsi, Chor e Giffin (2006) observaram que dentre os fatores associados à maior chance de cesáreas estão: primiparidade, idade 20-34 anos, último parto por cesárea, dilatação cervical < 3cm na admissão, preferência da mulher, horário diurno, parto realizado por obstetra do sexo masculino, obstetra que trabalha mais de 24 horas semanais de plantão,

obstetra com consultório particular, hipertensão, apresentação fetal não-cefálica e idade gestacional > 41 semanas.

Nomura *et al* (2004) encontraram associação significativa entre pacientes de um hospital universitário de São Paulo com idade igual ou superior a 35 anos e cesárea, realizada em 62,9% dos casos.

Embora em proporção abaixo da encontrada em Salvador, a PNDS/2006 confirma as altas taxas de cesarianas praticadas no país, onde 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo maior para as mulheres com mais de 35 anos de idade (61%), e com 12 ou mais anos de estudo (83%); para as brancas, 49%; e no sistema de saúde privado ou suplementar, 81% (BRASIL 2008).

Em outros estudos realizados nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro e Caxias do Sul, foram observadas as seguintes taxas de cesáreas: 56,5%; 48,8%; 46% e 20,1%, respectivamente. Todas, inclusive a detectada neste estudo, encontram-se acima do recomendado pela OMS (NOMURA *et al*, 2004; YAZLLE *et al*, 2001; CAMPOS; CARVALHO, 2000; TREVISAN *et al*, 2002).

Com relação ao uso de anestesia no parto normal, apenas duas mulheres referiram tê-la recebido. Vale ressaltar que o uso de anestésico durante o trabalho de parto normal não é preconizado pela OMS como rotina de atendimento. Entretanto, o Ministério da Saúde, conforme portarias nº 2.815 de 1998 e nº 572 de 2000, paga por esse procedimento no intuito de diminuir o medo da dor do parto e, conseqüentemente, reduzir as cesáreas (BRASIL, 2001).

Os motivos referidos para escolha da maternidade/hospital pelas mulheres do estudo assemelham-se aos encontrados por Dias e Deslandes (2006) no Rio de Janeiro, sendo que o principal motivo alegado pelas mulheres para escolha da maternidade foi a proximidade de sua residência, pois estas possuem dificuldades de locomoção. Menezes *et al* (2006), por sua vez, encontraram um alto percentual (70%) para o motivo falta de vaga em outro estabelecimento.

7.4 RAÇA/COR E OS FATORES DE NECESSIDADES DE SAÚDE

Os fatores de necessidades de saúde referem-se aos problemas ou complicações da gravidez, parto e puerpério, segundo o modelo teórico adotado, sendo um dos fatores

determinantes da demanda/utilização de cuidados em saúde. Estes podem ser percebidos pelo indivíduo ou ser diagnosticados através de um profissional de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973), como ocorreu neste estudo.

Com relação às patologias preexistentes, a maioria das usuárias do SUS em Salvador não apresentou. Houve diferença estatisticamente significativa entre raça/cor e ter apresentado anemia antes da gestação ($p=0,043$).

Vasconcelos (2004) ressalta que, dentre os problemas alimentares e nutricionais mais importantes presentes em todas as partes do mundo, inclusive no Brasil, encontra-se a anemia. Segundo a OMS, existem mais de dois bilhões de indivíduos com anemia ferropriva, atingindo cerca de 80% da população em geral (VASCONCELOS, 2004).

Pinheiro *et al* (2002) afirmam que as mulheres apresentam mais morbidade e utilizam mais os serviços do que os homens. Esse diferencial de gênero explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto.

Nessa perspectiva, as mulheres durante o período gravídico-puerperal necessitam de assistência à saúde, uma vez que seus corpos sofrem inúmeras alterações. A atenção ao pré-natal, ao parto e no puerpério são fundamentais, especialmente na prevenção de agravos que possam acometer essas mulheres e resultar em óbito materno e/ou neonatal.

Vale ressaltar que essas inúmeras alterações que ocorrem no organismo e na vida das mulheres durante a gestação, em sua maioria, decorrem de mecanismos compensatórios para a manutenção da vitalidade fetal.

Durante o período gravídico-puerperal, a mulher pode apresentar algumas patologias como: anemia, hipertensão arterial, diabetes, infecção urinária, hemorragias, desnutrição e outras. E essas patologias podem estar relacionadas não só à predisposição biológica, mas a condições de vida das mulheres.

Em relação às patologias grávidas, mais da metade das mulheres desenvolveram pelo menos um tipo, destacando-se a ocorrência de anemias.

A anemia é um dos problemas de saúde pública bastante significativo, e quando essa anemia ocorre na gravidez, ela não só pode prejudicar a mãe, como também o feto. Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), a anemia é o distúrbio mais comum na gestação, afetando, no mínimo, 20% das gestantes.

De acordo com Allen (2004 *apud* VASCONCELOS, 2004), a deficiência de ferro ocorre em pelo menos dois bilhões de pessoas no mundo e em 56% das mulheres grávidas e 35% das não grávidas, o que significa que muitas mulheres apresentam deficiência em ferro já antes da

gravidez, mesmo nos países desenvolvidos, onde a prevalência da anemia durante a gravidez é de 18%. A deficiência do metal aumenta durante a gravidez devido à alta necessidade do feto para seu desenvolvimento, assim como para a síntese de maior quantidade das células sanguíneas.

