



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

PRISCILLA NUNES PORTO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE
SAÚDE DE GESTANTES COMO INDICADORES DE
VULNERABILIDADES**

SALVADOR
2016

PRISCILLA NUNES PORTO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE
SAÚDE DE GESTANTES COMO INDICADORES DE
VULNERABILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito de aprovação para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a Ms^a Carolina Pedroza de Carvalho Garcia

SALVADOR
2016

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DE GESTANTES COMO INDICADORES DE VULNERABILIDADES

SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH INDICATORS OF VULNERABILITIES

¹ Priscilla Nunes Porto

² Carolina Pedroza de Carvalho Garcia

RESUMO

A gestação é considerada um período susceptível a situações de vulnerabilidades para mulher, seja por fatores de ordem biológica e/ou contextuais, que podem acarretar em riscos e agravos para a mãe e o feto. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar as características sociodemográficas e de saúde de gestantes, como indicadores de vulnerabilidades. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com 268 gestantes cadastradas no pré-natal de uma maternidade pública do município de Salvador – BA. Os dados foram processados e analisados no software estatístico SPSS, versão 20 e apresentados mediante números absolutos e índices percentuais. Houve predomínio de gestantes na faixa etária de 20 e 29 anos (57,8%), negras (92,2%), casadas ou em união estável (76,5%), com estudo até o ensino médio (70,7%), desempregadas ou exercendo atividade não remunerada (47,2%), com renda familiar de até 3 salários mínimos (76,6%), que tiveram a primeira relação sexual com idade entre 15 e 19 anos (67,2%), não fazia uso de método contraceptivo (62,7%) e com 1 ou 2 gestações (73,8%). A partir dos resultados do estudo, pode-se concluir que as características sociodemográficas e de saúde são importantes indicadores de vulnerabilidades vivenciadas pelas gestantes.

Palavras-Chave: Gestantes, estudos sobre vulnerabilidade, características sociodemográficas, enfermagem.

ABSTRACT

Gestation is considered a period susceptible to situations of vulnerability for women, either due to biological factors and/or to contextual factors that can bring about risks and diseases during the mother-child binomial. The purpose of the study is to analyze sociodemographic and health characteristics of pregnant women as indicators of vulnerabilities. A cross-sectional, descriptive study, performed with 268 pregnant women registered in the prenatal care of a public maternity in the municipality of Salvador – BA. The information was processed and analyzed using the SPSS, version 20, statistical software and presented in absolute number and percentages. There was a predominance of pregnant women in the age group of 20 to 29 years (57.8%), black (92.2%), married or in in common-law marriage (76.5%), with education up to high school (70.7%), unemployed or working in non-remunerated activities (47.2%), with

¹ Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela EEUFBA; Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: priscillaporto@outlook.com

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela EEUFBA; Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail:carola0813@gmail.com

family income of up to 3 minimum wages (76.6%), who had their first sexual activity with ages between 15 and 19 years (67.2%), did not make use of contraceptive methods (62.7%) and with 1 or 2 gestations (73.8%). It is concluded that sociodemographic and health characteristics are important indicators of vulnerabilities experienced by pregnant women.

Keywords: Pregnant women, studies on vulnerabilities, sociodemographic characteristics, nursing.

INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um período susceptível a situações de vulnerabilidades para mulher, seja por fatores de ordem biológica e/ou contextuais que podem acarretar em riscos e agravos para a mãe e o feto.

A relação de uma mãe com o seu filho se inicia já no período pré-natal. Acontece basicamente, através das expectativas que a mulher tem sobre a gestação, sobre o bebê e a interação que estabelece com o mesmo, desde a descoberta da gravidez (PICCININI *et al.*, 2004). Esta primeira interação serve de prelúdio para a relação mãe-bebê, que se estabelece depois do nascimento e, portanto, merece grande destaque, principalmente, devido à influência de fatores pessoais e externos, que podem prejudicar esse vínculo. Quando a mulher experiencia dificuldades como falta de apoio, de natureza socioeconômica, violência ou envolvimento com drogas, esta relação pode ser afetada (FARIA, 2008).

A vulnerabilidade às doenças e as situações adversas da vida estão presentes em contextos diferentes, segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com as condições econômicas, de moradia, saúde, lazer, educação e de gênero (GUILHEM; AZEVEDO, 2008).

