

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THABATA CRISTY ZERMIANI

ACESSO E ACESSIBILIDADE AO CUIDADO PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE CURITIBA-PR

CURITIBA

2020

THABATA CRISTY ZERMIANI

ACESSO E ACESSIBILIDADE AO CUIDADO PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE CURITIBA-PR

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Políticas Públicas, no curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Coorientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

CURITIBA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS – SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)
Bibliotecário: Eduardo Silveira – CRB 9/1921

Zermiani, Thabata Cristy

Acesso e acessibilidade ao cuidado pré-natal na Rede de Atenção à
Saúde Materno-Infantil de Curitiba-PR / Thabata Cristy Zermiani. – 2020.
153 p.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná. Programa
de Pós-Graduação em Políticas Públicas, do Setor de Ciências Sociais
Aplicadas.

Orientador: Rafael Gomes Ditterich.

Coorientador: Samuel Jorge Moysés.

Defesa: Curitiba, 2020.

1. Política pública. 2. Saúde. 3. Grávidas. 4. Cuidado pré-natal.
I. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas.
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. II. Ditterich, Rafael
Gomes. III. Moysés, Samuel Jorge. IV. Título.

CDD 362.1



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **THABATA CRISTY ZERMIANI** intitulada: **Acesso e acessibilidade ao cuidado pré-natal na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Curitiba-PR**, sob orientação do Prof. Dr. **RAFAEL GOMES DITTERICH**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 23 de Outubro de 2020.

Assinatura Eletrônica

23/10/2020 14:55:48.0

RAFAEL GOMES DITTERICH
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

23/10/2020 15:02:15.0

JULIANA SCHAIA ROCHA ORSI
Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO
PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/10/2020 14:46:40.0

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

24/10/2020 08:25:10.0

VINICIO OLIVEIRA DA SILVA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/10/2020 14:27:57.0

ERILDO MULLER
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4354 - E-mail: politicaspúblicas@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 57122

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 57122

Dedico esta tese a Deus, por todas as
bençãos a mim concedidas.

Aos meus pais, Archimedes e Ângela,
alicerces da minha existência, por me guiarem
sempre pelos melhores caminhos, com todo
amor e carinho.

A minha irmã, Ágata, pelo apoio e
afeto.

Ao meu namorado, amigo e
companheiro Bruno, pelo amor e
compreensão, estando ao meu lado em todos
os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos que me proporcionou até hoje, por me dar forças nos momentos difíceis e por me guiar sempre pelos melhores caminhos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich, por todo apoio, conhecimento compartilhado e incentivo desde a graduação. Pela amizade, pelo exemplo de dedicação, generosidade, humildade, amor pela profissão e competência. Por ter visualizado em mim potencial para a área acadêmica e ter me estimulado a seguir por este caminho. Ter o apoio de grandes mestres como você, torna a caminhada muito mais fácil.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés, por todo aprendizado que me proporciona, pelo incentivo, pela generosidade e amizade. Tê-lo como coorientador e dividir a sala de aula contigo é uma grande honra. Você é um grande exemplo para mim!

À Universidade Federal do Paraná, pela excelente formação que me proporcionou.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, por todo o conhecimento compartilhado, pela competência e dedicação com que exercem suas profissões e pela excelente qualidade do ensino.

Aos professores membros da banca de qualificação, Dr^a. Simone Tetu Moysés, Dr. Roberto Eduardo Bueno e Dr^a Juliana Schaia Rocha, e aos professores membros da banca de defesa, Dr^a Rubia Carla Formighieri Giordani, Dr. Vinício Oliveira da Silva, Dr. Erildo Vicente Muller e Dr^a Juliana Schaia Rocha pelo apoio e incentivo, pelas excelentes contribuições e sugestões, as quais foram fundamentais para o enriquecimento deste trabalho e para que pudesse chegar a esse resultado.

A professora Dr^a Juliana Schaia Rocha, minha amiga e parceira de trabalho, por me ensinar o caminho metodológico da revisão sistemática, por todas as suas contribuições e pelo seu apoio em todos os momentos. Sua amizade é um grande presente!

Ao professor Dr. Ernesto Josué Schmitt, pelas contribuições com as análises estatísticas, pelo apoio, incentivo e amizade.

Ao professor Dr. Sérgio Aparecido Ignácio, pelo apoio e contribuições com as análises estatísticas.

À minha amiga Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves, pela parceria na realização da seleção dos estudos e análise de qualidade da revisão sistemática.

À equipe da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, pela acolhida e disponibilidade durante a pesquisa.

Às gestantes participantes desta pesquisa, pela confiança e experiências compartilhadas.

À Escola de Ciências da Vida (ECV) e Escola Politécnica (EP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo acesso à base de dados do estudo “COOSMIC – Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba”.

Aos meus pais, Archimedes e Ângela, fontes dos ensinamentos mais importantes da minha vida, de honestidade, integridade e ética. Pelas oportunidades de estudo que me deram, pelo carinho e amor, pelos conselhos, pela escuta, pela torcida, por estarem sempre dispostos a ajudar, por acreditarem em meu potencial e por serem um grande exemplo para mim.

À minha irmã, Ágata, por todo o apoio e incentivo, pelo carinho e amor, pela amizade, por me ouvir e me aconselhar.

Ao meu namorado, amigo e companheiro, Bruno, pelo apoio incondicional desde o curso pré-vestibular, quando nos conhecemos. Obrigada por apoiar todas as minhas decisões, pelo carinho e amor, por toda a ajuda e por tornar os dias difíceis mais fáceis.

A toda a minha família, pelo apoio, torcida e incentivo.

A minha grande amiga e irmã de coração, Bárbara, pela amizade sincera, por estar sempre presente, mesmo à distância, por me apoiar em todos os momentos, por ser esta pessoa incrível que tanto admiro.

Ao meu filho de quatro patas, Dobby, meu companheiro de estudos há quinze anos, que está sempre alegrando os meus dias.

A todos os meus amigos, pelo apoio, pelo carinho e por sempre torcerem por mim. Vocês são essenciais!

Acredito que Deus coloca anjos em nossas vidas, que tornam nosso caminho mais fácil e mais feliz. Todos vocês, com certeza, são verdadeiros anjos em minha vida!

A todos aqueles que, por esquecimento, eu não tenha mencionado aqui, mas que de alguma forma fizeram parte da minha trajetória.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(EDUARDO GALEANO)

RESUMO

Diversas políticas têm sido formuladas e implementadas, com o propósito de ampliar o acesso materno-infantil aos serviços de saúde, aumentando sua qualidade e efetividade, como a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, implantada em 1999, em Curitiba-PR. O objetivo deste estudo consistiu em analisar o acesso e a acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde no Brasil e, de modo específico, na Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. Inicialmente, foi realizada uma revisão sistemática da literatura acerca das barreiras e facilitadores do acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil. Foi realizada seleção dos estudos, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, a análise de qualidade e a síntese dos resultados. Em seguida, foi conduzida pesquisa bibliográfica e documental, a partir de documentos públicos da Secretaria Municipal da Saúde e publicações referentes ao processo de formulação e implementação da Rede Mãe Curitibana, e da análise da série histórica de indicadores de saúde materno-infantil no município. E, por fim, foi realizado um estudo qualiquantitativo referente ao acesso e acessibilidade das gestantes atendidas na Unidade especializada Mãe Curitibana, com base nos dados do estudo de Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba. Na etapa quantitativa, a amostra foi definida por conveniência, sendo composta por 246 gestantes. O teste de Qui-quadrado foi aplicado a fim de eleger as variáveis para a análise multivariada utilizando o método de Regressão de Log linear de Poisson com estimador robusto da matriz de covariâncias. De modo complementar, foi realizada a etapa qualitativa desta pesquisa, por meio de roteiro semiestruturado. Ao todo foram entrevistadas 12 gestantes. Foi empregada a análise de conteúdo para explorar as informações obtidas. A integração dos resultados se deu por meio da Análise de Métodos Mistos. Constatou-se a partir da revisão sistemática a existência de barreiras de acesso, principalmente relacionadas aos serviços de saúde, tais como dificuldades de agendamento, falta de profissionais, tempo de espera e mal atendimento. Percebeu-se, ainda, reduzido número de publicações sobre a temática nos últimos anos. Em se tratando especificamente da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, sua implementação representou uma intervenção efetiva e resolutiva, embora ainda haja aspectos a serem superados, como o elevado número de partos cesárea e a ocorrência de óbitos neonatais por causas evitáveis. Como resultados da pesquisa qualiquantitativa, observou-se associação entre não estar trabalhando e menor prevalência de atendimento pela enfermagem. Porém, não foram identificadas outras associações entre as características socioeconômicas e demográficas das gestantes com os indicadores relacionados aos serviços, que sugerissem iniquidades de acesso. Observou-se a influência de alguns fatores sobre o acesso e acessibilidade das gestantes aos serviços, tais como: a qualidade dos serviços ofertados; os custos extras; a facilidade e/ou dificuldade de agendamento, o tempo de espera, a localização geográfica; a realização de classificação de risco; e a humanização do atendimento. O monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas, bem como a revisão contínua dos protocolos existentes, adequando-os à realidade local, e a articulação das políticas locais, estaduais e nacionais são importantes estratégias para a ampliação do acesso.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Gestantes. Cuidado Pré-natal. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Materna.

ABSTRACT

Several policies have been formulated and implemented, with the purpose of expanding maternal and child access to health services, increasing their quality and effectiveness, such as Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, implemented in 1999, in Curitiba- PR. This study aimed to analyze the access and accessibility of pregnant women to health services in Brazil and, specifically, in the Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. Initially, a systematic review was carried out about barriers and facilitators of access of pregnant women to public health services in Brazil. The selection of the studies was carried out, based on the inclusion and exclusion criteria, the quality analysis and the synthesis of the results. Then, bibliographical and documentary research was conducted, based on public documents from the Municipal Health Department and publications related to the process of obtaining and implementing the Rede Mãe Curitibana, and the analysis of the historical series of maternal and child health indicators in the municipality. Finally, a qualitative and quantitative study was carried out regarding the access and accessibility of pregnant women attended at the specialized Mother Curitibana Unit, based on data from the Curitiba Maternal and Child Health Cohort study. In the quantitative stage, the sample was defined by convenience, consisting of 246 pregnant women. The Chi-square test was applied in order to choose the variables for multivariate analysis using the Poisson Linear Log Regression method with a robust estimator of the covariance matrix. In a complementary way, the qualitative stage of this research was carried out, using a semi-structured script. 12 pregnant women were interviewed. Content analysis was used to explore the information obtained. The integration of the results occurred through the Analysis of Mixed Methods. It was found from the systematic review that, although there have been important advances in expanding access with the recent policies implemented at the national level, some important barriers still persist, mainly related to health services, such as scheduling difficulties, lack of professionals, waiting time and poor service. A reduced number of publications on the subject has also been noticed in recent years, which indicates poor monitoring and evaluation of the actions being developed. In the specific case of the Mãe Curitibana Vale a Vida Network, when analyzing the evolution of maternal and child health indicators, it is observed that the implementation of the Network represents an effective and resolute intervention, although there are still some aspects to be overcome, such as the high number of cesarean deliveries and the occurrence of neonatal deaths due to preventable causes. As a result of the qualitative and quantitative study, an association was observed between not working and lower prevalence of nursing care. However, no other associations were identified between the socioeconomic and demographic characteristics of pregnant women with the indicators related to services. The importance of some factors on the access and accessibility of pregnant women to the services was observed, such as: the quality of the services offered; the extra costs; the ease and / or difficulty of scheduling, the waiting time, the geographical location; conducting risk classification; and the humanization of care. The monitoring and evaluation of the actions developed, as well as the continuous review of the existing protocols, adapting them to the local reality, and the articulation of local, state and national policies are important strategies for expanding access.

Keywords: Health Services Accessibility. Pregnant Women. Prenatal Care. Public Health Policy. Maternal Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo comportamental de uso de serviços de saúde incluindo características contextuais e individuais.	21
FIGURA 2 – Diagrama de seleção dos estudos	35
FIGURA 3 – Barreiras de acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde antes e após a implantação da Rede Cegonha.	47
FIGURA 4 – Facilitadores de acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde antes e após a implantação da Rede Cegonha.....	48
FIGURA 5 – Taxa de mortalidade materna (100 mil nascidos vivos) no município de Curitiba entre 1996-2019.....	68
FIGURA 6 – Taxa de mortalidade neonatal (1000 nascidos vivos) no município de Curitiba entre 1996-2019.....	69
FIGURA 7 – Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano de idade (1000 nascidos vivos) no município de Curitiba entre 1996-2019.....	69
FIGURA 8 – Proporção de mortes de crianças menores de 0 a 27 dias, segundo a lista de causas de mortes evitáveis em 2017.	70
FIGURA 9 – Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal entre 2001 e 2019	71
FIGURA 10 – Proporção de crianças nascidas vivas por tipo de parto entre 2001 e 2019.....	72
FIGURA 11– Nascidos vivos por faixa etária da mãe entre 1994 e 2019.....	76
FIGURA 12 – Mapa dos Distritos Sanitários de Curitiba, com o número de participantes de cada UMS.	79
FIGURA 13 – Serviço procurado para acompanhamento de saúde relacionado à gestação....	81

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Bases de dados e estratégias de busca	24
TABELA 2 – Características dos estudos analisados.....	38
QUADRO 1 – Análise de qualidade dos estudos	49
TABELA 3 – Características sociodemográficas da população de estudo	80
TABELA 4 – Características de acesso aos serviços de saúde	82
TABELA 5 – Resultados do teste Qui-quadrado	83
TABELA 6 – Razão de Prevalências do atendimento das gestantes por enfermeiro e do atendimento das gestantes por médico, de acordo com características sociodemográficas e de saúde	85
TABELA 7– Frequência de enunciados referentes à categoria agendamento	86
TABELA 8 – Frequência de enunciados referentes à categoria localização geográfica.....	87
TABELA 9 – Frequência de enunciados referentes à categoria atendimento	87
TABELA 10 – Frequência de enunciados referentes à categoria custos	88
TABELA 11 – Resultados Método Misto	98

LISTA DE SIGLAS

ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDEweb	-	Base de Dados do Estado
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	-	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COOSMIC	-	Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba
COREN/PR	-	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
CMS	-	Centros Municipais de Saúde
CSF	-	Centros de Saúde da Família
DeCS	-	Descritores em Ciências da Saúde
DS	-	Distritos Sanitários
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	-	Ministério da Saúde
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	-	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	-	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF	-	Programa Saúde da Família
PNAISM	-	Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher
PRISMA	-	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	-	International Prospective Register of Systematic Reviews
QATSDD	-	Quality Assessment Tool for Studies with Diverse Designs
QUAL	-	Qualitativo
QUAN	-	Quantitativo
RASMI	-	Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil
RENAME	-	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMM	-	Razão de Mortalidade Materna
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde

TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	-	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UMS	-	Unidade Municipal de Saúde
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OS CONCEITOS DE ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	19
3	MÉTODOS.....	23
3.1	REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	23
3.2	ANÁLISE DO PROCESSO DE INCLUSÃO NA AGENDA, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA E ANÁLISE TEMPORAL DOS INDICADORES.	26
3.3	PESQUISA QUALIQUANTITATIVA	29
3.3.1	A Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba (COOSMIC)	29
3.3.2	O recorte para a pesquisa quali quantitativa.....	30
4	BARREIRAS E FACILITADORES NO ACESSO DAS GESTANTES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	35
4.1	RESULTADOS OBTIDOS.....	35
4.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES	52
5	O PROCESSO DE INCLUSÃO NA AGENDA, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA.....	59
5.1	O PROCESSO DE INCLUSÃO NA AGENDA E FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA	60
5.2	A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA E DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA.....	63
5.3	IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA NOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	67
6	ACESSO E ACESSIBILIDADE AO CUIDADO PRÉ-NATAL NA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA.....	78
6.1	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	78
6.2	RESULTADOS QUALITATIVOS	85
6.2.1	Categoria 1: Agendamento	88
6.2.2	Categoria 2: Localização geográfica	91
6.2.3	Categoria 3: Atendimento	92
6.2.4	Categoria 4: Custos	95

6.3	INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS (MÉTODO MISTO).....	96
6.4	DISCUSSÃO.....	99
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS	108
	ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA QUANTITATIVA.....	119
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO NA ETAPA QUANTITATIVA	124
	APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO.....	128
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA QUALITATIVA.....	129
	ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA PUCPR.....	133
	ANEXO 4 – PARECER DE APROVAÇÃO DA EMENDA.....	138
	ANEXO 5 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	143
	APÊNDICE C – TABELAS DE BARREIRAS E FACILITADORES DE ACESSO.....	144

1 INTRODUÇÃO

A morbimortalidade materno-infantil representa um grave problema de saúde pública (SANTOS NETO et al., 2008). Em 2015, em todo o mundo, aproximadamente 830 mulheres morreram por dia devido a complicações durante a gravidez ou o parto, sendo que a maioria dessas mortes poderia ser evitada (WHO, 2017). Em 2017, cerca de 2,5 milhões de crianças morreram em seu primeiro mês de vida em todo o mundo, sendo que 75% dos óbitos ocorreram na primeira semana de vida e um milhão de recém nascidos morreram nas primeiras 24 horas (WHO, 2019).

A maioria dos óbitos maternos, neonatais e infantis, poderia ser evitada, por meio de intervenções médicas eficazes (CARLO; TRAVERS, 2015). No Brasil, até a década de 1970, as políticas nacionais voltadas à saúde da mulher foram limitadas à gravidez e ao parto. Os programas desenvolvidos eram verticais e não apresentavam integração, implicando em uma assistência fragmentada e com reduzido impacto sobre a saúde da mulher (BRASIL, 1984). Em 1984, com a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), passou-se a considerar também o planejamento familiar e os direitos sexuais e reprodutivos (VICTORA et al, 2011; LEAL et al, 2018).

Nas décadas seguintes, outras políticas foram adotadas, como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; a Estratégia Saúde da Família; e a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (LEAL et al., 2018). No ano 2000, a redução da mortalidade infantil e a melhora da saúde das gestantes foram incluídas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2014). Posteriormente, em 2015, a redução da mortalidade materna e infantil foram incluídas como metas dentro do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) “Saúde e Bem Estar”, compondo a Agenda 2030 (BRASIL, 2017a).

Um dos ODS visa reduzir a mortalidade materna média global de 216 a cada 100.000 nascidos vivos em 2015, para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030. Os ODS contemplam também a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos; e de crianças menores de cinco anos, para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020a). Para tanto, é essencial promover o acesso das mulheres aos cuidados em saúde de qualidade antes e durante a gestação, o parto e pós-parto (WHO, 2017).

A partir de 2011, novas intervenções vêm sendo implementadas em âmbito nacional, tal como a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil - Rede Cegonha. Por meio da ampliação do acesso e da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de

referência, da atenção à saúde das crianças de até dois anos e do acesso às ações de planejamento reprodutivo, observam-se avanços na organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RASMI) objetivando diminuir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

O município de Curitiba apresenta uma experiência prévia e de destaque, o Programa Mãe Curitibana, o qual foi implementado em 08 de março de 1999, por meio da Resolução nº 002/99, com o propósito de melhorar a qualidade do pré-natal, assegurar o acesso ao parto, a consulta puerperal precoce e estimular o aleitamento materno (CURITIBA, 1999; OPAS; CONASS, 2013). Em linhas gerais, buscava-se humanizar o atendimento, ampliar a qualidade da assistência às gestantes e crianças, por meio de acompanhamento integral e multiprofissional (OPAS; CONASS, 2013). Posteriormente, o programa passou a chamar-se Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, com vistas a incluir o conceito de redes de atenção, com a integração de ações e continuidade do cuidado coordenado pelas equipes da atenção primária. A Rede propõe a estratificação de risco das gestantes e bebês e a vinculação ao hospital mais adequado a sua condição (CURITIBA, 2018a).

A rede conta com uma Unidade de Atenção Especializada, a Unidade Municipal de Saúde (UMS) Mãe Curitibana, inaugurada em 2006. A Unidade é referência para todo o município para o cuidado de gestantes e bebês de alto risco e risco intermediário; e para exames de ecografia, eletrocardiograma e colposcopia. Ela também disponibiliza vacinação e medicação e oferta consultas à população da área de abrangência dos bairros do centro da cidade, da Regional Matriz (GONÇALVES; SOARES; BERBERIAN, 2014).

A Rede Mãe Curitibana busca promover a melhoria do acesso, acessibilidade e da qualidade, oferecendo a todas as gestantes do município a oportunidade de acompanhamento pré-natal, identificação dos casos de risco, assistência a possíveis complicações e atendimento especializado, quando necessário (CURITIBA, 2020a). Neste sentido, convém destacar os conceitos de acesso e acessibilidade, os quais são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Andersen e Davidson (2014) definem o acesso como o uso real de serviços de saúde e todos os fatores que facilitam ou dificultam seu uso. Trata-se, portanto, do elo entre os sistemas de saúde e as populações às quais servem, permitindo que estas obtenham o serviço certo, no momento certo, para modificar seu estado de saúde. O conceito de acessibilidade é distinto, referindo-se à capacidade que um sistema de saúde apresenta de produzir serviços que geram influência sobre seu acesso ou uso (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Apesar dos avanços importantes nos indicadores da atenção materno-infantil, obtidos com as Redes de Atenção, tanto em âmbito nacional quanto em Curitiba, iniquidades na

acessibilidade, acesso e qualidade ainda são desafios a serem enfrentados por gestores e tomadores de decisão (GONÇALVES; SOARES; BERBERIAN, 2014; TOMASI et al., 2017). Persistem limitações, como a qualidade insatisfatória e serviços incompatíveis com as necessidades/realidades dos municípios, a peregrinação no momento do parto, a ausência de acompanhamento no pós-parto, os abortos e as cesarianas desnecessárias (LEAL et al., 2018).

Observam-se falhas na identificação precoce da gestação, no início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação e na utilização dos serviços de saúde para diagnóstico, tratamento e ações de promoção de saúde (VIELLAS et al., 2014). Adicionalmente, iniquidades de acesso ainda são frequentes, a realização de seis ou mais consultas durante a gestação é maior entre mulheres de mais idade, brancas, de renda mais alta e moradoras da região Sul do país (TOMASI et al., 2017).

A avaliação dos processos de atenção pré-natal revela-se de grande valia para a identificação do desempenho dos serviços e de soluções para os problemas identificados (CARVALHO; NOVAES, 2004), como as barreiras de acesso e acessibilidade supramencionadas. Neste sentido, Knoepfel (2007) destaca que a política pública visa a resolver um problema social definido como politicamente relevante para a arena pública, sendo que uma vez programada e executada, deveria ser objeto de avaliação sistemática. Assim, nesta fase, cabe ao analista centrar-se nos efeitos produzidos pelas medidas estatais, ou seja, estabelecer os custos e benefícios da política, incluindo se houve modificação no sentido desejado.

A avaliação traz bases para o planejamento de intervenções, para melhorar o direcionamento de ações durante a sua implementação, para verificar o impacto das ações desenvolvidas, e optar pela sua manutenção, adequação ou extinção (CHAMPAGNE, 2011). Escolheu-se o município de Curitiba, para realização desta pesquisa, por ser uma experiência pioneira no âmbito da RASMI no Brasil, sendo que a análise e avaliação deste caso permitiu o reconhecimento de suas potencialidades e limitações, favorecendo a correção de possíveis aspectos falhos e a ampliação de sua efetividade. Além disso, os resultados obtidos foram úteis na medida em que possibilitaram a produção do conhecimento que possa dar suporte a outros municípios e estados que estão implementando Redes de Atenção à Saúde com os mesmos propósitos desta experiência curitibana.

Três questões nortearam a realização dessa pesquisa, quais sejam:

- Quais as barreiras e facilitadores do acesso/acessibilidade das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil e, de modo específico, em Curitiba?
- As condições socioeconômicas das gestantes impactam no seu acesso/acessibilidade aos serviços de saúde?

- Ao longo do processo de implementação da Rede Mãe Curitibana houve melhoria nos indicadores de saúde materno-infantil?

Dessa forma, esta pesquisa apresenta como objetivo geral: analisar o acesso e a acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde no Brasil e, de modo específico, na Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. Apresenta ainda, como objetivos específicos:

1. Verificar as barreiras e facilitadores de acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil, por meio de uma revisão sistemática da literatura de estudos quantitativos e qualitativos.

2. Sistematizar o processo de formulação e implementação da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida com base no ciclo de políticas públicas, identificando a evolução dos indicadores de saúde materno-infantil ao longo deste período.

3. Identificar barreiras e facilitadores de acesso e acessibilidade das gestantes atendidas na Rede Mãe Curitibana Vale a Vida ao cuidado integral em saúde.

Esta tese encontra-se dividida em cinco capítulos. O primeiro consiste em uma revisão acerca dos conceitos de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. O segundo é referente aos aspectos teórico-metodológicos, no qual foram apresentados os conceitos, as técnicas, os desenhos de pesquisa empregados e as fontes de dados. O terceiro consiste na revisão sistemática acerca dos facilitadores e barreiras do acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil. O quarto envolve a análise do processo de formulação e implementação do Programa Mãe Curitibana em conjunto com a análise dos indicadores de saúde materna-infantil. O quinto capítulo é fruto de pesquisa empírica conduzida na Rede Mãe Curitibana, abordando seus resultados, análise e discussão, com base no referencial teórico supramencionado.

2 OS CONCEITOS DE ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo, foi realizada uma revisão de literatura acerca dos conceitos de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. É importante ressaltar que não se pretendeu esgotar o assunto, devido a sua extensão, mas sim contextualizá-lo, descrevendo os principais aspectos necessários para sua compreensão e posterior discussão.

Acesso e acessibilidade são termos, ora abordados sem distinção e de forma imprecisa, ora diferenciados. Seus conceitos são variáveis, de acordo com tempo e contexto. Alguns dão ênfase às características individuais, alguns nas características da oferta e outros a ambas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para a análise realizada neste trabalho, os termos acesso e acessibilidade foram abordados de forma distinta.

Para Andersen, Davidson e Baumeister (2013) o acesso reflete o uso real de serviços de saúde e todos os facilitadores e dificultadores do seu uso. Deste modo, não se restringe a uma visita a um prestador de serviços de saúde, de modo mais amplo, prevê que o indivíduo obtenha o serviço certo, no momento certo, a fim de melhorar suas condições de saúde (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013). Já Starfield (2002) dá ênfase às características comportamentais individuais, à forma como o usuário experimenta as características do serviço (STARFIELD, 2002).

A principal característica do acesso é a disponibilidade dos serviços e recursos, uma vez que é condição necessária para a utilização. Porém, a disponibilidade não assegura o acesso, uma vez que barreiras geográficas (relacionadas ao espaço, impactando no deslocamento dos usuários aos serviços de saúde), financeiras (preços dos serviços), organizacionais (como horários de funcionamento, tempo de espera, recursos humanos disponíveis e acolhimento) e de informação (sobre os serviços e sobre a saúde) limitam a capacidade de os indivíduos utilizarem os serviços disponíveis (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

O conceito de acesso é multidimensional, composto por seis elementos: acesso potencial, medido pelas variáveis capacitantes contextuais e individuais, objetiva aumentar ou diminuir o uso dos serviços de saúde; acesso realizado, representa o uso real dos serviços, sendo útil para monitorar e avaliar as políticas de saúde; acesso equitativo, para garantir que a distribuição dos serviços de saúde seja determinada pela necessidade, ocorre principalmente quando as variáveis demográficas e as de necessidade são responsáveis pela maior parte da variação na utilização; acesso desigual, ocorre quando características sociais e variáveis capacitantes, como renda, determinam quem recebe assistência médica; acesso efetivo, para

melhorar os desfechos ou resultados do uso dos serviços, avaliado pelo impacto nas condições de saúde e na satisfação dos pacientes; e acesso eficiente, minimizando os custos (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013).

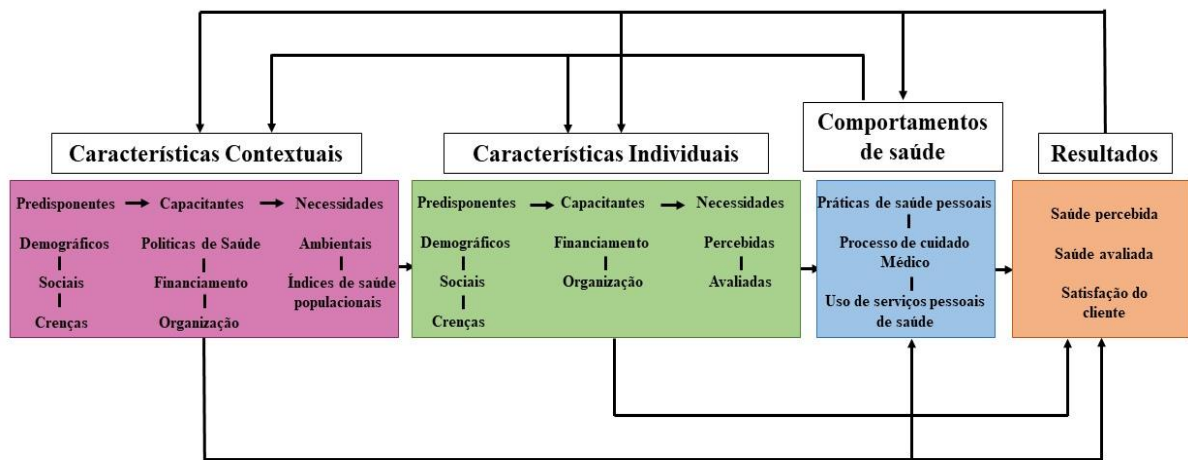
A natureza multidimensional do conceito de acesso também é abordada por Jesus e Assis (2010), que elencam a presença das dimensões técnica, econômica, política e simbólica. A dimensão técnica refere-se à planificação e organização da rede de serviços, com ênfase na forma como está organizada a oferta de serviços, nos fluxos estabelecidos, na regionalização, hierarquização e nos fluxos de serviço. A dimensão econômica envolve a relação entre oferta e demanda, ou seja, entre a capacidade de ofertar serviços de saúde e a necessidade de assistência da população. Está associada à acessibilidade e à capacidade financeira. Quem tem saúde pode exercer trabalho remunerado, sendo um consumidor em potencial, o que reforça a importância da produção de serviços de assistência à saúde. A dimensão política refere-se ao desenvolvimento da consciência sanitária e do controle social, intervindo sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão. Já a dimensão simbólica relaciona-se às percepções e representações sociais acerca do processo saúde-doença e da organização do sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Andersen, Davidson e Baumeister (2013) apresentam um modelo conceitual (FIGURA 1) para a compreensão das dimensões do acesso ao cuidado médico. Para ampliar o acesso é necessária ênfase aos determinantes contextuais e individuais. O contexto envolve a organização da saúde e fatores associados aos provedores dos serviços e às características da comunidade. Inclui características contextuais de predisposição, como as demográficas (idade, sexo, estado civil da comunidade), as sociais (nível educacional, composição racial, taxa de emprego e taxa de criminalidade) e as crenças (valores e normas culturais referentes à organização dos serviços de saúde); as características contextuais capacitantes, incluindo as políticas públicas, as características de financiamento e a organização dos serviços de saúde; e as características contextuais de necessidade, como as ambientais, associadas ao ambiente físico (qualidade do ar, de habitação e de água) e os índices de saúde populacionais. As características contextuais podem influenciar tanto as características individuais, como os comportamentos em saúde e os desfechos (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013).

As características individuais também são classificadas como fatores predisponentes (demográficas, sociais e crenças), fatores capacitantes (financiamento e organização) e necessidade de saúde (percebida pelo indivíduo ou avaliada por profissional de saúde). Integram o modelo também os comportamentos de saúde e os desfechos. Os comportamentos envolvem as práticas pessoais de saúde, que impactam no estado de saúde do indivíduo, como

dieta, prática de atividade física, uso de álcool e tabaco, entre outros; o processo de cuidado médico, relacionado ao comportamento dos profissionais de saúde que interagem com os pacientes durante a prestação do cuidado; e a utilização dos serviços. Já os desfechos ou resultados envolvem o estado de saúde percebido pelo paciente, o estado de saúde avaliado pelo profissional e o nível de satisfação em relação aos cuidados de saúde recebidos (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013).

FIGURA 1 - MODELO COMPORTAMENTAL DE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE INCLUINDO CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS.



FONTE: Adaptada de ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER (2013).

Convém ressaltar que o acesso realizado não é explicado pelos determinantes do acesso potencial e o acesso efetivo não é justificado apenas pelos determinantes de uso dos serviços de saúde. Este depende de fatores predisponentes, contextuais e das necessidades de saúde. Enquanto o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O segundo conceito aqui abordado é o de acessibilidade. Donabedian (1973) a define como a facilidade com que as pessoas podem obter cuidado. Refere-se à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde das pessoas, com base nas características dos serviços e dos recursos que facilitam ou limitam seu uso. Envolve duas dimensões que se inter-relacionam: a sócio-organizacional (características da oferta dos serviços que facilitam ou dificultam que as pessoas cheguem ao atendimento, como a exigência do pagamento de taxas e o preconceito) e a geográfica (distância, tempo de locomoção, custo de viagem, entre outros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 1973; STARFIELD, 2002).

O conceito de acessibilidade de Donabedian não envolve atributos associados ao indivíduo, como aspectos sociais, culturais, econômicos e psicológicos; tampouco a percepção dos problemas de saúde e a tomada de decisão para a busca dos serviços pelos indivíduos. Entretanto, a relação de tais atributos com o uso dos serviços é mediada pela acessibilidade, a qual revela o nível de ajuste ou desajuste entre as necessidades das pessoas e os serviços e recursos utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 1973)

Para Starfield (2002), não tem sentido possuir pessoal, instalações e equipamentos se não puderem ser utilizados por quem deles necessitem. A autora então define acessibilidade em relação ao tempo (ou seja, o horário de disponibilidade, tempo de espera), ao espaço (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e ao aspecto psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais, de comunicação, de instalações, de custos financeiros). É a capacidade de atenção ao primeiro contato, apresentando os seguintes componentes: disponibilidade, comodidade, adequação, continuidade do cuidado, custos acessíveis e aceitabilidade cultural. Assim, a acessibilidade dos serviços seria referente às características estruturais dos serviços, que permitem que as pessoas cheguem até ele.

Frenk (1992) propôs um modelo conceitual para análise da acessibilidade. Ele a define como o nível de ajuste entre as características dos recursos de saúde e da população no processo de procurar e obter cuidado. A acessibilidade é, portanto, a relação funcional entre as barreiras para procurar e obter cuidados, ou seja, a “resistência” e as capacidades da população para superar tais obstáculos, denominado como “poder de utilização”. Os obstáculos ou resistência classificam-se como ecológicos, referentes à localização dos serviços de saúde e os impactos decorrentes da distância e do tempo de viagem; financeiros, referentes aos preços e taxas do provedor; e organizacionais, como atrasos para agendamento e tempo de espera para consulta. O poder da população também se classifica em poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. Deste modo, diversos ajustes entre o poder de uso e as resistências são possíveis para um mesmo nível de acessibilidade. A relação entre estes dois componentes define o grau de acessibilidade (FRENK, 1992).

Os conceitos aqui descritos foram retomados para discussão dos resultados obtidos neste estudo.

3 MÉTODOS

Este estudo foi realizado em três etapas: 1. Revisão sistemática da literatura acerca das barreiras e facilitadores do acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil. 2. Pesquisa bibliográfica e documental, a partir de documentos públicos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e publicações referentes ao processo de formulação e implementação da Rede Mãe Curitibana, bem como a análise da série histórica de indicadores de saúde materno-infantil no município; 3. Estudo quali-quantitativo referente ao acesso e acessibilidade das gestantes atendidas na Unidade especializada Mãe Curitibana, com base nos dados do estudo de Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba (COOSMIC). A seguir, discorrer-se-á acerca de cada uma destas etapas de forma detalhada.

3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática foi previamente cadastrada na base de Revisões Centre for Reviews and Dissemination, International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), com número de Registro CRD 42019135087. Subsequentemente, foi conduzida em conformidade com a Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

A pergunta de pesquisa que embasou o desenvolvimento do estudo foi: “Quais as barreiras e facilitadores de acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil?” Sendo assim, os descritores em ciências da saúde (DeCS) e os termos MeSH empregados na estratégia de busca definidos com base no acrônimo PEO foram (MUNN et al., 2018):

1. População (P): Gestantes;
2. Exposição (E): Barreiras e facilitadores de acesso aos serviços públicos de saúde;
3. Resultado (O): Acesso ao cuidado Pré-natal nos serviços públicos de saúde.

Foram definidos como critérios de inclusão os estudos: 1) realizados com gestantes que realizaram pré-natal em serviços públicos de saúde do Brasil; 2) com delineamento quantitativo (estudos observacionais), qualitativo (entrevista ou grupo focal) ou de metodologia mista; 3) cuja coleta de dados foi realizada durante a gestação ou em até no máximo um ano após o parto; 4) publicados em qualquer idioma ou ano. Como critérios de exclusão foram considerados os estudos: 1) cujas gestantes realizaram o pré-natal em serviços privados de saúde; 2) conduzidos especificamente com gestantes adolescentes; 3) cartas editoriais, estudos piloto, revisões sistemáticas, revisões históricas, como relatos de casos e séries de casos.

A busca dos estudos se deu por meio do acesso às bases de dados eletrônicas PubMed, Scopus, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) via EBSCO e Cochrane Library. Houve também a exploração da literatura cinzenta, usando o banco de dados ProQuest Disserts, Google Acadêmico e o banco de dados Periódicos Capes Theses. A estratégia de pesquisa foi modificada adequadamente para cada banco de dados e realizada por dois revisores para identificar estudos elegíveis (TABELA 1).