Vasconcelos (2004), ao investigar a prevalência de anemia em gestantes no município de Sobral/Ceará, identificou que a faixa etária predominante foi de 18 a 34 anos, a maioria de cor mestiça, com pouca ou nenhuma escolaridade e com renda igual ou inferior a dois salários mínimos. Entretanto, apenas a variável cor/raça apresentou relevância estatística com a anemia, sendo que a raça/cor negra apresentou 3,8 vezes mais chances de ter anemia na gestação quando comparado com a mestiça.

A deficiência de ferro e suas múltiplas consequências podem ser corrigidas através de medidas simples, de baixo custo e comprovada eficácia. A abordagem mais usual é fornecer ferro suplementar a gestantes, nutrízes e lactentes em programas de assistência primária à saúde (CARDOSO; PENTEADO, 1994).

A maioria das mulheres não apresentou intercorrências no parto ou pós-parto, especialmente as brancas.

Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), os distúrbios hipertensivos são as complicações de maior relevância durante o período gravídico-puerperal. A pré-eclâmpsia contribui para a morte fetal intra-uterina e para a mortalidade perinatal. A eclâmpsia, por sua vez, é o principal perigo materno.

Segundo Gomes, Santos e Schilling (2004), as principais complicações desenvolvidas durante a gestação são os distúrbios hipertensivos, ocorrendo em aproximadamente 10% das gestações.

Vale ressaltar que a proporção dos casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia entre usuárias do SUS em Salvador foi superior a 10%, tanto durante a gravidez como no parto ou pós-parto para as negras e indígenas.

Leal, Gama e Cunha (2005) também identificaram mais negras que brancas relatando diagnóstico de doença hipertensiva durante a gestação.

As doenças hipertensivas constituem a principal causa de morte materna, responsáveis por um terço dessas mortes. Essa patologia é mais frequente, inicia-se mais precocemente e apresenta uma evolução mais grave na população negra (BRASIL, 2006b).

Portanto, toda gestante deve ter a pressão arterial verificada sempre que for à consulta de pré-natal. Quando forem detectadas alterações nos níveis pressóricos, esta deve ser

encaminhada para um serviço de atenção especializada, evitando assim as complicações oriundas da hipertensão na gestação.

Embora a hipertensão arterial seja uma doença crônica e sem cura, ela é perfeitamente controlável com a educação em saúde e com tratamento medicamentoso, quando necessário (BRASIL, 2006b).

8 CONCLUSÕES

Conclui-se com este estudo que as usuárias dos serviços assistenciais de pré-natal e parto, no âmbito do SUS, caracterizam-se por serem majoritariamente negras, de baixa renda familiar e baixa escolaridade. Portanto, pertencem a um grupo sócio e economicamente destituído, estando mais vulneráveis a morbidades e mortalidade materna, bem como maior restrição ao acesso a serviços de saúde.

As evidências científicas atestam que, quanto piores os indicadores sociais, mais morbidades são desenvolvidas pelos indivíduos; resultando, conseqüentemente, numa maior necessidade de utilização dos serviços de saúde. Contudo, devido às grandes barreiras de acesso encontradas, aumentam-se proporcionalmente os índices de mortalidade pelos menos favorecidos. Vale ressaltar que as causas desses óbitos não se restringem apenas à falta de acesso aos serviços de saúde, mas também ao comportamento individual, predisposição biológica, dentre outros fatores.

No que tange à predisposição biológica, sabe-se que algumas patologias são mais incidentes em determinadas populações. Entretanto, os fatores biológicos não servem como único parâmetro para definir a manifestação e perfil de morbidades, pois agregam-se a eles os fatores ambientais e sociais.

Os fatores predisponentes e capacitantes, representados pelo perfil sócio-demográfico das mulheres do estudo, corroboram com os resultados de outras pesquisas, visto que o maior contingente de usuárias se autodeclararam de cor preta ou parda. Esses dados ratificam a situação de exclusão e marginalização social da população negra, especialmente das mulheres, uma vez que sua baixa renda familiar, baixa escolaridade, tendem a fazer com que exerçam ocupações sem remuneração ou de baixa qualificação, tornando-se um ciclo vicioso, perpetuando, dessa forma, seu lugar na sociedade.

Nesse sentido, as usuárias do SUS não têm acesso aos serviços sofisticados e com tecnologia de ponta presentes na rede privada, pois estes são restritos àquelas que possuem planos de saúde ou que podem pagar por eles.

Verificou-se ainda que 21% das mulheres são adolescentes, confirmando a estimativa que dentre as mulheres grávidas, aproximadamente 20 a 25% são adolescentes. Uma das medidas que podem ser utilizadas no intuito de reduzir a gravidez na adolescência refere-se à educação em saúde, especialmente nas escolas. Desse modo, a informação auxiliará na prevenção da gravidez não planejada e, conseqüentemente, evitará que essa adolescente

desenvolva alguma complicação em saúde mediante sua gravidez, além de minimizar as consequências do impacto social e econômico que essa condição traz à sociedade.