O conceito de vulnerabilidade contempla três dimensões, as quais são interdependentes e constituídas de elementos capazes de determinar maior ou menor vulnerabilidade dos indivíduos a um determinado agravo. Trata-se das dimensões: individual, social e programático (AYRES *et al.*, 2006).

A dimensão individual envolve características particulares como idade, raça e sexo, bem como o modo de vida, o nível de conhecimento acerca do agravo e a capacidade de enfrentamento do agravo (AYRES *et al.*, 2006; NICHIATA *et al.*, 2008).

A dimensão social considera aspectos como o acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recurso materiais e a capacidade de participação nas decisões políticas e institucionais (NICHIATA *et al.*, 2008).

A dimensão programática tem relação com as políticas públicas governamentais, as metas e ações propostas para prevenção e controle de doenças e agravos (NICHATA *et al.*, 2008).

Para analisar a conjuntura da vulnerabilidade feminina deve-se considerar ações vinculadas às desigualdades de gênero, étnico-raciais e socioeconômicas (SILVA; VARGENS, 2009). Condições precárias de moradia e a exposição excessiva a diferentes formas de violência de ordem racial, de gênero, física, sexual, econômica, psicológica, moral e/ou simbólica potencializam as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres (GIFFIN, 2002).

Os fatores sociodemográficos e de saúde contemplam as dimensões da vulnerabilidade, indicando que os contextos sociais que permeiam essas mulheres com baixa escolaridade, múltiparas, sem ocupação ou com ocupação com baixa remuneração acarretam em situações de vulnerabilidades para as mesmas, sendo estes fatores resultantes não apenas de aspectos individuais, mas necessariamente coletivos e contextuais (RIQUINHO, CORREIA, 2006).

Associar a mulher ao seu contexto biopsicossocial é uma maneira de estabelecer ações para melhoria da atenção pautada em reformulações nos tipos de atendimento a essas mulheres, como também propor e incentivar a adoção de medidas preventivas em saúde pública (MELO *et. al*, 2010).

Portanto, identificar elementos das dimensões da vulnerabilidade das gestantes pode contribuir para a formulação de estratégias para minimizar as vulnerabilidades dessas mulheres. Nesse sentido, este trabalho tem o objetivo de analisar as vulnerabilidades de gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA, a partir de suas características sociodemográficas e de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido em uma maternidade pública do município de Salvador – BA com 268 gestantes cadastradas no programa de pré-natal de uma maternidade pública de Salvador-BA, que aceitaram participar da pesquisa e que apresentaram condições físicas e mentais de responder as técnicas de investigação. Não participaram da pesquisa as gestantes menores de 18 anos.

Por não haver o registro específico da quantidade de gestantes maiores de 18 anos cadastradas no serviço, optou-se por uma amostra não probabilística e de conveniência.

O poder deste estudo foi estimado para a hipótese de uma prevalência média de 90% de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas, adotando-se um erro de 5% para o cálculo. O nível de significância adotado foi de 5% e encontrou-se um poder de teste de 81,87%.

Todos os preceitos éticos emanados da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as práticas em pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012a) foram respeitados. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, parecer nº268646.

A produção do material empírico ocorreu no período entre julho a dezembro de 2013, mediante aplicação de um formulário original, elaborado pela equipe de pesquisa, com questões estruturadas, que abordavam elementos das dimensões da vulnerabilidade, sociodemográficas, socioeconômicas, de saúde reprodutiva e de acesso a serviços de saúde de gestantes.

As informações apreendidas foram organizadas para processamento no software estatístico Statistical Package of Social Science (SPSS) versão 20.0 da plataforma Windows. Os dados estão apresentados em números absolutos e índices percentuais.

RESULTADOS

A idade média das participantes foi de 26,6 anos ($\pm 5,93$), mínima de 18 e máxima de 41 anos e predominância na faixa entre 20 a 29 anos (57,8%). No que se refere à variável raça/cor, 247 (92,2%) se autodeclararam negras. Quanto a religião, houve maior predomínio de católicas (35,4%) seguido pelas que se declararam sem religião (32,1%).