TABELA 1 - BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

(continua)

PUBMED	
Busca realizada em maio de 2019.	((((((((pregnancy[MeSH Terms]) OR pregnancy[Title/Abstract]) OR pregnant women[MeSH Terms]) OR "pregnant woman"[Title/Abstract]) OR "pregnant women"[Title/Abstract]) OR maternal health[MeSH Terms]) OR "maternal health"[Title/Abstract])) AND (((((((((((prenatal care[MeSH Terms]) OR "prenatal care"[Title/Abstract]) OR health services accessibility[MeSH Terms:noexp]) OR "health services accessibility"[Title/Abstract]) OR public health[MeSH Terms]) OR "public health"[Title/Abstract]) OR maternal child health services[MeSH Terms]) OR "maternal child health services"[Title/Abstract]) OR maternal health services[MeSH Terms]) OR "maternal health services"[Title/Abstract]) OR "Unified Health System"[Title/Abstract]) OR "health care access"[Title/Abstract]) OR "Perinatal care"[Title/Abstract])) AND (((Brazil[Title/Abstract]) OR Brazil[MeSH Terms]) OR Brazilian[Title/Abstract])
COCHRANE	
Busca realizada em maio de 2019.	#1 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Pregnant women] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Maternal health] explode all trees #4 (pregnanc*):ti,ab,kw OR ("pregnant wom*n"):ti,ab,kw OR ("maternal health"):ti,ab,kw #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4 #6 MeSH descriptor: [Prenatal Care] explode all trees #7 MeSH descriptor: [Health Services Acessibility] explode all trees #8 MeSH descriptor: [Maternal-child Health Services] explode all trees #9 MeSH descriptor: [Maternal Health Services] explode all trees (#10 ("prenatal care"):ti,ab,kw OR ("Health Services Acessibility"):ti,ab,kw OR ("public health"):ti,ab,kw OR (Maternal NEAR health services):ti,ab,kw OR ("Unified Health System"):ti,ab,kw #11 ("Health care access"):ti,ab,kw OR ("Perinatal Care"):ti,ab,kw #12 #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 #13 MeSH descriptor: [Brazil] explode all trees #14 (Brazil*):ti,ab,kw #15 #13 OR #14 #16 #5 AND #12 AND #15
SCOPUS	
Busca realizada em junho de 2019.	(((TITLE-ABS-KEY (pregnancy) OR TITLE-ABS-KEY ("pregnant wom*n") OR TITLE-ABS-KEY ("maternal health"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Perinatal care") OR TITLE-ABS-KEY ("prenatal care") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Services Acessibility") OR TITLE-ABS-KEY ("public health") OR TITLE-ABS-KEY ("maternal child health services") OR TITLE-ABS-KEY ("maternal health services") OR TITLE-ABS-KEY ("Unified Health System") OR TITLE-ABS-KEY ("health care access")))) AND (TITLE-ABS-KEY (brazil*))

TABELA 1 - BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

(conclusão)

WEB OF SCIENCE	
Busca realizada em junho de 2019.	#1 TÓPICO: (PREGNANC*) OR TÓPICO: ("pregnant wom*n") OR TÓPICO: ("maternal health") #2 TÓPICO: ("Perinatal care") OR TÓPICO: ("prenatal care") OR TÓPICO: ("Health Services Acessibility") OR TÓPICO: ("public health") OR TÓPICO: ("maternal child health services") OR TÓPICO: ("maternal health services") OR TÓPICO: ("Unified Health System") OR TÓPICO: ("health care access") #3 TÓPICO: (brazil*) #4 #3 AND #2 AND #1
CINAHL (via EBSCO)	
Busca realizada em julho de 2019.	S1 AB PREGNANC* OR AB "pregnant wom*n" OR AB "maternal health" S2 SU Pregnanc* OR SU "pregnant wom*n" OR SU "maternal health" S3 SU "Perinatal care" OR SU "prenatal care" OR SU "Health Services Acessibility" OR SU "public health" OR SU "maternal child health services" OR SU "maternal health services" OR SU "Unified Health System" OR SU "health care access" S4 AB "Perinatal care" OR AB "prenatal care" OR AB "Health Services Acessibility" OR AB "public health" OR AB "maternal child health services" OR AB "maternal health services" OR AB "Unified Health System" OR AB "health care access" S5 AB brazil* S6 SU brazil* (S5 OR S6) AND (S3 OR S4) AND (S1 OR S2)
LILACS	
Busca realizada em julho de 2019.	(tw:(tw:("Pregnant Women"))) OR (tw:(("Pregnant woman"))) OR (tw:(("Mulheres Grávidas"))) OR (tw:(("Mujeres Embarazadas"))) OR (tw:(Pregnancy)) OR (tw:(Embarazo)) OR (tw:(Grávidas)) OR (tw:(Gestantes)) OR (tw:(Gestação))) AND (tw:(tw:("Prenatal Care"))) OR (tw:(("Atención Prenatal"))) OR (tw:(("Assistência Pré-natal"))) OR (tw:(("Acesso aos Serviços de Saúde"))) OR (tw:(("Health services accessibility "))) OR (tw:(("Accesibilidad a los Servicios de Salud"))) OR (tw:(("Acessibilidade aos serviços de saúde"))) OR (tw:(("Acesso ao Pré-natal"))) OR (tw:(("Access to prenatal care"))) OR (tw:(("Maternal Health Services"))) OR (tw:(("Perinatal Care"))) OR (tw:(("Maternal Health"))) OR (tw:(("Salud Materna"))) OR (tw:(("Saúde Materna"))) OR (tw:(("Serviços de Saúde Materno-Infantil"))) OR (tw:(("Servicios de Salud Materno-Infantil"))) OR (tw:(("Maternal-Child Health Services"))) OR (tw:(("Saúde Materno-Infantil"))) OR (tw:(("Salud Materno-Infantil"))) OR (tw:(("Maternal and Child Health"))) OR (tw:(("Acesso aos Cuidados de Saúde"))) AND (tw:(tw:(Brasil)) OR (tw:(Brazil)) OR (tw:(Brazilian)) OR (tw:(brasileiro)))

FONTE: A autora (2019).

Os estudos recuperados foram importados para um software gerenciador bibliográfico (Endnote X5). As duplicatas foram removidas e uma triagem inicial dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores independentes (TCZ e JRSNG), de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. O teste de concordância Kappa foi conduzido ao fim desta etapa, chegando a um valor de $k = 0,708$, havendo, portanto, concordância substancial entre as revisoras, segundo a classificação de Landis e Koch (LANDIS; KOCH, 1977). Após a análise dos resumos, todos os artigos selecionados foram obtidos na íntegra e, posteriormente, examinados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Quando havia discordâncias na decisão final sobre um determinado artigo, estas foram discutidas com um terceiro revisor (JSR), a fim de obter consenso.

Em uma tabela de extração pré-testada, especificou-se as características da amostra, o desenho do estudo, as barreiras e os facilitadores encontrados, etapa esta conduzida por duas revisoras (TCZ e JRSNG). Para avaliar a qualidade dos artigos, foi utilizada a *Quality Assessment Tool for Studies with Diverse Designs* (QATSDD) (SIRRIYEH et al., 2012; MASON, 2019). Trata-se de uma ferramenta com 16 critérios de avaliação, sendo 12 deles relevantes para estudos quantitativos e/ou qualitativos, 2 restritos para estudos quantitativos e 2 restritos a estudos qualitativos (QUADRO 2). Cada item é pontuado de 0 a 3, portanto, pontuações quantitativas ou qualitativas podem variar de 0 a 42, ou de 0 a 48 para estudos de metodologia mista. Esta etapa foi conduzida de forma independente por duas revisoras (TCZ e JRSNG), sendo calculado o índice de concordância entre elas, obtendo o valor de $k = 0,65$, havendo, portanto, concordância substancial, de acordo com a classificação de Landis e Koch (LANDIS; KOCH, 1977). Nos casos em que houve discordância, um terceiro revisor (JSR) realizou a avaliação, buscando chegar a um consenso.

Com o propósito de fornecer uma síntese sobre os achados na literatura, foram criados dois gráficos de bolhas acerca das barreiras e facilitadores de acesso, respectivamente, no Microsoft PowerPoint. Estas foram categorizadas de acordo com a sua associação ao serviço, ao indivíduo ou às características socioeconômicas e demográficas, sendo representadas por diferentes cores. Adicionalmente, as bolhas assumiram diferentes diâmetros, em conformidade com o número de artigos que citaram a barreira ou o facilitador mencionado. O gráfico foi dividido em dois momentos, considerando a data de coleta de dados de cada estudo: anterior ou posterior à implementação da Rede Cegonha (2011).

3.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE INCLUSÃO NA AGENDA, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA E ANÁLISE TEMPORAL DOS INDICADORES

A análise do processo de inclusão na agenda, formulação e implementação da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida foi realizada por meio do acesso a registros de acesso público da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, bem como a publicações existentes sobre a Rede na literatura científica. Os Registros Públicos acessados incluíram o Diário Oficial de Atos do município de Curitiba-PR e os Protocolos do Programa Mãe Curitibana (2005 e 2012) e da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida (2018). De forma adicional, foram realizadas buscas na literatura científica, por meio do Portal de Periódicos CAPES e do Google Acadêmico, utilizando os seguintes termos de busca: Programa Mãe Curitibana, Rede Mãe Curitibana Vale

a Vida, Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil e Curitiba. Também foram realizadas buscas nas referências bibliográficas dos artigos encontrados.

As informações obtidas foram analisadas à luz de referencial teórico acerca do ciclo de políticas públicas, o qual consiste em um ciclo deliberativo, composto por diversos estágios em um processo dinâmico e de aprendizado (SOUZA, 2006). Inicialmente, o modelo foi concebido com uma ordem cronológica, em que primeiro os problemas eram definidos e colocados em pauta, a seguir, as políticas eram desenvolvidas, adotadas e implementadas, sendo, por fim, avaliadas, para decidir se seriam reiniciadas ou encerradas. Posteriormente, estas fases foram transformadas em um modelo cíclico, o qual ficou conhecido como ciclo de políticas públicas. Nesta perspectiva, integrou-se aos estágios, o modelo de *input* (demandas da sociedade) e *output* (políticas públicas) de David Easton, havendo a perpetuação contínua do processo político. Considera-se o *feedback* entre os diferentes elementos do processo de política. Há algumas críticas a este modelo, uma vez que os processos de política dificilmente apresentam início e fim bem definidos. Deste modo, os estágios são constantemente combinados e emaranhados de modo contínuo (JANN; WEGRICH, 2007).

Ainda que apresente algumas fragilidades, o ciclo de políticas públicas é uma ferramenta útil para a discussão acerca da temática, uma vez que evidencia que as políticas públicas são compostas por estágios com características específicas (SOUZA, 2006), quais sejam: a definição de agenda, a formulação de políticas, a tomada de decisão, a implementação e a avaliação (JANN; WEGRICH, 2007).

A agenda designa um conjunto de problemas objeto de controvérsias públicas. (MENY; THOENIG, 1992). Ou seja, é uma lista de problemas para os quais o governo e as pessoas de fora do governo estão prestando a atenção em um determinado momento. O processo de definição da agenda restringe este conjunto de assuntos, dando maior ênfase a alguns deles. Neste processo há três fluxos dinâmicos: o fluxo de problemas, o fluxo de alternativas ou soluções e o fluxo de política (KINGDON, 2014). No fluxo de problemas, são selecionados aqueles mais relevantes em um determinado momento, a partir da análise de indicadores. No fluxo de alternativas são elencadas as soluções possíveis para o problema estabelecido. Já o fluxo de política está associado às oscilações de humor nacional, aos resultados das eleições, entre outros fatores (KINGDON, 1995). A convergência destas três correntes cria a oportunidade de mudança na agenda, a que também pode ser chamada de janela de políticas públicas (KINGDON, 2014).

A formulação refere-se ao momento em que um problema se converte em alternativas para ação, ou seja, em soluções. Divide-se em duas fases: a análise, trabalho de pesquisa sobre

o problema, as opções e alternativas, para prever possíveis consequências, vantagens e desvantagens; e a seleção, momento em que as opções são reduzidas a uma (MENY; THOENIG, 1992). Hill (2005) opta por abordar em conjunto a definição de agenda, a formulação de políticas e a tomada de decisão. Para o autor, a tarefa de decisão envolve três etapas, a listagem de todas as alternativas, a determinação de todas as consequências de cada estratégia e a avaliação comparativa deste conjunto de consequências

O processo de implementação é descrito por Meny e Thoenig (1992) como a fase em que são gerados atos e efeitos a partir das intenções, de textos ou discursos. Há três abordagens distintas: modelo *top-down*, cuja ênfase reside na capacidade dos tomadores de decisão de produzirem os objetivos políticos e controlarem a fase de implementação; modelo *bottom-up*, em que os burocratas do nível de rua são os principais atores envolvidos no processo e implementação; e a teoria híbrida, que incorpora elementos de ambos os modelos, podendo envolver outros (PÜLZL; TREIB, 2007).

Por fim, o processo de avaliação consiste no ato de identificar e medir os efeitos próprios de uma ação, para fundamentar decisões futuras e legitimar as medidas já adotadas (MENY; THOENIG, 1992). No presente estudo, ênfase foi dada aos processos de inclusão na agenda, formulação e implementação. Porém a etapa de avaliação pode ser considerada, uma vez que neste estudo analisa-se o acesso e a acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde da Rede Mãe Curitibana.

Concomitantemente à etapa de análise do processo de inclusão na agenda, formulação e implementação da política, foram analisados indicadores de saúde materna e infantil, desde o ano de implementação da Rede Mãe Curitibana (1999). Os indicadores investigados foram aqueles disponíveis na Base de Dados do Estado (BDEweb) do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), incluindo: a taxa de mortalidade materna (100 mil nascidos vivos) de 1996 a 2019; a Proporção de Nascidos Vivos com 7 ou mais Consultas Pré-Natal (%) de 2001 a 2019; a Taxa de Mortalidade Neonatal - Total (mil nascidos vivos) de 1996 a 2019; a Taxa de Mortalidade Infantil em Menores de 1 ano de Idade (mil nascidos vivos) de 1996 a 2019; o número de nascidos vivos por quantidade de consulta pré-natal de 2001 a 2019; e o número de nascidos vivos por faixa etária da mãe de 2001 a 2019. Adicionalmente, foram consultados os relatórios dinâmicos do Portal dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (PORTAL ODS, 2020) para identificar outros indicadores não contidos na base do Iparades, recuperando dados referentes à proporção de crianças nascidas vivas por tipo de parto de 2001 a 2017; Proporção de mortes de crianças menores de 0 a 27 dias segundo a lista de causas de mortes evitáveis em 2017; e percentual de crianças nascidas de

mães adolescentes em 2001 e 2017. Buscou-se analisar as variações observadas ao longo dos anos.

3.3 PESQUISA QUALIQUANTITATIVA

Este capítulo foi realizado com dados do estudo “COOSMIC – Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba”, conduzido pela Escola de Ciências da Vida (ECV) e Escola Politécnica (EP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

3.3.1 A Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba (COOSMIC)

O estudo Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba (COOSMIC) está em andamento e tem como objetivo investigar a saúde de gestantes e crianças nos primeiros 1000 dias de vida. A população é composta por gestantes acima de 16 anos vinculadas à Rede Mãe Curitibana, residentes em Curitiba-PR.

A amostra do COOSMIC, ao término da pesquisa, compreenderá 1200 gestantes recrutadas durante atendimento na Unidade de Saúde Mãe Curitibana, incluindo aquelas que realizam pré-natal na Unidade de Atenção Básica, aquelas atendidas no centro de referência especializado para gestantes de risco intermediário e alto, bem como aquelas que buscam a Unidade para o serviço de exames complementares de imagem encaminhadas pela rede de Unidades de Saúde da Prefeitura de Curitiba.

Estão sendo incluídas gestantes em qualquer período da gestação, residentes em Curitiba, que realizam o pré-natal na rede pública e que aceitem participar da pesquisa por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1). São excluídas da pesquisa gestantes que apresentem desordens de origens psíquicas que interfiram ou impossibilitem a compreensão e comunicação com a equipe de pesquisadores.

Os dados, todos oriundos de instrumentos de pesquisa validados, estão sendo coletados em entrevistas face a face na Unidade de Saúde Mãe Curitibana, por equipes multidisciplinares de alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de nutrição, fisioterapia, odontologia, farmácia, psicologia, enfermagem e educação física da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, todos treinados e supervisionados por seus orientadores/tutores. As informações são registradas em dispositivo eletrônico e processadas por meio da Plataforma Qualtrics.

3.3.2 O recorte para a pesquisa qualiquantitativa

Esta pesquisa envolveu uma etapa quantitativa e uma etapa qualitativa, sendo que a integração dos dados obtidos se deu pela abordagem de Análise de Métodos Mistos (BRYAN, 2006; GUETTERMAN et al, 2015), possibilitando ampliar a discussão sobre os fatores associados ao acesso e acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde na Rede Mãe Curitibana.

Os métodos mistos podem ser definidos como:

[...] um projeto de pesquisa com suposições filosóficas e métodos de investigação. Como metodologia, envolve premissas filosóficas que orientam a direção da coleta e análise e a mistura de abordagens qualitativas e quantitativas em muitas fases do processo de pesquisa. Como método, ele se concentra em coletar, analisar e misturar dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou série de estudos. Sua premissa central é que o uso de métodos quantitativos e qualitativos em conjunto, fornece uma melhor compreensão do problema de pesquisa do que uma abordagem isolada (CRESWELL E PLANO CLARK, 2017, p. 5, tradução nossa)

A pesquisa de métodos mistos apresenta pontos positivos que compensam as limitações da pesquisa quantitativa e qualitativa isoladamente. Enquanto os dados quantitativos trazem informações importantes e confiáveis sobre as observações, permitindo a compreensão geral do fenômeno, os dados qualitativos, também confiáveis, analisam o fenômeno em profundidade (CRESWELL; PLANO CLARK, 2017).

Na etapa quantitativa, a definição da subamostra foi realizada por conveniência, sendo composta por todas as gestantes participantes do estudo COOSMIC até o mês de junho de 2020, incluindo aquelas que participaram do projeto piloto, que responderam de modo completo às variáveis dependentes e independentes selecionadas para este estudo, totalizando 246 gestantes. As gestantes participantes do estudo piloto foram incluídas na amostra, pois não houve alteração nas questões utilizadas para esta pesquisa após a sua realização.

Do questionário preenchido no estudo COOSMIC, foram analisados os dados referentes ao perfil sociodemográfico das gestantes e acesso aos serviços de saúde. Os dados referentes aos serviços incluíram: local de busca de atendimento de saúde, motivo da busca do atendimento, número de consultas pré-natal no momento da entrevista, consultas com médicos e enfermeiros, facilidade de acesso aos serviços de saúde, tempo para atendimento, classificação de risco e mês de gestação quando vinculada a Rede Mãe Curitibana (APÊNDICE A). A análise dos dados obtidos foi conduzida por meio de análise estatística descritiva e analítica.

As variáveis dependentes foram: ter recebido atendimento por um médico durante a gestação (não ou sim); ter recebido atendimento por um enfermeiro durante a gestação (não ou sim); e o número de consultas realizadas de acordo com o número de semanas de gestação (inadequado ou adequado). Esta categorização se deu com base nas recomendações presentes no Protocolo da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, segundo o qual, sempre que possível, as consultas de pré-natal devem ser realizadas mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre a 28ª e a 36ª semana e semanalmente da 36ª até a 41ª semana (CURITIBA, 2018).

As variáveis independentes do presente estudo foram: faixa etária (16-19 anos; 20-34 anos, 35 anos ou mais); raça/cor autodeclarada (branca, preta, parda, amarela ou indígena); estado conjugal (solteira, separada/divorciada, casada ou vive com companheiro(a) ou viúva); nível de escolaridade (fundamental completo ou menos, ensino médio incompleto, ensino médio completo ou ensino superior); trabalho atual (não ou sim); renda domiciliar (igual ou inferior a 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, de 3 a 5 salários mínimos, superior a 5 salários mínimos, utilizando como valor de referência o ano de 2019); recebimento de benefício de programas sociais (não ou sim); número de pessoas por cômodo utilizado para dormir (adequado – até duas pessoas por dormitório, ou inadequado – três ou mais pessoas por dormitório); acesso à água de abastecimento público (não ou sim); acesso à rede de esgoto (não ou sim); acesso à coleta de lixo (não ou sim); facilidade no agendamento de consultas (não ou sim); tempo de espera superior a 60 minutos (não ou sim); classificação de risco (alto, intermediário alto, intermediário médio ou habitual); e trimestre de vinculação à Rede Mãe Curitibana (primeiro, segundo ou terceiro trimestre).

Neste estudo, os dados foram medidos em escala ordinal/nominal, desta forma foi empregado um teste não paramétrico, o Qui-Quadrado. Os testes não paramétricos são testes de hipóteses que não requerem pressupostos sobre a forma da distribuição dos dados (normalidade e homogeneidade) (ARANGO, 2009; CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O teste de Qui-quadrado foi aplicado, com valores ajustados pelo método de Bonferroni, para as variáveis independentes e dependentes, a fim de eleger as variáveis para a análise multivariada utilizando o método de Regressão de Log linear de Poisson com estimador robusto da matriz de covariâncias. Foram selecionadas para a inclusão inicial no modelo de regressão visando obter a razão de prevalência, as variáveis independentes que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na análise realizada pelo teste Qui-quadrado. A regressão de Poisson foi realizada usando a técnica de eliminação Backward. No modelo final ajustado, um valor de $p < 0,05$ e um intervalo de confiança de 95% foram considerados estatisticamente significativos.

A análise foi feita com auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 25,0 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

De modo complementar, foi realizada a etapa qualitativa desta pesquisa, por meio de roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), abordando a percepção das gestantes acerca dos serviços de pré-natal no município, sua localização, os recursos disponíveis, o tempo de espera, possíveis custos e as facilidades e dificuldades enfrentadas neste processo. A construção do roteiro se deu com base no questionário empregado na etapa quantitativa e nos dados obtidos em revisão de literatura sobre a temática.

As participantes receberam orientações e esclarecimentos acerca da pesquisa, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2) no caso de concordância em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos empregados na etapa quantitativa.

As entrevistas foram gravadas e conduzidas somente pela pesquisadora que não apresentava vínculo com a SMS, a qual entrou em contato com a Unidade de Saúde Mãe Curitibana para verificar os horários e dias da semana em que seria mais viável realizar as entrevistas com as gestantes. As entrevistas foram realizadas em horários que não interferiram nos atendimentos dos serviços de saúde aos usuários e tomando o cuidado de garantir a privacidade de cada participante no relato das questões abordadas pela entrevistadora. Foi utilizado um roteiro de perguntas, o qual foi previamente testado em um estudo piloto com três gestantes. As gestantes do estudo piloto foram incluídas na amostra, uma vez que, a partir dele identificou-se que o roteiro estava adequado, sendo necessária apenas uma inversão na sequência de perguntas, a fim de facilitar o relato das gestantes. Deste modo, esta inversão da sequência dos assuntos abordados foi realizada a partir da quarta entrevista, dando maior fluidez às falas durante a entrevista. Ao todo foram entrevistadas 12 gestantes no período compreendido entre dezembro e janeiro de 2020. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora.

Adotou-se o critério de saturação teórica para delimitar o número de participantes da pesquisa. Deste modo, houve a interrupção da inclusão de novos entrevistados a partir do momento em que os dados passaram a se repetir, não adicionando novas informações ao material obtido (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Para tanto, foi empregada a técnica de tratamento de dados descrita por Fontanella et al. (2011), a qual prevê oito passos procedimentais de tratamento e análise de dados coletados em entrevistas com questões abertas, quais sejam: a disponibilização dos registros de dados brutos; a imersão em cada registro; a compilação das análises individuais; a reunião dos temas ou tipos de enunciados para cada categoria; a codificação ou nominação dos dados; a alocação dos temas e tipos de enunciados

em uma tabela; a constatação da saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria e a visualização da saturação.

De modo conjunto a esta metodologia, foi empregada a análise de conteúdo de Bardin (1977) para explorar as informações obtidas. Este método é composto por três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira é realizada a organização dos dados, momento em que se desenvolvem hipóteses, objetivos e formulação de indicadores. Para tanto, é necessária a leitura de todo material, organizando os principais aspectos para as próximas etapas. Na segunda, é realizada a codificação dos dados, por meio da definição de unidades de análises, envolvendo palavras, frases, parágrafos ou outros elementos. Na terceira, faz-se a categorização, classificando os elementos de acordo com suas similaridades e diferenças, e reagrupando-os com base nas características compartilhadas. Ao final, compara-se as informações obtidas pela população de estudo com aquelas disponíveis na literatura (BARDIN, 1977). Esta última etapa foi conduzida no momento da integração dos resultados qualitativos e quantitativos, por meio da Análise de Métodos Mistos.

Conforme mencionado no início desta seção, a integração dos resultados se deu por meio abordagem de Análise de Métodos Mistos. Existem diversas abordagens para integrar os procedimentos de pesquisa qualitativa e quantitativa, podendo ocorrer no desenho de estudo, na coleta de dados e/ou no estágio de interpretação e análise dos dados. Em se tratando dos desenhos de estudo, os principais meios de integração são: os sequenciais explanatórios, sequenciais exploratórios e os convergentes (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013; CRESWELL; PLANO CLARK, 2017). Neste estudo, foi empregada a abordagem convergente, na qual dados qualitativos e quantitativos são coletados e analisados durante um período (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). Geralmente a coleta e análise ocorre separadamente e depois os resultados são comparados para verificar se eles se aproximam ou divergem entre si (CRESWELL, 2014; CRESWELL; PLANO CLARK, 2017).

A integração na coleta e análise dos dados ocorreu pelo processo de fusão, o qual envolve a união de duas bases de dados para análise e comparação, normalmente após a análise estatística dos dados numéricos e análise qualitativa dos dados textuais (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013; CRESWELL, 2014). Ao passo que a integração no âmbito da interpretação e relatório ocorreu sob a forma de *displays* conjuntos, em que os pesquisadores integram os dados utilizando meios visuais, como figuras, tabelas e gráficos, para extrair novas ideias, além daquelas já contidas nos resultados quantitativos e qualitativos (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013; CRESWELL; PLANO CLARK, 2017). Neste estudo, optou-se por realizar essa apresentação por meio de tabela, categorizando os resultados obtidos de acordo com o

modelo conceitual de Andersen, Davidson e Baumeister (2013) descrito no capítulo 2 desta tese.

Após a integração dos dados, é necessário verificar a coerência entre os resultados quantitativos e qualitativos, podendo levar a três resultados: a confirmação, quando os achados das duas análises confirmam um ao outro, fornecendo conclusões semelhantes e conferindo a eles maior credibilidade; a divergência, quando os achados das duas fontes de dados divergem entre si, ampliando as descobertas do fenômeno de interesse; e a discordância, quando os resultados qualitativos e quantitativos são inconsistentes e contraditórios. Adicionalmente, a integração pode gerar resultados exclusivos dos dados quantitativos ou qualitativos (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

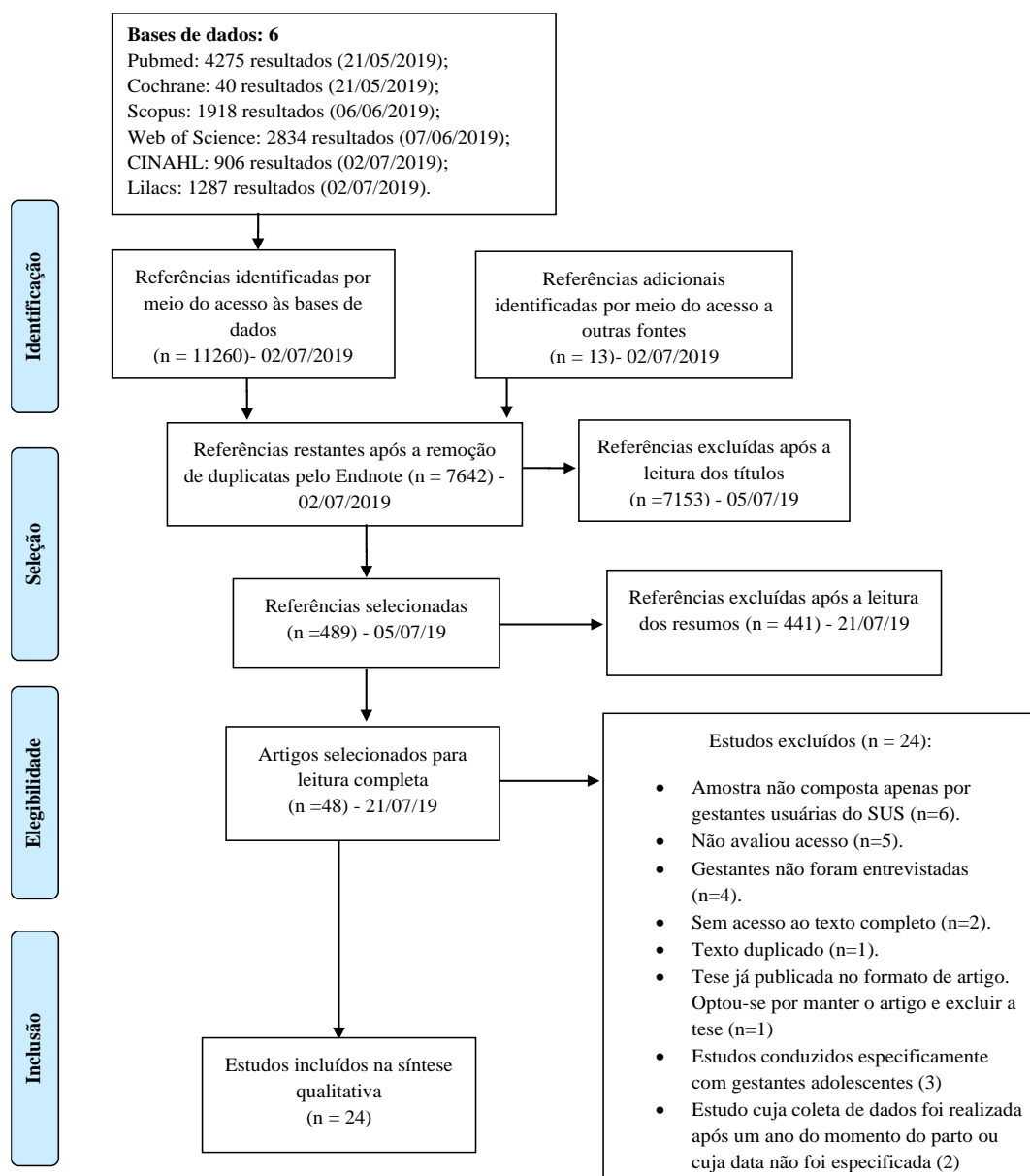
O protocolo de pesquisa do estudo COOSMIC foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCPR (Parecer no 2.672.385) (ANEXO 3) e da Secretaria Municipal da Saúde (Parecer no 2.728.771). Uma emenda ao projeto original, inicialmente aprovado, foi submetida a estes Comitês para apreciação da proposta adicional de análise deste projeto (etapa qualitativa), tendo sido aprovada (Parecer nº 3.661.221) (ANEXO 4). Um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) garante a confidencialidade dos dados coletados das bases de dados secundários (ANEXO 5).

4 BARREIRAS E FACILITADORES NO ACESSO DAS GESTANTES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

4.1 RESULTADOS OBTIDOS

As estratégias de busca e seus resultados encontram-se descritos na Figura 2. Inicialmente foram encontrados 11260 estudos nas bases de dados informadas e 13 estudos na literatura cinzenta. Após a remoção das duplicatas, análise de títulos, resumos e leitura de texto completo (quando pertinente), restaram 24 artigos para inclusão.

FIGURA 2 - DIAGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS



FONTE: A autora (2020).

Na tabela 2 encontram-se descritas as características dos estudos incluídos. Em se tratando dos desenhos de estudo, 14 foram classificados como qualitativos (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; ESPOSTI et al., 2015; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; VIEIRA et al., 2011) e 10 como quantitativos (CARVALHO; NOVAES, 2004; MENEZES et al., 2006; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; MARTINELLI et al., 2016; PEIXOTO et al., 2011; SALVADOR et al., 2008; SANTOS et al., 2000; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA, 2016), sendo todos conduzidos no Brasil.

Quando analisada a distribuição geográfica, constatou-se que 5 foram conduzidos em municípios da região Sul do Brasil (CARDELLI et al., 2016; CARVALHO; NOVAES, 2004; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; SANTOS et al., 2000; VIEIRA et al., 2011); 12 na região Sudeste (DA SILVA et al., 2015; MENEZES et al., 2006; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; MARTINELLI et al., 2016; OBA; TAVARES, 2000; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA, 2016); 2 na Região Centro-Oeste (DUARTE, 2012; MARTINS, 2006); 5 na Região Nordeste (SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014; CORRÊA et al., 2017; PEIXOTO et al., 2011; ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; COSTA, 2018); e nenhum na região Norte.

Em se tratando dos desfechos analisados, 18 estudos deram maior ênfase ao acesso aos serviços de pré-natal médico (SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SILVA, 2015; ROCHA, 2004; MARTINELLI et al., 2016; SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014; DOMINGUES et al., 2013; CORRÊA et al., 2017; OBA, TAVARES, 2000; MARTINS, 2006; SILVA, 2016; SALVADOR et al., 2008; CARVALHO; NOVAES, 2004; SANTOS et al., 2000; CARDELLI et al., 2016; DUARTE, 2012; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; PEIXOTO et al., 2011; VIEIRA, et al., 2011); 4 estudos, ao acesso aos serviços odontológicos (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; SANTOS NETO et al., 2012); e 2 estudos, ao acesso às maternidades no momento do parto (COSTA, 2018; MENEZES et al., 2006).

A maioria das pesquisas foi conduzida com mulheres na fase de puerpério (COSTA, 2018; MENEZES et al., 2006; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; MARTINELLI et al., 2016; MARTINS, 2006; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; SILVA, 2016; VIEIRA et al., 2011) ou durante o terceiro trimestre da

gestação (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARVALHO; NOVAES, 2004; CORRÊA et al, 2017; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; PEIXOTO et al., 2011; SALVADOR et al., 2008); sendo que alguns estudos não mencionaram em que período da gestação ocorreu (CARDELLI et al., 2016; DA SILVA et al., 2015; DUARTE, 2012; OBA; TAVARES, 2000). A idade das gestantes, nos estudos em que esta foi referida, foi variável de 15 a 41 anos (Tabela 2).