Com relação à assistência ao pré-natal, observaram bons indicadores reportando uma atenção qualificada, onde mais da metade das puérperas iniciaram o pré-natal precocemente (63%), realizaram seis ou mais consultas (51,2%), foram imunizadas (64,4%), realizaram os exames básicos (90,4%) além da USG obstétrica (97,3%).

Vale ressaltar que os dados quantitativos favorecem a melhoria da qualidade da atenção, mas não são suficientes para determinar a qualidade do cuidado pré-natal.

O estudo ainda identificou que, dentre as mulheres que não tiveram acesso ao pré-natal, todas eram negras, devido a problemas na acessibilidade de ordem sócio-organizacional e geográfica, além da influência de seus comportamentos, reportados como: gravidez indesejada/não planejada, relaxamento/preguiça, não gosta de médico, não tinha tempo, por falta de alguém para acompanhá-la. Esses achados indicam necessidade de aprofundar o tema, diversificando a metodologia para incluir a exploração qualitativa da informação.

Quanto à relação da raça/cor e o acesso ao pré-natal, não houve diferença estatisticamente significativa. Este fato deve-se em parte por se tratar de uma população homogênea, ou seja, com as mesmas características socioeconômicas. Portanto, faz-se necessária a ampliação deste tipo de investigação para a rede privada, que é majoritariamente usada por mulheres brancas, com melhores condições financeiras, para que, dessa forma, se analise o diferencial do acesso ao cuidado pré-natal.

O acesso não é definido apenas pela disponibilidade de serviços de saúde de qualidade, mas preocupa-se com a minimização das barreiras financeiras, sociais e culturais. Uma vez que o acesso envolve a entrada nos serviços de saúde e a utilização destes, deve-se também atentar para a prática de acolhimento, tendo em vista que o vínculo estabelecido entre a(o) usuária(o) e o profissional de saúde influencia na utilização do mesmo.

Nessa perspectiva, a cobertura dos serviços públicos, especialmente em Salvador, deve ser ampliada, com a finalidade de atender toda a demanda e diminuir problemas de acesso, principalmente relacionados com a organização e oferta dos serviços e problemas financeiros e geográficos.

Constatou-se ainda que, dentre as mulheres que não receberam cuidado pré-natal, mais da metade realizaram no mínimo uma USG obstétrica. A preocupação com a saúde do feto, bem como a curiosidade em saber a idade gestacional e o sexo da criança, devem ter repercutido na proporção encontrada.

Quanto ao cuidado no parto, vê-se que as mulheres em Salvador peregrinam em busca de vaga nos serviços públicos para internação, pois não houve referência para o parto. São vários os fatores que contribuem para a peregrinação no momento do parto, dentre eles destaca-se a falta de acolhimento nas organizações hospitalares, problemas na organização e oferta do serviço, falta de uma maternidade de referência instituído pelo pré-natal, falta de orientação quanto ao momento que deve procurar a maternidade para parir. Todos plausíveis de solução.

Com relação à presença de um acompanhante no momento do parto, conclui-se que a Lei 11.108/90 não está sendo respeitada, tanto em Salvador como em outros municípios. Logo, as organizações devem se estruturar para receber este acompanhante, os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para acabar com a resistência e as mulheres devem ser informadas quanto ao direito que possuem, pois essa prática, além de trazer conforto e segurança à parturiente, repercute no bom andamento da parturição.

Com a institucionalização do parto, houve queda nas taxas de mortalidade materna e perinatal existentes no país. Contudo, tanto neste estudo como em outros, constata-se muitas intervenções desnecessárias, especialmente pelas altas taxas de cesáreas.

Mesmo com todas as medidas adotadas pelo MS para reduzir as cesarianas, o percentual de cesáreas entre usuárias do SUS em Salvador foi de 50,6%, sendo superior ao que é recomendado pela OMS e com as taxas encontradas para o Brasil e outros municípios.

Logo, é preciso sensibilizar as mulheres, especialmente durante o pré-natal, quanto aos benefícios do parto normal, rompendo, dessa forma, com os paradigmas relacionados ao medo da dor, de lesões, etc. Além disso, deve-se intervir na formação de obstetras para que a intervenção cirúrgica não seja realizada mediante a comodidade e praticidade encontrada pelos mesmos.

Outra medida que pode ser tomada pelos órgãos competentes com a finalidade de reduzir tal tipo de parto é garantir a todas as mulheres, especialmente para as usuárias do SUS, o uso de anestesia durante o parto normal.

Tanto para as mulheres negras quanto indígenas, há uma preocupação pelos casos detectados no estudo de pré-eclâmpsia/eclâmpsia no período gestacional, tendo em vista que essa é uma das principais causas de óbitos maternos.

Todas essas questões merecem atenção especial, pois a partir de um pré-natal de qualidade, vinculado à assistência ao parto, várias complicações e óbitos poderiam ser evitados.

Na relação entre raça/cor e os fatores de necessidades de saúde, houve diferença estatisticamente significativa apenas para a ocorrência de anemia antes da gravidez.

Diante do exposto, deve-se aprofundar os estudos com recorte racial para verificar os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde, e como estes influenciam o acesso aos serviços de saúde.

A partir da implementação de políticas públicas que tenham por finalidade atender as necessidades específicas de cada população, os serviços de saúde alcançarão um acesso efetivo e eficiente, resultantes do acesso realizado, proporcionando uma melhora nas condições de saúde e satisfação das(os) usuárias(os).