Quando investigado o grau de escolaridade das participantes, identificou-se que 70,7% possuíam entre 9 e 12 anos de estudo, correspondentes às séries do ensino médio. Quanto ao estado civil, 205 (76,5%) se encontravam casadas ou em união estável (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de gestantes atendidas em uma maternidade pública. Salvador - BA, n=268, jul-dez 2013.

Características sociodemográficas	n	%
Idade		
< 20	31	11,6
20 a 29	155	57,8
30 a 39	77	28,7
≥ 40	5	1,9

Cor		
Preta	98	36,6
Parda	149	55,6
Branca e amarela	21	7,8
Religião		
Católica	95	35,4
Evangélica	77	28,7
Outras	10	3,7
Não possui	86	32,1
Anos de estudo		
Até 9	53	19,8
Entre 9 a 12	188	70,1
Mais de 12	27	10,1
Situação conjugal		
Solteira	63	23,5
Casada ou em união estável	205	76,5

Fonte: Elaboração própria

Considerando a ocupação das entrevistadas no momento da pesquisa, 108 (42,9%) estavam desempregadas ou exerciam atividades não remuneradas, 117 (47,2%) viviam com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 102 (38,8%) eram totalmente dependentes financeiramente do companheiro, ex-companheiro ou familiar e 197 (73,5%) afirmaram não receber nenhum auxílio financeiro do governo, como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Características socioeconômicas de gestantes atendidas em uma maternidade pública. Salvador - BA, jul-dez 2013.

Características socioeconômicas	n	%
Ocupação (252)		
Desempregada	71	28,2
Atividades não remuneradas	37	14,7
Atividades administrativas	22	8,7
Atividades comerciais	50	19,8
Serviços gerais	37	14,7
Autônomas	35	13,9
Renda familiar/mês(SM)^(a) (248)		
Até 1 SM	73	29,4
1 a 3 SM	117	47,2
Acima de 3 SM	58	23,4
Dependência financeira (263)		
Parcialmente dependente	61	23,2
Totalmente dependente	102	38,8
Independente	100	38,0
Auxílio financeiro governo (268)		
Sim	71	26,5
Não	197	73,5

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 3, observou-se que a faixa etária de maior ocorrência da primeira relação sexual foi entre 15 a 19 anos (67,2%). Em relação ao uso de método contraceptivo em período anterior à gestação, 168 (62,7%) relataram não estar em uso de nenhum método. Quanto ao número de gestações, houve predomínio de uma ou duas gestações (73,8%) entre as participantes.

No momento da entrevista, 99 (42,1%) estavam no segundo trimestre da gestação. O início do pré-natal ocorreu predominantemente no primeiro trimestre da gestação (66%). Dentre as entrevistadas, 71 (26,5%) referiram ter sofrido intercorrências em gestações anteriores. Destas, 38 (51,4%) relataram ter sofrido aborto.

Tabela 3 – Características de saúde reprodutiva de gestantes atendidas em uma maternidade pública. Salvador - BA, jul-dez 2013.

Características de saúde reprodutiva	n	%
Idade 1ª relação sexual (268)		
10 a 14	62	23,1
15 a 19	180	67,2
20 ou mais	26	9,7
Uso de contraceptivo (268)		
Sim	100	37,3
Não	168	62,7
Nº de gestações (268)		
1 ou 2	198	73,8
3 ou 4	57	21,3
5 ou 6	13	4,9
Idade gestacional (235)		
1º trimestre	43	18,3
2º trimestre	99	42,1
3º trimestre	93	39,6
Início pré-natal (264)		
1º trimestre	174	66,0
2º trimestre	86	32,5
3º trimestre	4	1,5
Int. em gestações anteriores (74)		
DHEG	16	21,6
Aborto	38	51,4
Outras	20	27,0

Fonte: Elaboração própria

Dados referentes ao acesso aos serviços de saúde estão descritos na tabela 4. Houve predomínio entre as gestantes que faziam uso exclusivamente público (82,1%) dos serviços de saúde.

Quanto ao acesso ao pré-natal e à realização dos exames pré-natais, as entrevistadas afirmaram que para o pré-natal o acesso foi imediato (82,1%) e para a realização de exames, tiveram que agendar (46,5%). Cerca de 70% afirmou nunca ter recebido visita do agente comunitário de saúde em casa.