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS ANALISADOS

(continua)

Autor/ano	Cidade/ Estado	Desenho de Estudo	Tamanho da amostra	Local de coleta	Ano de coleta de dados	Idade Intervalo (média)	Período gestacional*	Desfecho
OBA et al. (2000)	Ribeirão Preto / SP	Pesquisa qualitativa.	14	Duas Unidades Distritais de Saúde localizadas na região central e oeste do município.	1996	NR	Gestação (NR)	Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal na rede pública municipal de saúde.
SANTOS et al. (2000)	Pelotas / RS	Pesquisa quantitativa, transversal	401	Quatro principais hospitais de Pelotas.	1997	- (26 anos)	Puerpério	Cuidado pré-natal, identificando o serviço de saúde onde foi realizado o acompanhamento da gestação e os motivos da escolha.
ALBUQUER QUE et al. (2004)	Cabo de Santo Agostinho /PE	Pesquisa qualitativa	NR	Inscritas no Programa Saúde da Família do Cabo de Santo Agostinho.	NR	NR	Gestação (3º trimestre)	Barreiras individuais ao atendimento odontológico de gestantes cadastradas.
CARVALHO et al. (2004)	Curitiba /PR	Pesquisa quantitativa, coorte	462	Inscritas no Programa Mãe Curitibana.	2000	- (20,4 anos).	Gestação primigestas (Até a 20ª semana)	Implantação efetiva do Programa Mãe Curitibana.
ROCHA (2004)	Rio de Janeiro /RJ	Pesquisa qualitativa.	12	Instituto Municipal de Mulher Fernando Magalhães.	2003	16-36 anos (-)	Puerpério	Acompanhamento de pré-natal e no atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde.
MARTINS (2006)	Dourados /MS	Pesquisa qualitativa	66	Hospital da Mulher de Dourados.	2005	NR	Puerpério	Organização do trabalho no atendimento à mulher, acesso as ações e serviços de saúde materna
MENEZES et al. (2006)	Rio de Janeiro /RJ	Pesquisa quantitativa	6652	19 maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).	1999- 2001	NR	Puerpério	Fatores sociais, demográficos e obstétricos associados à peregrinação anteparto
FIGUEIREDO et al. (2008)	Porto Alegre/RS	Pesquisa qualitativa	14	Uma Unidade Básica de Saúde da Zona Leste	2006	15-36 anos. (-)	Gestação (24 – 40 semanas)	Acesso ao pré-natal na Atenção Básica.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS ANALISADOS

(continuação)

Autor/ano	Cidade/ Estado	Desenho de Estudo	Tamanho da amostra	Local de coleta	Ano de coleta de dados	Idade Intervalo (média)	Período gestacional*	Desfecho
SALVADOR et al. (2008)	Viçosa /MG	Pesquisa quantitativa, transversal.	45	Uma unidade pública de saúde do município.	2005	15 – 38 anos (24 anos)	Gestação (3º trimestre)	Assistência pré-natal e conhecimento das gestantes quanto ao Conselho Municipal de Saúde.
PEIXOTO et al. (2011)	Fortaleza/CE	Pesquisa quantitativa, transversal.	310	Doze Centros de Saúde da Família (CSF) – 2 de cada Secretaria Executiva Regional.	2009	NR	Gestação (Todos os trimestres)	Assistência pré-natal (PN) recebida por gestantes.
VIEIRA et al. (2011)	Porto Alegre / RS	Pesquisa qualitativa	11	Uma maternidade pública na cidade, situada em um hospital público materno- infantil, de grande porte.	2009	Maiores de 18 anos	Puerpério Multíparas	Assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal, o acesso, o acolhimento e o atendimento recebido durante esse período.
DUARTE (2012)	Campo Grande /MS	Pesquisa qualitativa	12	Unidade de Saúde pertencente ao Programa Saúde da Família do Jardim Marabá.	NR	Maiores de 18 anos. (-)	Gestação (NR)	Motivos que levam à realização do pré-natal.
SANTOS NETO (2012)	Região Metropolitan a da Grande Vitória/ES	Pesquisa quantitativa, transversal.	1032	Maternidades públicas ou conveniadas ao SUS.	2010	NR	Puerpério	Assistência odontológica no acompanhamento pré-natal do SUS.
DOMINGUES et al. (2013)	Rio de Janeiro/RJ	Pesquisa quantitativa, transversal.	2353	Unidades Básicas de Saúde, Hospitais/ maternidades, Casa de Parto e Unidades de Saúde da Família.	2007- 2008	- (24,6 anos).	Gestação de risco habitual (Todos os trimestres)	Acesso e utilização dos serviços de pré-natal na rede SUS.
SILVA et al. (2014)	Interior do Nordeste do Brasil.	Pesquisa qualitativa	13	Uma Unidade de Saúde da região com equipe da Estratégia Saúde da Família.	2011	19-40 anos.	Gestação (2º ou 3º trimestre).	Acesso e o acolhimento no cuidado pré-natal.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS ANALISADOS

(continuação)

Autor/ano	Cidade/ Estado	Desenho de Estudo	Tamanho da amostra	Local de coleta	Ano de coleta de dados	Idade Intervalo (média)	Período gestacional*	Desfecho
ESPOSTI (2015)	Região Metropolitan a da Grande Vitória (ES).	Pesquisa quantitativa, transversal.	1209	9 hospitais da região, com maior volume de partos no ano de 2007, para o SUS.	2010	NR	Puerpério	Desigualdades sociais e geográficas no desempenho e na adequação da assistência médico-odontológica pré-natal
ESPOSTI et al. (2015)	Região Metropolitan a da Grande Vitória (ES)	Pesquisa qualitativa.	24	Hospitais da região, com maior volume de partos no ano de 2007, para o SUS.	2010	15-35 anos. (-)	Puerpério	Acesso ao cuidado pré-natal
SANTA ROSA et al. (2015)	Cotia/ SP	Pesquisa qualitativa.	11	Puérperas vinculadas à Unidade de Saúde que não fizeram o Pré-Natal na última gravidez.	2010- 2011	18 – 41 anos. (-)	Puerpério (não fizeram o pré-natal)	Motivos para não buscar assistência Pré-Natal
SILVA (2015)	Niterói / RJ	Pesquisa qualitativa.	50	Programa de Pré-natal na atenção básica do município.	2013	Maiores de 18 anos (-)	Gestação de risco habitual (NR)	Acessibilidade aos exames no acompanhamento pré-natal.
CARDELLI (2016)	Londrina / PR	Pesquisa qualitativa	18	Unidades Básicas de Saúde da cidade.	2012	19-33 (21 anos)	Gestação Primíparas de risco habitual (NR)	Cuidado pré-natal em Unidades Básicas de Saúde.
MARTINELL I et al. (2016)	Microrregião de São Mateus (ES)	Pesquisa quantitativa, transversal.	742	Hospitais públicos e maternidades na região.	2012- 2013	NR	Puerpério	Acesso à assistência pré-natal segundo disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade.
SILVA (2016)	Rio de Janeiro / RJ	Pesquisa quantitativa, transversal.	134	Centros Municipais de Saúde (CMS): Ernesto Zeferino Tibau Jr, Marcolino Candau e Oswaldo Cruz.	2015	Entre 18 e 38 anos ou mais. (-)	Puerpério	Atenção pré-natal, ao parto e nascimento, e no pós-parto, com foco nas dimensões estrutura e processo no contexto organizacional.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS ANALISADOS

(conclusão)

Autor/ano	Cidade/ Estado	Desenho de Estudo	Tamanho da amostra	Local de coleta	Ano de coleta de dados	Idade Intervalo (média)	Período gestacional*	Desfecho
CORRÊA et al. (2017)	Recife / PE	Pesquisa qualitativa.	10	Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família da região.	2012-2013	19 a 27 anos. (-)	Gestação (3º trimestre) Puerpério	Acolhimento no cuidado puerperal à mulher.
COSTA (2018)	Arapiraca / AL	Pesquisa qualitativa.	37	Hospital público de média complexidade, referência para gestação de alto risco.	2016-2017	20-36 anos (-)	Puerpério	Peregrinação anteparto na rede pública hospitalar.

* Para coletas durante a gestação, a idade gestacional foi anotada (entre parênteses)

NR= Não referido.

FONTE: A autora (2020).

Ao analisar as datas de publicação dos artigos, elas se estendem do ano 2000 até 2018. Porém, é importante levar em conta principalmente o período em que houve a coleta de dados, a fim de compreender o contexto em que esses foram obtidos. Tal período se estendeu de 1996 a 2017, sendo que em 18 estudos a coleta foi anterior a 2011 ou em 2011, ano de publicação da Portaria nº 1.459, de 24 de junho, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARVALHO; NOVAES, 2004; MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; SANTOS NETO et al., 2012; VIEIRA et al., 2011); e em apenas 6 esta coleta ocorreu após 2011 (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; MARTINELLI et al., 2016; SILVA, 2016).

Os estudos evidenciaram a existência de barreiras e facilitadores associados aos serviços (localização e funcionamento), ao indivíduo e às condições socioeconômicas e demográficas (FIGURAS 3 e 4). Uma descrição mais detalhada encontra-se disponível no Apêndice H. As barreiras associadas aos serviços, seja em relação à sua localização geográfica, bem como em relação ao seu funcionamento, foram as mais frequentes, aparecendo em 23 estudos (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARDELLI et al., 2016; CARVALHO; NOVAES, 2004; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINELLI et al., 2016; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA, 2016; VIEIRA et al., 2011). Longas distâncias para acessar os serviços foram dificuldades descritas em 8 referências analisadas, sendo 6 anteriores à implementação da Rede Cegonha (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; MARTINS, 2011; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; VIEIRA et al., 2011) e 2 posteriores (COSTA, 2018; MARTINELLI et al., 2016).

Observou-se que tal fato provocava a peregrinação entre os bairros e municípios vizinhos em áreas descobertas pela saúde da família, sendo motivo de interrupção do cuidado pré-natal (ESPOSTI et al., 2015). Além disso, morar na área rural implicava em maior tempo de viagem de suas casas para o serviço de saúde, incluindo as maternidades, levando a maiores gastos com transporte (COSTA, 2018; MARTINELLI et al., 2016).

Foram encontradas ainda barreiras associadas ao funcionamento dos serviços de saúde, como horários disponíveis, forma de agendamento, tempo de espera e falta de recursos humanos, estruturais e materiais. Estes fatores foram bastante frequentes, aparecendo em 23 estudos analisados (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARDELLI et al., 2016; CARVALHO; NOVAES, 2004; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINELLI et al., 2016; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA, 2016; VIEIRA et al., 2011).

Ao considerar as barreiras de funcionamento mais frequentes antes da implementação da Rede Cegonha, destacaram-se as dificuldades de agendamento (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARVALHO; NOVAES, 2004; MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015), incluindo horários disponíveis, longas filas de espera, distribuição de senhas, falta de vagas e tempo de espera para agendamento; a falta de profissionais e de equipe multiprofissional (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; PEIXOTO et al., 2011; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015); o longo tempo de espera para as consultas (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; ESPOSTI et al., 2015; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; PEIXOTO et al., 2011; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; VIEIRA et al., 2011); o mal atendimento e a má recepção, inclusive com a desvalorização da gestante (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; MARTINS, 2006; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; VIEIRA et al., 2011); a falta de orientação e informação, incluindo orientações equivocadas (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DUARTE, 2012; MARTINS, 2006; PEIXOTO et al., 2011; SANTOS NETO et al., 2012; VIEIRA et al., 2011); a falta de vínculo e acolhimento (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; ESPOSTI et al., 2015; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; VIEIRA et al., 2011); o rodízio de profissionais (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DUARTE, 2012; OBA; TAVARES, 2000; SALVADOR et al., 2008); e a peregrinação no momento do parto (MENEZES et al., 2006; OBA; TAVARES, 2000; ROCHA, 2004; VIEIRA et al., 2011).

Após a implementação da Rede Cegonha, as barreiras mais frequentemente identificadas foram: as dificuldades no processo de referência e contrarreferência entre os pontos da rede de atenção, conectando atenção primária e serviços especializados (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; SILVA, 2016), havendo peregrinação para consultas terceirizadas e maternidades e falhas na orientação e disponibilização de consultas e acompanhamentos após o parto; mal atendimento e má recepção (CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015); longo tempo de espera para as consultas (CARDELLI et al., 2016; DA SILVA et al., 2015; SILVA, 2016); demora na realização e/ou entrega de exames (CARDELLI et al., 2016; DA SILVA et al., 2015; SILVA, 2016); falta de informação e orientação (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; SILVA, 2016); falta de profissionais (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018); e tecnicismo nas consultas (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; DA SILVA et al., 2015).

Em se tratando das barreiras relacionadas ao indivíduo, como medo e crenças pessoais/familiares, estas apareceram em 11 dos estudos analisados (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; MARTINS, 2006; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015). As barreiras mais frequentes antes da implementação da Rede Cegonha eram o medo e a ansiedade (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015); a falta de redes sociais de apoio (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; MENEZES et al., 2006; DOMINGUES et al., 2013; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015); e a crença de que o pré-natal não é importante e necessário (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015). Após a implementação da rede, as barreiras mais frequentes foram a falta de informação (CORRÊA et al., 2017; SILVA, 2016); a ansiedade e o medo (DA SILVA et al., 2015); e a atenção focalizada apenas no bebê (CORRÊA et al., 2017).

Em relação aos aspectos socioeconômicos e demográficos, observou-se que menor escolaridade, menor idade, cor da pele negra e baixa renda familiar estiveram associadas ao menor acesso aos serviços (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; MENEZES et al., 2006; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; ROCHA, 2004). Antes da implementação da Rede Cegonha, prevaleceram menor escolaridade (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004); menor renda (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015;

ROCHA, 2004); e cor da pele negra (MENEZES et al., 2006; DOMINGUES et al., 2013). Ao passo que após a implementação, apareceram com maior frequência a renda (COSTA, 2018; MARTINELLI et al., 2016) e a menor idade (COSTA, 2018).

Os fatores facilitadores do acesso aos serviços apareceram com menor frequência nos estudos analisados (CARDELLI et al., 2016; CARVALHO; NOVAES, 2004; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINELLI et al., 2016; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTOS et al., 2000; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA, 2016; VIEIRA et al., 2011), quando comparados às barreiras, sendo em sua maioria associados aos serviços, incluindo sua localização e funcionamento.

Os mais frequentes antes da implementação da rede Cegonha eram: as orientações e atividades educativas (CARVALHO; NOVAES, 2004; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; SALVADOR et al., 2008; SANTOS NETO et al., 2012; VIEIRA et al., 2011), incluindo o grupo de gestantes; a proximidade dos serviços à casa das gestantes (CARVALHO; NOVAES, 2004; MENEZES et al., 2006; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; OBA; TAVARES, 2000; SANTOS et al., 2000; VIEIRA et al., 2011); a qualidade do atendimento (DUARTE, 2012; MARTINS, 2006; SALVADOR et al., 2008; SANTOS et al., 2000); a facilidade no agendamento (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DUARTE, 2012; MARTINS, 2006; VIEIRA et al., 2011); a realização de exames (CARVALHO; NOVAES, 2004; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000); e o acolhimento (DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; VIEIRA et al., 2011). Após 2011, a mais frequente foi a qualidade do atendimento (DA SILVA et al., 2015; MARTINELLI et al., 2016; SILVA, 2016).

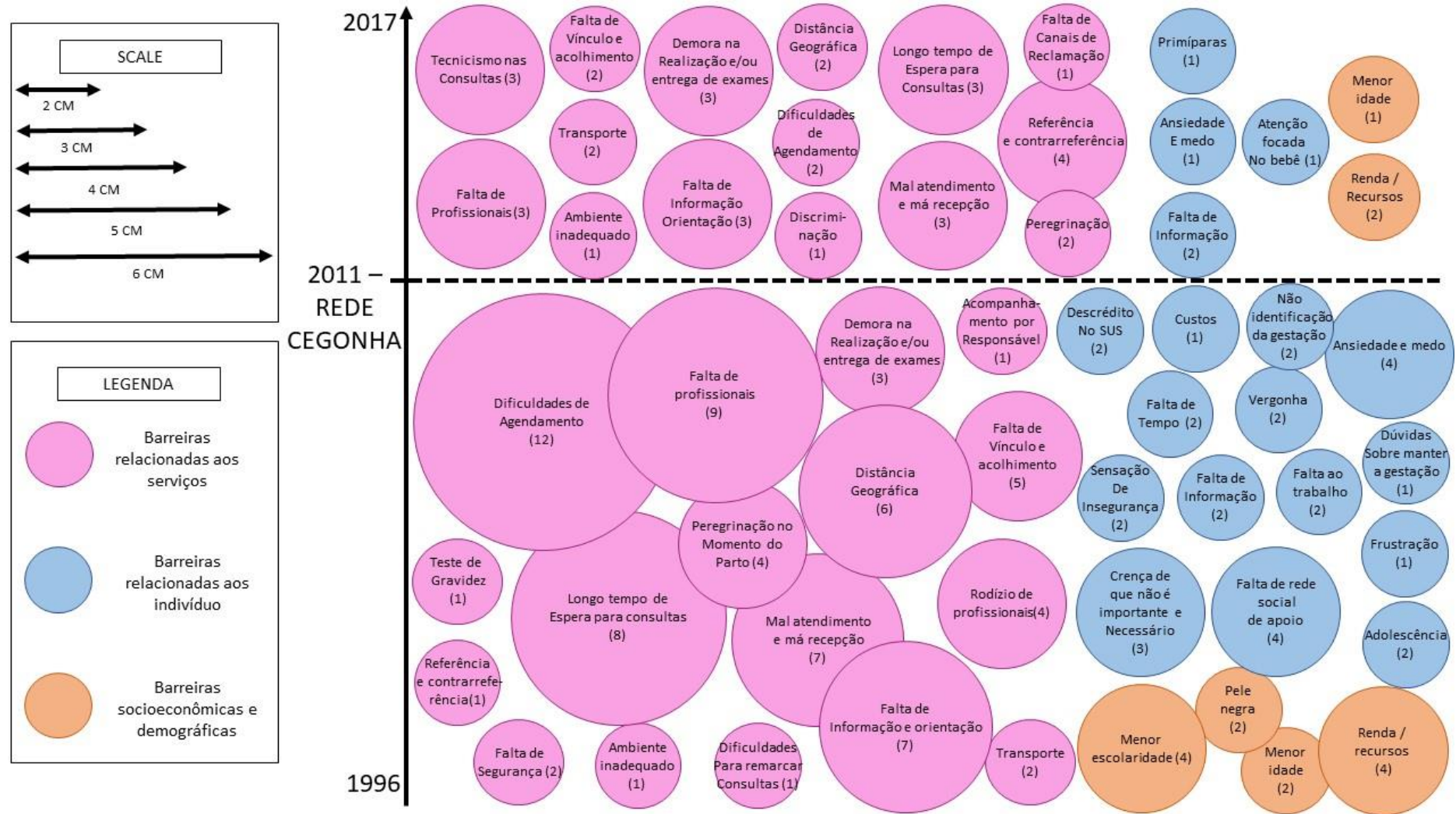
Fatores relacionados ao indivíduo também estiveram presentes, embora em menor escala. Os facilitadores mencionados antes de 2011 foram empatia (VIEIRA et al., 2011), viver com companheiro (DOMINGUES et al., 2013), valorização do pré-natal (VIEIRA et al., 2011), percepção da qualidade de vida (SANTOS NETO et al., 2012), primeira gestação (DOMINGUES et al., 2013) e maior número de gestações (ESPOSTI, 2015). Após 2011 houve a menção apenas à valorização do pré-natal (CARDELLI et al., 2016).

Estudos que fazem referência aos fatores facilitadores socioeconômicos ou demográficos foram poucos (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015), todos anteriores a

2011, sendo os mais referidos: a maior escolaridade (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015), a maior idade (ESPOSTI, 2015) e a cor da pele branca (DOMINGUES et al., 2013).

Ao conduzir a análise de qualidade dos artigos selecionados (QUADRO 1), observou-se pontuação variável de 4 a 30 pontos, correspondendo, respectivamente, a 9,5% e 71,4% do escore máximo possível de qualidade, conforme descrito no quadro 5. Os critérios menos atendidos pelos artigos foram (o escore variava de 0 a 3): nos estudos quantitativos, a avaliação estatística da confiabilidade e a validade dos instrumentos de medição, atingindo uma média de apenas 0,3; e o ajuste entre a pergunta de pesquisa declarada e o método de coleta de dados, com média de 0,3; nos estudos qualitativos, a avaliação da confiabilidade do processo analítico, com média de 0,43; e em ambos os estudos, a análise crítica dos pontos fortes e limitações dos estudos, com média de 0,29; a evidência de envolvimento dos usuários no planejamento do desenho do estudo, com média de 0,29; e a presença de boa justificativa para o método analítico selecionado, com média de 0,96.

FIGURA 3 - BARREIRAS DE ACESSO DAS GESTANTES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NOS ESTUDOS CUJA COLETA DE DADOS SE DEU ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA.



Diâmetro das bolhas: 1-2 referências = 2cm; 3 – 5 referências = 3cm; 6 – 7 referências = 4cm; 8 a 10 referências = 5cm; 11 – 12 referências = 6cm.

FONTE: A autora (2020).

QUADRO 1 - ANÁLISE DE QUALIDADE DOS ESTUDOS.

(continua)

Autor (ano)	Critério																Escore total Percentual do escore máximo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
OBA et al. (2000)	1	3	3	1	2	2	1	1	NA	NA	3	3	1	0	0	0	21 50%
SANTOS et al. (2000)	0	3	3	2	2	2	0	2	0	0	NA	0	0	NA	1	0	15 35,7%
ALBUQUERQ UE et al. (2004)	1	3	3	0	0	1	2	2	NA	NA	0	3	0	0	0	1	16 38,1%
CARVALHO et al. (2004)	1	1	3	2	3	2	1	1	1	0	NA	0	2	NA	0	0	17 40,5%
ROCHA (2004)	2	3	3	0	3	2	2	2	NA	NA	0	0	1	0	0	0	18 42,9%
MARTINS (2006)	3	3	3	1	3	2	2	2	NA	NA	2	3	1	0	0	0	25 59,5%
MENEZES et al. (2006)	1	3	2	1	3	2	1	2	0	0	NA	0	1	NA	0	1	17 40,5%
FIGUEIREDO et al. (2008)	1	3	3	1	1	2	0	0	NA	NA	3	3	0	0	0	0	17 40,5%
SALVADOR et al. (2008)	1	2	3	3	2	2	1	2	0	0	NA	0	0	NA	0	0	16 38,1%
PEIXOTO et al. (2011)	1	2	3	0	2	1	0	0	0	0	NA	0	0	NA	0	0	9 21,4%
VIEIRA et al. (2011)	1	3	2	0	1	2	0	0	NA	NA	0	0	0	0	0	0	9 21,4%
DUARTE (2012)	3	3	3	0	1	2	0	0	NA	NA	0	0	1	0	0	0	13 31%
SANTOS NETO (2012)	3	2	3	3	3	2	2	2	0	0	NA	0	3	NA	2	0	25 59,5%

QUADRO 1 - ANÁLISE DE QUALIDADE DOS ESTUDOS.

(continuação)

Autor (ano)	Critério																Escore total Percentual do escore máximo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
DOMINGUES et al. (2013)	0	3	2	3	3	3	2	2	0	0	NA	0	3	NA	1	0	22 52,4%
SILVA et al. (2014)	0	2	3	1	2	2	2	2	NA	NA	0	0	1	0	1	0	16 38,1%
ESPOSTI (2015)	3	3	3	3	3	2	2	2	1	0	NA	3	3	NA	1	1	30 71,4%
ESPOSTI et al. (2015)	3	3	3	1	2	3	0	3	NA	NA	0	0	3	3	1	0	25 59,5%
SANTA ROSA et al. (2015)	3	3	3	3	1	2	0	3	NA	NA	3	3	0	0	0	0	24 69%
SILVA (2015)	2	3	2	0	3	2	1	1	NA	NA	0	0	1	2	0	0	17 40,5%
CARDELLI (2016)	2	3	3	2	1	2	1	0	NA	NA	3	3	1	0	0	1	22 52,4%
MARTINELLI et al. (2016)	2	3	3	3	3	2	2	2	0	0	NA	0	0	NA	0	2	22 52,4%
SILVA (2016)	3	3	3	1	2	3	2	3	1	3	NA	2	0	NA	0	1	27 64,3%
CORRÊA et al. (2017)	2	2	1	1	2	2	2	2	NA	NA	0	0	1	1	0	0	16 38,1%
COSTA (2018)	1	3	3	1	2	2	0	2	NA	NA	3	3	0	0	0	0	20 47,6%
Escore médio / Percentual do escore máximo	1,67 55,6 %	2,71 90,3 %	2,75 91,7 %	1,38 45,8 %	2,1 69,4 %	2 68,1 %	1,1 36,1 %	1,58 52,8 %	0,3 10%	0,3 10%	1,2 40,5 %	1,1 36,1 %	0,96 31,9 %	0,43 14,3 %	0,29 9,7%	0,29 9,7%	17,9 42,7%

QUADRO 1 - ANÁLISE DE QUALIDADE DOS ESTUDOS.

(conclusão)

<p>Notas:</p> <p>Critério 1. Quadro teórico explícito</p> <p>Critério 2. Declaração de metas / objetivos no corpo principal do texto</p> <p>Critério 3. Descrição clara do cenário da pesquisa</p> <p>Critério 4. Evidência do tamanho da amostra considerada em termos de análise</p> <p>Critério 5. Amostra representativa do grupo-alvo com tamanho razoável</p> <p>Critério 6. Descrição do procedimento para coleta de dados</p> <p>Critério 7. Fundamentação da escolha da (s) ferramenta (s) de coleta de dados</p> <p>Critério 8. Dados detalhados de recrutamento</p> <p>Critério 9. Avaliação estatística da confiabilidade e validade do (s) instrumento (s) de medição - (apenas quantitativo)</p> <p>Critério 10. Ajuste entre a pergunta de pesquisa declarada e o método de coleta de dados (quantitativo)</p> <p>Critério 11. Ajuste entre a pergunta de pesquisa declarada e o formato e o conteúdo da ferramenta de coleta de dados, por exemplo, cronograma de entrevistas (qualitativo)</p> <p>Critério 12. Ajuste entre a pergunta de pesquisa e o método de análise</p> <p>Critério 13. Boa justificativa para o método analítico selecionado</p> <p>Critério 14. Avaliação da confiabilidade do processo analítico (apenas qualitativo)</p> <p>Critério 15. Evidência de envolvimento do usuário no desenho de estudo</p> <p>Critério 16. Discussão crítica dos pontos fortes e limitações do estudo.</p>	<p>0 De modo nenhum</p> <p>1 Muito levemente</p> <p>2 Moderadamente</p> <p>3 Completamente</p> <p>NA Não se aplica</p> <p>SIRRIYEH, et al. (2012)</p>
---	---

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, mulheres e adolescentes devem ter assegurado o seu acesso a cuidados de qualidade durante a gestação, parto e puerpério. O objetivo não é apenas de reduzir e evitar a mortalidade materno-infantil, mas principalmente de proporcionar a elas saúde e qualidade de vida, com respeito aos seus direitos fundamentais (WHO, 2016).

Os estudos analisados nesta revisão, anteriores e posteriores à implementação da Rede Cegonha, evidenciam importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde durante a gestação, parto e puerpério, sendo que a maioria das barreiras eram referentes aos serviços (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARDELLI et al., 2016; CARVALHO; NOVAES, 2004; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015; MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINELLI et al., 2016; MARTINS, 2006; OBA; TAVARES, 2000; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SALVADOR et al., 2008; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA, 2016; VIEIRA et al., 2011). Destacam-se as dificuldades de agendamento; o longo tempo de espera para as consultas; a má qualidade do atendimento; a falta de orientação e informação; a falta de vínculo e acolhimento e a peregrinação no momento do parto.

Os problemas no agendamento de consultas, decorrente, por vezes da insuficiência de profissionais de saúde levaram, em alguns casos, há uma espera de 2 a 3 meses por uma consulta, o que repercute diretamente na saúde da mulher e do bebê (SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015). Além disso, foram observadas dificuldades no agendamento de exames e demora excessiva para a sua entrega (MARTINS, 2006). A forma de agendamento, realizada por meio de distribuição de senhas também representa importante barreira de acesso, uma vez que há relatos de gestantes que tiveram que chegar às 5 horas da manhã na Unidade de Saúde para tentarem garantir atendimento (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). Outro estudo realizado por Domingues et al. (2013) revelou que um terço das gestantes entrevistadas referiu ter buscado outro serviço de saúde antes de conseguir atendimento no atual, retardando o início da assistência pré-natal, sendo que em 27% dos casos a mudança foi motivada por não ter conseguido atendimento na primeira unidade procurada.

O horário de funcionamento dos serviços também impacta no acesso. Uma pesquisa conduzida por Silva (2016) no Rio de Janeiro, em 2015, revelou que os serviços de pré-natal

eram ofertados apenas pela manhã, em 38,8% das Unidades de Saúde; somente a tarde, em 39,5% das Unidades; e 21,6% ofereciam atendimento pela parte da manhã e da tarde. Este engessamento de horários acaba restringindo o acesso das gestantes aos serviços.

Percebe-se que as barreiras associadas aos serviços ainda estão presentes mesmo após a implementação da Rede Cegonha, sendo de suma importância a sua reorganização no sentido de facilitar a realização de agendamento, reduzindo o tempo de espera, evitando o engessamento de horários e, conseqüentemente, proporcionando maior acolhimento das pacientes. Neste sentido, Figueiredo e Rossoni (2008) reforçam a importância do início e continuidade da assistência pré-natal, por meio do acesso facilitado ao agendamento de consultas, para que a atenção não seja postergada, e a evolução da gestação seja saudável para a mãe e o bebê.

Foram relatadas ainda falhas da recepção, com desorganização do agendamento e dificuldade para obter informações, antes e após 2011. Além disso, a comunicação entre o profissional e a gestante, voltada apenas à instrumentalização da técnica assistencial/obstétrica, sem considerar que antes desta condição temporária da “gestação” ela é sobretudo uma mulher, foi um elemento importante da inadequação do acesso e das práticas de saúde no puerpério (CORRÊA et al., 2017). Neste sentido, a falta de criação de vínculo entre profissionais e paciente representa um importante entrave (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; PEIXOTO et al., 2011; VIEIRA et al., 2011).

Com vistas a sanar estas dificuldades, a Rede Cegonha propôs: a realização de captação precoce das gestantes para que façam o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); a qualificação da atenção longitudinal; o acolhimento das gestantes, fazendo classificação de risco; a realização de exames de pré-natal e a entrega dos resultados em tempo oportuno; a implementação de programas promocionais/educativos; e o apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas (BRASIL, 2011). Porém, mesmo após a implementação da referida política e de tantas outras que a antecederam, muitas das barreiras identificadas permanecem atuais, como a qualidade deficiente do atendimento (CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; DA SILVA et al., 2015); o longo tempo de espera para as consultas (CARDELLI et al., 2016; DA SILVA et al., 2015; SILVA, 2016), a falta de informação e orientação (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; SILVA, 2016); a falta de profissionais (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018) e o tecnicismo nas consultas (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; DA SILVA et al., 2015).

Outro grande problema identificado previamente a 2011, era a falta de referência no momento do parto, de modo que as próprias gestantes precisavam procurar um hospital com

vagas disponíveis (MENEZES, 2006; OBA; TAVARES, 2000; ROCHA, 2004). Tal dificuldade se torna bastante visível nesta fala de uma das entrevistadas no estudo de Oba e Tavares (OBA; TAVARES, 2000): “[...] Deveria ser pré-natal até na hora de ‘te’ o parto, mas na hora de ‘te’ é aquela loucura. Deveria ‘te’ um encaminhamento para um local, para saber na hora de ‘te’. A gente faz um pré-natal e depois fica a Deus dará...”.

Neste sentido, foi proposta em 2007 a lei da vinculação à maternidade, a qual pressupunha o direito à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto da gestante (LEAL et al., 2018). Posteriormente, em 2011, a Rede Cegonha reforçou a importância dessa vinculação, desde o momento do pré-natal. Ademais, prevê que haja suficiência de leitos obstétricos e neonatais, em conformidade com as necessidades regionais (BRASIL, 2011).

Ainda que tenha havido a normatização desses aspectos, as dificuldades no processo de referência e contrarreferência persistiram, tendo sido relatadas em quatro estudos (CARDELLI et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; COSTA, 2018; SILVA, 2016). Um estudo conduzido em um hospital público de Alagoas, cuja coleta de dados ocorreu em 2016 e 2017, evidenciou que a peregrinação pré-parto ainda acontece. As gestantes entrevistadas no referido estudo vivenciaram esta experiência de ir ao hospital superlotado, tendo que buscar por meios próprios uma vaga em outro local para terem seus filhos (COSTA, 2018).

Além das barreiras relacionadas aos serviços, foram encontradas nesta revisão barreiras associadas ao indivíduo, como a desvalorização da necessidade de realização do pré-natal (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015), o medo, a ansiedade (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; DA SILVA et al., 2015) e a descrença na efetividade do SUS (MARTINS, 2006), havendo inclusive a crença de que consultas de acompanhamento seriam apenas para as classes sociais com maior poder aquisitivo (SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015). Assim, é essencial que a realização de acolhimento, criação de vínculo e desenvolvimento de ações educativas, conforme preconizado na Rede Cegonha (BRASIL, 2011), sejam de fato efetivados, a fim de transpor tais barreiras.

Barreiras socioeconômicas e demográficas, como baixa escolaridade, menor idade, menor renda e cor da pele negra, apareceram com maior frequência nos estudos cuja coleta de dados foi realizada anteriormente à implementação da Rede Cegonha (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; MENEZES et al., 2006; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; ROCHA, 2004). Entretanto, acredita-se que isso se deve ao maior número de publicações previamente a esta data e, não necessariamente a uma efetiva redução

da influência de tais fatores. Desta forma, reforça-se a necessidade de novos estudos acerca do assunto, para avaliar o impacto da referida política.

Enfatiza-se ainda, a importância do monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde vigentes. Os resultados desta revisão incluíram 24 estudos, sendo que destes somente 6 são posteriores à implementação da política e o último foi publicado em 2018. Tal fato denota a carência de investigações acerca da temática de modo mais recente. A avaliação de políticas e programas, de seus impactos e benefícios é essencial para o planejamento e gestão governamentais, possibilitando reformulações e ajustes, bem como decisões acerca da manutenção ou interrupção das ações propostas (CUNHA, 2018). Em se tratando especificamente da Rede Cegonha, os dados aqui encontrados, embora restritos a poucos estudos, indicam que a Rede de Atenção ainda não está implementada de forma plena, deixando de atender a alguns de seus pressupostos.

Os fatores definidos como facilitadores do acesso aos serviços de saúde encontrados neste estudo se contrapõem às barreiras, podendo ser considerados soluções para os problemas identificados. Eles vão ao encontro do que é preconizado na Rede Cegonha, indicando que, em termos normativos, já há um caminho a ser seguido, mas que, na prática, ainda não está sendo plenamente efetivado em todas as regiões do país. Poucos estudos abordaram os facilitadores de acesso, quando comparados aos que abordaram as barreiras, talvez pelo fato de estas serem ainda muito mais frequentes. Assim como verificado na análise das barreiras, os facilitadores mais frequentes foram aqueles referentes aos serviços, com destaque para as atividades educativas, orientações e informações (CARVALHO; NOVAES, 2004; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINS, 2006; SALVADOR et al., 2008; SANTOS NETO et al., 2012; VIEIRA et al., 2011); para a localização dos serviços próxima aos usuários (CARVALHO; NOVAES, 2004; MENEZES et al., 2006; DUARTE, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; OBA; TAVARES, 2000; SANTOS et al., 2000; VIEIRA et al., 2011); para a qualidade do atendimento (DUARTE, 2012; MARTINS, 2006; SALVADOR et al., 2008; SANTOS et al., 2000; DA SILVA et al., 2015; MARTINELLI et al., 2016; SILVA, 2016) e facilidade de agendamento (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DUARTE, 2012; MARTINS, 2006; VIEIRA et al., 2011). Foram mencionados ainda facilitadores associados ao indivíduo, como a valorização do pré-natal e a percepção de qualidade de vida.

Fatores relacionados ao indivíduo também estiveram presentes, embora em menor escala. Os facilitadores mencionados antes de 2011 foram empatia (VIEIRA et al., 2011), viver com companheiro (DOMINGUES et al., 2013), valorização do pré-natal (VIEIRA et al., 2011), percepção da qualidade de vida (SANTOS NETO et al., 2012), primeira gestação

(DOMINGUES et al., 2013) e maior número de gestações (ESPOSTI, 2015). Após 2011 houve a menção apenas à valorização do pré-natal (CARDELLI et al., 2016).

Estudos que fazem referência aos fatores facilitadores socioeconômicos ou demográficos foram poucos (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015), todos anteriores a 2011, sendo os mais referidos: a maior escolaridade (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015), a maior idade (ESPOSTI, 2015) e a cor da pele branca (DOMINGUES et al., 2013).

Uma revisão sistemática de estudos qualitativos, publicada em 2019 (DOWNE et al., 2019), ao analisar as experiências das mulheres no atendimento pré-natal e os fatores que impactam na sua adesão, identificou fatores similares aos encontrados nesta revisão, no que se refere aos serviços e ao indivíduo. Para as mulheres, o uso do cuidado pré-natal depende da sua percepção de que será uma experiência positiva que se enquadra em suas crenças e valores, a qual resulta da prestação de serviços locais de boa qualidade, com a continuidade do cuidado de forma gentil, atenciosa, flexível, sensível e com respeito à privacidade, dedicando o tempo necessário para suporte e informações relevantes para as gestantes e bebês (DOWNE et al., 2019).

Em se tratando dos aspectos metodológicos dos estudos incluídos nesta revisão, a maioria deles foi conduzido na fase de puerpério (COSTA, 2018; MENEZES et al., 2006; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; MARTINELLI et al., 2016; MARTINS, 2006; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; SANTOS et al., 2000; SILVA, 2016; VIEIRA et al., 2011) ou no terceiro trimestre da gestação (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CARVALHO; NOVAES, 2004; CORRÊA et al., 2017; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; PEIXOTO et al., 2011; SALVADOR et al., 2008). Tal fato é de extrema relevância, pois as gestantes já teriam passado pelas consultas e exames necessários, bem como pelos diferentes pontos da Rede de Atenção, quando necessário, podendo indicar com maior experiência e propriedade as barreiras e facilitadores de acesso aos serviços.

Os estudos quantitativos analisados classificam-se, em sua maioria, como transversais, de modo que não é possível estabelecer relação de causalidade. Além disso, grande parte dos estudos realizados se restringe a cidades específicas, de modo que seus dados não podem ser generalizados para âmbito nacional.

Embora o Brasil apresente grandes desigualdades regionais, em decorrência de suas características históricas, econômicas e políticas (ALBUQUERQUE et al., 2017), não foram observadas diferenças regionais nas barreiras existentes nos estudos incluídos nesta revisão sistemática. Apesar da evolução dos níveis de renda e oferta de serviços de saúde nas diferentes

regiões, ainda há limitações para a universalização do sistema de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2017), conforme observado nesta revisão ao analisar as barreiras de acesso aos serviços. Por exemplo, dificuldades de agendamento, tempo de espera, falta de informação e de acolhimento foram barreiras mencionadas em todas as regiões, exceto na região Norte, em que não houve publicações.

Em se tratando da pontuação máxima atingida em termos de qualidade, o valor máximo possível era de 42 pontos, sendo que apenas 9 estudos atingiram valores superiores a 21 pontos, o que revela o alto risco de viés de grande parte desses. Observou-se pouco rigor metodológico principalmente no que se refere à análise crítica dos pontos fortes e limitações dos estudos e à evidência de envolvimento dos usuários no planejamento do desenho do estudo. Idealmente, deveria haver a discussão detalhada de pontos fortes e limitações de todos os aspectos dos estudos, incluindo projeto, amostra e análise dos dados (SIRRIYEH et al., 2012). Tal discussão é muito importante uma vez que as limitações e as medidas adotadas para contorná-las podem alterar os resultados e conclusões acerca dos estudos realizados. A participação dos usuários no planejamento do desenho de estudo, por meio de estudo piloto, é igualmente importante, contribuindo para a adequação e aprimoramento do instrumento e dos procedimentos de pesquisa. Entretanto, a maioria dos estudos aqui discutidos não fez menção a tais aspectos ou o fez de forma muito limitada.

É importante destacar o rigor metodológico do instrumento utilizado, uma vez que para obter a pontuação máxima em relação à evidência de envolvimento dos usuários, por exemplo, não bastava citar a realização de estudo piloto, era necessário haver uma consulta formal aos usuários para o planejamento do desenho de estudo (SIRRIYEH et al., 2012).