Entretanto para se combater as iniquidades existentes, especialmente no âmbito da saúde, é preciso integrar as outras dimensões de ordem social, política, econômica.

Outra questão a ser levantada é a discriminação e preconceito existentes na prática assistencialista da maioria dos profissionais de saúde, baseados nos aspectos físicos do usuário. Esse fato encontra-se relacionado a uma associação da cor preta como sinônimo de inferioridade.

Nesse sentido, a conscientização dos indivíduos sobre as questões raciais favorece a mudança de valores étnicos e pode ser considerado um importante recurso para combater o racismo. É preciso que essa parcela da população seja reconhecida social e politicamente, e que seus aspectos de vida sejam melhor investigados.

E, finalmente, embora tenhamos optado pela identificação racial através da auto-declaração, acreditamos que isso possa se constituir em um fator de limitação do estudo, pois a auto-classificação quanto à raça/cor dos indivíduos é algo subjetivo, encontrando-se vinculada à sua identidade. Sendo assim, a classificação final declarada por cada sujeito, em sua grande maioria, remete muito mais à sua posição social. Por outro lado, considerando as controvérsias e divergências a respeito de quem é negra(o) no Brasil, as questões relativas ao acesso apontam mais no sentido de questões sociais do que físico-biológicas.

Entretanto, o desenvolvimento de pesquisas com recorte racial é de extrema relevância para descobrir as nuances de cada tipo de população. E, a partir daí, realizar uma intervenção mais equânime nas necessidades específicas apresentadas por determinado grupo, sem deixar de lado a importância da conscientização das pessoas em assumir sua identidade racial.

Logo, é importante a implantação em todos os formulários de saúde o quesito cor, para que sirvam como subsídios na elaboração de políticas públicas de saúde e de reparação social.

REFERÊNCIAS

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

ANDERSEN, Ronald; DAVIDSON, Pamela L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv. Dent. Res.**, United States, v. 11, n. 2, p. 203-209, 1997.

ANDERSEN, Ronald *et al.* Access to Medical Care for Low-Income Persons: How Do Communities Make a Difference? **Medical Care Research and Review**, United States, v. 59, n. 4, p. 384-411, 2002.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Health and Society**, United States, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.

AQUINO, Estela Maria Lima. Produção de informações na busca da equidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 625-627, 2002.

ARTICULAÇÃO de Mulheres Brasileiras. **Mulheres negras**: um retrato da discriminação racial no Brasil (Dados e informações). 2. ed. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001. 42 p.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e o privado. Ribeirão Preto, SP: [s.n.], 1998. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 1998.

ASSIS; Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARBOSA, Gisele Peixoto *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.

BERQUÓ, Elza S.; SOUZA, José Maria Pacheco; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. **Bioestatística**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2006. 350 p.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Cidadania em preto e branco**. São Paulo: Ática, 2006. 80 p.

BITTAR, Roberto Eduardo; CARVALHO, Mário Henrique Burlacchini; ZUGAIB, Marcelo. Condutas para o trabalho de parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 561-566, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196, de 10 de outubro de 2006**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005b. 158 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2006b. 126 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004b. 14 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF, 2005a. 63 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, DF, 2008. 583p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da população negra: construindo políticas universais e equânimes no Brasil** / Black population health: constructing universal and equal policies in Brazil. Brasília, DF, 2002. 24p

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Disponível em: <<http://www.mulherdemocrata.org.br/legislacao/L11108.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRIENZA, Adriana Mafra; CLAPIS, Maria Clapis. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. 175p.

_____. **Reforma da reforma repensando a saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992. 220p.

CAMPOS, Tatiana Pacheco; CARVALHO, Marília Sá. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.411-420, 2000.

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná da Silva dos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CARDOSO, Marly A.; PENTEADO, Marilene V. C. Intervenções nutricionais na anemia ferropriva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.10, n.2, p.152-159, 1994.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem em Obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. Participação dos pais no nascimento de maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, supl. 2, p. 389-398, 2003.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002.

CHALEM, Elisa. et al. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.177-186, jan, 2007.

COSTA, Naiza Santana e Santana. **O acesso da usuária aos serviços e às ações de saúde na detecção precoce do câncer de mama**: uma abordagem em defesa da vida. Feira de Santana, BA: [s.n.], 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001. 135 p.

COUTINHO, Tadeu *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira. **Acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia**. Salvador, BA: [s.n.], 2007. Originalmente apresentada como tese, Universidade Federal da Bahia, 2007. 128 p.

CUNHA, Estela Maria Garcia Pinto. Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, p. 12-14, 2003.

DACHS, J.Noberto.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2647-2655, 2006.

DFID. Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. **Combate ao Racismo Institucional**. Brasília: DFID, 2007.

D'ORSI, Eleonora; CHOR, Dora; GIFFIN, Karen. *Et al.* Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.10, p. 2067-2078, 2006.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of Medical Care Administration**: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press, 1973. 649 p.

FINKCLMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 328 p.

FREITAS Henrique; MOSCAROLA, Jean. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE Eletrônica**/FGV, São Paulo, v.1, nº 1, p.1-29, 2002.