Em relação ao acesso à informação, 83,6% não participaram de atividades educativas, 73,5% nunca ouviram falar em políticas públicas de saúde e não conheciam nenhum programa do governo voltado para as mulheres e 51,1% não havia recebido nenhuma orientação sobre álcool e outras drogas durante a gestação.

Tabela 4 – Características de acesso a serviços de saúde de gestantes atendidas em uma maternidade pública de Salvador - BA, no período de julho a outubro, 2013.

Variáveis	N	%
Acesso ao serviço de saúde (268)		
Exclusivamente público	220	82,1
Público e privado	48	17,9
Acesso pré-natal (268)		
Imediato	220	82,1
Outros	48	17,9
Realização de exames (245)		
Imediato	52	21,2
Pegou fila/ Teve que agendar	114	46,5
Outros	79	32,3
Visita ag. comunitário (264)		
Sim	80	30,3
Não	184	69,7
Atividades educativas (268)		
Sim	44	16,4
Não	224	83,6
Políticas públicas (268)		
Sim	71	26,5
Não	197	73,5
Conhece programa p/ mulheres (268)		
Sim	71	26,5
Não	197	73,5
Orientação SPAS (268)		
Sim	131	48,9
Não	137	51,1

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÃO

Os dados observados revelam uma maior prevalência de gestantes na faixa etária entre 20 e 29 anos, o que corrobora com idade preconizada pelo Ministério da Saúde, que afirma que a idade ideal para que as mulheres tenham filhos, com minimização de intercorrências seria entre 15 e 35 anos (BRASIL, 2005). No entanto, ao considerar essa faixa etária, o Ministério analisa apenas questões biológicas, desconsiderando as questões psicossociais.

A idade gestacional pode acarretar em situações de vulnerabilidade para as mulheres, sejam estas de ordem biológica, quando a gravidez ocorre em idades extremas podendo resultar em riscos para a mulher e o bebê, de ordem psicológica, quando a mulher não se sente pronta emocionalmente para ser mãe ou ainda, de ordem social, quando a mulher não possui condição financeira ou suporte social para enfrentar uma gestação, manter-se e sustentar uma criança.

Houve predomínio de mulheres que se autodeclararam da cor preta ou parda, pertencentes a raça negra. Isso pode ser justificado pelo predomínio da raça negra na região geográfica, na qual a pesquisa foi realizada. Na Bahia 75,3% da população se autodeclara como preta ou parda, com maior concentração em Salvador (BRASIL, 2012b). Pode também estar associado ao fato da busca pelos serviços públicos de saúde ser feita em sua maioria por pessoas economicamente, vulneráveis.

A raça negra deve ser considerada como elemento de vulnerabilidade. De acordo com o Ministério da Saúde, muitas mulheres da raça/cor negra estão imersas em situações de pobreza e apresentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente no que se refere à assistência pré-natal e obstétrica (BRASIL, 2004).

Apesar da prevalência de gestantes adeptas de religiões cristãs, houve similaridade entre a quantidade de gestantes que se declararam católicas (35,4%) e as que se declararam sem religião (32,1%). Embora o município de Salvador possua a maior população de adeptos do candomblé do Brasil, houve pouca referência à essa religião entre as entrevistadas, o que pode estar associado ao alto número de gestantes que afirmaram não possuir religião. Estudos antropológicos evidenciaram que no passado, comunidades religiosas afro-brasileiras foram objeto da perseguição, racismo e intolerância religiosa, e que isso persiste até hoje (SERRA; PECHINE; PECHINE, 2010).

Atualmente, as investidas contra os ritos afro-brasileiros são promovidas por empresas eclesiais detentoras do poder que têm o controle de meios de comunicação de massa e sabem muito bem empregá-los, o que resulta em maior disseminação do preconceito e intolerância religiosa (SERRA; PECHINE; PECHINE, 2010).

A situação conjugal encontrada foi similar à observada nos indicadores sociais do IBGE para o ano de 2010, com maior proporção de mulheres autodeclaradas casadas ou em união estável (BRASIL, 2012b). A ausência de um companheiro durante a gestação e criação dos filhos é vista como fator de vulnerabilidade para as mulheres, que por vezes além de desempenhar o papel de mãe solteira ainda exerce o papel de mantenedora do lar (MARIN; PICCININI, 2009).