Nos estudos quantitativos, os critérios com piores escores foram a avaliação estatística da confiabilidade e a validade dos instrumentos de medição e o ajuste entre a pergunta de pesquisa e o método de coleta de dados. A seleção do método de coleta de dados deve ser realizada com vistas a assegurar a obtenção de indicadores confiáveis. Para tanto, a avaliação da qualidade dos instrumentos de coleta utilizados, verificando sua confiabilidade (capacidade de repetir um resultado consistentemente no tempo e no espaço) e validade (capacidade de medir com exatidão aquilo que se propõe a medir) é de suma importância (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Em se tratando do ajuste entre a pergunta de pesquisa e o método empregado, observa-se que na maioria dos estudos, a avaliação apresentou escore zero, pelo fato de a pergunta de pesquisa não estar descrita no estudo, não sendo possível avaliar a adequação da pergunta ao método.

Nos estudos qualitativos, o critério com menor escore foi a avaliação da confiabilidade do processo analítico. Esperava-se neste critério o uso de diversos métodos, como triangulação, participação de vários pesquisadores e diferentes contextos de pesquisa (SIRRIYEH et al., 2012). A confiabilidade envolve a produção de dados transparentes; a descrição em profundidade das situações estudadas; o longo tempo de permanência em campo; a saturação teórica; a triangulação dos dados, com o uso de diferentes estratégias de coleta e de análise de dados; a reprodução e avaliação das análises entre pares; a transparência dos procedimentos realizados; a descrição das limitações da pesquisa; a coerência; a exploração dos significados e a flexibilidade, sendo fundamental para a sustentação da credibilidade da pesquisa qualitativa (ULLRICH et al., 2012).

A análise das barreiras e facilitadores de acesso e acessibilidade das gestantes aos serviços públicos de saúde no Brasil, conduzida por meio da revisão sistemática de estudos quantitativos e qualitativos, revelou a presença de algumas barreiras, sendo aquelas relacionadas aos serviços as mais frequentes. Nota-se que, por vezes, os serviços estão disponíveis, porém não acessíveis. Apesar de que importantes avanços tenham sido obtidos na ampliação do acesso e humanização do atendimento, com as recentes políticas implementadas em âmbito nacional, ainda persistem barreiras importantes, que impactam na saúde das gestantes e de seus filhos. Dentre elas, dificuldades de agendamento, falta de profissionais, tempo de espera, mal atendimento, falta de orientação e de ações educativas, menor idade e menor renda, persistiram mesmo após a implementação da Rede Cegonha em 2011. Adicionalmente, após 2011, apareceram com maior frequência as dificuldades no processo de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos da rede de atenção e o tecnicismo nas consultas, com falhas no estabelecimento de vínculo. Não houve análises referentes à equidade racial após a implementação da Rede Cegonha. Em se tratando dos facilitadores, estes foram descritos com menor frequência, mas sendo contrapostos às barreiras; desse modo, podem ser considerados soluções para alguns dos problemas identificados.

Observou-se, ainda, reduzido número de publicações sobre a temática nos últimos anos, o que indica pobre monitoramento e avaliação das ações que vêm sendo desenvolvidas. Nesse sentido, reforça-se a necessidade do desenvolvimento de novos estudos acerca da temática, com maior rigor metodológico para a avaliação das políticas públicas vigentes e sua reestruturação, quando necessário. De todo modo, a revisão sistemática conduzida trouxe importantes observações e apontamentos para iluminar a reorientação de serviços e tomadas de decisão em nível de gestão pública que qualifica as práticas atualmente desenvolvidas.

5 O PROCESSO DE INCLUSÃO NA AGENDA, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Desde sua instituição em 1988, por meio da Constituição Federal, e de sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8080/90 e nº. 8142/90), o Sistema Único de Saúde (SUS) avançou no que se refere à descentralização da atenção e gestão à saúde, ampliando sua universalidade, equidade, integralidade e controle social (BRASIL, 2008). A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba destaca-se no âmbito da implementação dos princípios do SUS, sendo pioneira na adoção de prontuário eletrônico e de cartão de identificação dos usuários; na elaboração e adoção de diretrizes clínicas; e na instituição de tecnologias de gestão da clínica (MENDES, 2009).

Para a melhor compreensão acerca do processo de construção do Programa Mãe Curitiba e seu aperfeiçoamento, fez-se necessário retomar alguns marcos importantes na constituição dos serviços de saúde no município (MENDES, 2009), como: a instituição da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba com suas nove Administrações Regionais, em 1986, por meio da Lei nº 6.817, com vistas a reforçar a descentralização dos serviços de saúde; a criação do Comitê de Investigação de Morte Materna, em 1989; a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde do município e a criação do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, em 1991; a implantação dos Distritos Sanitários (DS) e das autoridades sanitárias locais, consolidando os conceitos de territorialização e de áreas de abrangência, em 1992; a implantação da primeira equipe de saúde da família em 1992, a qual somente foi reconhecida em 1994, ano em que o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF); a implantação da central de marcação de consultas, em 1994; a oferta do curso de gestão de unidades básicas de saúde, em 1995; a instituição da gestão semiplena, em 1996 e plena, em 1998; a introdução dos agentes comunitários de saúde, em 1999; e a implantação do Programa Mãe Curitiba em 1999 (MENDES, 2009; SILVEIRA FILHO; MARTY; FAORO, 2013).

Na primeira seção deste capítulo será apresentada uma análise do processo, de inclusão na agenda e formulação do Programa Mãe Curitiba; na segunda, uma análise do seu processo de implementação, e, na terceira, os impactos desta implementação, por meio da análise temporal dos indicadores de saúde materna e infantil no município.

5.1 O PROCESSO DE INCLUSÃO NA AGENDA E FORMULAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

A análise do contexto prévio à implantação do Programa Mãe Curitibana revela a existência de diversos problemas associados à atenção a gestante, como a baixa cobertura do pré-natal em rede municipal (cerca de 30%), ficando os outros 70% a cargo da rede credenciada; o início tardio da realização do pré-natal; e as dificuldades de monitoramento e avaliação dos serviços, devido à diversidade de protocolos de pré-natal existentes (JIMENEZ et al., 2001).

Algumas doenças tornavam-se prevalentes em gestantes e recém-nascidos, como a toxoplasmose, a sífilis e o HIV. Havia dificuldades no acompanhamento e tratamento dos casos identificados, bem como no desenvolvimento de estratégias de prevenção. Barreiras de acesso ao parto eram frequentes, devido à desorganização do processo de referência, destacando-se a ausência de vagas; a cobrança ilegal de usuárias do SUS, para garantia de atendimento; o uso inadequado de leitos no que se refere à classificação de complexidade; e, conseqüentemente, a peregrinação para a realização do parto (JIMENEZ et al., 2001).

O início do pré-natal ocorria de forma tardia, e muitas gestantes preferiam realizá-lo nos hospitais, com o propósito de garantir o local para realização do parto. Adicionalmente, a frequência à consulta puerperal era baixa, o que limitava a classificação do risco reprodutivo e a realização de planejamento familiar de modo precoce (JIMENEZ; PCHEBILSKI, 2013).

Existiam treze maternidades vinculadas ao SUS, porém algumas delas não atendiam às normas da Vigilância Sanitária, tinham elevado número de queixas dos usuários, apresentavam práticas de baixa qualidade e inseguras, de modo que sete delas foram desvinculadas do Sistema Municipal de Saúde (MENDES, 2009).

Em 1988, foi instituído o Comitê Municipal de Morte Materna de Curitiba, sendo de sua competência a investigação e análise dos óbitos maternos no município. Buscava-se identificar seus fatores determinantes, a evitabilidade, a responsabilidade e medidas de prevenção. Considerando que a maioria dos casos de mortalidade materna observados até aquele momento eram evitáveis, fazia-se necessário o desenvolvimento de estratégias para solucionar os problemas existentes em relação à estrutura e ao processo de atenção à saúde da mulher durante a gestação e puerpério (ALBUQUERQUE et al., 2001).

Esses problemas foram discutidos em várias reuniões do Conselho Municipal de Saúde, momento em que se deliberou pela reorganização da assistência materno-infantil. Deste modo, a Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto com as Sociedades Científicas e os Departamentos dos Hospitais Universitários, instituiu, no dia 8 de março de 1999, por meio da

Resolução nº 002/99, um novo programa de atenção à saúde materno-infantil, denominado “Mãe Curitibana”. (CURITIBA, 1999; JIMENEZ et al., 2001). O programa apresentava como premissas básicas a maior segurança e qualidade do atendimento, a vinculação das gestantes aos serviços e a humanização do atendimento, de modo a estreitar a relação entre usuários e serviços, por meio da criação de vínculo e responsabilidades mútuas, proporcionando melhorias na qualidade da assistência (JIMENEZ et al., 2001).

Embora inicialmente, a proposta tenha sido definida como um programa, observa-se que esta não se constituiu em uma ação pontual, ela avançou ao longo do tempo, estando em vigor há 21 anos e apresentando ampla inserção no sistema de saúde. Inclusive, mais recentemente, houve a mudança de nome de Programa Mãe Curitibana para Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, a qual é prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2017 a 2020. Esta mudança foi justificada pelo fato de as Redes de Atenção trazerem consigo conceitos de integração de ações e continuidade do cuidado coordenado pela atenção primária (CURITIBA, 2018).

Os termos programa e política pública são distintos: o primeiro refere-se a uma sequência de ações limitadas no tempo apresentando meios para a sua execução e objetivos bem definidos. O segundo, a uma totalidade complexa de programas e procedimentos que têm o mesmo objetivo geral (BUCCI, 2002). A política pública pode ser definida em termos de uma ação, decisão ou de um curso de ações ou grupos de decisões, sendo que o processo político é dinâmico (HILL, 2005). Sendo assim, a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida é considerada uma política pública.

O processo de formulação de políticas e inclusão de um problema na agenda é complexo. A agenda é definida por Kingdon (2014), como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele delimitam sua atenção num determinado momento. É, portanto, um conjunto de problemas oriundos de debates públicos (MENY, THOENIG, 1992). Para Kingdon, três fatores influenciam na escolha dos problemas que serão abordados pelo governo: os indicadores, que determinam a magnitude de uma condição; o foco em um evento, como desastres e crises; e o *feedback* acerca de programas existentes (KINGDON, 2014). No caso do Programa Mãe Curitibana, sua inclusão possivelmente se deu em virtude da análise dos indicadores de saúde materna-infantil e do *feedback* sobre os programas em vigor, o que acirrou os debates no Conselho Municipal de saúde sobre a temática, uma vez que a cobertura de pré-natal em rede municipal era baixa, havia várias doenças prevalentes em gestantes e recém-nascidos e elevado número de queixas (JIMENEZ et al., 2001).

Segundo Meny e Thoenig (1992) há dois tipos principais de agendas: a institucional, que reúne os problemas que dependem funcionalmente ou por consenso da competência da autoridade pública considerada; e a conjuntural, constituída de problemas que não pertencem à competência habitual da autoridade pública. O Programa Mãe Curitibana está relacionado de forma mais direta à agenda institucional, uma vez que aborda questões inerentes a estrutura do Sistema Único de Saúde, envolvendo profissionais, gestores e usuários.

Quanto à participação dos atores, Kingdon (2014) defende que alguns influenciam a definição da agenda governamental, e outros, a definição das alternativas. Os primeiros são os atores visíveis, que recebem considerável atenção da imprensa e do público; os segundos são os participantes invisíveis, que formam as comunidades nas quais as ideias são geradas e postas em circulação. De fato, nesta política esta concepção se aplica, visto que as diretrizes, princípios e normas foram formulados pelos atores diretamente envolvidos com a saúde pública; e a agenda governamental foi definida pela equipe do governo. Cabe destacar que a elaboração do Programa Mãe Curitibana foi fruto de discussão em várias reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de planejamento pela Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto com as Sociedades Científicas e os Departamentos dos Hospitais Universitários (JIMENEZ et al., 2001). Deste modo, depreende-se que houve participação de gestores, profissionais e usuários.

O processo de formulação do Programa Mãe Curitibana expressa, de certa forma, um conflito aberto para a definição das estratégias de promoção de melhorias no âmbito da saúde materno-infantil e o poder esteve repartido entre gestores, profissionais de saúde e usuários nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (JIMENEZ et al., 2001). Destaca-se que nem todos os indivíduos apresentaram o mesmo grau de influência, uma vez que, por vezes os usuários foram representados nas reuniões de Conselho e não ouvidos diretamente, mas todos participaram em algum momento.

A forma como se deu a formulação desta política pode ser vinculada à teoria pluralista. A fim de propiciar maior entendimento acerca desta teoria, destaca-se um estudo realizado por Dahl (2002), seu expoente mais influente. Ao estudar o poder na cidade de New Haven, o autor selecionou várias disputas políticas e examinou quem as venceu. Um dos critérios utilizados na identificação de questões fundamentais foi o de que haveria desacordo entre os atores acerca do que deveria ser feito. Dahl percebeu que nenhuma pessoa ou grupo era dominante em New Haven. Havia interesses distintos sobre várias questões, porém não havia padrão de predominância. Percebeu-se que interesses opostos acerca de uma questão podiam concordar acerca de outra e que o único ator político consistentemente envolvido era o prefeito, mas ele não era dominante (HILL, 2005). Dessa forma, o poder se reparte entre vários atores, cujo peso

é variado, ou seja, é difuso e a decisão pública é um compromisso entre vários atores interdependentes (MENY E THOENIG, 1992).

Em “Poliarquia: participação e oposição”, Dahl (2002) desenvolveu o conceito de poliarquia. Segundo o autor, cabe aos cidadãos formular suas preferências, expressá-las a seus concidadãos e ao governo por meio da ação individual e coletiva, bem como ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo. Os escritos de Dahl foram fundamentais não apenas para o estabelecimento do pluralismo, mas também para deslegitimar outras teorias. Em *Critique of the Ruling Elite Model*, por exemplo, há uma crítica expressa a *The Power Elite* de Mills. Em conjunto com Nelson Polsby e Wolfinger, o autor ajudou a convencer cientistas políticos de que os Estados Unidos se caracterizavam pela democracia pluralista, com neutralidade do Estado, eleições competitivas e barganhas de grupos (SHAPIRO E REEHER, 1988).

Nelson Polsby, Dahl e outros colegas desenvolveram a postura teórica conhecida por pluralismo. Esta postura não defende que o poder seja igualmente distribuído, mas sim que as fontes de poder estão distribuídas de forma desigual, porém ampla entre indivíduos e grupos, dentro da sociedade. Em que pese os grupos e interesses não tenham o mesmo grau de influência, mesmo os menos poderosos são capazes de ser ouvidos em alguma etapa do processo de tomada de decisões (HILL, 2005).

5.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA E DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Meny e Thoenig (1992) descrevem a implementação como a fase em que são gerados atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos ou discursos. A análise deste processo é caracterizada por uma variedade de abordagens analíticas e teóricas (SAETREN, 2014). Entretanto, Hupe (2014) evidencia que a distinção entre os modelos *top-down* e *bottom-up* ainda é amplamente utilizada nos trabalhos contemporâneos.

No enfoque *top-down*, considera-se a decisão, como central e essencial, ao passo que a execução estaria na periferia. Aqueles que decidem atuam no cenário político, enquanto aqueles que executam estão ligados ao aparato administrativo. Haveria, assim, uma pirâmide hierarquizada e centralizada, em que no seu ápice estariam os decisores, que seriam obedecidos progressivamente até chegar à base, onde estariam os executores. Reinaria neste contexto, o princípio da eficiência. Desta forma, a política pública seria confiada ao executor de acordo com procedimentos operacionais detalhados (MENY; THOENIG, 1992).

Em contrapartida, a abordagem *bottom-up*, estabelece como ponto de partida a formulação concreta da situação desde a base social, que incita a intervenção da autoridade pública. Em seguida, se definem as soluções organizativas, por meio das quais essa situação pode ser modificada pela política pública. Assim, se observa um ponto de contato mais imediato entre o problema e a política, em um mundo em que as pessoas mais próximas à situação a resolvem (MENY; THOENIG, 1992). Nesse sentido, destaca-se o papel da “burocracia do nível de rua”, cujas decisões em resposta às incertezas e pressões do trabalho, se tornam, efetivamente, as políticas públicas que realizam (HILL; HUPE, 2002).

No caso específico do Programa Mãe Curitibana, sua implementação vem ocorrendo em consonância com o sistema de governança geral da Secretaria Municipal de Saúde: o nível central, estratégico; o nível distrital, tático, exercitado pelos nove distritos sanitários; e o nível local, operativo, das unidades de saúde (MENDES, 2009).

Em âmbito central há uma Coordenação do Programa Mãe Curitibana, a qual compete gerenciar o programa, implantando e atualizando os protocolos de atenção à saúde materno-infantil; planejar as ações de saúde com base nos indicadores epidemiológicos; promover treinamentos periódicos dos profissionais de saúde; estabelecer contratos com prestadores de serviços hospitalares; captar recursos em agências externas; e monitorar e avaliar os indicadores estratégicos do programa (MENDES, 2009).

No nível distrital há um Supervisor Distrital, que dá apoio às ações de maior complexidade realizadas nas unidades de saúde; priorizar ações mais amplas que as previstas nos protocolos assistenciais para algumas unidades de saúde; monitora e avalia os indicadores táticos do programa. Em nível local, há uma estrutura gerencial, coordenada pela Autoridade Sanitária Local, a qual determina o profissional da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal das gestantes; inscreve as gestantes no programa; vincula as gestantes às maternidades; realiza monitoramento e avaliação; e realiza busca ativa (MENDES, 2009).

O controle social é realizado por meio das Conferências de Saúde, a cada dois anos, momento em que são definidos os objetivos estratégicos para o biênio, com a participação de gestores, prestadores de serviços e usuários; e dos Conselhos de Saúde (Municipal, Distritais e Locais), onde são tomadas decisões estratégicas, táticas e operativas (MENDES, 2009). Uma das comissões temáticas que integra o Conselho Municipal é a Comissão de Saúde da Mulher, a qual é composta por conselheiros e colaboradores que acompanham o programa desde a sua implantação, contribuindo não apenas no planejamento de ações, mas também com a sua avaliação, a fim de aprimorar o programa constantemente (CURITIBA, 2012).

A partir do exposto, percebe-se que a implementação do referido programa se aproxima do enfoque *bottom-up*, evidenciando o papel das burocracias do nível de rua, as quais são descritas por Lipsky (1980, apud HILL, 2005), como agências nas quais os trabalhadores interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas. Os burocratas, então, promovem mudanças na política, por meio da discricionariedade, a qual é possível em virtude do caráter profissional da atuação, da limitação de recursos, das restrições para controle das atividades ou pela ambiguidade de objetivos e estratégias (GOFEN, 2014). Para Brodtkin (2007), essa discricionariedade pode ser necessária, no caso dos serviços sociais que requerem respostas a circunstâncias complexas e específicas; ou prejudicial, quando concede controle exacerbado aos executores, os quais podem se desvirtuar dos objetivos da política proposta.

No caso do Programa Mãe Curitibana em específico, a atuação dos burocratas do nível de rua - ou seja, os atores que estão diretamente relacionados à realidade local - são essenciais, na medida em que propicia o desenvolvimento de estratégias adequadas e que respondam às necessidades da população.

Com o propósito de qualificar a consulta de pré-natal, realizou-se reavaliação da rotina dos serviços, respeitando a realidade da demanda e embasando-se em evidências clínicas e epidemiológicas. A nova proposta foi implantada em todas as Unidades de Saúde e em todos os serviços, concomitantemente. A adesão dos hospitais ao Programa foi essencial, por meio do estabelecimento de convênios, proporcionando melhorias nos serviços prestados. A equipe de profissionais de saúde recebeu treinamento com a participação das Sociedades Científicas e dos Hospitais Universitários (JIMENEZ et al., 2001).

Para a implementação do Programa foram desenvolvidos protocolos assistenciais, com destaque para pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido; planejamento familiar; e urgências e emergências obstétricas. Além disso, preconiza-se o desenvolvimento de ações de educação permanente; e a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde em conformidade com a estratificação de risco (MENDES, 2009).

As Unidades de Saúde realizam o acolhimento das gestantes, planejando o seu acompanhamento pré-natal e vinculando-as às maternidades de referência para o parto em conformidade com a estratificação de risco. São disponibilizadas oficinas de preparação ao parto, aleitamento materno, cuidados com o bebê e visita prévia à maternidade. Foram estabelecidos fluxos ordenados de referência e contrarreferência entre os serviços existentes a fim de promover a integralidade da atenção e a ampliação do acesso. O acompanhamento envolve todas as etapas, incluindo o pré-natal, o parto, a assistência ao recém-nascido, puerpério e planejamento familiar (CURITIBA, 2020).

O Programa promoveu importantes mudanças na Rede de Atenção, como: a ampliação da quantidade de leitos de médio risco e UTI Neonatal; rapidez no acompanhamento do recém-nascido de risco; estímulo ao parto normal; carteira de pré-natal para as gestantes curitibanas; oferta da testagem do HIV; disponibilização da imunoglobulina anti RH na 28ª semana e no momento do parto; estruturação da Unidade Municipal de Saúde Mãe Curitibana, com implantação de serviço de imagem; implantação de posto de coleta de leite humano; protocolo do Planejamento Familiar; protocolo para Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas; captação precoce das gestantes; contrarreferência no momento de alta hospitalar; redução na transmissão vertical do HIV; e aumento na participação do Pai Presente no Pré-natal (JIMENEZ; PCHEBILSKI, 2013).

Os impactos positivos obtidos pelo Programa Mãe Curitibana levaram ao recebimento de diversas premiações nacionais e internacionais: Prêmio gestão pública e cidadania Fundação Getúlio Vargas; Fundação FORD com apoio da BNDA; e o Prêmio Experiência inovadora no SUS, no Projeto Reforsus - Realização de Vasectomia em Ambulatórios de Unidades Básicas de Saúde, em 2001; Menção Honrosa no Congresso da Rede Unida “O programa Mãe Curitibana – Avançando na Humanização da Atenção Materno Infantil”, em 2003; Menção Honrosa Bibi Vogel, com o PROAMA, em suas ações de incentivo e promoção do aleitamento materno, em 2005; Prática Vencedora na 2ª Edição do Prêmio ODM Brasil, em 2008; “Concurso Nacional de Boas Práticas em Maternidade Segura” OPAS/OMS, em 2011; Prêmio Bibi Vogel, em 2011; *Americas Award* pela redução da mortalidade infantil, CIFAL/UNITAR-ONU, 2012 (CURITIBA, 2012; SILVA; KAUCHAKJE, 2015; JIMENEZ; PCHEBILSKI, 2013).

Além disso, o programa levou ao desenvolvimento de propostas similares em outras cidades e estados, como o Programa Mãe Paulistana, em São Paulo; o Mãe Morena, em Campo Grande; o Mãe Coruja, em Pernambuco; o Mãe Santanense, em Santana do Ipanema; o Mãe Mogiana, em Mogi das Cruzes; o Mãe Paranaense, no Paraná; e a Rede Cegonha do Governo Federal (JIMENEZ; PCHEBILSKI, 2013; SILVA; KAUCHAKJE, 2015).

Os protocolos do Programa foram atualizados com o passar dos anos, sendo que a última atualização data de 2018. Neste protocolo reforça-se a modificação do nome Programa Mãe Curitibana para Rede Mãe Curitibana, sendo uma rede de atenção prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2017 a 2020. Tal fato se deve a análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, os quais estão em lenta queda e são desiguais entre os distritos. Observa-se ainda a ocorrência de mortes evitáveis e a necessidade de atualização das equipes. Esta reformulação apresentou ações e fluxos dos serviços e instituiu novos níveis de estratificação

de risco das gestantes e bebês (CURITIBA, 2018). Neste sentido, na próxima seção, discutir-se-ão os principais resultados obtidos com a implementação da Rede, por meio da análise de indicadores de saúde materno-infantil.

5.3 IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA NOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

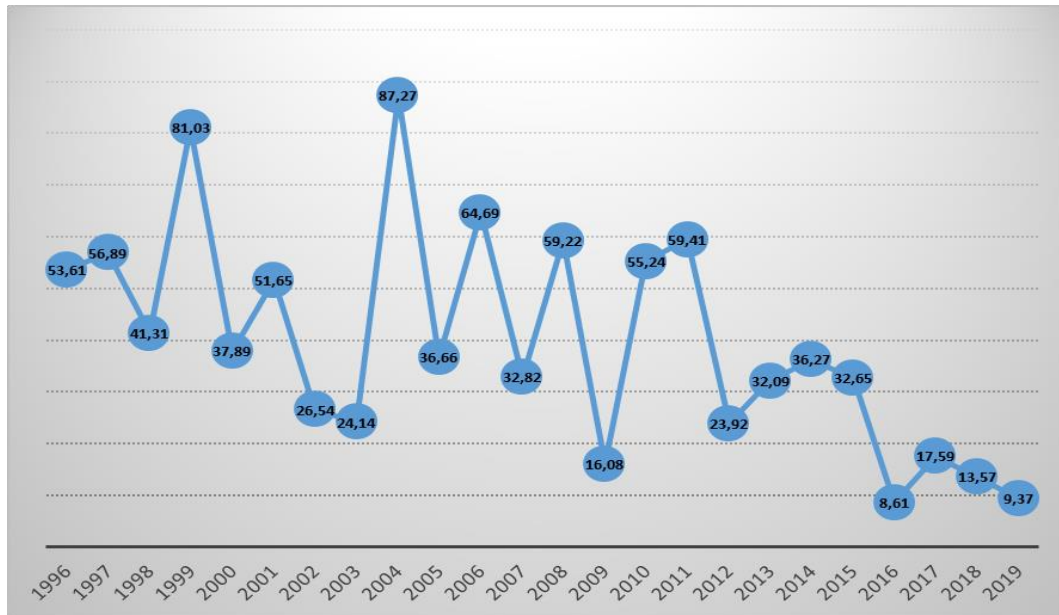
As taxas de mortalidade materna, infantil e neonatal refletem o cuidado materno/fetal e da saúde da sociedade em geral (CARLO; TRAVERS, 2016). A mortalidade materna é um indicador robusto de saúde da mulher, sendo muito útil para a avaliação de programas e ações de atenção à saúde (DIAS et al., 2015). Refere-se ao óbito decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério, em um período de até 42 dias após o parto. É importante ressaltar que esta taxa pode sofrer fortes variações em função do número reduzido de crianças nascidas vivas em âmbito municipal, de modo que apenas uma morte causa um grande efeito no indicador (PORTAL ODS, 2020).

O Programa Mãe Curitibana, atualmente denominado Rede Mãe Curitibana Vale a Vida tem atingido seu objetivo de reduzir a mortalidade materna. Entretanto, ainda há ocorrência de mortes evitáveis (BRASIL, 2018). A taxa de mortalidade materna máxima preconizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos, sendo que, para o Brasil é de 35 casos até 2030 (PORTAL ODS, 2020).

Ao analisar a taxa de mortalidade materna no município de Curitiba, entre os anos de 1996 e 2019, observa-se significativa redução desde o ano de implementação do Programa Mãe Curitibana, passando de 81,03 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos para 14,02 em 2019. Entretanto, houve alguns picos ao longo do período, em 2004, 2006, 2008, 2010 e 2011, caracterizando uma instabilidade, talvez pelo fato de este índice estar sendo analisado em âmbito municipal e de esta taxa sofrer fortes variações em função do número de crianças nascidas vivas. Por exemplo, em anos em que há menor número de crianças nascidas vivas, o mesmo número de óbitos implicará em uma taxa de mortalidade maior (ZERMIANI et al., 2018).

Desde 2016, tem se mantido as taxas dentro dos valores estabelecidos pela OPAS, conforme observado na figura 5. Destaca-se que desde 2017 a Rede Mãe Curitibana é considerada prioritária no Plano de Governo, havendo redefinições nas ações e fluxos dos serviços (CURITIBA, 2018). Tais redefinições podem ter impactado significativamente para esta redução da taxa de mortalidade materna.

FIGURA 5 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA (100 MIL NASCIDOS VIVOS) NO MUNICÍPIO DE CURITIBA ENTRE 1996-2019.



FONTE: Adaptado de IPARDES (2020).

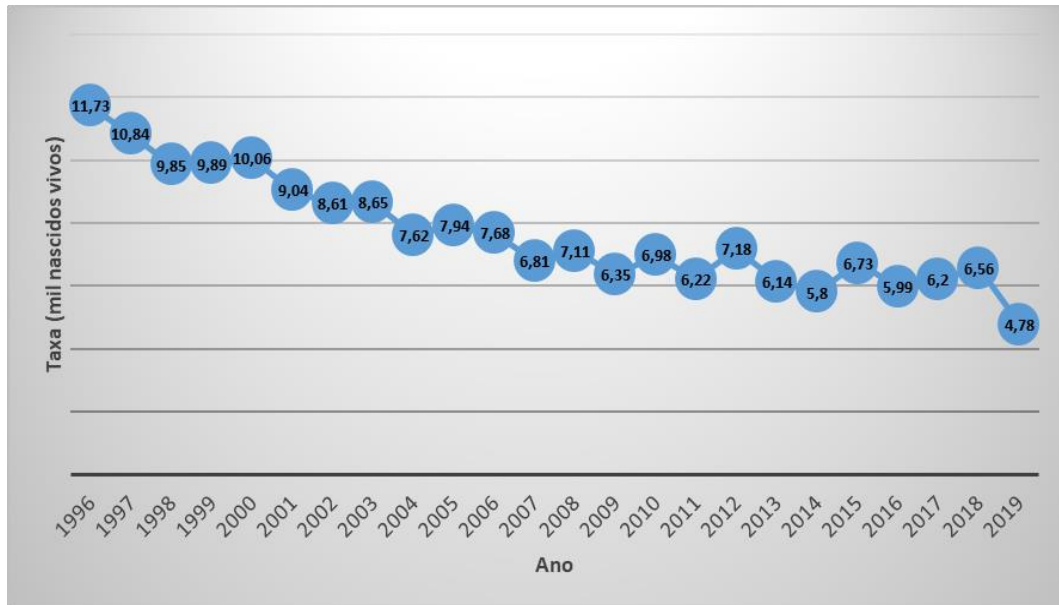
Um importante indicador de qualidade de vida, associado ao sistema de saúde, é a mortalidade infantil. Diversos fatores impactam neste indicador, como o saneamento básico, a condição alimentar, as atividades educativas com gestantes, entre outros (PORTAL ODS, 2020). Os dois primeiros dias após o nascimento estão associados a mais da metade dos óbitos neonatais, sendo que os primeiros sete dias de vida incluem mais de 75% de todos os óbitos neonatais. Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias de saúde pública para ampliar o acesso a assistência médica pode reduzir a mortalidade materna e neonatal (CARLO; TRAVERS, 2016).

Em Curitiba, foi instituída como meta mobilizadora do Programa Mãe Curitibana a redução da mortalidade infantil a um dígito (MENDES, 2009). Após a implementação do referido programa, em 1999, observou-se redução em cerca de 50% da taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias), passando de 9,89 para 4,78 em 2019 (FIGURA 6). Em se tratando da taxa de mortalidade infantil em menores de um ano (a cada mil nascidos vivos), esta também foi reduzida significativamente, passando de 14,72 em 1999 para 6,51 em 2019 (FIGURA 7).

Durante a última gestão (2016 – 2020) tem se observado queda expressiva na mortalidade materna e infantil. Nesse período, houve a reestruturação da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, com o lançamento do Protocolo atualizado, reforçando a necessidade de acompanhamento pré-natal e a vinculação da gestante ao local do parto. Entre as principais mudanças realizadas, destaca-se a nova estratificação de risco das gestantes, em alto, médio e

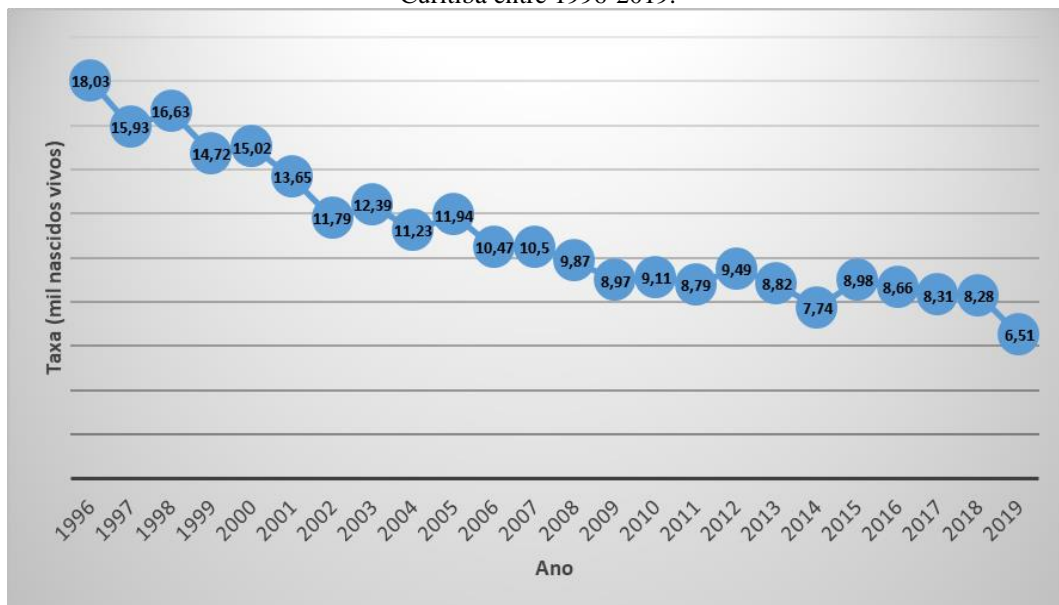
habitual; a atualização de medicamentos; a ampliação de exames; a realização de pré-natal odontológico; e o estímulo à participação do pai no pré-natal (CURITIBA, 2020b).

FIGURA 6 - TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL (1000 NASCIDOS VIVOS) NO MUNICÍPIO DE CURITIBA ENTRE 1996-2019.



FONTE: Adaptado de IPARDES (2020).

FIGURA 7 - Taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano de Idade (1000 nascidos vivos) no município de Curitiba entre 1996-2019.

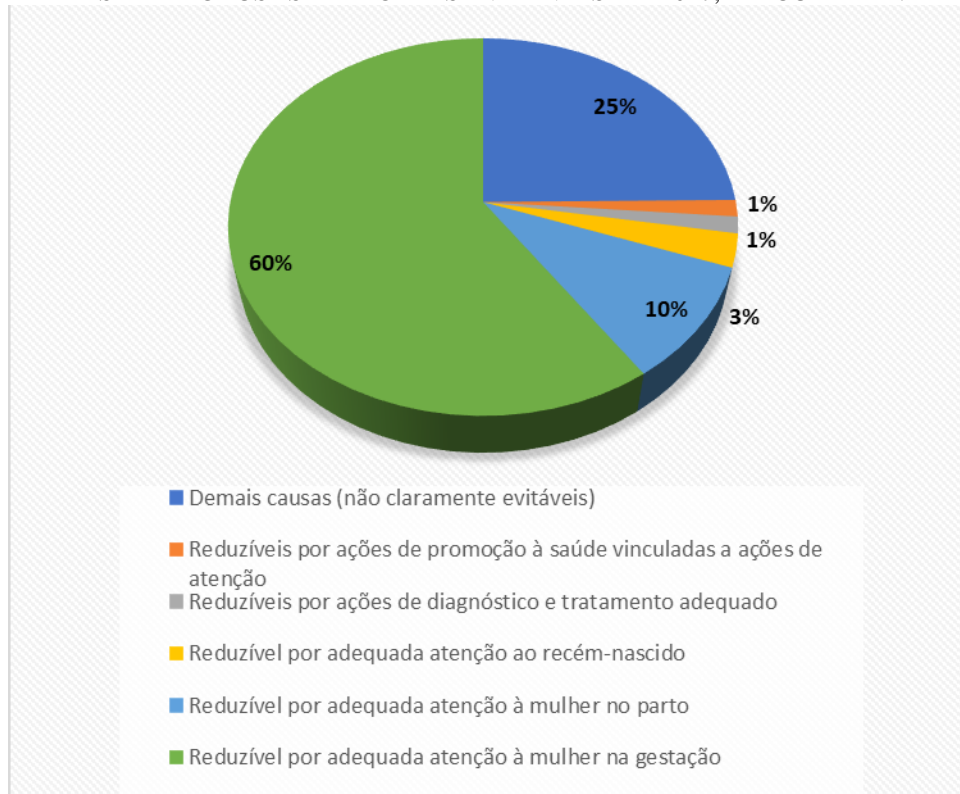


FONTE: Adaptado de IPARDES (2020).

Embora tenha havido redução na mortalidade neonatal, nota-se que a maioria dos óbitos neonatais (75,18%) era evitável, sendo as causas mais frequentes aquelas reduzíveis por

meio da adequada atenção à mulher na gestação (59,57%); e as reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto (9,93%), conforme observado na figura 8.

FIGURA 8 - PROPORÇÃO DE MORTES DE CRIANÇAS MENORES DE 0 A 27 DIAS, SEGUNDO A LISTA DE CAUSAS DE MORTES EVITÁVEIS EM 2017, EM CURITIBA.