FRENK, Julio. Concept and measurement of acessibility. **Salud Publica Mex**, México, v. 27, p. 438-453, 1985.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

GIVISIEZ, Gustavo Henrique Naves; SAWYER, Diana; OLIVEIRA, Elzira Lúcia. **Definição de perfis para o sistema de saúde estadual: uma aplicação do método Grade of Membership – GoM**. In: CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 2, 2006, Guadalajara. Anais... México: ALAP, 2006.

GOLD, Marsha. Beyond coverage and supply: measuring acess to healthcare in today's market. **Health Serv Res**, England, v. 33, p. 625-652, 1998.

GOMES, Thana Wietholter; SANTOS, Fernanda Silva; SCHILLING, Maria Cristina Lore. **Construindo um plano de cuidados para gestantes com pré-eclâmpsia**. São Paulo, 2004. Disponível em: < <http://www.pucrs.br/faenfi/jornada/resumos/html>>. Acesso em: 29 out. 08.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONZÁLEZ, Silvia Tamez *et al.* Adaptación Del modelo de Andersen AL contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. **Salud Pública Méx.**, México, v. 48, n. 5, p. 418-429, 2006.

LAVEIST, Thomas A.; KEITH, Verna M.; GUTIERREZ, Mary Lou. Black/white differences in prenatal care utilization: an assessment of predisposing and enabling factors. **Health Services Research**, Chicago, v. 30, n. 1, p. 43-58, 1995.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município de Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S63-S72, 2004.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FILHO, Antônio Ignácio de Loyola. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 247-257, 2008.

LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, p. 7-11, 2003.

LOPES, Fernanda; RACHEL, Q. **Combate ao Racismo Institucional**. Brasília, 2007. Disponível em: < <http://www.combateaoracismoainstitucional.com> > Acesso em: 25, mar. 2008.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 928p.

MARANHÃO, Amélia Maria Scarpa Albuquerque. *et al.* **Atividades da Enfermeira Obstetra no Ciclo Gravídico-puerperal**. (Enfermagem). São Paulo: EPU, 1990.

MARTINS, Alaerte Leandro *et al.* **Articulando raça e mortalidade materna**: reconstruindo as diferenças. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 6, 2004, Recife. CD-ROM.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. 334 p.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo.; FERREIRA, Silvia Lúcia. **Desigualdades raciais no acesso à assistência em saúde**. Um estudo comparativo entre mulheres. In: JORNADAS AUSTRALES INTERDISCIPLINARES MUJER Y DESARROLLO: Construyendo el derecho a la igualdad, 2. 2001, Valdivia, Chile. Anais... Valdivia: Universidad Austral de Chile, 2001.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; PAIVA, Mirian Santos; RODRIGUES, Quessia Paz. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-197, 2007.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 77-87, 2002.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal**: práticas de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994. 157p.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto. et al. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.9-15, 2004.

NORONHA, José Carvalho. Inquéritos e a avaliação das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 623-625, 2002.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: OPAS, 2003b. 342p.

_____. Visão panorâmica sobre saúde da mulher negra. In: Rede Feminista de Saúde. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**: anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza, 2003a. p.123-132.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto *et al* .Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.5, p.895-902, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Problemas de Organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: Lígia Maria Vieira Silva (Org.). **Saúde Coletiva**: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático/UFBA, 1994. p. 203-210.

PENCHANSKY, Roy D.B.A.; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, United States, v.19, p.127-140, 1981.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 596 p.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, São Paulo, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html>>. Acesso em: 15 set. 2003.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINTO, Elizabete Aparecida; SOUZAS, Raquel. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1144-1145, 2002.

PINTO, H. et al. Gravidez na adolescência. **Revista Saúde Infantil**, Coimbra, v.1, n. 27, p. 39-50, 2005.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida *et al.* Perfil Sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 1011-1022, 2006.

SACRAMENTO, Amália Nascimento. **Importância do quesito cor na assistência pré-natal: representações sociais de gestantes e de profissionais**. Salvador, BA: [s.n.], 2005. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, 2005.

SANTANA, Josiene Nogueira. **Acesso da Usuária ao Programa de Pré-Natal em Unidades Básicas de Saúde: limites e potencialidades**. Feira de Santana, BA: [s.n.], 2003. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2003. 143 p.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra. **Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador**. Salvador, 2006. 62p.

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Iúri da Costa.; ALEXANDRINO, Ricardo. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p.757-776, 2002.

SENADO FEDERAL. Legislação. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Constituição de 1988. Brasília, DF, 14 nov. 2006. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de Campinas, 2003. 132p.

SESAB. SUVISA. DIS. SIM. Informações em saúde. Mortalidade-Bahia: **Óbitos maternos por causas obstétricas diretas e indiretas ocorridos em Salvador/Ba em 2008 por raça/cor**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/sim/obtba.def>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

SILVEIRA, Denise Silva da Silveira; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da Costa. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 131-139, 2001.

SIMONETTI, Cecília; SOUZA, Lena; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. **Dossiê a realidade do aborto inseguro na Bahia**: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. Salvador: IMAIS, 2008. 63 p.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes; FACCHINI, Luis Augusto; HALLAL, Pedro Curi. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 663-668, 2005.

SCHWARTZMAN, Simon. **Cor, Raça, Discriminação e Identidade Social no Brasil**. Disponível em: <<http://www.schwartzman.org.br/simon/cor.htm>>. Acesso em: 22 mai 2006.