Quando possuem um companheiro que apoiam a sua gestação, tanto no acompanhamento pré-natal quanto na transmissão de sentimentos afetivos, tornam-se mais confiantes no processo gravídico-puerperal (SILVA; BRITO, 2011). No entanto, a presença de um companheiro também pode se tornar uma situação de vulnerabilidade quando esse apoio inexistente, quando a relação marital é difícil, ou ainda, quando existe violência física ou psicológica por parte do companheiro.

Quanto ao nível de escolaridade das participantes, foi predominante o ensino fundamental e/ou ensino médio completo. A baixa escolaridade pode interferir na qualidade da assistência, no acesso aos serviços de saúde e na adesão das mulheres ao pré-natal (MENDOZA-SASSI, 2011).

A baixa escolaridade associada à necessidade de cuidado com a casa, filhos e maridos dificulta a inserção da mulher no mercado de trabalho formal, e como consequência essas mulheres buscam trabalhos informais e com baixa remuneração, o que impacta sobre a renda familiar e contribui para a dependência financeira (PARADA; TONETE, 2009), propiciando o aumento da vulnerabilidade social destas mulheres. Essa situação foi confirmada nos dados apresentados, pela predominância de gestantes desempregadas ou exercendo atividades informais com baixa remuneração, situação essa que repercute na renda familiar e, conseqüentemente na dependência financeira das mulheres aos parceiros e/ou familiares.

Conforme evidenciado na tabela e, 47,2 % das entrevistadas tinha renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, com um média de 3,02 ($\pm 1,24$) dependentes dessa renda. No Brasil, o número de famílias que vivem com renda inferior a 1 salário mínimo por mês que vive em situação de pobreza extrema e que necessita de programas governamentais assistenciais de erradicação da miséria é elevado, atingindo 8,65% da população brasileira (BRASIL, 2013).

A baixa renda como fator determinante das desigualdades sociais reforça as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e está associada à assistência pré-natal inadequada (BATISTA; MONTEIRO, 2010).

Das participantes do estudo, cerca de 60% referiu ser parcial ou totalmente dependente do companheiro ou familiar e 26,5% informaram receber auxílio financeiro do governo, na modalidade de bolsa família. O contexto social em que estas mulheres estão inseridas de baixa escolaridade, desemprego, baixa remuneração, necessidade de cuidado do lar contribuem para a dependência financeira destas mulheres, reproduzindo o ciclo de pobreza e dificultando a ascensão social dessas mulheres.

No que se refere à saúde reprodutiva das gestantes, os dados revelam que em 67,2% das participantes a primeira relação sexual ocorreu na adolescência tardia, entre 15 a 19 anos, seguido da ocorrência na adolescência precoce, de 10 a 14 anos. Dados semelhantes foram observados em um estudo realizado com adolescentes em São Paulo para investigar o início da vida sexual, onde foi observada uma idade média de 15 anos de idade para o início entre as mulheres (BORGES; SCHOR, 2005).

O início da atividade sexual em idade escolar contribui para o aumento de casos de gravidez na adolescência que por sua vez contribui para o abandono escolar e nesse sentido, reproduz um ciclo de pobreza e dependência para essas mulheres.

Cerca de dois terços das entrevistadas não estavam fazendo uso de método contraceptivo no momento anterior à gestação. Isso pode ser justificado pelo desejo da mulher e/ou companheiro de engravidar, pela dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos ou pela dificuldade da mulher em negociar com o parceiro o uso do método escolhido. O patriarcalismo ainda existente na sociedade, por vezes coloca a mulher em situação de subordinação ao homem, principalmente no que se refere à fidelização e à negociação para o sexo seguro. Associada às imposições sociais, a dependência econômica e/ou emocional do companheiro contribui para o baixo poder de negociação podendo resultar em uma gravidez não planejada (SANTOS et al., 2009).

Independente do motivo, destaca-se a necessidade do empoderamento feminino, seja para escolher ter um filho, seja para lutar pelo acesso ao método contraceptivo de sua escolha, ou seja, para poder negociar com o parceiro o uso do método quando assim desejar.