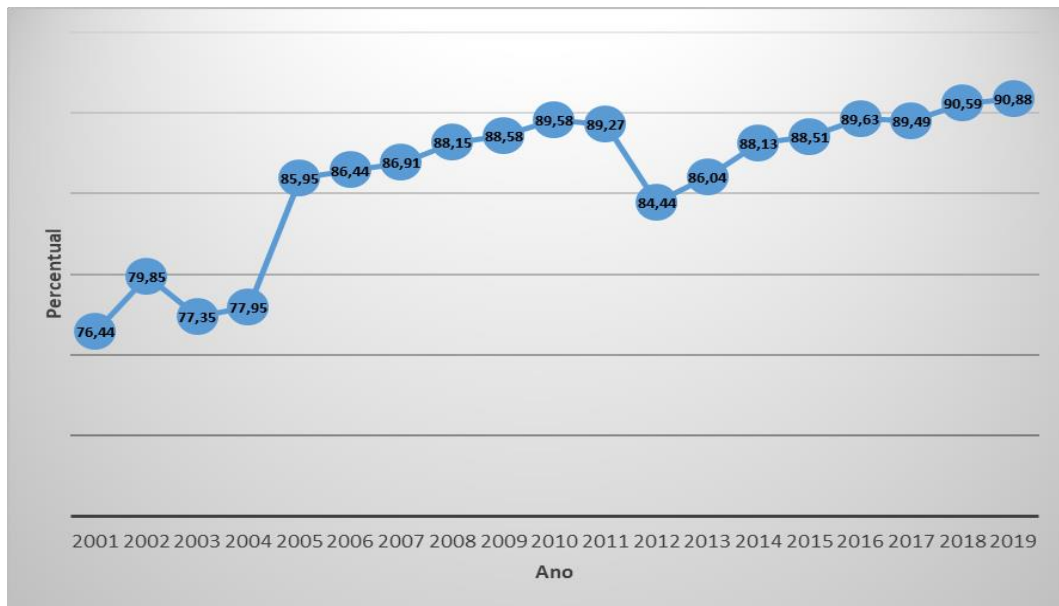
FONTE: Adaptado de PORTAL ODS (2020).

O acompanhamento pré-natal é muito importante para a promoção e manutenção da saúde materna e neonatal, uma vez que envolve ações de prevenção e promoção da saúde de ambos, possibilita a identificação de condições de risco, e a realização de intervenções em momento oportuno (FONSECA et al, 2014).

Deste modo, o Protocolo da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida preconiza que todas as gestantes da área de abrangência da Unidade de Saúde, deverão ser acompanhadas pela equipe de saúde. A programação do calendário de atendimento pré-natal é variável, em função dos períodos gestacionais, os quais se associam a maior risco materno e perinatal. Segundo orientações da OMS de 2016, as gestantes deveriam passar por oito consultas de pré-natal. De forma ideal, espera-se que sua vinculação ocorra até a 12ª semana de gestação, sendo que seu acompanhamento pode ser intercalado entre médico e enfermeiro. Até a 28ª semana as consultas aconteceriam mensalmente; a partir deste momento até a 36ª semana, quinzenalmente; e da 36ª até a 41ª semana, semanalmente (CURITIBA, 2018).

Observou-se no município de Curitiba, após a implementação do Programa Mãe Curitibana, que a proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natal aumentou significativamente, conforme recomendado no Protocolo, passando de 76,4% em 2001 para 90,9% em 2019 (FIGURA 9).

FIGURA 9 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL ENTRE 2001 E 2019 EM CURITIBA.



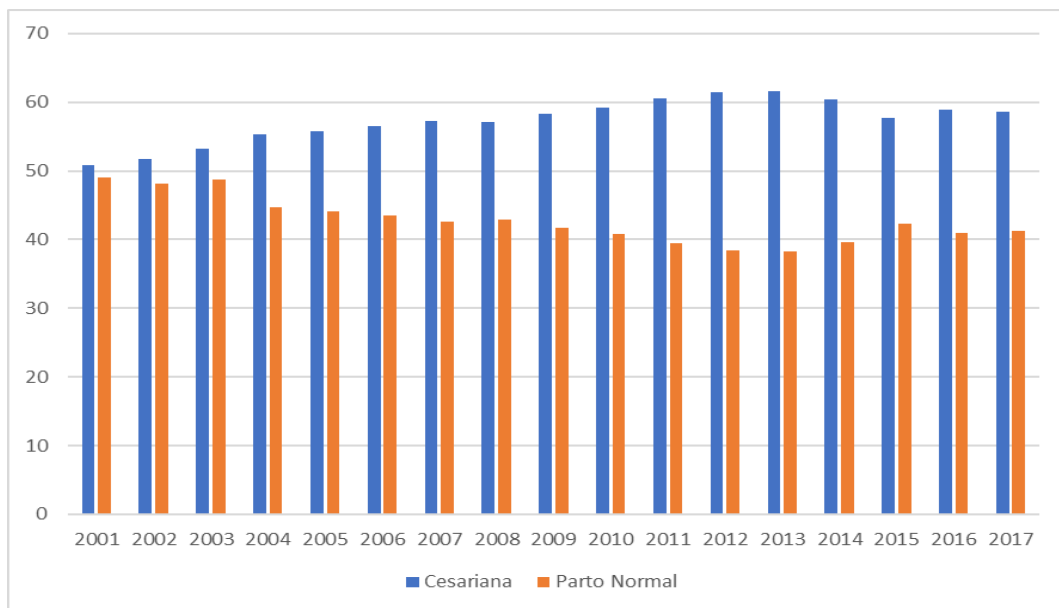
FONTE: Adaptado de IPARDES (2020).

No ano de 2012, observou-se queda nesta proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas. Sendo que, nos anos subsequentes, houve progressivo aumento. Tais dados refletem a importância do monitoramento das políticas públicas, o qual é descrito como uma atividade de acompanhamento durante o seu período de execução e operação, verificando como evolui ao longo do tempo, por meio da análise de indicadores e resultados. Assim, é possível analisar como a implementação está ocorrendo, se os objetivos estão sendo atingidos, orientando as próximas ações, no sentido de ajustes e correção dos rumos (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

O parto normal possui diversas vantagens para a mãe e seu filho, proporcionando rápida recuperação, ausência de dor no período pós-parto, alta hospitalar mais rápida e reduzidos riscos de infecção e hemorragia (LEGUIZAMON JÚNIOR, STEFFANI, BONAMIGO, 2013). Desta forma, a OMS (1985) preconiza que as cirurgias cesarianas devem corresponder a no máximo 15% do total de partos realizados, uma vez que quando não indicados ampliam os custos do financiamento à saúde e os riscos de mortalidade materna (FREITAS et al., 2005).

No município de Curitiba, observa-se que o percentual de cesarianas é elevado, mantendo-se sempre acima do número de partos normais. Em 2001, as cesarianas representavam 50,84% do total de partos, passando para 58,69 em 2017, valores estes muito superiores ao preconizado pela OMS (PORTAL ODS), conforme observado na figura 10. Destaca-se que estes dados se referem tanto à rede pública de saúde quanto à rede privada.

FIGURA 10 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS POR TIPO DE PARTO ENTRE 2001 E 2019 EM CURITIBA



FONTE: Adaptado de PORTAL ODS (2020).

No Brasil, no âmbito do sistema público de saúde, por meio da instituição de estratégias como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, observou-se uma redução na realização de cesarianas nos hospitais do SUS. Entretanto, os índices de cesarianas no setor privado são elevados, atingindo taxas de 80%, sendo mais prevalente entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas (CARDOSO; BARBOSA, 2011). A elevada incidência de cesarianas desnecessárias traz importantes riscos, como maiores taxas de mortalidade materna (cerca de quatro a cinco vezes maiores que o parto normal), aumento da morbidade e mortalidade perinatal (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

As cesarianas são eficazes para salvar vidas maternas e infantis, mas somente nos casos em que há razões clínicas para a sua indicação. Em âmbito populacional, taxas de cesariana superiores a 10% não estão associadas a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Ademais, podem causar complicações principalmente em locais onde não há instalações

suficientes para realização de cirurgia segura e de tratamento de complicações cirúrgicas (WHO, 2015).

Estudo conduzido por Entringer et al. (2018), com o propósito de analisar a relação custo/efetividade entre o parto normal e a cesariana eletiva, sem indicação clínica para gestantes de risco habitual constatou que a cesariana eletiva apresentou custo incremental de R\$ 536,28. Para as gestantes primíparas, o parto normal obteve maior efetividade em relação à morbidade materna evitada, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal evitada e óbito neonatal evitado.

Várias políticas públicas de saúde têm sido implementadas em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde (MS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos últimos anos, com o propósito de reduzir a taxa de cesáreas desnecessárias no país, porém com resultados ainda muito tímidos. Dentre as ações propostas, podem ser citadas: as ações informativas, como campanhas na mídia, eventos públicos e materiais impressos; a inserção de equipe multidisciplinar, com ênfase para o papel da enfermeira obstetra; alterações na infraestrutura dos estabelecimentos de saúde e no modelo de assistência e aperfeiçoamento contínuo dos profissionais de saúde. Destacam-se, neste sentido, a implementação da Rede Cegonha pelo MS em 2011 e o Projeto Parto Adequado da ANS. Entretanto, a falta de integração das instituições leva à formulação de políticas públicas sobrepostas, com a mesma finalidade, dispendendo recursos de forma adicional e desnecessária. Além disso, há pouca fiscalização em relação ao cumprimento das normativas vigentes (SCHÖNBORN, 2019).

Estudo realizado por Domingues et al. (2014), em uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas identificou que no início da gestação a maioria das mulheres preferiam o parto normal (66% das entrevistadas). Os principais motivos eram associados à melhor recuperação deste tipo de parto. Ao passo que, para aquelas que preferiam a cesariana, os motivos estiveram relacionados principalmente ao medo da dor do parto. Entretanto, a preferência das mulheres pelo parto normal não foi apoiada pelos profissionais, uma vez que, no setor público, houve redução do número de gestantes que decidiram pelo parto normal e, no setor privado, houve aumento da decisão pela cesariana ao fim da gestação, a qual foi indicada por 70% das mulheres.

No Paraná, a partir de janeiro de 2020, foi sancionada a Lei nº 20.127, a qual dispõe sobre os direitos da mulher para atenção ao parto, assegurando o parto adequado, em conformidade com as fases biológica e psicológica do nascimento, com a participação da gestante no processo de decisão acerca da modalidade de parto que melhor atende aos seus

valores e às suas crenças. Deste modo, em situações eletivas, a gestante tem o direito de optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações sobre os tipos de parto, seus benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal. Sua decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido. Caso opte pela cesariana, esta poderá ser realizada somente a partir da 39ª semana de gestação (PARANÁ, 2020).

Houve posicionamento contrário a referida Lei pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN/PR), o qual enfatizou que a cesariana é uma cirurgia muito importante, quando há indicação clínica, porém as evidências científicas demonstram que quando realizadas de modo aleatório, podem aumentar as chances de complicações, tais como hemorragia e infecções puerperais, choque anestésico e oferecer riscos ao recém-nascido pelo uso de medicamentos e anestésicos. Além disso, frente às complicações, há aumento do tempo de internamento, demandando mais recursos humanos e de infraestrutura (COREN/PR, 2020). De acordo com o Conselho:

Esta Lei contraria e afronta as políticas públicas já consolidadas no país, dentre elas o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna, que prevê a redução das taxas de cesariana, as Estratégias do Rede Cegonha de 2011 e ainda vigente, o programa de aprimoramento das maternidades/ApiceOn, além das metas relativas à saúde da mulher nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio/ ODM e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável/ODS (COREN/PR, 2020)

O Conselho ainda reforça a existência de outros meios para assegurar o parto de modo respeitoso e a qualidade da assistência, como: a existência de equipe multiprofissional com enfermeira obstetra, a qualificação do pré-natal; o fim da violência obstétrica, a autonomia da mulher durante o parto; a garantia do cumprimento do plano de parto; e o direito à informação (COREN/PR, 2020).

Estudo publicado recentemente por Camatti et al. (2020) revela que ainda há falhas no cumprimento das normativas vigentes. A referida pesquisa analisou a atenção ao parto em maternidades de uma regional de saúde na Rede Mãe Paranaense, com aplicação de questionário estruturado a 395 puérperas. Observou-se maior taxa de cesáreas em pacientes com maior escolaridade e maior renda. A maioria delas não visitou a maternidade, foi respeitada, teve acompanhante e contato pele a pele com o bebê. Porém 28,9%, relataram desrespeito na escolha ao parto, evidenciando a necessidade de ações de educação em saúde.

A avaliação de risco das gestantes é extremamente importante, não apenas para definição do plano de parto, mas também porque certas características e circunstâncias podem

ampliar a chance de ocorrência de complicações para a mãe e o bebê. Um dos fatores que deve ser avaliado refere-se à idade. Gestantes menores de 15 anos e maiores de 35 anos são classificadas como de risco intermediário médio no Protocolo da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida (CURITIBA, 2018). Mulheres em extremos de idade, como as adolescentes ou as muito idosas são consideradas de maior risco para complicações durante a gravidez, parto e período perinatal (SILVA; SURITA, 2019).

A gestação em menores de 19 anos, está relacionada ao maior risco de mortalidade infantil, partos prematuros, anemia durante a gestação e desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gravidez. Por razões fisiológicas e sociais, as adolescentes entre 15 e 19 anos tem o dobro chance de morrer durante o parto que aquelas com mais de 20 anos. (MARTINS, 2011).

Mães com mais de 35 anos apresentam maior risco de apresentar algumas condições como diabetes melito e hipertensão arterial durante a gestação, podendo impactar no desenvolvimento do feto e nas condições de saúde do recém-nascido. Adicionalmente, pode haver prematuridade, baixo peso ao nascer, maior incidência de doenças de origem genética, abortos espontâneos e gestações múltiplas em consequência de procedimento de fertilização assistida (LIMA, 2010; RIBEIRO et al., 2014).

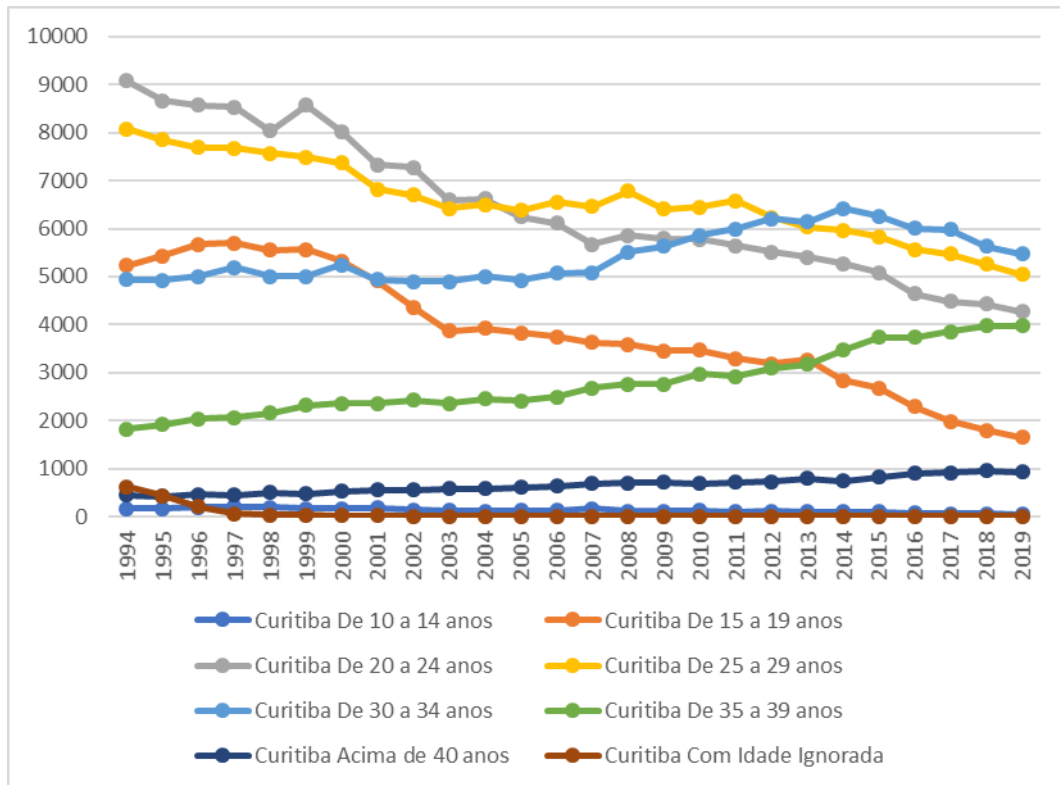
Em Curitiba, o percentual de mães adolescentes caiu pela metade, quando comparados os dados de 2001 e 2017, passando de 18,78% para 9,02%. O percentual de gravidez na adolescência está associado à educação e estrutura familiar e impacta nos indicadores de saúde materna e infantil, seja por questões psicológicas ou fisiológicas para manutenção da gravidez (PORTAL ODS, 2020).

Em Curitiba, em alguns casos específicos, como situação de vulnerabilidade social, situação de rua, múltiplas gestações, mães HIV positivas e algumas adolescentes atendidas no Hospital de Clínicas (CHC) podem receber implantes contraceptivos antes mesmo de deixar o hospital. Esta iniciativa é resultado de parceria entre o Hospital de Clínicas e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (SUPERINTENDÊNCIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – UFPR, 2018) e pode estar contribuindo para redução de desfechos negativos no âmbito da saúde materno-infantil.

Ao analisar a idade materna de 1994 a 2019, observa-se queda da gestação na adolescência e aumento acima dos 35 anos (IPARDES, 2020) (FIGURA 11). Em concordância, Lima (2010), em revisão de literatura, também observou tendência de declínio na fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, principalmente em áreas mais desenvolvidas. O aumento da gestação após os 35 anos também foi descrito, sendo sua prevalência maior em grupos de

mulheres com maior nível de escolaridade e maior renda (LIMA, 2010). Alguns fatores podem estar associados ao adiamento da maternidade, tais como a espera pela estabilidade financeira, a carreira, alcance de níveis educacionais elevados, aspectos relacionados ao trabalho, a escolha do parceiro certo e a maior maturidade (RIBEIRO et al., 2014; ALDRIGHI et al., 2016).

FIGURA 11 - NASCIDOS VIVOS POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE ENTRE 1994 E 2019 EM CURITIBA



FONTE: Adaptado de IPARDES (2020).

Observa-se que a implementação do Programa, atualmente denominado Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, representou uma intervenção efetiva e resolutiva para os problemas identificados na década de 1990, alcançando seus objetivos de redução da mortalidade materna e infantil e de ampliação do acesso das gestantes aos serviços de pré-natal. A evolução dos indicadores analisados, o expressivo número de premiações recebidas e a replicação do programa em outros municípios, estados e países atesta as melhorias alcançadas. Entretanto, ainda há importantes questões a serem trabalhadas e melhoradas, principalmente no que se refere à prematuridade, aos óbitos neonatais por causas evitáveis e ao percentual de cesarianas realizadas. Convém destacar que tais resultados não podem ser atribuídos somente à implementação da rede, mas podem decorrer de outros fatores, uma vez que há diversos determinantes sociais que impactam nas condições de saúde materno-infantil.

Martins, Nakamura e Carvalho (2020), conduziram uma revisão de literatura para compreender as variáveis associadas à mortalidade materno-infantil, com base no Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). As referidas autoras identificaram a influência de características individuais, como peso ao nascer e idade materna; de estilo de vida, devido ao tabagismo na gestação; de influências sociais, associada ao estado civil materno; de condições de vida e trabalho, por meio da assistência pré-natal e escolaridade materna; e de condições socioeconômicas e ambientais gerais, incluindo saneamento básico e renda.

Deste modo, a redução da mortalidade materna, fetal e neonatal passa pela identificação dos determinantes sociais, evidenciando que intervenções isoladas dificilmente irão apresentar grandes impactos. É preciso conhecer as condições que estão afetando as mães e seus filhos identificando quando, onde e como eles estão vindo à óbito para traçar estratégias (GOLDENBERG; MCCLURE, 2015; LIMA et al., 2020). Neste sentido, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde intersetoriais pode contribuir para reduzir os riscos à saúde em grávidas e recém-nascidos e para melhorar o seu acesso a assistência à saúde (RODRIGUES et al., 2016).

Isso posto, no próximo capítulo, analisar-se-á o acesso aos serviços de pré-natal, bem como possíveis desigualdades de acesso motivadas por características socioeconômicas.

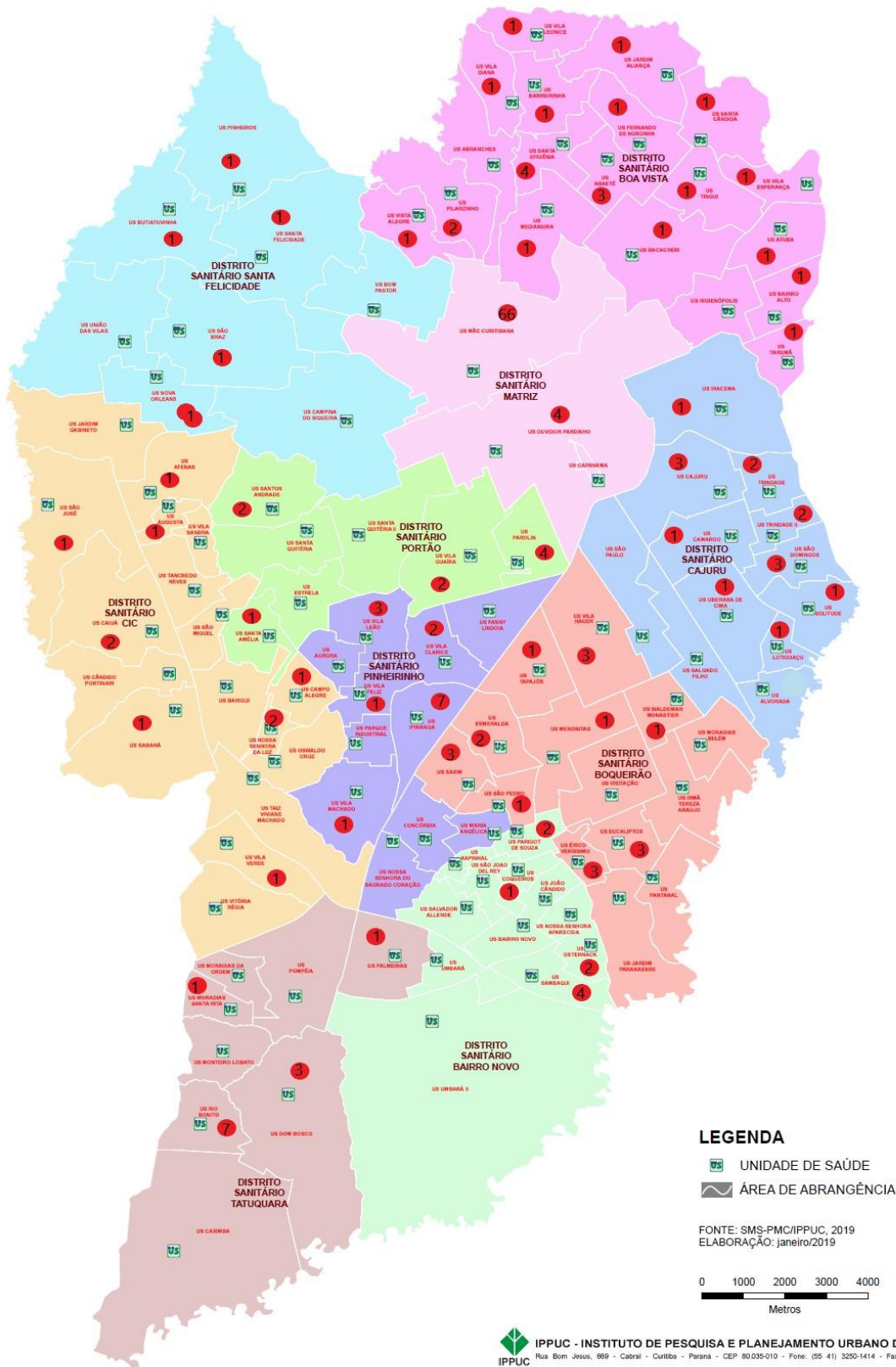
6 ACESSO E ACESSIBILIDADE AO CUIDADO PRÉ-NATAL NA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Nesta seção serão apresentados os resultados e discussão da pesquisa quali-quantitativa acerca do acesso e acessibilidade das gestantes ao cuidado pré-natal na Rede Mãe Curitiba Vale a Vida. Inicialmente, são descritos os resultados referentes à etapa quantitativa; em seguida, da etapa qualitativa; e, posteriormente, da integração dos resultados, por meio de método misto. Por fim, será realizada a discussão dos resultados obtidos.

6.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Compuseram a amostra desta pesquisa, 246 gestantes participantes do estudo COOSMIC, até o mês de junho de 2020. Embora a coleta de dados tenha sido realizada na UMS Mãe Curitiba, convém ressaltar que a amostra é composta por gestantes oriundas de todos os distritos sanitários de Curitiba, conforme evidenciado na Figura 12. Tal fato se justifica devido à Unidade em questão ser referência para o cuidado de gestantes e bebês de alto risco e de risco intermediário; e para a realização de exames para todas as gestantes do município. Dentre as participantes da pesquisa, 213 referiram estar fazendo acompanhamento pré-natal em Unidade Básica de Saúde, sendo 70 do Distrito Matriz, distrito em que se situa a Unidade de Saúde Mãe Curitiba, 23 do Boa Vista, 18 do Boqueirão, 15 do Cajuru, 14 do Pinheirinho, 12 do Distrito Tatuquara, 10 do CIC, 9 do Bairro Novo, 9 do Portão e 5 do Santa Felicidade. Vinte e nove gestantes não especificaram a Unidade de acompanhamento. Quatorze gestantes afirmaram estar fazendo o acompanhamento em hospital e sete em serviços particulares. As demais não responderam a esta questão.

FIGURA 12 - MAPA DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE CURITIBA, COM O NÚMERO DE PARTICIPANTES DE CADA UMS.



FONTE: Adaptado de IPPUC (2020)

A tabela 3 traz a descrição detalhada das características socioeconômicas e demográficas da população estudada. A maioria das participantes deste estudo se encontrava na faixa etária de 20-34 anos (69,1%), declarava-se de cor branca (63,1%), era casada ou vivia com companheiro (61%), possuía ensino médio completo (36,6%) e tinha como renda total do domicílio de um a três salários mínimos (47,9%), considerando o valor de referência de 2019. A maioria das entrevistadas relatou não receber nenhum benefício financeiro (79,8%), ter acesso à água tratada (92,2%), à rede de esgoto (97,9%) e à coleta de lixo onde reside (100%).

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO. CURITIBA, 2020.

Variável	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa
Faixa etária	16 – 19 anos	25	10,2%
	20 – 34 anos	170	69,1%
	35 ou mais	51	20,7%
Raça/Cor da pele autodeclarada	Branca	154	63,1%
	Preta	22	9,0%
	Parda	60	24,6%
	Amarela	6	2,5%
	Indígena	2	0,8%
Estado Conjugal	Solteira	65	26,4%
	Separada/Divorciada	6	2,4%
	Casada ou vive com companheiro(a)	150	61,0%
	Viúva	25	10,2%
Nível de escolaridade	Ensino fundamental completo ou menos	34	13,8%
	Ensino médio incompleto	33	13,4%
	Ensino médio completo	90	36,6%
	Ensino superior	89	36,2%
Trabalho atual	Não	115	47,1%
	Sim	129	52,9%
Valor total ou aproximado da renda do domicílio	Igual ou inferior a 1 salário mínimo*	9	4,2%
	De 1 a 3 salários mínimos	104	47,9%
	De 3 a 5 salários mínimos	60	27,6%
	Superior a 5 salários mínimos.	44	20,3%
Aglomeración familiar**	Não	213	87,7%
	Sim	30	12,3%
Recebimento de benefício	Não recebe nenhum benefício	186	79,8%
	Recebe algum benefício	47	20,2%
Acesso à água de abastecimento público	Não	19	7,8%
	Sim	225	92,2%
Acesso à rede de esgoto	Não	5	2,1%
	Sim	236	97,9%
Coleta de lixo	Não	0	0,0%
	Sim	246	100,0%

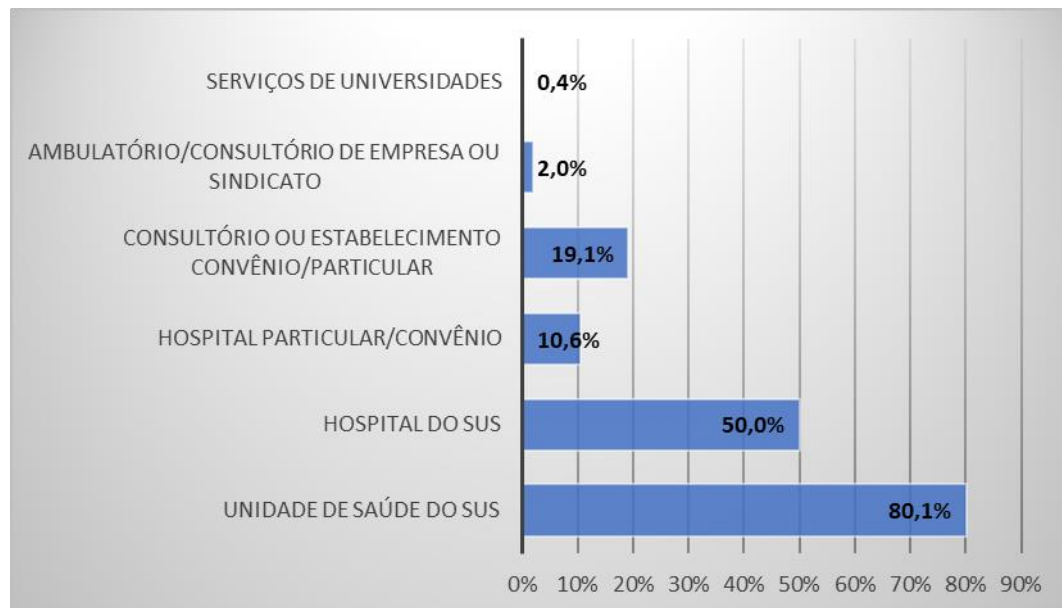
Fonte: Dados COOSMIC (2018-2020)

*Valor de referência para o salário mínimo (2019): R\$998,00

**Aglomeración familiar: Considerada em função do número de pessoas por cômodo utilizado para dormir. É considerado adequado até 2 pessoas por dormitório; e inadequado, 3 ou mais pessoas por dormitório.

Os principais serviços procurados pelas gestantes quando necessitam de algum acompanhamento de saúde são as Unidades de Saúde do SUS (80,1%) e os hospitais do SUS, com 50% (FIGURA 13). Convém destacar que, nesta questão, era possível marcar mais de uma alternativa, por este motivo a soma dos resultados excede 100%.

FIGURA 13- SERVIÇO PROCURADO PARA ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE RELACIONADO À GESTAÇÃO. CURITIBA, 2020.



FONTE: Dados COOSMIC (2018-2020)

Na tabela 4, encontram-se descritas as variáveis associadas ao acesso aos serviços de saúde analisadas neste estudo. Em se tratando do número de consultas de pré-natal por mês de gestação, 56,1% foi considerado inadequado e 43,9%, como adequado. Importa ressaltar que esta categorização se deu com base nas recomendações presentes no Protocolo da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, segundo o qual, sempre que possível, as consultas de pré-natal devem ser realizadas mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre a 28ª e a 36ª semana e semanalmente da 36ª até a 41ª semana (CURITIBA, 2018). A maioria das gestantes havia passado por consulta com médico e/ou com enfermeiro, foi vinculada à Rede Mãe Curitibana no primeiro trimestre de gestação e apresentava classificação de risco habitual. Ao avaliar o acesso à consulta com profissionais de saúde bucal e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), percebe-se que mais da metade das gestantes não passou por consulta com o cirurgião-dentista; e mais de 80% das gestantes não tiveram acesso a consulta com profissionais do NASF.

TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. CURITIBA, 2020.

Variável	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa
Número de consultas realizadas de acordo com o mês de gestação	Inadequado	138	56,1%
	Adequado	108	43,9%
Atendimento por médico	Não	29	11,8%
	Sim	216	88,2%
Atendimento pela enfermagem	Não	16	6,5%
	Sim	229	93,5%
Trimestre de vinculação à Rede Mãe Curitibana	Primeiro	177	72,8%
	Segundo	47	19,4%
	Trimestre	19	7,8%
Classificação de risco	Alto	48	22,5%
	Intermediário alto	12	5,6%
	Intermediário médio	20	9,4%
	Habitual	133	62,5%
Tempo de espera superior a 60 minutos	Não	171	69,8%
	Sim	74	30,2%
Facilidade de agendamento	Não	52	21,6%
	Sim	189	78,4%
Atendimento por cirurgião-dentista	Não	136	55,5%
	Sim	109	44,5%
Atendimento por psicólogo	Não	228	92,7%
	Sim	18	7,3%
Atendimento por nutricionista	Não	228	93,1%
	Sim	17	6,9%
Atendimento por fisioterapeuta	Não	234	95,5%
	Sim	11	4,5%
Atendimento por farmacêutico	Não	199	81,2%
	Sim	46	18,8%
Atendimento por educador físico	Não	236	96,7%
	Sim	8	3,3%

FONTE: Dados COOSMIC (2018-2020).

Os resultados da análise realizada por meio do teste Qui-quadrado encontram-se descritos na tabela 5. As variáveis que foram consideradas associadas estatisticamente à variável dependente “número de consultas de pré-natal de acordo com o mês de gestação”, considerando $p < 0,20$, foram: escolaridade, classificação de risco e trimestre de vinculação; à variável dependente “Atendimento por médico”: aglomeração familiar, acesso à água tratada e classificação de risco; e à variável “Atendimento pela enfermagem”: faixa etária, classificação de risco e trabalho atual.

TABELA 5 - RESULTADOS DO TESTE QUI-QUADRADO. CURITIBA, 2020.

(continua)

Variáveis	Número de consultas realizadas de acordo com o mês de gestação			Atendimento por médico durante a gestação			Atendimento por enfermeiro durante a gestação		
	Inadequado n (%)	Adequado n (%)	p*	Não n (%)	Sim n (%)	p*	Não n (%)	Sim n (%)	p*
Faixa Etária									
16 a 19 anos	18 (13,0%)	7 (6,5%)	0,207	3 (10,3%)	22 (10,2%)	0,581	5 (31,3%)	20 (8,7%)	0,015
20 a 34 anos	94 (68,1%)	76 (70,4%)		18 (62,1%)	152 (70,4%)		9 (56,3%)	160 (69,9%)	
35 anos ou mais	26 (18,9%)	25 (23,1%)		8 (27,6%)	42 (19,4%)		2 (12,5%)	49 (21,4%)	
Raça/cor autodeclarada									
Branca	86 (62,8%)	68 (63,6%)	0,562	14 (48,3)	140 (65,4%)	0,383	9 (56,3%)	145 (63,9%)	0,862
Preta	12 (8,8%)	10 (9,3%)		3 (10,3%)	19 (8,9%)		2 (12,5%)	19 (8,4%)	
Parda	35 (25,5%)	25 (23,4%)		11 (37,9%)	48 (22,4%)		5 (31,3%)	55 (24,2%)	
Amarela	4 (2,9%)	2 (1,9%)		1 (3,4%)	5 (2,3%)		0 (0%)	6 (2,6%)	
Indígena	0 (0%)	2 (1,9%)		0 (0%)	2 (0,9%)		0 (0%)	2 (0,9%)	
Estado conjugal									
Solteira	36 (26,1%)	29 (26,9%)	0,924	5 (17,2%)	60 (27,8%)	0,280	3 (18,8%)	62 (27,1%)	0,675
Separada/divorciada	4 (2,9%)	2 (1,9%)		0 (0%)	6 (2,8%)		1 (6,3%)	5 (2,2%)	
Casada ou vive com companheiro (a)	85 (61,6%)	65 (60,2%)		19 (65,5%)	131 (60,6%)		10 (62,5%)	140 (62,1%)	
Viúva	13 (9,4%)	12 (11,1%)		5 (17,2%)	19 (8,8%)		2 (12,5%)	22 (9,6%)	
Nível de escolaridade									
Fundamental completo ou menos	17 (12,3%)	17 (15,7%)	0,107	5 (17,2%)	29 (13,4%)	0,534	2 (12,5%)	31 (13,5%)	0,354
Ensino médio incompleto	24 (17,4%)	9 (8,3%)		5 (17,2%)	28 (13%)		2 (12,5%)	31 (13,5%)	
Ensino médio completo	53 (38,4%)	37 (34,3%)		12 (41,4%)	77 (35,6%)		9 (56,3%)	81 (35,4%)	
Ensino superior	44 (31,9%)	45 (41,7%)		7 (24,1%)	82 (38%)		3 (18,8%)	86 (37,6%)	
Trabalho atual									
Não	65 (47,8%)	50 (46,3%)	0,816	16 (55,2%)	99 (46,3%)	0,367	13 (81,3%)	101 (44,5%)	0,004
Sim	71 (52,2%)	58 (53,7%)		13 (44,8%)	115 (53,7%)		3 (18,8%)	126 (55,5%)	
Renda domiciliar									
Até 1 salário mínimo	6 (4,9%)	3 (3,2%)	0,930	0 (0%)	9 (4,7%)	0,250	0 (0%)	8 (3,9%)	0,858
De 1 a 3 salários mínimos	58 (47,5%)	46 (48,4%)		15 (57,7%)	88 (46,3%)		7 (53,8%)	97 (47,8%)	
De 3 a 5 salários mínimos	33 (27%)	27 (28,4%)		4 (15,4%)	56 (29,5%)		3 (23,1%)	57 (28,1%)	
Acima de 5 salários mínimos	25 (20,5%)	19 (20%)		7 (26,9%)	37 (19,5%)		3 (23,1%)	41 (20,2%)	
Aglomeración familiar									
Não	121 (89,6%)	92 (85,2%)	0,295	23 (79,3%)	189 (88,7%)	0,149	15 (93,8%)	197 (87,2%)	0,440
Sim	14 (10,4%)	16 (14,8%)		6 (20,7%)	24 (11,3%)		1 (6,3%)	29 (12,8%)	

TABELA 5 - RESULTADOS DO TESTE QUI-QUADRADO. CURITIBA, 2020.