SCOTT, Joan. História das mulheres. In: BURQUE, P. **A escrita da história**. São Paulo: Novas Perspectivas/UNESP, 1992. p. 63-95.

SOUZA, Ricardo Luciano Silva Pereira. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 231-242, 2006.

SOUZAS, Raquel. Sobre mulheres negras: intersecções de gênero e raça. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, p. 29-30, 2003.

STORTI, Juliana de Paula Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. Ribeirão Preto, SP. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, na Universidade de São Paulo, 2004. 103p

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1998. 107p.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2490-2502, 2007.

TRAVASSOS, Claudia *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p.190-198, 2004.

TREVISAN, Maria do Rosário *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2008. p. 531-559

VASCONCELOS, Ana Karina Barbosa. **Prevalência de anemia em gestantes no município de Sobral- Ceará**. Sobral: CE: [s.n.], 2004. Originalmente apresentada como monografia do Curso de Especialização-Residência em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú , 2004. 65p.

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães; MARQUES, M. S.; ROCHA, José. Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. **Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería**, Murcia, n.12 , p.1-10, 2008.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.2, p.202-206, 2001.

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados.

Identificação da entrevistada:	Organização:	Data:
I Fatores predisponentes e capacitantes.		
1- Idade:	2- Paridade:	3- Anos de estudo: nenhum anos
4- Estado civil: ☐ solteira ☐ casada ou em união consensual ☐ separada ou divorciada ☐ viúva		
5- Profissão/Ocupação: ☐ estudante ☐ dona de casa ☐ empregada doméstica outra:		
6- Renda familiar: ☐ sem renda ☐ não sabe salários mínimos		
7- Religião: ☐ católica ☐ evangélica ☐ espírita outra:		
7- Raça/cor: ☐ preta ☐ parda ☐ branca ☐ amarela ☐ indígena		
II Acesso ao cuidado pré-natal		
1- Você fez pré-natal? ☐ sim ☐ não. Por quê?		
2- Quantas consultas você realizou? ☐ nenhuma consultas		
3- Você estava com quantos meses/semanas de gestação durante a primeira consulta de pré-natal? meses		
4- Você realizou alguma USG obstétrica? ☐ não ☐ sim. Quantas?		
5- Você realizou os seguintes exames laboratoriais?: ☐ ABO- Rh ☐ Hb/Ht ☐ sumário de urina ☐ glicemia em jejum ☐ anti-HIV ☐ HBsAg ☐ sorologia para toxoplasmose ☐ VDRL outros:		
6- Durante a gestação, quantas doses da vacina antitetânica você tomou? ☐ dose ☐ dose de reforço ☐ imunizada		
III Acesso ao cuidado no parto		
1- Qual a sua IG no momento do parto?		
2- Local do parto: ☐ casa ☐ maternidade/hospital ☐ no caminho à maternidade/hospital outro:		
3- Quanto tempo levou pra você ser atendida desde quando chegou nesta maternidade/hospital?		
4- Você teve acompanhante no momento do parto? ☐ não ☐ sim. Quem?		
5- Houve encaminhamento do pré-natal para a maternidade ou hospital? ☐ sim ☐ não		
6- Por que você veio parir nesta maternidade/hospital?		
7- Quantas maternidades/hospitais você percorreu para realizar o parto?		
8- Quantas vezes você foi à maternidade/hospital em busca de internação para este parto?		
9- Tipo de parto: ☐ cesárea ☐ fórceps ☐ normal. Foi utilizado anestesia? ☐ sim ☐ não		

IV Fatores de necessidades de saúde

- 1- Patologias pré-existentes à gestação: ☐ nenhuma ☐ hipertensão ☐ diabetes ☐ infecção
☐ anemia crônica ☐ anemia falciforme ☐ pneumonia outras:
- 2- Patologias desenvolvidas durante a gestação: ☐ nenhuma ☐ pré-eclampsia ☐ eclampsia ☐ anemia
☐ diabetes gestacional ☐ infecção urinária ☐ hemorragia ☐ transtorno mental Outras:
- 3- Ocorreu alguma intercorrência durante o parto e/ou pós-parto? ☐ nenhuma ☐ pré-eclampsia ☐ eclampsia
☐ hemorragia puerperal ☐ transtorno mental ☐ infecção puerperal Outras:
- 4- Peso do RN ao nascer:
- 5- Complicações do RN: nenhuma

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado de pré-natal e no parto”.

Nome da Pesquisadora: Quessia Paz Rodrigues

Nome da Orientadora: Enilda Rosendo do Nascimento

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a relação entre cor/raça e o acesso aos serviços assistenciais de pré-natal e parto por usuárias do SUS. A pesquisa será constituída por 428 mulheres no pós-parto internadas no Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Tsylla Balbino, IPERBA e Maternidade Climério de Oliveira.

Ao participar deste estudo você permitirá que as pesquisadoras obtenham informações sobre seus dados sócio-demográficos, seu pré-natal e parto. Essas informações serão colhidas através do preenchimento de um formulário de entrevista a ser realizado pela pesquisadora.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sua recusa em participar do estudo ou a desistência no curso do mesmo não afetará a qualidade e a disponibilidade da assistência médica que lhe será prestada.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Portanto, será garantido o seu anonimato e o sigilo de suas informações.