Em relação ao número de gestações, houve predomínio de gestantes que estavam na primeira ou na segunda gestação. No entanto, houve um alto índice de gestantes que apresentavam mais de três gestações. A multiparidade pode ser considerada uma situação de vulnerabilidade para as mulheres no âmbito individual, social e programático. No âmbito individual o alto número de gestações e partos podem elevar o risco de morte materna. Um dos indicadores utilizado para medir esse risco é o Risco de Morte Materna

(RMM), que revela o risco de morte para a mulher em cada gravidez, portanto com a multiparidade a mulher enfrenta esse risco várias vezes (SOARES; SCHOR; TAVARES, 2008).

No âmbito social, atrelado à baixa renda e a dependência financeira, o grande número de filhos pode dificultar o acesso à bens e serviços, impossibilitando ainda mais a mobilidade social dessas mulheres. No contexto da vulnerabilidade programática, destaca-se a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, à informação sobre planejamento familiar e aos serviços de saúde.

Aproximadamente 82% das gestantes se encontravam no segundo ou terceiro trimestre da gestação no momento da entrevista e 66% haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre. O Ministério da saúde recomenda que o início do pré-natal aconteça no primeiro trimestre de gestação e que sejam realizadas um mínimo de seis consultas pré-natais (BRASIL, 2006). As que iniciaram no segundo ou terceiro trimestre referiram o início tardio por não encontrar vaga em unidades próximas a sua residência ou por dificuldade de agendamento da consulta, revelando um quadro de vulnerabilidade programática vivenciada por essas mulheres.

Dentre as participantes do estudo que referiram ter sofrido intercorrência em gestações anteriores, 51,4% afirmaram ter sofrido aborto, espontâneo ou provocado. Dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010, apontam o aborto como uma prática muito comum no Brasil, sendo praticada por pelo menos uma em cada cinco mulheres, principalmente na faixa etária entre 18 e 29 anos (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O uso de serviços de saúde exclusivamente públicos ocorreu para 82,1% das entrevistadas. Isso pode estar atrelado ao fato das mulheres com menor condição socioeconômica serem as que realizam todos os atendimentos via serviço público, mesmo quando existe uma longa espera ou até ausência do procedimento, consulta ou exame a ser realizado. A acessibilidade aos serviços de saúde deveria ser equânime, como proposto por um dos princípios do SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

No entanto o que se observa é que quem possui uma melhor condição financeira recorre aos serviços particulares, garantindo a manutenção adequada do pré-natal, e quem não possui, fica à mercê de uma série de vulnerabilidades programáticas provocadas por uma assistência inadequada e ineficiente.

Essa dificuldade de acesso aos serviços repercute na realização dos exames pré-natais das entrevistadas. A demora para a realização dos exames na maioria das vezes

estava associada à falta de material na unidade. No entanto, o agravamento da situação está relacionado a demora para receber os exames realizados, chegando a mulher por vezes a parir sem ter recebido os resultados, caracterizando uma grave situação de vulnerabilidade programática.

As gestantes (69,7%) afirmaram não receber visita do agente comunitário de saúde em casa. O Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), atua como uma importante estratégia de reorientação da assistência por meio informações e orientações sobre os cuidados com a saúde. (BRASIL, 2001). Desta forma, o ACS seria uma importante ferramenta para o enfrentamento aos agravos decorrentes do envolvimento com o álcool e outras drogas. No entanto, a não visitação à comunidade anula a proposta do PACS e afasta a comunidade do serviço, promovendo situações de vulnerabilidade programática.

As atividades educativas são atividades prioritárias para um pré-natal de qualidade, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM). No entanto, 83,6% das entrevistadas afirmaram não ter participado de atividades educativas durante a gestação. Em um estudo realizado em Salvador para avaliar a cobertura da atenção básica em no período entre 2000 e 2007, foi observado que a capital apresenta uma rede ineficiente para a abrangência da população, e quando comparada a outras capitais brasileiras, demonstra uma baixa cobertura (CARDOSO, SILVA, 2012).

Além da não participação em atividades educativas, 51,1% das entrevistadas afirmou não ter recebido nenhuma orientação sobre álcool e outras drogas, e as que receberam, o fizeram na escola, igreja ou outros ambientes, evidenciando a fragilidade do serviço em relação à temática. Quando acontecem essas orientações, se dão de forma pontual, que por vezes são insuficientes para responder as dúvidas destas mulheres. Portanto, destaca-se a necessidade de aprimorar as ações educativas no intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e diminuição das vulnerabilidades destas mulheres (BRASIL, 2005).