(conclusão)

Variáveis	Número de consultas realizadas de acordo com o mês de gestação			Atendimento por médico durante a gestação			Atendimento por enfermeiro durante a gestação		
	Inadequado n (%)	Adequado n (%)	p*	Não n (%)	Sim n (%)	p*	Não n (%)	Sim n (%)	p*
Recebimento de benefício									
Não	103 (79,8%)	83 (79,8%)	0,994	23 (79,3%)	162 (79,8%)	0,951	14 (87,5%)	171 (79,2%)	0,424
Sim	26 (20,2%)	21 (20,2%)		6 (20,7%)	41 (20,2%)		2 (12,5%)	45 (20,8%)	
Acesso à água de abastecimento público									
Não	12 (8,8%)	7 (6,5%)	0,498	4 (14,3%)	15 (7,0%)	0,175	1 (6,3%)	18 (7,9%)	0,809
Sim	124 (91,2%)	101 (93,5%)		24 (85,7%)	200 (93,0%)		15 (93,8%)	209 (92,1%)	
Acesso à rede de esgoto									
Não	3 (2,2%)	2 (1,9%)	0,856	1 (3,4%)	4 (1,9%)	0,583	0 (0%)	5 (2,2%)	0,560
Sim	132 (97,8%)	104 (98,1%)		28 (96,6%)	207 (98,1%)		15 (100%)	220 (97,8%)	
Trimestre de vinculação									
1º Trimestre	94 (68,6%)	83 (78,3%)	0,163	21 (75%)	155 (72,4%)	0,661	11 (68,8%)	165 (73,0%)	0,774
2º Trimestre	29 (21,2%)	18 (17%)		6 (21,4%)	41 (19,2%)		3 (18,8%)	44 (19,5%)	
3º Trimestre	14 (10,2%)	5 (4,7%)		1 (3,6%)	18 (8,4%)		2 (12,5%)	17 (7,5%)	
Classificação de risco									
Alto	16 (13,4%)	32 (34,0%)	0,002	2 (9,1%)	46 (24,2%)	0,122	0 (0%)	48 (24,1%)	0,136
Intermediário alto	9 (7,6%)	3 (3,2%)		3 (13,6%)	9 (4,7%)		0 (0%)	12 (6,0%)	
Intermediário médio	10 (8,4%)	10 (10,6%)		1 (4,5%)	19 (10,0%)		2 (15,4%)	18 (9,0%)	
Habitual	84 (70,6%)	49 (52,1%)		16 (72,7%)	116 (61,1%)		11 (84,6%)	121 (60,8%)	
Tempo de espera superior a 60 minutos									
Não	98 (71,5%)	73 (67,6%)	0,505	23 (79,3%)	147 (68,4%)	0,229	10 (62,5%)	160 (70,2%)	0,519
Sim	39 (28,5%)	35 (32,4%)		6 (20,7%)	68 (31,6%)		6 (37,5%)	68 (29,8%)	
Facilidade de agendamento									
Não	31 (23,1%)	21 (19,6%)	0,511	8 (27,6%)	44 (20,9%)	0,409	4 (25,0%)	47 (21,0%)	0,704
Sim	103 (76,9%)	86 (80,4%)		21 (72,4%)	167 (79,1%)		12 (75,0%)	177 (79,0%)	

FONTE: Dados COSMIC (2018-2020).

O teste de regressão de Poisson foi realizado usando a técnica de eliminação Backward, considerando um valor de $p < 0,05$ e um intervalo de confiança de 95% como estatisticamente significativos. Os resultados ajustados encontram-se descritos na Tabela 6.

TABELA 6 - RAZÃO DE PREVALÊNCIAS DO ATENDIMENTO DAS GESTANTES POR ENFERMEIRO E DO ATENDIMENTO DAS GESTANTES POR MÉDICO, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE. CURITIBA, 2020.

Atendimento por enfermeiro durante a gestação		
Variáveis e categorias	p*	RP (IC 95%)
Trabalho atual		
Não	0,009	0,911 (0,849-0,977)
Sim	-	1
Classificação de risco		
Alto	0,001	1,086 (1,034-1,142)
Intermediário alto	0,005	1,074 (1,022-1,128)
Intermediário médio	0,699	0,969 (0,824-1,139)
Habitual	-	1
Atendimento por médico durante a gestação		
Variável e categoria	p*	RP (IC 95%)
Classificação de risco		
Alto	0,005	1,119 (1,035-1,209)
Intermediário alto	0,364	0,857 (0,614-1,196)
Intermediário médio	0,179	1,086 (0,963-1,224)
Habitual	-	1

FONTE: Dados COOSMIC (2018-2020).

p* - $p < 0,05$ é estatisticamente significativa.

RP - Razão de prevalências (intervalo de confiança em nível de 95%).

Os testes foram realizados com o método de Backward, por este motivo restaram ao final apenas as variáveis em que houve associação significativa.

A prevalência de atendimento por enfermeiro associou-se ao exercício de trabalho atual da gestante, encontrando menor prevalência de atendimento para as pacientes que não estavam trabalhando, comparadas às que trabalhavam (a cada 100 gestantes que trabalhavam e foram atendidas por enfermeiro, havia 91 gestantes que não trabalhavam e recebiam atendimento); e com a classificação de risco, identificando maior prevalência de atendimento para as pacientes de alto risco e de risco intermediário alto, comparadas às de risco habitual (a cada 100 gestantes de risco habitual atendidas pela enfermagem, havia 107 de risco intermediário alto e 108 de risco alto atendidas pela enfermagem).

A prevalência de atendimento médico também se associou à classificação de risco, encontrando maior prevalência de atendimento para pacientes de alto risco, comparadas com as de risco habitual (a cada 100 gestantes de risco habitual atendidas pelo médico havia 112 de alto risco na mesma condição).

6.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Integraram a etapa qualitativa deste estudo 12 gestantes atendidas na UMS Mãe Curitibana no período compreendido entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020. A idade das entrevistadas esteve compreendida entre 19 e 40 anos, com média de aproximadamente 29,7

anos. O período gestacional variou entre dois e nove meses, sendo que 8,4% estavam no primeiro trimestre gestacional, 41,6% estavam no segundo trimestre e 50% no terceiro trimestre. A média de consultas realizadas de acordo com o trimestre gestacional foi: uma consulta, para aquelas que estavam no primeiro trimestre; quatro, para o segundo trimestre; e, 6,5 consultas no terceiro trimestre. Em se tratando do local de acompanhamento da gestação, 10 entrevistadas estavam realizando acompanhamento nas Unidades de Saúde no bairro em que residem (estavam realizando apenas os exames na UMS Mãe Curitibana) e duas estavam fazendo acompanhamento na UMS Mãe Curitibana, pelo fato de a gestação ser de risco.

Emergiram a partir da análise qualitativa, quatro categorias, que guardam relação com o referencial teórico sobre acessibilidade: agendamento, atendimento, localização geográfica e custos. Estas foram subdivididas em diferentes núcleos de sentido, de acordo com os aspectos pontuados pelas gestantes. As tabelas 5, 6, 7 e 8, foram elaboradas para explicitar as categorias e núcleos de sentido emergentes, para quantificar a frequência de enunciados referentes a cada núcleo de sentido e para possibilitar a identificação do momento em que foi atingida a saturação teórica.

Na categoria agendamento (TABELA 7), os núcleos de sentido que apareceram com maior frequência foram aqueles relacionados aos bons horários de agendamento e à agilidade no agendamento de consultas e de exames. Observa-se que, a partir da sétima entrevista, não surgiram novos enunciados, atingindo-se a saturação teórica.

TABELA 7 – FREQUÊNCIA DE ENUNCIADOS REFERENTES À CATEGORIA AGENDAMENTO. CURITIBA. 2020.

Enunciados dos núcleos de sentido	Entrevistas												Total de recorrências	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Agilidade no agendamento de consultas.	x	x				x			x	x	x			6
Agilidade no agendamento de exames	x	x					x	x				x		5
Bons horários de agendamento	x		x	x	x		x		x	x	x	x		9
Dificuldades para realização de exames			x							x	x			3
Dificuldades para agendar consulta e para remarcações			x		x			x					x	4
Horários ruins						x								1
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-

FONTE: A autora (2020)

Na categoria localização geográfica, o núcleo mais frequentemente observado foi o de proximidade dos serviços de saúde à residência das gestantes. A partir da sexta entrevista foi atingida a saturação teórica (TABELA 8).

TABELA 8 – FREQUÊNCIA DE ENUNCIADOS REFERENTES À CATEGORIA LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA. CURITIBA, 2020.

Enunciados dos núcleos de sentido	Entrevistas												Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Proximidade dos serviços de saúde à residência	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	10
Distância dos locais para realização de exames					x	x				x			3
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-

FONTE: A autora (2020)

Em se tratando da categoria de atendimento, os núcleos de sentido mais frequentes foram: disponibilidade de recursos necessários, tempo de espera para atendimento reduzido e humanização do cuidado (TABELA 9). A partir da quinta entrevista não emergiram novos enunciados.

TABELA 9 – FREQUÊNCIA DE ENUNCIADOS REFERENTES À CATEGORIA ATENDIMENTO. CURITIBA, 2020.

Enunciados dos núcleos de sentido	Entrevistas												Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Disponibilidade dos recursos necessários	x	x			x	x	x	x	x	x			8
Tempo de espera para atendimento reduzido	x	x				x	x	x	x	x	x		8
Humanização do cuidado			x				x		x	x	x	x	6
Ausência de equipamentos para exames específicos			x	x									2
Demora para realização do atendimento			x		x							x	3
Ausência de recursos humanos		x		x									2
Ausência de humanização do cuidado				x	x								2
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-

FONTE: A autora (2020)

Por fim, em relação à categoria custos, o núcleo de sentido mais frequente foi associado à existência de custos extras, atingindo a saturação teórica a partir da terceira entrevista (TABELA 10).

TABELA 10 – FREQUÊNCIA DE ENUNCIADOS REFERENTES À CATEGORIA CUSTOS. CURITIBA, 2020.

Enunciados dos núcleos de sentido	Entrevistas												Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ausência de custos		x					x	x				x	4
Custos extras	x		x	x	x	x			x	x	x		8
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevista	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-

FONTE: A autora (2020)

A seguir, serão apresentados os resultados referentes a cada categoria. Para assegurar o anonimato das gestantes entrevistadas, elas foram codificadas com a abreviação G1 a G12. Entre parênteses, após as falas das entrevistadas, constam o mês de gestação, o mês de vinculação ao Mãe Curitibana e a quantidade de consultas pelas quais a gestante passou.

6.2.1 Categoria 1: Agendamento

A categoria agendamento apresentou como núcleos de sentido mais frequentes aqueles relacionados aos bons horários de agendamento e à agilidade no agendamento de consultas e de exames, conforme pode ser observado no discurso abaixo:

[...] Quando descobri que estava grávida, eu fui no posto, já marcaram pra mim o exame de sangue, pra dali uns dois dias, uma semana depois chegou o resultado e já foi marcada a primeira consulta. As ecografias foram agendadas com rapidez, os exames também foram agendados com rapidez, os resultados [...] Os horários que eles agendam pra mim são bons, não é muito cedo, pra mim tá bom (G1, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 4º, nº de consultas: 8).

Várias gestantes relataram que os horários disponíveis são flexíveis e que elas são consultadas quanto a isso no momento de agendar. Além disso, muitas enfatizaram a agilidade no agendamento da primeira consulta:

Os horários bem tranquilos, eles sempre perguntam, né, na verdade todas as consultas que eu fiz eles sempre perguntam se ficaria bom né e bem tranquilo. [...] A primeira consulta que eu tive foi com a enfermeira [...] me deram total auxílio né, até tanto que eu fui no postinho não com a intenção de marcar já no dia, e já conseguiram agendar consulta pra mim no dia, foi bem rápido (G9, Mês de gestação: 9º, Mês de vinculação: 5º, Nº de consultas: 6).

[...] Então agora que eu tô começando, né, mas assim do primeiro atendimento foi muito rápido, até antes de eu conseguir começar a fazer o pré-natal eles tinham me encaminhado pro hospital que eu vou ter, porque eu tava com um pouco de sangramento e tudo, mas foi bem rápido o atendimento tudo, tanto que eu já fiz o ultrassom lá dentro do hospital, já me encaminharam [...] (G8, Mês de gestação: 2º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 1).

A priorização do atendimento das gestantes nos serviços públicos de saúde foi ressaltada como um dos aspectos positivos da Rede Mãe Curitibana, impactando em seu acesso:

O acesso é tudo melhor, né, tudo o que você quer de especial, né, até mesmo fisioterapeuta, dentista, tudo mais rápido, mais fácil acesso. Que quando a gente não tá grávida a gente fica uns meses ali pra esperar, e quando a gente tá grávida fica tudo em primeiro lugar e eu acho muito bom isso, o fácil acesso [...] (G10, Mês de gestação: 6º, Mês de vinculação: 3º, Nº de consultas: 8).

Houve inclusive o relato de uma gestante que voltou a morar em Curitiba, por conhecer o funcionamento da Rede, com o objetivo de ter melhor qualidade de atendimento e maior agilidade nas consultas:

[...] eu já sou de Curitiba, né, eu já voltei a morar para cá justamente por causa disso, porque eu já tive meu primeiro filho, ele tem 7 anos hoje, pelo SUS aqui [...], e eu sabia que era muito diferente da experiência que eu estava tendo lá [...] tô achando muito bom, assim, tudo muito ágil, como eu te contei, eu cheguei no dia 08 e no dia 09 já fui no posto de saúde, no dia 10 a assistente social já estava na minha casa pra agendar a consulta, na segunda-feira, que foi dia 13 se não me engano, eu já consegui fazer a consulta com a enfermeira, e eles já me encaminharam pra fazer o ultrassom e consultar com a ginecologista [...] geralmente SUS você espera muito tempo por uma consulta, por um ultrassom e eu não esperei nem uma semana

[...] Na minha cidade eu demorei quase dois meses pra conseguir a primeira consulta com o médico, e aqui foi muito mais rápido (G2, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 5º, nº de consultas: 1).

Embora os aspectos positivos associados à categoria de agendamento tenham aparecido com maior frequência, houve também relatos de experiências negativas, os quais foram divididos nos seguintes núcleos de sentido: dificuldades para realização de exames, para agendamento de consultas e remarcações e horários ruins de agendamento. No discurso abaixo, observam-se dificuldades no agendamento de exames e de consultas com o dentista:

Aqui (UMS Mãe Curitibana) já é um pouco mais demorado pra conseguir, a minha ecografia ficou dois meses para eu conseguir uma ecografia aqui, que eu já fiz duas particular né, pra eu conseguir exame aqui no Mãe Curitibana, é bem demorado. [...] Olha a única dificuldade que eu achei mesmo pra conseguir horário foi no dentista, que eu fiquei quase um mês pra conseguir um horário no postinho, mas os outros, assim, a localidade é fácil de achar, horários, eles dão um horário bem específico, bem regular que eu consigo ir, então é só no dentista que eu não consegui ir mesmo (G3, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

Houve também relatos de dificuldades para agendamento da primeira consulta, devido à necessidade de visita domiciliar prévia pelo agente comunitário de saúde (ACS).

A dificuldade que eu encontrei, [...] eu tinha que ir no posto pra marcar a primeira consulta pré-natal e daí eles falaram que agora tem que ir uma pessoa do conselho, não sei se é conselho, é assistente social em casa, verificar se a pessoa realmente tava gestante, alguma coisa assim, para poder marcar, só que eu não fico em casa, eu trabalho. Daí eu levei meus documentos, ela (filha) até que levou lá no posto lá, daí falou que ia ser até cinco dias úteis e não veio ninguém, daí eu desci lá no posto e falei, eu preciso que marquem, porque até eu sou uma gestante bariátrica, [...] então é tipo meio que uma gravidez de risco, eu tava preocupada [...] E daí eu consegui marcar, aí eles marcaram rapidinho daí, eles já fizeram exame de sangue, no outro dia já saiu, certinho e agora tá caminhando (G8, Mês de gestação: 2º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 1).

A remarcação de consultas, o agendamento de consulta para gestantes de risco e os horários de agendamento também foram citados como aspectos negativos:

[...] lá (Unidade de Saúde) a única coisa que eu acho assim difícil se você perder uma consulta eles demoram muito pra agendar a próxima, né? [...] Pra reagendar tem que ir lá e deixar o número, daí pra eles entrarem em contato. Só que daí eles não entraram em contato, eles vieram daí na casa, daí eu tive que ir lá de novo. [...] Os horários de atendimento até que é adequado, né... Mas eu prefiro o atendimento aqui (UMS Mãe Curitibana) do que lá (Unidade de Saúde) (G5, Mês de gestação: 5º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 4).

É horário bom pra mim, na verdade eles sempre perguntam, né, qual horário é mais fácil pra gente [...]Eu só achei que demorou demais, por ser de risco, só agora com 8 meses que eu consegui uma consulta pra fazer aqui. [...]Desde o começo que eu estava tentando conseguir (G12, Mês de gestação: 8º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 6).

[...] Os horários que eles marcam pra disponível é mais nessa parte assim da manhã, até 9 horas da manhã, e fica longe demais, fica longe, fica complicado por causa do horário, tem que sair bem cedo (G6, Mês de gestação: 8º, Mês de vinculação: 1º, Nº de consultas: 8).

Embora as categorias tenham sido trabalhadas separadamente, percebe-se que elas se conectam em diversos momentos, como neste último discurso, em que as dificuldades por conta do horário de agendamento estão também associadas à localização geográfica dos serviços de saúde, categoria esta que será abordada a seguir.

6.2.2 Categoria 2: Localização Geográfica

O núcleo de sentido mais frequente nesta categoria referiu-se à proximidade dos serviços de saúde às residências das gestantes, aparecendo em dez relatos. Entretanto, algumas gestantes enfatizaram as grandes distâncias entre os locais para a realização dos exames e os bairros onde residem.

Nos relatos abaixo, destaca-se a proximidade das residências aos serviços, bem como o fato de a gestante ser ouvida no momento do agendamento para escolha dos locais mais próximos, como fatores facilitadores do acesso:

[...] A localização é ótima na verdade, porque o mãe curitibana aqui é próximo da onde eu moro, e o posto de saúde também é próximo da onde eu moro e os exames de sangue fazem

tudo no posto, então só o ultrassom mesmo que eu precisei sair do posto por enquanto (G2, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 5º, nº de consultas: 1).

Eles sempre optam pra eu pegar sempre a mais próxima, sempre que nem maternidade, ou pra fazer ultrassom, sempre as mais próximas (G7, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 5º, nº de consultas: 4).

A distância, em alguns casos, foi um fator limitante, conforme observado no discurso:

Que nem pra mim vir aqui (UMS Mãe Curitibana) já é longe, do Sítio Cercado até aqui é longe, só que lá (Unidade de Saúde próxima à residência) é fácil [...] (G5, Mês de gestação: 5º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 4).

Aí complica um pouquinho, eles mandam pra longe, mas aí eles marcam bem cedo, e eu moro no Caximba, então é bem longe, fica bem longe [...] normalmente eles mandam pra bem longe, esse foi o lugar mais perto, e foi quase duas horas de ônibus, um pouco mais, se for pra ver assim, daí ficou bem complicado (G6, Mês de gestação: 8º, Mês de vinculação: 1º, Nº de consultas: 8).

6.2.3 Categoria 3: Atendimento

Na categoria de atendimento, os núcleos de sentido mais frequentes foram: disponibilidade de recursos necessários, tempo de espera para atendimento reduzido e humanização do cuidado.

Em se tratando dos recursos disponíveis, quando questionadas se foi possível fazer todos os procedimentos nos serviços procurados, se havia profissionais disponíveis, materiais e equipamentos suficientes, a maioria das gestantes respondeu que sim. Mesmo nas situações em que havia ausência de algum profissional, o atendimento não deixou de ser prestado.

Bom, no meu postinho eu não tenho do que reclamar, que sempre estão lá atentos, se eu precisar de alguma coisa eu posso ligar, eles me ligam também marcando consulta, quando eu preciso ir, então não tenho do que reclamar não. É muito bom lá (G3, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

Foi bem rápido até... Até não tinha ginecologista este mês, mas quem atendeu foi a chefe lá do posto lá, que ela que fez o exame de sangue, pediu pra fazer a coleta, fez todas as solicitações, daí até você já faz na hora o exame de HIV, o de sífilis agora é coletado na hora [...] (G8, Mês de gestação: 2º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 1).

Entretanto, emergiram também dois novos núcleos de sentido, a falta de recursos humanos e a ausência de equipamentos para exames específicos:

Tinha todos os recursos, que nem agora, só a consulta com o ginecologista, que a ginecologista tá de atestado, ela não vai estar, e daí eu vou passar por um médico da família, que daí é só para ele me encaminhar pro hospital, eu acho que não vai ter nenhum problema, já não sei as outras mães que estão fazendo o acompanhamento com este ginecologista, como que elas estão fazendo [...] (G2, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 5º, nº de consultas: 1).

É, mais os exames específicos, tipo a medição, ela não tem, já não consegue... A ecografia, eu tenho que fazer mais particular. Amanhã eu tenho uma morfológica, marcada que eu não consegui no público né, então eu tenho que pagar do meu bolso, então esses exames mais específicos é bem difícil de conseguir (G3, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

A dificuldade é só que nem hoje que eu vim fazer o exame e a médica não tá, daí não conseguiram entrar em contato, mas é a primeira vez que acontece. No postinho é tranquilo, exame também é tranquilo, não tenho dificuldade nenhuma (G4, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 7).

Outro núcleo de sentido bastante frequente foi relacionado ao tempo de espera reduzido para atendimento:

Eu não tenho do que reclamar, porque não foi demorado. Quando eu chego na Unidade, eu já confirmo no balcão e logo eles já me chamam pra fazer a pré-consulta, porque eu chego meia hora antes do horário, aí eu faço a pré-consulta, faço a pesagem, a medida de pressão e logo a médica me chama (G1, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 4º, nº de consultas: 8).

Porém o inverso também foi relatado, algumas gestantes mencionaram tempo de espera para atendimento de cerca de uma hora:

É demorado. Eles marcam sempre consulta e demoram muito pra atender, em média uma hora mais ou menos (G12, Mês de gestação: 8º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 6).

Até lá no postinho, às vezes demora um pouco mais pra ser atendida, é que a minha médica ela é muito específica, ela gosta de alinhar tudo em uma consulta só, então por isso que é mais demorado. Aqui também a minha consulta estava marcada 9:20, eu fui atendida 9 e pouquinho, dez pras dez quase. Então é demoradinho (G3, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

A humanização do atendimento, com ênfase na atenção à gestante, na disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas e no acolhimento, também foi um núcleo de sentido frequente:

Não tenho muito o que falar do meu acompanhamento, porque a minha médica, assim, ela é bem específica, ela pergunta várias vezes, ela não deixa de tirar as minha dúvidas, ela tira todas [...] (G3, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

Eu acho muito bom, eu gosto muito do atendimento deles, a atenção que eles dão [...] (G10, Mês de gestação: 6º, Mês de vinculação: 3º, Nº de consultas: 8).

Houve, inclusive, relatos de uma gestante que se mudou para o município, em busca de melhor qualidade no atendimento e de gestante que fazia acompanhamento em consultório particular e que optou pelo atendimento público:

Na verdade, eu fazia o acompanhamento (em outro município) e o atendimento de lá era péssimo, nem médico tinha pra atender a gente, então, optei em vir pra cá pra poder fazer um acompanhamento melhor e foi onde eu descobri que a gravidez era de risco. Lá eles não me falaram isso. A conversa com médico aqui... Ele é super-atencioso, sempre pergunta se tem [...] alguma dúvida que eu tenha, alguma dor que eu esteja sentindo diferente, sempre são assim as consultas. Lá a infraestrutura deles é péssima, e aqui é 100%, o médico tira todas as minhas dúvidas em relação a isso, então as expectativas pra mim foi bem grande pra vir pra cá, e foi

onde, em relação a maternidade também, é outro nível [...] (G7, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 5º, nº de consultas: 4).

Eu comecei no particular, me decepcionei bastante com o meu médico que me atendia, e quando daí, eu já tinha o cadastro do postinho né, eu já tinha feito a primeira consulta eu fiz lá e depois eu acabei continuando pelo particular. Aí quando eu mudei pra lá eu achei bem melhor, conseguiram me dar mais atenção tudo no que eu precisava mesmo na gravidez (G9, Mês de gestação: 9º, Mês de vinculação: 5º, Nº de consultas: 6).

Embora os relatos positivos sobre o atendimento tenham sido frequentes, também emergiram pontos negativos associados a falta de humanização:

Assim, as vezes eu acho que é [...] meio por cima, você vai lá a médica fica mais no computador assim, às vezes você tá precisando conversar mais assim olhando no olho mesmo, e não tem. É mais assim no computador, mais anotação. Mas eu acho que é mais isso assim que eu vejo, que dizem tanto de humanização e de parto humanizado, que não é nada humanizado, né? Eu já tive ela (filha mais velha) nesse sistema de parto humanizado, mas é só nome, né? E assim, mais esse contato mesmo dos médicos que eu acho meio frio assim, meio indiferente talvez. O parto da minha primeira filha foi pelo SUS, foi terrível [...] (G4, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 7).

Houve ainda comparação com o atendimento em consultório particular, demonstrando desapontamento com o pré-natal realizado pelo SUS.

Eu acho que era pra ser mais humanizado né, que nem esse aqui é o primeiro pelo SUS, as outras que eu tive pré-natal particular já foi mais assim, você já é mais acolhido, parece que o atendimento é melhor, tudo assim sabe, já é melhor né (G5, Mês de gestação: 5º, Mês de vinculação: 2º, Nº de consultas: 4).

6.2.4 Categoria 4: Custos

Em se tratando dos custos associados aos serviços, dois núcleos de sentido emergiram: a ausência de custos e custos extras. Os principais gastos referidos foram associados à compra

de medicamentos, à realização de exames não ofertados pelo SUS e à transporte para deslocamento aos outros pontos da Rede de Atenção.

[...] medicamento só esta semana que eu precisei comprar um amoxicilina que não tinha no posto; e transporte porque eu tive que vir aqui no Mãe Curitibana e pra ir fazer as ecografias, mas tirando isso, não tem outros custos (G1, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 4º, nº de consultas: 8).

Amanhã eu tenho uma morfológica, marcada que eu não consegui no público né, então eu tenho que pagar do meu bolso [...] gastos com transporte e exame, porque a maioria eu tenho que tá tirando do meu bolso pra pagar (G3, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

Com transporte, que nem agora a minha irmã veio me trazer, que a gente tá sem carro. Com exame, é só quando é o ultrassom, aquela morfológica que eu não consigo pelo SUS. Não consegue, aí tem que pagar. E com remédio não, eu consigo tudo no postinho, tranquilo (G4, Mês de gestação: 8º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 7).

Só estou gastando com exames. Eu fiz eco porque eu achei que eles estavam demorando pra fazer, não sei, eu fiz porque eu quis fazer e eco não é tão cara pra pagar, né... E agora eu quero ver essa morfológica (G11, Mês de gestação: 5º, mês de vinculação: 2º, nº de consultas: 4).

Os custos com deslocamento e com a realização de exames adicionais foram bastante frequentes, principalmente em relação à realização do exame morfológico.

6.3 INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS (MÉTODO MISTO)

Após a análise individualizada dos dados quantitativos e qualitativos, nesta seção foi realizada a comparação dos resultados obtidos, a fim de verificar se eles se aproximam ou divergem entre si, por meio de *displays* conjuntos, conforme detalhado no capítulo de metodologia deste trabalho. Buscou-se categorizar os resultados encontrados de acordo com o modelo de Andersen, Davidson e Baumeister (2013), descrito no capítulo 2 desta tese. Os resultados desta integração encontram-se descritos na Tabela 11.

TABELA 11 – RESULTADOS DO MÉTODO MISTO. CURITIBA, 2020.

(continua)

Dimensões do Acesso	Resultados Quantitativos (QUAN)	Resultados Qualitativos (QUAL)	Resultados Integrados
Características contextuais capacitantes – políticas de saúde	Todas as gestantes estavam vinculadas à Rede Mãe Curitibana. A maioria relatou buscar acompanhamento nas Unidades de Saúde e Hospitais do SUS.	Relatos de gestantes que reforçam os aspectos positivos da Rede Mãe Curitibana, que inclusive mudaram de cidade para fazer o acompanhamento.	Convergência e complementaridade. As políticas de saúde em vigor estão influenciando a busca pelos serviços públicos de saúde.
Características contextuais e individuais capacitantes – financiamento	Não identificado	Falta de cobertura para alguns medicamentos e exames, gerando custos adicionais. Necessidade de grandes deslocamentos, gerando custos.	Apenas para QUAL. Reforça a importância do acompanhamento e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Em relação ao transporte, reforça a necessidade de levar em conta as distâncias ao fazer os encaminhamentos.
Características contextuais e individuais capacitantes – organização	Facilidade para realização de agendamento para atendimento foi referida pela maioria das gestantes. Porém, 21,6% referiram dificuldades.	Núcleo de sentido associados à agilidade de agendamento de consultas e de exames e aos bons horários de agendamento foi mais frequente. As dificuldades também foram referidas, porém com menor frequência.	Convergência e complementaridade. Os resultados Qualitativos revelam possíveis razões para as gestantes considerarem fácil ou difícil o seu acesso ao agendamento.
	Elevado percentual de atendimento por médicos e pela enfermagem durante a gestação. Menos de metade das gestantes teve acesso à consulta odontológica. Reduzido acesso à consulta do NASF.	Todas as gestantes entrevistadas passaram por pelo menos uma consulta com médico e/ou enfermeiro. Duas gestantes referiram demora para realização do agendamento de consulta odontológica. Uma gestante mencionou a priorização das gestantes para atendimento em todas as especialidades da área da saúde.	Convergência e complementaridade. Os resultados QUAL confirmam o atendimento das gestantes, mencionando a sua priorização. Tal fato reforça a importância da implementação das políticas de saúde voltadas as gestantes, facilitando seu acesso.
	Tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde inferior a 60 minutos (constatado por quase 70% das gestantes).	Núcleos de sentido associados a reduzido tempo de espera para atendimento. Embora também tenha sido descrita demora no atendimento.	Convergência e complementaridade. Os resultados QUAL confirmam o que já havia sido constatado na etapa QUAN e trazem algumas informações associadas, como possíveis motivos para a demora.
	Não identificado.	Proximidade dos serviços de saúde às residências das gestantes, como facilitador de acesso aos serviços de pré-natal.	Apenas para QUAL. Resultados evidenciam a importância de se levar em conta as distâncias associadas aos serviços às quais as gestantes são encaminhadas.

TABELA 11 – RESULTADOS DO MÉTODO MISTO. CURITIBA, 2020.

(conclusão)			
Dimensões do Acesso	Resultados Quantitativos (QUAN)	Resultados Qualitativos (QUAL)	Resultados Integrados
Características individuais predisponentes	Menor prevalência de atendimento por enfermeiro para as pacientes que não estavam trabalhando, comparadas às que trabalhavam. Ao realizar os testes estatísticos não foram identificadas associações entre as demais características socioeconômicas e demográficas das gestantes com os indicadores relacionados aos serviços.	Não identificado.	Apenas para QUAN Nesta pesquisa não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as características socioeconômicas e os indicadores relacionados ao acesso, talvez pelo fato de todas as gestantes estarem sendo acompanhadas na US.
Características individuais de necessidades percebidas	Não identificado.	Algumas gestantes demonstraram preocupação com sua gestação de risco e enfatizaram a necessidade de acompanhamento.	Apenas para QUAL. A preocupação com o estado de saúde contribui para a busca pelos serviços.
Características individuais de necessidades avaliadas	Classificação de risco da paciente associada à maior prevalência de consulta com médico e enfermeiro para risco alto.	Gestantes de risco alto recebem acompanhamento diferenciado, de acordo com protocolo. Além disso, gestantes são priorizadas no atendimento em Unidade de Saúde.	Convergência e complementaridade. Várias gestantes entrevistadas estavam fazendo o acompanhamento na US Mãe Curitibana, devido a sua classificação de risco.
Comportamentos de saúde – Processo de cuidado médico	Não identificado	Importância da humanização do atendimento.	Apenas para QUAL. Resultados revelam que muitas gestantes consideram o atendimento humanizado e valorizam a atenção recebida. Porém ainda há relatos de insatisfação com o atendimento, reforçando a necessidade de implementação do que está preconizado nas normativas da Rede Mãe Curitibana.
Resultados – Satisfação do Cliente	Não identificado	Houve elogios à atenção recebida e críticas.	Apenas para QUAL. Resultados evidenciam ora satisfação, com horários de agendamento, cuidado humanizado, localização e custos, ora insatisfação.

FONTE: A autora (2020).

6.4 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o acesso e a acessibilidade das gestantes atendidas na Rede Mãe Curitibana ao cuidado integral em saúde, identificando possíveis barreiras e facilitadores, incluindo aqueles relacionados às suas condições socioeconômicas. Os resultados encontrados nas etapas qualitativa e quantitativa convergiram em diversos aspectos, tendo sido relacionados a várias dimensões do modelo de Andersen, Davidson e Baumeister (2013).

Importa ressaltar que, embora os referidos autores adotem o termo acesso, considerou-se nesta tese que a acessibilidade está incluída dentro do modelo quando se considera as dimensões contextuais capacitantes, em especial aquelas associadas à organização dos serviços. Isso porque seu conceito se aproxima da definição de acessibilidade, como a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde das pessoas, com base nas características dos serviços e dos recursos que facilitam ou limitam seu uso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 1973; STARFIELD, 2002).

Ao analisar as características contextuais capacitantes, observou-se a influência de fatores associados às políticas públicas, ao financiamento e às organizações. Em se tratando das políticas públicas, o reconhecido êxito da Rede Mãe Curitibana impacta na busca pelos serviços. A maioria das gestantes relatou buscar as Unidades de Saúde ou os hospitais vinculados ao SUS quando necessitam de atendimento. Adicionalmente, houve relato de gestantes que, inclusive mudaram para Curitiba, devido à qualidade das ações desenvolvidas. De fato, o município implementou a referida política, com vistas à ampliação do acesso e à promoção da integralidade da atenção (CURITIBA, 2020). Ela tem proporcionado importantes mudanças na Rede de Atenção e impactos para a saúde, sendo uma experiência reconhecida, premiada e replicada em âmbito nacional e internacional (CURITIBA, 2012; SILVA; KAUCHAKJE, 2015; JIMENEZ; PCHEBILSKI, 2013).

Na dimensão financiamento, considerada tanto como característica contextual capacitante (recursos investidos e cobertura), como individual capacitante (recursos disponíveis para o indivíduo arcar com os custos dos serviços) (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013), identificou-se a existência de custos adicionais com transporte, medicamentos e exames.

Em se tratando da necessidade de transporte, tal fato está associado à necessidade de deslocamento entre os pontos da rede de atenção quando referenciadas e contrarreferenciadas. Um dos fundamentos da construção das Redes de Atenção à Saúde é a economia de escala, segundo a qual, os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que menos

são beneficiados pelas economias de escala, uma vez que há recursos suficientes e a distância é fator fundamental para a acessibilidade; ao passo que devem ser concentrados aqueles para os quais há menos recursos disponíveis e que tem menor impacto sobre o acesso. Deste modo, serviços de atenção primária tendem a ser mais dispersos, unidades de processamento de exames tendem a ser mais concentradas, e serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser mais concentrados (MENDES, 2011). No caso específico da Rede Mãe Curitibana, ela conta com uma Unidade Especializada, a Unidade Municipal de Saúde (UMS) Mãe Curitibana, a qual é referência para o cuidado de gestantes e bebês de alto risco e risco intermediário; e para exames (GONÇALVES; SOARES; BERBERIAN, 2014). Por este motivo, deslocamentos são necessários ao longo da gestação.

A fim de solucionar esta dificuldade algumas alternativas seriam possíveis, como a flexibilização dos horários de agendamento, possibilitando a escolha dos horários pelas gestantes; ou a implantação de mais Unidades Especializadas, o que implicaria em custos adicionais, necessitando de análise de viabilidade. Em se tratando dos custos com deslocamento, o auxílio financeiro para transporte para realização de exames e consultas, conforme previsto na Rede Cegonha (BRASIL, 2011), pode ser uma importante estratégia para que a gestante realize o pré-natal.

A realização de exames específicos, em especial, o ultrassom morfológico foi citado por várias gestantes durante a etapa qualitativa desta pesquisa, como gerador de custos adicionais, uma vez que não é coberto pelo SUS. No Protocolo da Rede Mãe Curitibana recomenda-se para as gestantes de risco habitual a realização de 2 ultrassonografias obstétricas, as quais são ofertadas pelo SUS, sendo que, caso o profissional jogue necessária a realização de mais ultrassonografias, deve justificar o motivo para tal (CURITIBA, 2018). Deste modo, muitas gestantes acabam recorrendo aos serviços particulares para realização de exames adicionais, como a ultrassonografia morfológica.

O estudo morfológico fetal (EMF) consiste na avaliação detalhada da anatomia fetal, por meio da ultrassonografia, incluindo a avaliação da morfologia fetal e alguns dados biométricos, complementares aos rotineiramente mensurados na ultrassonografia simples. Possibilita diagnosticar no período pré-natal, malformações fetais isoladas ou ligadas a síndromes malformativas, sendo realizado por volta das 20 semanas (TELLES, 2013). É capaz de diagnosticar a maioria das anomalias congênitas, possibilitando a realização de tratamento intraútero paliativo ou definitivo para alguns casos (ARRUDA; AMORIM; SOUZA, 2008). Segundo o Ministério da Saúde, embora aumente a taxa de detecção das malformações

congênitas, não há evidências de que melhore o prognóstico perinatal em gestantes de baixo risco (BRASIL, 2016).

Sobre o acesso aos medicamentos, no Brasil, há uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do SUS, que inclui os produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das doenças prevalentes no país (BRASIL, 2020b). Estudo conduzido em Santa Rosa – RS, em 2011, identificou que um dos importantes fatores de contribuição ao acesso de medicamentos é a sua aquisição gratuita na farmácia das Unidades de Saúde, descrita por 95% das pacientes (BRUM et al., 2011).