O investigador não estará sendo remunerado para a realização deste estudo, assim como os sujeitos entrevistados não receberão benefícios financeiros para sua participação no mesmo nem terão nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens a seguir:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu Consentimento em participar da pesquisa.

Nome da Participante da Pesquisa

Assinatura da Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C - Distribuição dos exames laboratoriais realizados no pré-natal, segundo raça/cor.

Tabela 7. Distribuição dos exames laboratoriais realizados no pré-natal, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Exames laboratoriais	Total		Preta		Parda		Branca		Indígena	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ABO-Rh	394	87,8	187	87,0	172	86,9	31	100,0	4	80,0
Hb/Ht	398	88,6	189	87,9	174	87,9	31	100,0	4	80,0
Sumário de urina	398	88,6	188	87,4	176	88,9	30	96,8	4	80,0
Glicemia	386	86,0	185	86,0	168	84,8	30	96,8	3	60,0
Anti-HIV	379	84,4	182	83,8	166	90,3	28	60,0	3	83,8
HBsAg	355	79,1	169	78,6	155	78,3	28	90,3	3	60,0
Toxoplasmose	348	77,5	163	75,8	154	77,8	28	90,3	3	60,0
VDRL	368	82,0	176	81,9	162	81,8	28	90,3	2	40,0
Outros	448	99,8	215	100,0	197	99,5	31	100,0	5	100,0

APÊNDICE D- Percentual dos motivos alegados para não realizar o pré-natal.

Tabela 8. Percentual dos motivos alegados para não realizar o pré-natal. Salvador, 2008.

Motivo para não realização do pré-natal	N	%
Gravidez indesejada/ não planejada	7	25,9
Relaxamento/ preguiça	6	22,2
Problemas na oferta e organização dos serviços	4	14,8
Não teve tempo	3	11,1
Não tinha dinheiro para o transporte	3	11,1
Não gosta de médico	2	7,4
Descobriu a gravidez com 36 semanas	1	3,7
Por falta de alguém para acompanhá-la	1	3,7
Total	27	100

APÊNDICE E- Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização dos exames laboratoriais básicos.

Tabela 9. Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização dos exames laboratoriais básicos. Salvador, 2008.

		Realizou pré-natal				Total	
		Sim		Não			
		n	%	n	%	n	%
Realizou exames básicos	Sim	403	95,5	3	11,1	406	90,4
	Não	19	4,5	24	88,9	43	9,6
	Total	422	100,0	27	100,0	449	100,0

APÊNDICE F- Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização de ultrassonografia obstétrica.

Tabela 10. Percentual das mulheres que não receberam cuidado pré-natal, segundo realização de ultrassonografia obstétrica. Salvador, 2008.

		Realizou pré-natal				Total	
		Sim		Não			
		n	%	n	%	n	%
Realizou USG	Sim	420	99,5	17	63	437	97,3
	Não	2	0,5	10	37	12	2,7
	Total	422	100,0	27	100,0	449	100,0

APÊNDICE G- Percentual de mulheres segundo motivo de escolha da maternidade/hospital para o parto.

Tabela 11. Percentual de mulheres segundo motivo de escolha da maternidade/hospital para o parto. Salvador, 2008.

Motivo para escolha da maternidade/hospital	N	%
Onde encontrou vaga	150	33,9
Proximidade da residência	100	22,6
Indicação de familiar ou amiga(o)	78	17,6
Encaminhada de outra maternidade	39	8,8
Aprovou atendimento em parto anterior	36	8,1
Realizou pré-natal nesta organização	28	6,3
Estrutura do hospital	22	5,0
Familiar ou amigo é funcionário da organização	21	4,7
Referência para parto de risco	17	3,8
Porque tinha anestesista	10	2,2
Outro	32	7,2

APÊNDICE H- Distribuição das patologias desenvolvidas durante a gestação, segundo raça/cor.

Tabela 12. Distribuição das patologias desenvolvidas durante a gestação, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Patologias gravídicas	Total		Preta		Parda		Branca		Indígena		p- valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nenhuma	152	33,9	69	32,1	75	37,9	6	19,4	2	40,0	0.915
Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia	75	16,7	36	16,7	34	17,2	4	12,9	1	20,0	0.681
Anemias	152	33,9	76	35,3	58	29,3	17	54,8	1	20,0	0.525
Diabetes gestacional	13	2,9	8	3,7	4	2,0	1	3,2	0	0,0	0.512
Infecção urinária	96	21,4	45	20,9	41	20,7	8	25,8	2	40,0	0.670
Hemorragia	22	4,9	11	5,1	6	3,0	4	12,9	1	20,0	0.690
Outras	51	11,4	21	9,8	28	14,1	0	0,0	2	40,0	0.994