Na dimensão organização, considerada tanto como característica contextual capacitante (quantidade e distribuição das instalações e de recursos humanos, estruturação dos serviços, incluindo fatores como localização e horário), como individual capacitante (inclui fatores como fonte de atendimento, tempo de deslocamento, tempo de espera, entre outros) (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013) emergiram importantes barreiras e facilitadores que se conectam ao conceito de acessibilidade supramencionado neste capítulo. Dentre elas, destacam-se: a facilidade e/ou dificuldade de agendamento, o tempo de espera, a localização geográfica e o atendimento por profissionais de saúde, com priorização das gestantes.

Outros estudos realizados em âmbito nacional corroboram esses achados, evidenciando como barreiras de acesso e acessibilidade as longas distâncias para acesso aos serviços (DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI, 2015; ESPOSTI et al., 2015; MARTINS, 2011; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; VIEIRA et al., 2011, COSTA, 2018; MARTINELLI et al., 2016); tempo de deslocamento para o serviço de saúde, levando a maiores gastos com transporte (COSTA, 2018; MARTINELLI et al., 2016); os horários disponíveis, a forma de agendamento, o tempo de espera e falta de recursos humanos (MENEZES et al., 2006; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; DOMINGUES et al., 2013; ESPOSTI et al., 2015; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; PEIXOTO et al., 2011; ROCHA, 2004; SANTA ROSA; HOGA; REIS-QUEIROZ, 2015; CARDELLI et al., 2016; DA SILVA et al., 2015).

Pesquisa conduzida por Carvalho e Novaes (2004) encontrou resultados similares no que se refere às características de acessibilidade: a proximidade de casa foi descrita pela maioria das gestantes como motivo de escolha para realização do acompanhamento pré-natal e reduzido número de gestantes relatou dificuldades para agendamento de consultas ou relacionado a tempo de espera.

Alguns protocolos estabelecidos em cada Unidade de Saúde de forma isolada podem atuar dificultando o acesso das gestantes aos serviços, como ao definir horários específicos para

agendamento ou a necessidade do agente comunitário de saúde realizando visita domiciliar previamente ao atendimento. Neste sentido, reforça-se a necessidade de flexibilização de tais normas para que os serviços não estejam apenas disponíveis para as gestantes mas, principalmente, acessíveis.

Em se tratando do reduzido acesso à consulta odontológica, observou-se complementariedade nas etapas qualitativa e quantitativa, tendo havido relatos de dificuldades no agendamento. Os resultados quantitativos obtidos podem ser decorrentes tanto do trimestre de gestação, considerando que gestantes em estágio inicial da gravidez podem ter passado posteriormente pela consulta; como das dificuldades de agendamento mencionadas. Em concordância, alguns estudos têm identificado a forma de agendamento, o tempo para agendamento e a falta de vagas como importantes barreiras de acesso (ESPOSTI, 2015; ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; SÁ et al., 2020).

Observou-se ainda reduzido acesso a consultas com outros profissionais da saúde, como nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e farmacêuticos. É importante ressaltar que, no âmbito da saúde pública, estes profissionais compõem a equipe do NASF, o qual não constitui “ [...] serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica) [...] (BRASIL, 2017b). Compete à equipe, entre outras atribuições, contribuir para a integralidade do cuidado, realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado e interconsulta (BRASIL, 2017b). Isto posto, percebe-se que não é possível afirmar que os dados encontrados neste estudo em relação ao atendimento pelas especialidades refletem barreiras de acesso, uma vez que a consulta por estes profissionais não é obrigatória, sua indicação depende da análise de cada caso e da regulação pela equipe de Atenção Básica.

Ainda assim, cabe ressaltar a importância do trabalho interprofissional em saúde. A Organização Mundial da Saúde (2010) reconhece a colaboração interprofissional como um importante meio para elevar a efetividade dos serviços de saúde, na medida em que maximiza os pontos fortes e habilidades de cada profissional da saúde e melhora os resultados obtidos (WHO, 2010). A colaboração interprofissional está associada ao cuidado integral, por meio de práticas participativas, de relacionamento horizontal entre os membros das equipes de saúde, contrapondo-se às relações hierarquizadas. Deste modo, os conhecimentos e as habilidades dos profissionais são somados em prol do usuário e da comunidade (MATUDA et al., 2015). Durante o pré-natal, a assistência multiprofissional é uma importante estratégia para qualificar a atenção, favorecer a articulação intersetorial, promover a integralidade e tornar o atendimento

mais humanizado e integral. É necessário, contudo, capacitar os profissionais de saúde para que haja boa comunicação entre eles e deles com as gestantes (FRANCO et al., 2020).

Acerca das características individuais predisponentes (fatores socioeconômicos e demográficos) (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013), foi identificada menor prevalência de atendimento pela enfermagem para as pacientes que não estavam trabalhando, comparadas às que trabalhavam. De modo análogo, outros estudos encontraram relação entre menor número de consultas de pré-natal ou início tardio do pré-natal e não ter trabalho remunerado ou piores condições de emprego (MEUR; GAO; BAYAT, 2015; RASIA; ALBERNAZ, 2008; HAWLEY et al., 2014). Tal fato pode estar associado à falta ou limitação de recursos financeiros, que atuaria como barreira de acesso (HAWLEY et al., 2014). É importante que seja realizada a orientação das gestantes quanto à importância da realização do pré-natal, bem como em relação ao funcionamento dos serviços, realizando o acolhimento e vinculação da gestante à Unidade de Saúde, bem como a flexibilização dos horários de agendamento de consultas.

Neste estudo, ao realizar os testes estatísticos não foram identificadas associações entre as demais características socioeconômicas e demográficas das gestantes com os indicadores relacionados aos serviços, que sugerissem iniquidades de acesso. Convém destacar, como limitação deste estudo, o fato de ter sido conduzido somente com gestantes que estavam recebendo atendimento na Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. Talvez, por este motivo, não tenham sido encontradas associações entre as variáveis socioeconômicas e demográficas com aquelas de consultas realizadas, pelo fato de todas terem acesso aos serviços, porém em diferentes níveis, além da relativa homogeneidade socioeconômica. Neste sentido, reforça-se a importância da realização de novos estudos, que não usem amostragem por conveniência, a fim de incluir também gestantes que não estejam realizando pré-natal, identificando os motivos para tal.

Os resultados aqui obtidos também podem ser atribuídos à Rede de Atenção à Saúde Mãe Curitibana Vale a Vida, ao considerar os importantes resultados obtidos pela referida política sobre a evolução dos indicadores de saúde materno-infantil do município, descritos no capítulo anterior. É importante destacar que a ampliação do número de consultas pré-natal deve vir acompanhada de ampliação da qualidade dos serviços ofertados, com ênfase na humanização do atendimento e no acolhimento.

Sobre as características individuais de necessidades percebidas, observou-se que algumas gestantes referiram a importância do seu acompanhamento, pelo fato de serem classificadas como de alto risco; e de necessidades avaliadas, que a classificação de risco

realizada pelo profissional de saúde que a acompanha é associada à maior prevalência de consulta com médico e enfermeiro para risco alto.

O protocolo da Rede Mãe Curitibana reforça a importância da constante investigação de risco, em toda consulta de pré-natal, havendo fluxos de encaminhamento caso seja identificado algum fator. As consultas de acompanhamento devem ser iniciadas precocemente, no primeiro trimestre da gestação, com periodicidade regular (CURITIBA, 2018). Neste sentido, destaca-se que ao considerar o cronograma ideal de número de consultas preconizado no protocolo: mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente entre a 28ª semana e a 36ª semana; e semanalmente da 36ª até a 41ª semana (CURITIBA, 2018), a maioria das gestantes estava com o número de consultas inadequadas, possivelmente pelo início tardio do pré-natal.

Com relação à categoria Comportamentos de saúde – Processo de cuidado médico, relacionado à interação dos profissionais de saúde com os pacientes (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013) foram identificados principalmente na etapa qualitativa desta pesquisa, sob a forma de relatos de humanização do atendimento e de experiências negativas. A assistência pré-natal é um momento importante para estimular mudanças no núcleo do cuidado, acolhendo a gestação e oferecendo atenção de qualidade (SILVA; ANDRADE. BOSI, 2014).

Estudos evidenciam que a falta de criação de vínculo, a comunicação entre o profissional de saúde e a gestante, com ênfase apenas na técnica assistencial é um importante elemento de inadequação do acesso e das práticas de saúde no puerpério (CORRÊA et al., 2017; (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008; PEIXOTO et al., 2011).

Por fim, a última categoria aqui identificada referiu-se aos resultados, no que se refere à satisfação das usuárias, a como elas percebem o cuidado em saúde recebido. Foram observadas, neste estudo, tanto situações positivas como negativas, diretamente associadas aos resultados obtidos nas demais categorias.

Conforme mencionado no segundo capítulo desta tese, o conceito de acesso é multidimensional. A partir dos resultados aqui obtidos, foi possível observar o acesso realizado, o qual representa o uso real dos serviços, possibilitando a avaliação e monitoramento das políticas de saúde; o acesso equitativo, uma vez que a análise estatística não indicou associação entre as variáveis socioeconômicas e os desfechos em saúde; e o acesso efetivo, pelo impacto na satisfação dos pacientes (ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2013).

Os resultados deste estudo evidenciaram a existência de acesso e acessibilidade na Rede Mãe Curitibana, entretanto ainda há relatos de falta de humanização no atendimento, dificuldades de agendamento, tempo de espera excessivo, custos adicionais e dificuldades de

deslocamento por conta da localização. Ressalta-se a importância da avaliação e revisão contínua dos protocolos adotados em cada Unidade de Saúde, bem como da formação continuada dos profissionais de saúde a fim de maximizar a qualidade dos serviços ofertados e de reduzir ou eliminar as barreiras de acesso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se neste estudo, analisar o acesso e a acessibilidade das gestantes aos serviços públicos de saúde na Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. Constatou-se que os conceitos de acesso e acessibilidade vêm sendo discutidos ao longo do tempo por diversos autores, sendo considerados como sinônimos por alguns e como termos distintos por outros. Desta forma, foi necessária a escolha do modelo conceitual que embasaria esta tese, optando-se pelo de Andersen, Davidson e Baumeister (2013). Sendo assim, considerou-se o acesso como o uso real dos serviços de saúde e os facilitadores e dificultadores de seu uso. Ademais, a acessibilidade foi incluída ao fazer a análise das características contextuais capacitantes relacionadas à organização dos serviços de saúde.

Os resultados da pesquisa qualiquantitativa evidenciaram associação entre não estar trabalhando e menor prevalência de atendimento pela enfermagem. Porém, não foram identificadas outras associações entre as características socioeconômicas e demográficas das gestantes com os indicadores relacionados aos serviços, não tendo sido verificadas iniquidades de acesso. De modo similar, na revisão sistemática realizada, verificou-se que as barreiras socioeconômicas demográficas, relacionadas à escolaridade, à idade, à renda e à cor da pele apareceram com menor frequência nos estudos analisados, quando comparadas às barreiras associadas aos serviços e ao indivíduo.

A não identificação de iniquidades de acesso na pesquisa qualiquantitativa pode ser atribuída à condução desta pesquisa somente com gestantes que estavam em atendimento, ou seja, que de alguma forma estavam tendo acesso; ou à relativa homogeneidade de condição socioeconômica na amostra estudada; ou ainda à implementação da Rede Mãe Curitibana, uma vez que, ao analisar a evolução dos indicadores de saúde materno-infantil em Curitiba-PR, observa-se que a implementação da Rede representou uma intervenção efetiva e resolutiva, embora ainda haja alguns aspectos a serem superados, como o elevado número de partos cesárea e a ocorrência de óbitos neonatais por causas evitáveis.

Observou-se a influência de alguns fatores sobre o acesso e acessibilidade das gestantes na Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, tais como: a qualidade dos serviços ofertados; os custos envolvidos, principalmente relacionados à medicamentos, exames e transporte; a facilidade e/ou dificuldade de agendamento, o tempo de espera, a localização geográfica; o atendimento por profissionais de saúde, com priorização das gestantes; a realização de classificação de risco e a priorização do atendimento de gestantes; a humanização do

atendimento; e a satisfação dos usuários. A maioria das gestantes identificou tais aspectos de modo positivo, sendo assim, considerados facilitadores. Porém ainda há relatos de barreiras.

Na revisão sistemática tais fatores foram frequentes, porém de forma inversa, sendo as barreiras muito mais frequentemente descritas, tais como: dificuldades de agendamento, falta de profissionais, tempo de espera, mal atendimento, falta de orientação e de ações educativas, dificuldades no processo de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos da rede de atenção e o tecnicismo nas consultas, com falhas no estabelecimento de vínculo.

Identificou-se que a maioria das entrevistadas passou por consulta da enfermagem e da medicina, porém poucas haviam passado por consulta com profissionais de saúde bucal e da equipe do NASF. Embora a consulta com profissionais do NASF não seja obrigatória, reforça-se a importância do trabalho colaborativo interprofissional, por meio não apenas de consultas compartilhadas, mas principalmente do desenvolvimento de ações educativas e de promoção de saúde.

Os resultados encontrados neste estudo reforçam a importância da ampliação do acesso e acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde e, da consequente redução dos desfechos negativos como a mortalidade e morbidade materno-infantil. Barreiras ainda persistem em âmbito nacional, conforme evidenciado na revisão sistemática e, de modo específico, em Curitiba. O monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas, bem como a revisão contínua dos protocolos existentes, adequando-os à realidade local, e a articulação das políticas locais, estaduais e nacionais na gestão tripartite do SUS são importantes estratégias para a ampliação do acesso. Por fim, reforça-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos acerca da temática, em âmbito nacional e local, a fim de avaliar as políticas públicas vigentes, reestruturando-as quando necessário.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, United Kingdom, v. 9, n. 3, p. 208, 1974.
- ALBUQUERQUE, M.C. de. et al. Comitê Pró-Vida de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Curitiba. In: DUCCI, L. et al. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.
- ALBUQUERQUE, M.V. de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1055-1064, 2017.
- ALBUQUERQUE, O.M.R de; ABEGG, C; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 789-796, 2004.
- ALDRIGHI, J.D., et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.50, n.3, p. 512-521, 2016.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p. 3061-3068, 2011.
- ANDERSEN, R.M.; DAVIDSON, P.L. **Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators**. Changing the US health care system: key issues in health services policy and management. San Francisco: Jossey-Bass, p. 33-69, 2014.
- ANDERSEN, R.M.; DAVIDSON, P.L.; BAUMEISTER, S.E. Improving access to care. In: KOMINSKI, G.F. **Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management**. 4.ed. São Francisco: Jossey-Bass, 2013.
- ARANGO, H.G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.
- ARRUDA, T.A.M. de; AMORIM, M.M.R. de; SOUZA, A.S.R. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 54, n. 2, p. 122-126, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>>. Acesso em: 03 ago. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A prova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Relatório nacional voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Secretaria de Governo da Presidência da República, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRODKIN, E. Z. Bureaucracy redux: management reformism and the welfare state. **Journal of Public Administration Research and Theory**, United Kingdom, v. 17, n.1, p. 1-17, 2007.

BRUM, L.F.S. et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 2435-2442, 2011.

BRYAN, A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? **Qualitative Research**, United Kingdom, v.6, n.1, p.97-113, 2006.

BUCCI, M.P.D. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMATTI, F.P.S. et al. Atenção ao parto em regional de saúde da Rede Mãe Paranaense. **Revista Rene**, Fortaleza, v.21, e44067, 2020.

CARDELLI, A.A.M., et al. Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Investigacion y educacion en enfermeria**, Colombia, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016.

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R.H.S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 35-52, 2012.

CARLO, W.A.; TRAVERS, C.P. Maternal and neonatal mortality: time to act. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 92, n. 6, p. 543-545, 2016.

CARVALHO, D.S. de; NOVAES, H.M.D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S220-S230, 2004.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011. p. 41-60.

COREN/PR. **Posicionamento sobre a Lei N.º 20.127, de 15/01/2020 – Deputada Mabel Canto**. 2020. Disponível em: < <https://corenpr.gov.br/portal/noticias/1025-posicionamento-sobre-a-lei-n-20-127-de-15-01-2020-deputado-mabel-canto>>. Acesso em: 27 set. 2020.

CORRÊA, M.S.M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.3, p.1-12, 2017.

COSTA, R.L.M. Percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 32, p.1-12, 2018.

CRESWELL, J.W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4.ed. Califórnia: SAGE Publications, 2014.

CRESWELL, K.W.; PLANO CLARK, V.L. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. 3.ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2017.

CUNHA, C.G.S. da. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento**, Rio Grande do Sul, n. 12, p. 27-57, 2018.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Resolução n. 002/99. Aprova a instrução normativa do Programa Mãe Curitibana. **Diário Oficial – Atos do Município de Curitiba**, Curitiba, 09 mar. 1999.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

CURITIBA. **Curitiba atinge menor taxa de mortalidade infantil da história**. 2020. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/noticias/1327-curitiba-atinge-menor-taxa-de-mortalidade-infantil-da-historia.html>>. Acesso em: 14 jul. 2020b.

CURITIBA. **Mãe Curitibana: Pré-natal, parto e puerpério**. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 04 mai. 2020a.

DAHL, R.A. **La Poliarquía: Participación e Oposición**. Espanha: Tecnos, 2002.

DA SILVA, L.A., et al. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2298-2309, 2015.

DIAS, J.M.G., et al. Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S101-S116, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M., et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n.4, p. 953-965, 2013.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DOWNE, S. et al. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, p.1-90, 2019.

DUARTE, S.J.H. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Ciencia y Enfermeria**, Chile, v. 18, n. 2, p. 75-82, 2012.

ENTRINGER, A.P. et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00022517, 2018.

ESPOSTI, C.D.D, et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 765-779, 2015.

ESPOSTI, C.D.D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2015. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

FETTERS, M.D.; CURRY, L.A.; CRESWELL, J.W. Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. **Health services research**, United Kingdom, v. 48, n. 6 pt2, p. 2134-2156, 2013.

FIGUEIREDO, P.P. de; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.2, p. 238-245, 2008.

FONSECA, S.C. et al. Desigualdades no Pré-Natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, 2014.

FONTANELLA, B.J.B., et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 388-394, 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, Raiza Verônica Almeida Barbosa et al. Pré-Natal Realizado por Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, Ceará, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.

FREITAS, P.F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p. 761-767, 2005.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. **Salud Publica de Mexico**, México, v.27, n.5, 438-453, 1992.

GODOY, A.S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOFEN, A. Mind the gap: dimensions and influence of street-level divergence. **Journal of Public Administration Research and Theory**, United Kingdom, v. 24, n. 2, p. 473-493, 2014.

GOLDENBERG, R.L.; MCCLURE, E.M. Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. **Maternal health, neonatology and perinatology**, v. 1, n. 1, p. 3, 2015.

GONÇALVES, C.G.O; SOARES, V.M.N.; BERBERIAN, A.P. Unidade de Saúde Mãe Curitibana: Satisfação das Usuárias. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.38, n.2, p.327-343, 2014.

GUETTERMAN, T.C.; FETTERS, M.D.; CRESWELL, J.W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. **The Annals of Family Medicine**, Estados Unidos da América, v. 13, n. 6, p. 554-561, 2015.

HAWLEY, Nicola L. et al. Barriers to adequate prenatal care utilization in American Samoa. **Maternal and child health journal**, v. 18, n. 10, p. 2284-2292, 2014.

HILL, M. **The Public Policy Process**. 4. ed. Harlow (England): Pearson Education Limited, 2005.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**. London: SAGE Publications, 2002.

HUPE, P. What happens on the ground: persistent issues in implementation research. **Public Policy and Administration**, United States, v. 29, n. 2, p. 164-182, 2014.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Base de Dados do Estado – BDEweb**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/imp/index.php>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

IPPUC. **Mapas temáticos saúde**. Disponível em: <https://ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=406&idioma=1&liar=n%E3o#DISTRITO_BAIRRO_NOVO>. Acesso em 16 jul. 2020.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the Policy Cycle. In: FISCHER, F.; MILLER, G.J.; SIDNEY, M.S. **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. London: CRC Press, 2007.

JESUS, W.L.A. de; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 161-170, 2010.

JIMENEZ, E.J.B. Avançando na Atenção Materno-Infantil Programa Mãe Curitibana. In: DUCCI, L. et al. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 201-212.

JIMENEZ, E.J.B.; PCHEBILSKI, L.T. A Experiência do Programa Mãe Curitibana. In: MOYSES, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSES, S.J. (org.). **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. p. 55-64.

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. 2.ed. London: Pearson, 2014.

KINGDON, J.W. Agenda Setting. In: THEODOULOU, S.Z.; CAHN, M. **Public Policy: the Essential Readings**. New Jersey (USA): Prentice Hall, 1995. pp. 105-113.

KNOEPFEL, P. et al. **Public Policy Analysis**. Bristol (Great Britain): The Policy Press, 2007.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, United Kingdom, v.33, n.1, p. 159-74, 1977.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n.3, p.509-517, 2013.

LIMA, L.C. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 211-226, 2010.

LIMA, S.S. de et al. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00039719, 2020.

MARTINELLI, K.G., et al. Access to prenatal care: inequalities in a region with high maternal mortality in southeastern Brazil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1647-1658, 2016.

MARTINS, P.C.R. **Gravidez na adolescência em Mato Grosso do Sul**. 79f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da região Centro-Oeste) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.

MARTINS, L.M.P. **Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município de Dourados-MS/Brasil**. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006.

MARTINS, I.P.M.; NAKAMURA, C.Y.; CARVALHO, D.R. Variáveis associadas à mortalidade materno e infantil: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 64, 2020.

MASON, D. et al. A Systematic Review of What Barriers and Facilitators Prevent and Enable Physical Healthcare Services Access for Autistic Adults. **Journal of autism and developmental disorders**, United States, v.49, n.8, p. 3387–3400, 2019.

MATUDA, C.G., et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2511-2521, 2015.

MENDES, E.V. **Programa mãe curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná**. Lima: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, D.C.S., et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 553-559, 2006.

MENY, I.; THOENIG, J.C. **Las políticas públicas**. Trad. De Francisco Morata. Barcelona (Espanña): Editorial Ariel S.A, 1992.

MEUR, N.; GAO, F.; BAYAT, S. Mining care trajectories using health administrative information systems: the use of state sequence analysis to assess disparities in prenatal care consumption. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2015.

MUNN, Z. et al. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. **BMC medical research methodology**, United Kingdom, v.18, n. 1, p. 1-9, 2018.

OBA, M.D.V.; TAVARES, M.S.G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p. 11-17, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba:** resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.

PARANÁ. Lei nº 20.127 de 15/01/2020. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, 15 jan. 2020.

PEIXOTO, C.R., et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 286-291, 2011.

PORTAL ODS. **Relatórios Dinâmicos:** Monitoramento de Indicadores. Disponível em: <<http://rd.portalods.com.br/relatorios/12/saude-e-bem-estar/BRA004041095/curitiba---pr>> Acesso em: 13 jul. 2020.

PÜLZL, H.; TREIB, O. Implementing Public Policy. In: FISCHER, F.; MILLER, G.J.; SIDNEY, M.S. **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. London: CRC Press, 2007.

RASIA, I.C.R.B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 401-410, 2008.

RAMOS, M.P.; SCHABBACH, L.M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

RIBEIRO, F.D. et al. Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 381-388, 2014.

ROCHA, F.A.F., et al. **A trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

RODRIGUES, N.C.P., et al. Evolução temporal e espacial das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil, 1997-2012. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 92, n. 6, p. 567-573, 2016.

SÁ, F.N.N.O., et al. Fatores associados ao acesso à saúde bucal das gestantes na estratégia saúde da família. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 62355-62369, 2020.

SAETREN, H. Implementing the third generation research paradigm in policy implementation research: an empirical assessment. **Public Policy and Administration**, United States, v. 29, n. 2, p. 84-105, 2014.

SANTOS NETO, E.T. dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, p. 107-119, 2008.

SALVADOR, B.C., et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 18, n. 3, p. 167-174, 2008.

SANTA ROSA, P.L.F.; HOGA, L.A.K.; REIS-QUEIROZ, J. "Not worth doing prenatal care": an ethnographic study of a low-income community. **Investigacion y educacion en enfermeria**, Colombia, v. 33, n. 2, p. 288-296, 2015.

SANTOS, I.S. et al. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 603-609, 2000.

SANTOS NETO, A.E.O., et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 3057-3068, 2012.

SCHÖNBORN, C.L.P.S. **Análise das políticas públicas da ANS, MS e ANVISA para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil**. 67 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

SHAPIRO, I.; REEHER, G. **Power, Inequality, and Democratic Politics**. Westview Press: Boulder & London, 1988.

SILVA, A.M. **Atenção ao pré-natal, parto e pós-parto na perspectiva de mulheres atendidas na rede cegonha**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, E. Z.; KAUCHAKJE, S. Cidades e espraiamento de políticas públicas - intercâmbios entre o local e o global: o caso do Programa Mãe Curitibana. In: II WORKSHOP DE PESQUISA EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS, 2015, Curitiba. **Anais do II Workshop de Pesquisa em Relações Internacionais**, 2015. p. 1-50.

SILVA, M.Z.N. da; ANDRADE, A.B. de; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 805-816, 2014.

SILVA, J.L.C.P.; SURITA, F.G.C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009.

SILVEIRA FILHO, A.D.; MARTY, I.K.; FAORO, N.T. Contextualização do SUS-Curitiba. In: MOYSES, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSES, S.J. (org.). **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. p.17-52.

SIRRIYEH, R. et al. Reviewing studies with diverse designs: the development and evaluation of a new tool. **Journal of evaluation in clinical practice**, United Kingdom, v.18, n.4, p. 746-752, 2012.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

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

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R; PORTO, A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II:[revisão]. **Femina**, São Paulo, v.38, n.9, p. 459-468, 2010.

SUPERINTENDÊNCIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – UFPR. Complexo Hospital de Clínicas vai ofertar anticoncepcional de longa duração para mulheres em vulnerabilidade social. 2018. Disponível em: <<https://www.ufpr.br/portalufpr/noticias/complexo-hospital-de-clinicas-vai-ofertar-anticoncepcional-de-longa-duracao-para-mulheres-em-vulnerabilidade-social/>>. Acesso em: 09 dez. 2020.

TELLES, J. Protocolo Mínimo da Ultrassonografia Morfológica do segundo trimestre. **Revista da Sociedade Brasileira de Ultrassonografia**, v.14, n. 18, p. 21-24, 2013.

TOMASI, E.; FERNANDES, P.A.A.; FISCHER, T. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.1-11, 2017.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais do acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004.

ULLRICH, D.R., et al. Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. **Análise**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 1, p. 19-30, 2012.

VICTORA, C.G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet Serie Saúde no Brasil**, United Kingdom, v. 1, p.90-102, 2011.

VIEIRA, S.M., et al. La percepción de las puérperas sobre la asistencia prestada por el equipo de salud en el prenatal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. SPE, p. 255-262, 2011.

VIELLAS, E.F., et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, United Kingdom, v.2, p. 436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on caesarean section rates.** Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017:** monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Newborns: reducing mortality.** 2019. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>>. Acesso em: 04 ago. 2020.

ZERMIANI, T.C. et al. A relação entre indicadores de desenvolvimento humano e de saúde materna nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba–PR. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 100-106, 2018.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA QUANTITATIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pág. 1/3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Este documento lhe fornece as informações que você precisa para poder decidir se quer ou não participar deste estudo. Antes de concordar em participar, é importante que você entenda as informações abaixo.

Após receber as explicações e entender sobre o estudo, se você concordar, será solicitado que você registre seu aceite. Se você não puder ler este documento, será solicitado que uma pessoa o leia para você. Você receberá do entrevistador uma via do termo de consentimento assinada e rubricada pelos pesquisadores responsáveis, para você guardar.

O QUE O ESTUDO ENVOLVE?

Você está sendo convidada como voluntária a participar do estudo chamado COOSMIC: Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba, que tem como objetivo investigar a saúde de gestantes e crianças vinculadas à Rede Mãe Curitibana, nos primeiros mil dias de vida (da gestação até os dois anos de idade da criança). Acreditamos que esta pesquisa seja importante, porque através dela busca-se conhecer as condições de saúde das gestantes e de suas crianças, atendidas na Rede Mãe Curitibana, estudando fatores que podem interferir na saúde neste período, identificando grupos de risco que precisam de maior cuidado, além de melhorar a qualidade da atenção a gestantes e crianças da cidade.

O estudo envolverá aproximadamente 1200 gestantes, acompanhando seus filhos até os dois anos de idade. Este estudo será realizado em quatro Fases. Na Fase 1, serão realizados exames e entrevistas com as mães durante o acompanhamento pré-natal. Na Fase 2 do estudo será feita nova entrevista com as mães e seus filhos após o nascimento. Na Fase 3, as crianças serão avaliadas aos 3 e 6 meses de vida. Na Fase 4 serão realizadas avaliações nas crianças quando estas tiverem 1 e 2 anos de idade.

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo, nesta Fase 1, será em responder perguntas de um questionário contendo informações sobre você, incluindo dados de identificação, moradia, educação, trabalho, acesso aos serviços de saúde, além de informações sobre sua saúde antes e durante a gestação, consumo de alimentos, atividade física, comportamentos de risco e consumo de medicamentos.

Serão também realizados exames para aferir sua pressão, seu peso, altura, verificar se você tem edema (inchaço), avaliar algumas medidas físicas do corpo, além de exame da boca para avaliar sua condição de saúde bucal, incluindo a experiência de cárie, alterações de gengiva e de outras partes da boca. Caso durante estes exames for identificada qualquer alteração de sua condição de saúde, você será encaminhada para atendimento pela equipe da Unidade Mãe Curitibana que a acompanha ou para unidades especializadas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Ainda será coletado um pouco de saliva e células da sua bochecha (a coleta será feita com suave raspagem usando uma espátula de madeira na sua bochecha), para que possam ser feitos estudos posteriores sobre seu perfil genético.

Será solicitado que você forneça seus contatos para que o grupo de pesquisa possa encontrá-la para participar das outras fases do estudo.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo informada que pode esperar alguns benefícios, tais como ampliar seu conhecimento sobre sua saúde durante a gestação e, mais tarde, acompanhar o desenvolvimento e a saúde de seu(sua) filho(a) até os dois anos de idade, com o apoio de uma equipe de profissionais de odontologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, farmácia e educação física. Além disso, você pode também ter benefícios indiretos com o aumento da qualidade da atenção em saúde oferecida pela Rede Mãe Curitibana, contribuindo para a melhoria da saúde de gestantes e crianças de Curitiba.

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

Também é possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos em sua participação. Isto pode incluir acanhamento para responder a algumas perguntas do questionário, ou algum desconforto durante a realização dos exames, como cansaço em permanecer em pé para realização de algumas medidas corporais. Para diminuir tais desconfortos e riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: se estiver acanhada para responder perguntas do questionário, você poderá manifestar seu desejo de não as responder ou interromper sua participação a qualquer momento; os exames serão realizados em local apropriado, em ambiente confortável e protegido, conduzidos por examinadores treinados para agilizar os procedimentos necessários.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em segredo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos seus dados pessoais de pesquisa.

O QUE ACONTECERÁ COM O MATERIAL BIOLÓGICO COLETADO DURANTE A PESQUISA

As amostras de células retiradas de sua bochecha ficarão guardadas no Laboratório do Núcleo de Investigação Molecular Avançada (NIMA) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e serão utilizadas para pesquisas genéticas previstas durante a duração do estudo.

O período de armazenamento poderá ser renovado por meio de um pedido dos pesquisadores e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após esse tempo, quaisquer amostras restantes e preparações derivadas dessas amostras serão destruídas. As amostras poderão ser destruídas antes desse prazo se você retirar seu consentimento.

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos acompanhamento e acesso a informações sobre o andamento do trabalho durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todos os esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo na Unidade Mãe Curitibana.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como seu acompanhante (se for o caso), haverá ressarcimento dos valores gastos em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizada, conforme determina a lei.

CONTATO

As pesquisadoras responsáveis pelo projeto são Simone Tetu Moysés, Flavia Auler e Juliana Schaia Rocha Orsi e com elas você poderá manter contato pelos telefones (41) 999572108, (41) 998046664 e (42) 984040693.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicada de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que meu aceite em participar será registrado pelos pesquisadores responsáveis do estudo. Manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da
pesquisa

Assinatura do Pesquisador

USO DE IMAGEM

Autorizo o uso de minha imagem na forma de fotografias para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a apresentações e relatórios de pesquisa. Este material será arquivado por 5 anos após a finalização da pesquisa e posteriormente será descartado.

Assinatura do participante da
pesquisa

Assinatura do Pesquisador

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO NA ETAPA QUANTITATIVA
(APENAS QUESTÕES UTILIZADAS NESTE ESTUDO)

1.26 Qual sua raça/cor autodeclarada?

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Parda
- (4) Amarela
- (5) Indígena
- (6) não sabe/não quer informar

1.27 Qual o seu estado conjugal?

- (1) Solteira
- (2) Separada/Divorciada
- (3) Casada ou vive com companheiro (a)
- (4) Viúva
- (5) não sabe/não quer informar

1.31 Até qual série você estudou?

- (1) Nunca estudou (pular para questão 1.33)
- (2) Ensino fundamental incompleto (antigo primário, 1ª a 4ª série) – 4 anos
- (3) Ensino fundamental completo (1º ao 9º ano, antigo ginásio) - 8 a 9 anos
- (4) Ensino médio incompleto (antigo científico, 1ª a 3ª série)
- (5) Ensino médio completo (antigo científico, 1ª a 3ª série) – 3 anos
- (6) Ensino superior (faculdade) incompleto
- (7) Ensino superior (faculdade) completo e mais – 4 a 5 anos
- (8) Pós-graduação
- (9) não sabe/não quer informar (pular para questão 1.33)

1.33 Você trabalha outra trabalhava antes da gestação?

- (1) Nunca trabalhou (passe para questão 1.37)
- (2) Já trabalhou e não quer trabalhar mais (passe para questão 1.37)
- (3) Está desempregada ou afastada (passe para questão 1.37)
- (4) Trabalha e está em atividade atualmente
- (5) não sabe/não quer informar (passe para questão 1.37)

1.37 Qual é o valor total aproximado da renda do domicílio (soma do salário de todos que trabalham e contribuem em casa)?

- (1) Valor em reais (xxxx – sem ,00):
- (2) Não sabe/não quer informar

1.38 Sua família recebe algum benefício de programas sociais?

- (1) Não recebe nenhum benefício
- (2) Bolsa família

- (3) Minha Casa Minha Vida
- (4) Benefício de prestação continuada: idoso acima de 65anos
- (5) Benefício de prestação continuada: pessoa com deficiência
- (6) Benefício de Pensão
- (7) Seguro desemprego
- (8) Aposentadoria
- (9) Auxílio doença
- (10) Salário família
- (11) Pensão alimentícia
- (12)Doações
- (13) Vale gás
- (14) Bolsa de estudos
- (15)Outros. Quais:
- (16) não sabe/não quer informar

Agora vou fazer perguntas sobre as características da sua casa

1.39 Quantas pessoas moram na sua casa?

- (1) Número de pessoas:
- (2) não sabe/não quer informar

1.40 Quantos cômodos são utilizados para dormir?

- (1) Número de cômodos:
- (2) não sabe/não quer informar

1.42 Como está disponível a água em sua casa?

- (1) Sem água encanada
- (2) Poço
- (3) Encanada
- (4) não sabe/não quer informar

1.43 Como é o destino do esgoto em sua casa?

- (1) Esgoto a céu aberto
- (2) Fossa Séptica
- (3) Rede de esgoto
- (4) não sabe/não quer informar

1.44 Qual o destino do lixo em sua casa?

- (1) Lixo a céu aberto
- (2) Queimado/Enterrado
- (3) Coleta de lixo
- (4) não sabe/não quer informar

Agora iremos fazer perguntas sobre seu acesso aos serviços de saúde.

1.46 Quando você precisa de algum acompanhamento de saúde relacionado à sua gestação, qual tipo de serviço procura? (permitir mais de uma resposta)

- (1) Posto de saúde do SUS
- (2) Hospital do SUS
- (3) Hospital particular/convênio
- (4) Consultório ou estabelecimento convênio/particular
- (5) Ambulatório/consultório de empresa ou sindicato
- (6) Serviços de Universidades
- (7) Outros
- (8) não sabe/não quer informar

1.47 Onde você está fazendo seu pré-natal (Unidade de Saúde, Hospital, consultório particular...)?

1.48 Quantas consultas pré-natal você já fez até o momento? (consultar agendamento pré-natal na carteira da gestante)

- (1) Número de consultas:
- (2) não sabe/não quer informar

1.50 Você foi atendida por um médico durante a gestação? (consultar agendamento pré-natal na carteira da gestante)

- (1) Não (pular para questão 1.52)
- (2) Sim
- (3) não sabe/não quer informar (pular para questão 1.52)

1.52 Você foi atendida por um enfermeiro durante a gestação? (consultar agendamento pré-natal na carteira da gestante)

- (1) Não(pular para questão 1.54)
- (2) Sim
- (3) não sabe/não quer informar (pular para questão 1.54)

1.66 Você considera que agendar atendimento nesses locais onde você foi atendida foi:

- (1) difícil
- (2) fácil
- (3) não sabe/não quer informar

1.68 Você teve que esperar mais de 60 minutos para ser atendida em algum desses serviços?

- (1)sim
- (2) não (finalizar o bloco)
- (3) não sabe/não quer informar (finalizar o bloco)

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde gestacional. Vamos confirmar algumas informações em sua Carteira da Gestante.

- 2.1. Onde está fazendo seu Pré-Natal (Unidade de Saúde, Hospital...)?
- 2.2. Em que mês da gestação você estava quando iniciou o pré-natal na Rede Mãe Curitibana?
- 2.4. Com quantas semanas de gestação você está?
- 2.8. Registrar como foi classificado o risco gestacional no início do pré-natal conforme carteira da gestante.
- (1) Alto risco
 - (2) Intermediário alto
 - (3) Intermediário médio
 - (4) Habitual
 - (5) não está com a carteira da gestante

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ETAPA DE PESQUISA QUALITATIVA

ENTREVISTADA:

Idade:

Mês de Gestação:

Número de Consultas de Pré-natal:

Mês de vinculação ao Programa Mãe Curitibana:

1. Como está sendo o seu pré-natal nos serviços de saúde? Quais foram as facilidades ou as dificuldades enfrentadas?
2. Como você avalia a localização dos serviços de saúde de que você necessita e os horários disponíveis para atendimento?
3. Nos serviços procurados por você, foi possível realizar os procedimentos necessários, havia profissionais, materiais e equipamentos suficientes?
4. O seu acompanhamento está gerando algum custo, com tratamento, transporte, exame, por exemplo? Quais?
(Caso não explique, perguntar: Isso está gerando alguma dificuldade financeira?)
5. Quais eram as suas expectativas com o acompanhamento pré-natal? Elas estão sendo atingidas?

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA QUALITATIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pág. 1/3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Este documento lhe fornece as informações que você precisa para poder decidir se quer ou não participar deste estudo. Antes de concordar em participar, é importante que você entenda as informações abaixo.

Após receber as explicações e entender sobre o estudo, se você concordar, será solicitado que você registre seu aceite. Se você não puder ler este documento, será solicitado que uma pessoa o leia para você. Você receberá do entrevistador uma via do termo de consentimento assinada e rubricada pelos pesquisadores responsáveis, para você guardar.

O QUE O ESTUDO ENVOLVE?

Você está sendo convidada como voluntário a participar do estudo chamado **COOSMIC: Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba**, que tem como objetivo investigar a saúde de gestantes e crianças vinculadas à Rede Mãe Curitibana, nos primeiros mil dias de vida (da gestação até os dois anos de idade da criança). Acreditamos que esta pesquisa seja importante, porque através dela busca-se conhecer as condições de saúde das gestantes e de suas crianças, atendidas na Rede Mãe Curitibana, estudando fatores que podem interferir na saúde neste período, identificando grupos de risco que precisam de maior cuidado, além de melhorar a qualidade da atenção a gestantes e crianças da cidade de Curitiba.

Este estudo será realizado em quatro Fases. Na Fase 1, serão realizados exames e entrevistas com as mães durante o acompanhamento pré-natal. Na Fase 2 do estudo será feita nova entrevista com as mães e seus filhos após o nascimento. Na Fase 3, as crianças serão avaliadas aos 3 e 6 meses de vida. Na Fase 4 serão realizadas avaliações nas crianças quando estas tiverem 1 e 2 anos de idade.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo, nesta primeira fase, será por meio da resposta a perguntas de uma entrevista sobre o acesso e a acessibilidade

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA
PESQUISA

RUBRICADO PESQUISADOR

aos serviços públicos de saúde. A entrevista será realizada pela cirurgiã-dentista Thabata Cristy Zermiani, participante deste estudo como pesquisadora associada.

Para que seja realizada uma análise qualitativa do conteúdo das respostas da entrevista, solicita-se também permissão para que esta entrevista seja gravada em áudio, sendo que depois da sua utilização os áudios serão destruídos.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo informada que não terá nenhum benefício pessoal direto, mas pode esperar alguns benefícios indiretos com a melhoria dos serviços que constituem a Rede Mãe Curitibana, com a identificação de possíveis pontos que geram obstáculos ao acesso e atendimento efetivo por parte dos serviços oferecido pela Rede Mãe Curitibana, bem como pelas equipes multiprofissionais, o que contribuirá para a elaboração de Políticas Públicas de Saúde que envolvam a atenção materno-infantil.

Também é possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos em sua participação. Isto pode incluir acanhamento para responder a algumas perguntas do questionário. Para diminuir tais desconfortos e riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: caso se sinta desconfortável para responder perguntas do questionário, você poderá manifestar seu desejo de não as responder ou interromper sua participação a qualquer momento.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em segredo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos seus dados pessoais de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos acompanhamento e acesso a informações sobre o andamento do trabalho durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA

RUBRICA DO PESQUISADOR

livre acesso a todos os esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e, por desejar sair da pesquisa, não acarretará qualquer prejuízo à assistência que as gestantes vem recebendo na Unidade Mãe Curitibana.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizada, conforme determina a lei.

CONTATO

As pesquisadoras responsáveis pelo projeto são Simone Tetu Moysés, Ana Carla Efig e Thabata Cristy Zermiani, com elas você poderá manter contato pelos telefones (41) 999572108 e (41) 99925-3863.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicada de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que meu aceite em participar será registrado pelos pesquisadores responsáveis do estudo. Manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA
RUBRICADO PESQUISADOR

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

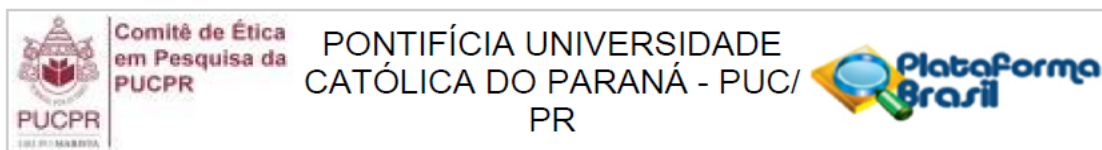
Local, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da
pesquisa

Assinatura do Pesquisador

RUBRICA DO PESQUISADOR	RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA
------------------------	-------------------------------------

ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA PUCPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COOSMIC Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba

Pesquisador: Simone Tetu Moysés

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 90052118.9.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

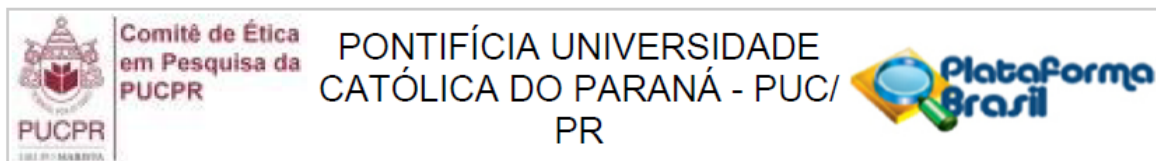
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.672.385

Apresentação do Projeto:

O cuidado com a saúde de mães e crianças durante os primeiros anos de vida é considerado uma estratégia chave para o combate a iniquidades em saúde, reduzindo a carga de doenças e de mortes preveníveis e/ou evitáveis. Deve constituir, portanto, prioridade em políticas de saúde pública e de proteção social em qualquer contexto populacional, independentemente de tempo e lugar. Determinantes socioambientais e fatores biológicos desde o período fetal e a primeira infância, em especial nos primeiros 1000 dias, afetam a vida e a saúde com repercussões percebidas na fase adulta e na terceira idade. Estudos longitudinais de coorte oferecem oportunidade para a produção de conhecimento dinâmico sobre iniquidades em saúde, diagnóstico de riscos e chances individuais e comunitárias, identificação de doenças e pistas de causalidade, além da avaliação de impacto de estratégias de cuidado. A produção de conhecimento epidemiológico relevante em saúde materno-infantil, por meio da análise complexa dos dados disponíveis no sistema de informação de serviços de saúde, e com base no acompanhamento de gestantes e seus filhos durante os primeiros mil dias (até os dois anos de idade), pode apoiar a definição de políticas e ações intersetoriais de

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155		CEP: 80.215-901
Bairro: Prado Velho		
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103	E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.672.385

saúde pública que impactem positivamente a proteção e a saúde de mães e crianças. Considerando a expertise de pesquisadores da PUCPR e de profissionais da área técnica da Secretaria Municipal da Saúde, bem como a existência de estrutura necessária para o desenvolvimento de uma pesquisa operacional multidisciplinar, surge como oportuna a proposta de estruturação de um estudo de coorte mista, com gestantes e crianças até os dois anos de idade em Curitiba vinculadas à Rede Mãe Curitibana, alinhado à oferta paralela de serviços especializados para atendimento dessas mulheres e seus filhos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a saúde de gestantes e crianças nos primeiros 1000 dias de vida, vinculadas à Rede Mãe Curitibana.

Objetivo Secundário:

1. Explorar as condições de saúde e seus determinantes, na população de gestantes e crianças até dois anos. 2. Analisar desfechos na saúde de gestantes e crianças até dois anos e fatores associados tais como determinantes biológicos, comportamentais, ambientais, sociais e econômicos. 3.

Identificar fatores preditores de eventos de saúde/doença/cuidado ao longo dos primeiros 1000 dias de vida das crianças. 4. Investigar

vulnerabilidades que acometem o grupo materno-infantil pesquisado. 5. Promover o acompanhamento e cuidado em saúde da população do estudo,

por meio de abordagem multidisciplinar. 6. Avaliar o impacto das intervenções multidisciplinares implementadas durante o estudo, sobre a condição

de saúde de gestantes e crianças até dois anos. 7. Apoiar o planejamento e gestão de políticas de atenção materno-infantil em Curitiba, ampliando a

qualificação de equipes de saúde e de pesquisadores para a atenção materno-infantil. 8. Criar um centro de excelência na atenção materno-infantil

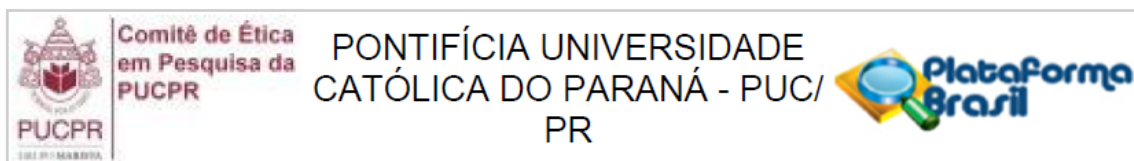
vinculado à Rede Mãe Curitibana, como referência para populações com características similares, seja no Brasil ou em outros países.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Alguns desconfortos ou riscos podem ser esperados para a participação das gestantes. Isto pode

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155	CEP: 80.215-901
Bairro: Prado Velho	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103
	E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.672.385

incluir constrangimentos para responder a algumas perguntas do questionário, ou algum desconforto durante a realização dos exames, como cansaço para realização de algumas medidas corporais. Para diminuir tais desconfortos e riscos serão tomadas as seguintes medidas: em caso de constrangimento para responder perguntas do questionário, será garantido o direito das gestantes em não responder ou interromper sua participação a qualquer momento; os exames serão realizados em local apropriado, em ambiente confortável e privado, conduzidos por examinadores treinados para agilizar os procedimentos necessários.

Benefícios:

O benefício direto para as participantes será a ampliação do conhecimento sobre sua saúde durante a gestação e, em uma fase posterior do estudo, acompanhar o desenvolvimento e a saúde de seu(s) filho(s) até os dois anos de idade, com o suporte de uma equipe de profissionais de odontologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, farmácia e educação física. Além disso, benefícios indiretos também poderão ser esperados como o aumento

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito bem estrutura com todos os documentos anexados corretamente e muito bem organizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos documentos obrigatórios anexados corretamente

Recomendações:

sem comentários adicionais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

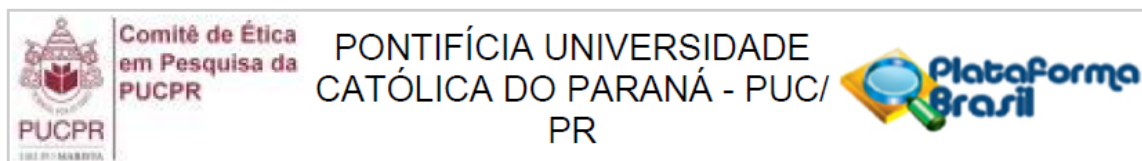
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

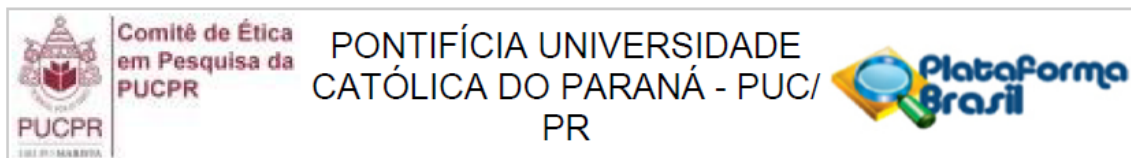
Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.672.385

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1139359.pdf	19/05/2018 17:32:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOOSMICmai2018.pdf	19/05/2018 17:31:31	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoLEM.pdf	19/05/2018 17:30:45	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	RequerimentodeApreciacaodePesquisa.pdf	18/05/2018 19:24:10	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPQuestionariofrequenciaalimentar.pdf	18/05/2018 19:23:24	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPPressaoarterial.pdf	18/05/2018 19:23:09	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPExperienciadecarieindiceCPOD.pdf	18/05/2018 19:22:52	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPEdema.pdf	18/05/2018 19:22:36	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPCondicaooperiodontal.pdf	18/05/2018 19:22:17	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPColetadematerialbiologico.pdf	18/05/2018 19:22:00	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPAntropometria.pdf	18/05/2018 19:21:44	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Manualdoentrevistador.pdf	18/05/2018 19:20:31	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPAlteracoesestomatologicas.pdf	18/05/2018 19:19:36	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Instrumentoavaliacaoclinica.pdf	18/05/2018 19:18:46	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioGestantesPreNatal.pdf	18/05/2018 19:18:18	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodenaocustoSMS.pdf	18/05/2018 19:17:14	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	18/05/2018 19:16:46	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaocienciaeinteresseSMS.pdf	18/05/2018 19:16:23	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmenores18anospaisresponsavelCOOSMICmai2018.pdf	18/05/2018 19:15:36	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantes16_18_anos_COOSMICmai2018.pdf	18/05/2018 19:14:32	Simone Tetu Moysés	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.672.385

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantesmaiores18_anosCOO SMICmai2018.pdf	18/05/2018 19:14:04	Simone Tetu Moysés	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	18/05/2018 19:09:00	Simone Tetu Moysés	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

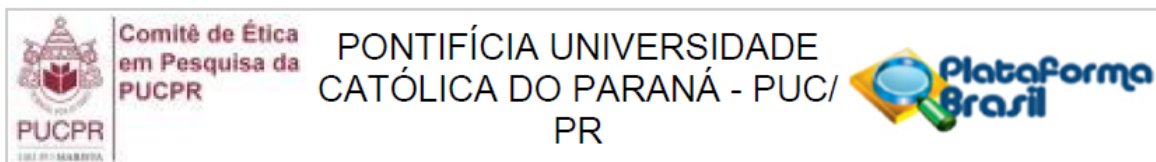
Não

CURITIBA, 24 de Maio de 2018

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br

ANEXO 4 – PARECER DE APROVAÇÃO DA EMENDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COOSMIC Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba

Pesquisador: Simone Tetu Moysés

Área Temática:

Versão: 9

CAAE: 90052118.9.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.661.221

Apresentação do Projeto:

O objetivo desta emenda é anexar roteiro de entrevistas que será realizada e dois novos TCLEs para o caso da gestante não ter assinado ainda o TCLE do estudo principal.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar novos documentos de apresentação obrigatória e mais um roteiro de entrevistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda objetiva apresentar novos documentos de apresentação obrigatória e mais um roteiro de entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de apresentação obrigatória foram apresentados.

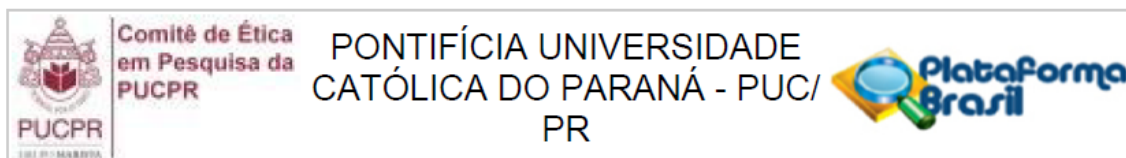
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda encontra-se em consonância com a Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155		CEP: 80.215-901
Bairro: Prado Velho		
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103	E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.661.221

de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

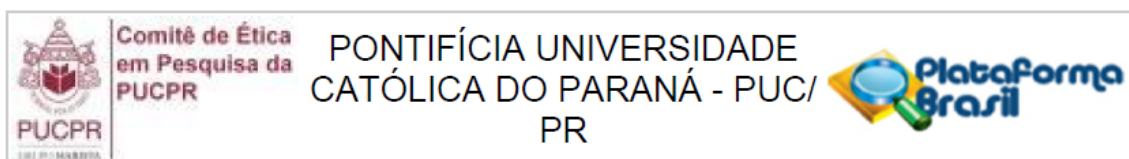
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1452296_E6.pdf	11/10/2019 14:46:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gisele.docx	11/10/2019 14:36:56	Ana Carla Efiging	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_gisele.docx	11/10/2019 14:36:37	Ana Carla Efiging	Aceito
Outros	Roteiro_semiestruturado.pdf	11/10/2019 14:35:09	Ana Carla Efiging	Aceito
Outros	TCUD_Thabata.pdf	11/10/2019 14:34:30	Ana Carla Efiging	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.pdf	11/10/2019 14:33:42	Ana Carla Efiging	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_emenda.docx	11/10/2019 14:33:15	Ana Carla Efiging	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAE_maiores18_anos_3_6MES ES.pdf	25/09/2019 13:43:06	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAE_16_18_anos_3_6MESES_pais_responsavel.pdf	25/09/2019 13:42:15	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEMAE_16_18_anos_3_6MESES.pdf	25/09/2019 13:40:08	Simone Tetu Moysés	Aceito

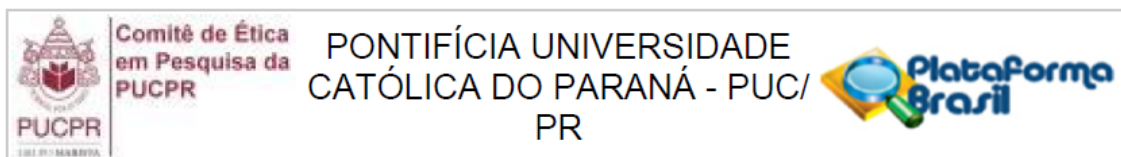
Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.661.221

Justificativa de Ausência	TCLEMAE_16_18_anos_3_6MESES.pdf	25/09/2019 13:40:08	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Crianca_3_6MESES_pais_responsavel.pdf	25/09/2019 13:39:31	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Carta_submissao_emendaFase3.pdf	25/09/2019 13:38:10	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioMAECrianca6MESES.pdf	25/09/2019 13:36:29	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioMAECrianca3MESES.pdf	25/09/2019 13:36:01	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioCrianca6MESES.pdf	25/09/2019 13:35:20	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioCrianca3MESES.pdf	25/09/2019 13:34:22	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	quadroalteracoesinstrumentos.pdf	16/06/2019 22:19:27	Ana Carla Efing	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_2019.pdf	16/06/2019 22:19:16	Ana Carla Efing	Aceito
Outros	QuestionarioMaePuerperio_2019.pdf	16/06/2019 22:18:54	Ana Carla Efing	Aceito
Outros	QuestionarioGestantesPreNatal_2019.pdf	16/06/2019 22:18:21	Ana Carla Efing	Aceito
Outros	QuestionarioCriancaPerinatal_2019.pdf	16/06/2019 22:18:01	Ana Carla Efing	Aceito
Outros	cartajustificativa.docx	16/06/2019 22:16:07	Ana Carla Efing	Aceito
Outros	entrevista.docx	15/05/2019 16:41:04	Ana Carla Efing	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemenda.docx	15/05/2019 16:39:58	Ana Carla Efing	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantes_maiores_18_anos_COOSMIC_puerperio_nov2018.pdf	13/11/2018 21:19:07	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantes_16_18_anos_COOSMIC_puerperio_nov2018.pdf	13/11/2018 21:18:57	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_recem_nascidos_pais_responsavel_COOSMIC_nov2018.pdf	13/11/2018 21:18:42	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_para_menores_de_18_anos_pai	13/11/2018	Simone Tetu	Aceito

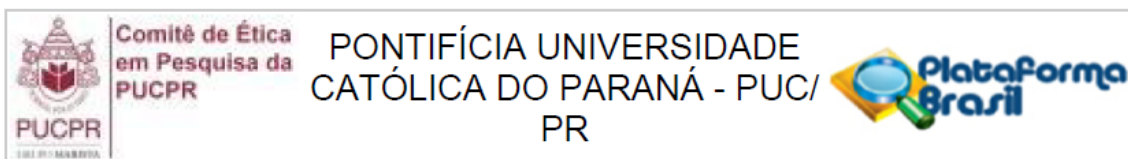
Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.661.221

Assentimento / Justificativa de Ausência	s_responsavel_COOSMIC_puerperio_nov2018.pdf	21:18:30	Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioCriancaPerinatal.pdf	13/11/2018 21:18:02	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Carta_emenda_Fase2.pdf	13/11/2018 21:17:44	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	QuestionarioMaePuerperio.pdf	13/11/2018 21:06:32	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmenores18anospaisresponsavelCOOSMICout2018.pdf	29/10/2018 17:05:50	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmaiores18anosCOOSMICout2018.pdf	29/10/2018 16:58:41	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1618anosCOOMICout2018.pdf	29/10/2018 16:58:08	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Carta_submissao_emenda_29_10_2018.pdf	29/10/2018 16:39:31	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Carta_submissao_emenda.pdf	05/10/2018 07:32:19	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Oficinas.pdf	05/10/2018 07:29:10	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Servicos_especializados_multidisciplinares.pdf	05/10/2018 07:26:54	Simone Tetu Moysés	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOOSMICmai2018.pdf	19/05/2018 17:31:31	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoLEM.pdf	19/05/2018 17:30:45	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	RequerimentodeApreciacaodePesquisa.pdf	18/05/2018 19:24:10	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPQuestionariofrequenciaalimentar.pdf	18/05/2018 19:23:24	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPPressaoarterial.pdf	18/05/2018 19:23:09	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPExperienciadecarieindiceCPOD.pdf	18/05/2018 19:22:52	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPEdema.pdf	18/05/2018 19:22:36	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPCondicaooperiodontal.pdf	18/05/2018 19:22:17	Simone Tetu Moysés	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.661.221

Outros	POPColetadematerialbiologico.pdf	18/05/2018 19:22:00	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPAntropometria.pdf	18/05/2018 19:21:44	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Manualdoentrevistador.pdf	18/05/2018 19:20:31	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	POPAlteracoesestomatologicas.pdf	18/05/2018 19:19:36	Simone Tetu Moysés	Aceito
Outros	Instrumentoavaliacaoclinica.pdf	18/05/2018 19:18:46	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodenaocustoSMS.pdf	18/05/2018 19:17:14	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	18/05/2018 19:16:46	Simone Tetu Moysés	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaocienciaeinteresseSMS.pdf	18/05/2018 19:16:23	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmenores18anospaisresponsavelCOOSMICmai2018.pdf	18/05/2018 19:15:36	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantes16_18_anos_COOSMICmai2018.pdf	18/05/2018 19:14:32	Simone Tetu Moysés	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantesmaiores18_anosCOOSMICmai2018.pdf	18/05/2018 19:14:04	Simone Tetu Moysés	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	18/05/2018 19:09:00	Simone Tetu Moysés	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Outubro de 2019

Assinado por:
Cilene da Silva Gomes Ribeiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br

ANEXO 5 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, Thabata Cristy Zermiani, abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título "COOSMIC - Coorte de Saúde Materno-Infantil de Curitiba" me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Banco de Dados do COOSMIC, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e as Resoluções 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito ao acesso/acessibilidade das gestantes aos serviços públicos de saúde no município de Curitiba no período de 2018 a 2020.

Curitiba, 27 de agosto de 2019

APÊNDICE C – TABELAS DE BARREIRAS E FACILITADORES DE ACESSO DAS GESTANTES AOS SERVIÇOS

TABELA 1 - BARREIRAS DE ACESSO E ACESSIBILIDADE DAS GESTANTES AOS SERVIÇOS

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	BARREIRAS		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS
OBA; TAVARES (2000)	Ribeirão Preto / SP	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de referência hospitalar; - Peregrinação para encontrar local do parto; - “Rodízio” médico durante o pré-natal e parto. 	NR	NR
SANTOS et al. (2000)	Pelotas / RS	<ul style="list-style-type: none"> - Má qualidade do atendimento. 	NR	NR
ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES (2004)	Cabo de Santo Agostinho /PE	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de agendamento; - Falta de segurança para sair de casa; - Profissionais que desaconselham o tratamento durante a gravidez (falta de informação); - Absenteísmo por parte do dentista; - Desconhecimento do serviço por parte dos ACS (falta de informação). 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa percepção de necessidade pelo usuário; - Ansiedade e medo relacionado à gestante; - Falta de tempo pela gestante; - Vergonha de pedir informação; - Desconhecimento do serviço pela gestante (falta de informação); - Falta de suporte social (gestantes com filhos); - Falta ao trabalho para ir à consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos financeiros (transporte)
CARVALHO; NOVAES (2004)	Curitiba /PR	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades para o atendimento inicial; - Agendamento das consultas médicas. 	NR	NR
ROCHA (2004)	Rio de Janeiro /RJ	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de acompanhamento por responsáveis; - Dificuldades para testagem inicial da gravidez; - Serviços com dupla porta de entrada, pelo SUS e particular, gerando ônus financeiro. - Desvalorização das gestantes; - Perambulação no momento do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medo e negação da gestação; - Gravidez na adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa renda familiar e baixa escolaridade.

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	BARREIRAS		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS
MARTINS (2006)	Dourados /MS	<ul style="list-style-type: none"> - Distância da UBS; - Agendar consultas; - Longo tempo de espera para atendimento; - Falta de informação; - Demora na realização e entrega de exames; - Falta de orientação sobre práticas educativas; - Má recepção; - Falta de acolhimento. 	- Descrédito no exame do SUS.	NR
MENEZES et al. (2006)	Rio de Janeiro /RJ	- Peregrinação para conseguir vagas em maternidades;	- Mulheres sem relação estável.	- Menor idade; - Mulheres negras e mestiças.
FIGUEIREDO; ROSSONI (2008)	Porto Alegre/RS	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de agendamento; - Tempo de espera para a consulta; - Falta de vínculo; - Rodízio de profissionais no atendimento; - Falta de informação e de ações educativas; - Falta de assistência por uma equipe multiprofissional. 	NR	NR
SALVADOR et al. (2008)	Viçosa /MG	<ul style="list-style-type: none"> - Longo tempo de espera para início da consulta; - Mau atendimento; - Demora no atendimento; - Número insuficiente de médicos; - Ambiente inadequado; - Rodízio de profissionais. 	NR	NR
PEIXOTO et al. (2011)	Fortaleza/CE	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de encaminhamento ao dentista; - Demora no atendimento; - Falta de orientação; 	- Não comparecimento às consultas, por medo e falta de tempo.	- Menor escolaridade;

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	BARREIRAS		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS
		<ul style="list-style-type: none"> - Demora para recebimento de exames; - Demora no agendamento das consultas; - Escassez de recursos humanos; - Insegurança nas unidades. 		
VIEIRA, et al. (2011)	Porto Alegre / RS	<ul style="list-style-type: none"> - Distância; - Tempo de espera; - Negligência dos profissionais; - Falta de informação dos profissionais; - Falta de acolhimento pelos profissionais; - Falta de estabelecimentos para realização do parto; - Proibição de um acompanhante; - Uso de ambulância para transporte da gestante. 	NR	NR
DUARTE (2012)	Campo Grande /MS Região Metropolitana	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de acompanhamento do médico da UBS durante o parto (rodízio de profissionais). 	NR	NR
SANTOS NETO (2012)	da Grande Vitória/ES	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente dos profissionais da odontologia (falta de informação). 	NR	NR
DOMINGUES et al. (2013)	Rio de Janeiro/RJ	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição geográfica das unidades; - Falta de recursos humanos; - Dificuldades no agendamento de consultas; - Falta de vagas; - Dificuldades para remarcar consultas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não identificação da gestação; - Crenças pessoais de que o pré-natal não é importante; - Dúvidas em relação à manutenção da gravidez e dificuldades de assumir a gestação junto aos familiares; - Gestação na adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cor da pele e escolaridade.

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	BARREIRAS		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS
SILVA; ANDRADE; BOSI (2014)	Interior do Nordeste do Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> - Chegar cedo para garantir consulta; - Fila de espera; - Atendimento das gestantes por ordem de chegada; - Descumprimento dos horários de funcionamento; - Falta de profissionais. 	NR	NR
ESPOSTI (2015)	Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) (ES)	NR	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres chefes de família foram as que tiveram menos acesso adequado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desigualdades sociais e econômicas; - Menor escolaridade; - Menor Idade.
ESPOSTI et al. (2015)	Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) (ES)	<ul style="list-style-type: none"> - Barreiras geográficas (serviços distantes das residências, peregrinação entre os bairros); - Espaço físico e recursos materiais e de equipamentos inadequados e/ou insuficientes; - Falta de flexibilidade no horário de atendimento; - Atendimento por ordem de chegada; - Filas para agendamento; - Ausência de referência e de estrutura para atendimento de gestantes de risco; - Falta de profissionais de saúde; - Falta de visita/acompanhamento dos ACS; - Dificuldades de comunicação com os profissionais; - Falta de vínculo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Horário de trabalho; - Falta de informação sobre a necessidade de cuidado odontológico; - Custos indiretos; - Frustração; - Sensação de insegurança; - Falta de informação sobre a importância do cuidado pré-natal, dificuldade em lidarem com a possibilidade de rejeição social e de condenação da gravidez (discriminação). 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos para transporte, procedimentos e medicamentos pagos;
SANTA ROSA; HOGA; REIS- QUEIROZ (2015)	Cotia/ SP	<ul style="list-style-type: none"> - Longas distâncias aos serviços de saúde; - Alto custo e precárias condições de transporte. - Serviços ruins; - Problemas no agendamento de consultas; - Insuficiência de profissionais de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Descoberta tardia da gestação; - Medo de confirmar a gestação e enfrentar problemas; 	NR

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	BARREIRAS		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS
		- Falta de comprometimento com a provisão do cuidado; - Horário das consultas.	- Crença de que cuidados médicos só devem ser procurados em situações de urgência ou emergência; - Falta de apoio da família e de apoio social.	
SILVA (2015)	Niterói / RJ	- Tecnicismo do cuidado e falta de vínculo; - Demora no atendimento; - Instalações inadequadas; - Mau atendimento; - Demora na realização e entrega de exames; - Horários predeterminados.	- Escassez de informação que gera medo, angústia e insegurança.	NR
CARDELLI (2016)	Londrina / PR	- Atrasos; - Falta de prioridade no atendimento às gestantes; - Falta de obstetras; - Peregrinação para realização de exames e consultas terceirizadas; - Relacionamento interpessoal ruim, falta de vínculo; - Ausência de escuta ativa, tecnicismo e orientações.	NR	NR
MARTINELLI et al. (2016)	Microrregião de São Mateus (ES)	- Distância (área rural, maior tempo de viagem). - Discriminação durante o pré-natal; - Insuficiência de equipamentos; - Ausência de canais abertos para reclamações. - Fila para agendamento da primeira consulta; - Engessamento dos horários de funcionamento;	NR	- Renda (necessidade de emprestar dinheiro de familiares).
SILVA (2016)	Rio de Janeiro / RJ	- Longo tempo de espera para atendimento; - Limitação de vagas e de profissional de saúde; - Não atendimento de urgências na UBS;	NR	NR

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	BARREIRAS		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS
		<ul style="list-style-type: none"> - Demora para realização de exames - Falta de um sistema de referência e contra referência; - Transporte; - Falta de vagas para internação; - Ausência de orientação. 		
CORRÊA et al., (2017)	Recife / PE	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de visita domiciliar; - Ausência de oferta de consulta pós-parto; - Dificil acesso à consulta médica; - Falhas da recepção; - Falta de informação; - Tecnicismo; - Ausência de profissionais; - Atendimento rápido, demonstrando falta de atenção e explicação; - Dificuldade de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconforto pela atenção focalizada no bebê, sem acolher suas angústias, receios, desejos e necessidades. 	NR
COSTA (2018)	Arapiraca / AL	<ul style="list-style-type: none"> - Distância; - Transporte; - Peregrinação; - Carência de maternidades de alto risco; - Escassez de vagas; - Falta de conhecimento e informação; - Falta de apoio e de segurança no transporte; - Escassez de profissionais capacitados; - Mau atendimento dos profissionais de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Primíparas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de vínculo empregatício. - Idade (mulheres mais jovens tiveram maior tendência a peregrinar).

FONTE: A autora (2020).

TABELA 2 - FACILITADORES DO ACESSO E ACESSIBILIDADE DAS GESTANTES AOS SERVIÇOS

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	FACILITADORES		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
OBA; TAVARES (2000)	Ribeirão Preto / SP	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação da carteira da gestante; - Acompanhamento médico no pré-natal; - Realização de exames; - Proximidade da Unidade Básica Distrital de Saúde da residência; - Existência dos equipamentos necessários. 	NR	NR
SANTOS et al. (2000)	Pelotas / RS	<ul style="list-style-type: none"> - A proximidade de casa; - Qualidade do serviço oferecido. 	NR	NR
ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES (2004)	Cabo de Santo Agostinho /PE	NR	NR	NR
CARVALHO; NOVAES (2004)	Curitiba /PR	<ul style="list-style-type: none"> - Proximidade da UBS em relação à residência da entrevistada; - Realização de exames de rotina e laboratoriais; - Orientações sobre cuidados durante a gestação; - Referência e contrarreferência. 	NR	NR
ROCHA (2004)	Rio de Janeiro /RJ	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de referência e de contrarreferência. 	NR	NR
MARTINS (2006)	Dourados /MS	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento à demanda não programada; - Atendimento rápido; - Acesso à prescrição dos medicamentos usados na gravidez. - Realização de exames; - Facilidade no agendamento; - Realização de práticas educativas; - Atendimento de qualidade pela equipe. 	NR	NR
MENEZES et al. (2006)	Rio de Janeiro /RJ	<ul style="list-style-type: none"> - Proximidade do domicílio; - Indicação médica (pré-natal), orientação. 	NR	NR
FIGUEIREDO; ROSSONI (2008)	Porto Alegre/RS	<ul style="list-style-type: none"> - Duas formas de acesso: pronto-atendimento médico e consulta agendada. - Serviços de referência e contrarreferência. 	NR	NR

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	FACILITADORES		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
SALVADOR et al. (2008)	Viçosa /MG	- Qualidade do atendimento; - Orientação de saúde gestacional e materna	NR	NR
PEIXOTO et al. (2011)	Fortaleza/CE	- Acompanhamento por médicos e enfermeiros da ESF.	NR	NR
VIEIRA, et al. (2011)	Porto Alegre / RS	- Estabelecimento de vínculo; - Acolhimento; - Integração entre a equipe multiprofissional. - Proximidade da residência com a UBS; - Oferta de exames; - Implementação de grupo de gestantes; - Realização de referência/contrarreferência pelas RAS.	- Empatia da gestante com os profissionais e o serviço; - Valorização do pré- natal	NR
DUARTE (2012)	Campo Grande /MS	- Acolhimento; - Facilidade no agendamento; - Qualidade do atendimento - Proximidade da UBS com a residência da gestante; - Visita domiciliares dos ACS nas residências das gestantes; - Estabelecimento de vínculo; - Orientações; - Cartão da gestante.	NR	NR
SANTOS NETO (2012)	Região Metropolitana da Grande Vitória/ES	- Realização de atividades educativas.	- Percepção subjetiva de qualidade de vida;	NR
DOMINGUES et al. (2013)	Rio de Janeiro/RJ	NR	- Viver com companheiro, e a não ocorrência de gestações anteriores.	- Maior escolaridade. - Cor da pele branca.
SILVA; ANDRADE; BOSI (2014)	Interior do Nordeste do Brasil.	- Proximidade dos serviços de saúde das residências; - Qualidade do atendimento; - Humanização e acolhimento.	NR	NR

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	FACILITADORES		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
ESPOSTI (2015)	Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) (ES)	- Áreas cobertas por Estratégia Saúde da Família.	- Maior número de partos anteriores.	- Maior idade; - Maior escolaridade.
ESPOSTI et al. (2015)	Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) (ES)	- Visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde.	NR	NR
SANTA ROSA; HOGA; REIS- QUEIROZ, 2015	Cotia/ SP	NR	NR	NR
SILVA, 2015	Niterói / RJ	- Qualidade do atendimento; - Orientações; - Acolhimento	NR	NR
CARDELLI (2016)	Londrina / PR	- Acesso a exames e acompanhamento médico; - Agendamento de consulta de pré-natal e atividades em grupo.	- Valorização do pré- natal pelas gestantes.	NR
MARTINELLI et al., 2016	Microrregião de São Mateus, Espírito Santo (ES)	- Horário de funcionamento do serviço; - Qualidade do atendimento.	NR	NR
SILVA (2016)	Rio de Janeiro / RJ	- Proximidade dos serviços da sua residência; - Qualidade do atendimento; - Facilidade no agendamento; - Agilidade no atendimento; - Carteira da Gestante; - Acesso a medicamentos; - Realização de exames; - Referência e contrarreferência; - Ações educativas	NR	NR

AUTOR/ ANO	CIDADE (ESTADO)	FACILITADORES		
		RELACIONADAS AOS SERVIÇOS (LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO)	RELACIONADAS AO INDIVÍDUO	RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
		- Direito de ter o acompanhante de escolha no momento do parto.		
CORRÊA et al., 2017	Recife / PE	- Visita domiciliar.	NR	NR
COSTA, 2018	Arapiraca / AL	- Acolhimento.	NR	NR

FONTE: A autora (2020).