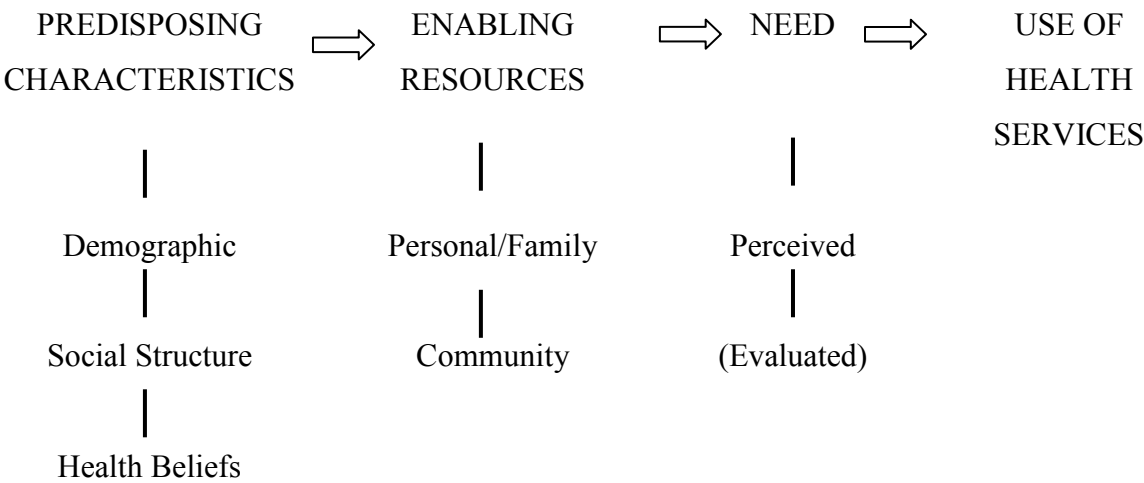
APÊNDICE I- Distribuição das intercorrências no parto e pós-parto, segundo raça/cor.

Tabela 13. Distribuição das intercorrências no parto e pós-parto, segundo raça/cor. Salvador, 2008.

Intercorrências	Total		Preta		Parda		Branca		Indígena		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nenhuma	344	76,6	164	76,3	152	76,8	25	80,6	3	60,0	0.583
Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia	71	15,8	37	17,2	31	15,6	2	6,5	1	20,0	0.233
Hemorragia puerperal	15	3,3	6	2,8	7	3,5	2	6,5	0	0,0	0.344
Infecção puerperal	11	2,4	3	1,4	7	3,5	0	0,0	1	20,0	0.826
Outras	20	4,5	12	5,6	6	3,0	2	6,5	0	0,0	0.416

ANEXO A – Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde.

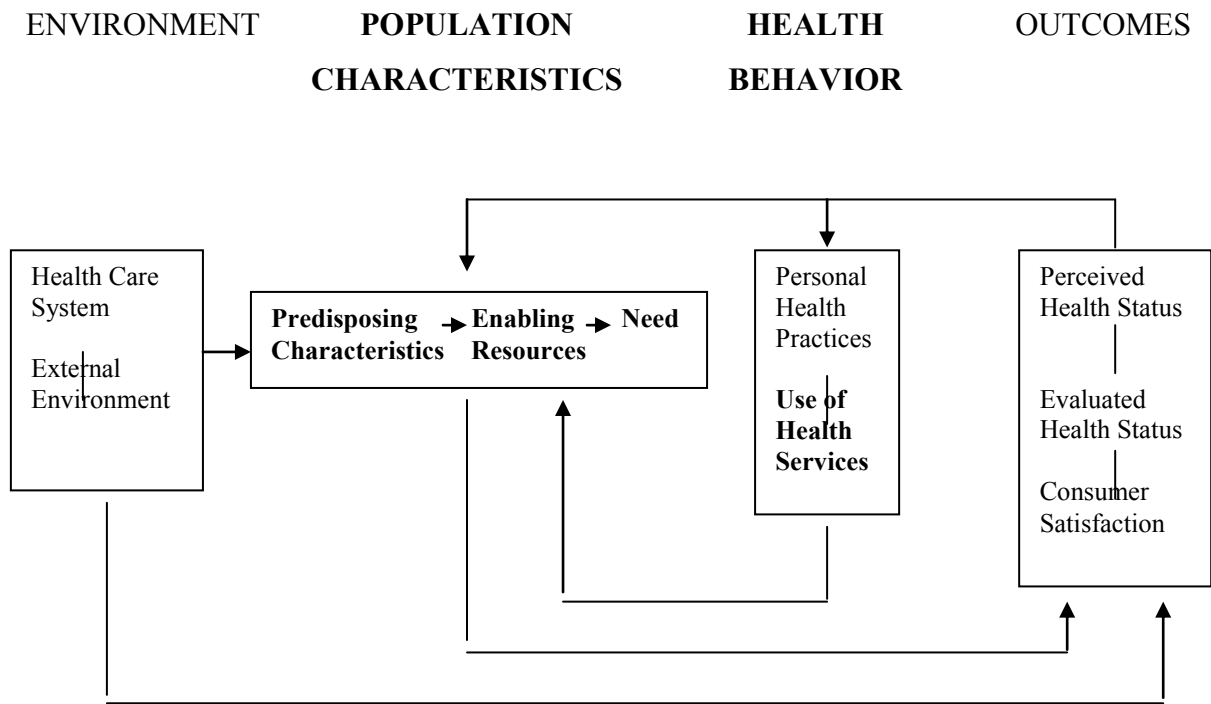
Figura 2. Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde (The Initial Behavioral Model)



Fonte: ANDERSEN, 1995 (reproduzido sem autorização do autor).

ANEXO B – Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde – fase 4.

Figura 3. Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde - fase 4



Fonte: ANDERSEN, 1995 (reproduzido sem autorização do autor).