Aproximadamente 74% das mulheres relataram não ter ouvido falar em políticas públicas. As políticas públicas podem ser definidas de forma sintética como a soma de atividades governamentais, que possuem o poder de influenciar na vida dos cidadãos. Contudo, para que isso aconteça, é necessário que a população civil conheça as políticas e os seus direitos e que busquem a participação nas tomadas de decisões (TEIXEIRA, 2002). O não conhecimento dessas políticas ressalta a inacessibilidade da população à

informação, o que pode resultar em uma série de vulnerabilidades sociais e programáticas, principalmente no que concerne à sua saúde.

Destaca-se o fato de que mesmo utilizando os serviços de saúde, com programas específicos para as mulheres, 73,5% das entrevistadas referiu não conhecer esses programas, e as que afirmaram conhecer não sabiam dizer qual programa. Por vezes esse não conhecimento subjugava à mulher a diversas situações evitáveis como a violência institucional, frequentemente relatada pelas entrevistadas. Além disso, desempodera essas mulheres em relação as decisões relacionadas sobre o seu próprio cuidado.

Informar a população sobre as políticas públicas, os programas de saúde e outros temas importantes para o empoderamento civil é responsabilidade do governo. A falha nesse processo de informação pode ser caracterizada como vulnerabilidade programática pelas ações governamentais ineficientes.

CONCLUSÃO

O presente estudo enfocou a relação entre as características sociodemográficas e a vulnerabilidade de gestantes. A amostra foi caracterizada por gestantes com faixa etária de 20 a 29 anos, negras, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, dependência financeira e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, revelando uma série de vulnerabilidades vivenciadas por estas mulheres.

Conhecer a relação entre as características sociodemográficas e de saúde e os elementos de vulnerabilidade, possibilita reformulações no planejamento, implantação e/ou implementação de ações de cuidados baseadas no princípio da integralidade e humanização da assistência, e pautados nas especificidades sociais e de saúde dessa população no intuito de melhorar a assistência pré-natal e consequentemente, reduzir a mortalidade materna.

O estudo apresenta limitações quanto a seleção da amostra e a utilização de um único serviço de saúde, o que não permite a extrapolação dos dados para além da população estudada. Nesse sentido, recomenda-se a realização de novas pesquisas que abordem a perspectiva da vulnerabilidade em mulheres, no intuito de compreender os aspectos que contribuem para o seu processo saúde-doença para além das questões biológicas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo and JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.17, n.11, pp. 2865-2875, 2012.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.*, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B. Política de saúde da população negra: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? **Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, v.12, n.2, p.172-178, 2010.

BORGES, A. L.; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: Um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499, 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 466/12**, de 12 de dezembro de 2012.196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. CVC/CN/DST/AIDS. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília. DF; Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família: Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde e à educação. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013.

BRASIL. Secretaria Especial de Política para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília, 2006.

CARDOSO, Marcelle de Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, jul. 2012 .

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, 2012.

FARIA, E. R. **Relação mãe-bebê no contexto de infecção materna pelo HIV/AIDS**: a constituição do vínculo da gestação ao terceiro mês do bebê. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil, 2008.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. supl, p. 103-112, 2002.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.

MARIN, A.; PICCININI, C. A. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. **Psico**. Rio Grande do Sul, v. 40, n. 4, p. 422-429, 2009.

MELO, Talita Cavalcante de et al. Característica sociodemográfica de mulheres admitidas em unidade de referência para tratamento de alcoolismo em Alagoas. **Neorobiologia**. v. 73, n. 4, 2010.

MENDOZA-SASSI, R. A. e col. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n.9, p. 2157-2166, 2007.

NICHIATA, L. Y. I.; et al. A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.16, n. 5. Set/out. 2008.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 385-392, 2009.

PICCININI, C. A.; et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 20, n. 3, 2004.

RIQUINHO, L.D; CORREIA, G.S. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.59, n.3, p.303-307.2006.

SANTOS, N. J. S. e col. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n. 2, p. 321-333, 2009.

SERRA, Ordep; PECHINE, Maria Cristina Santos; PECHINE, Serge. Candomblé e políticas públicas de saúde em Salvador, Bahia. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 1, p. 163-178, 2010.

SILVA, C. M.; VARGENS O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, F.C.B.; BRITO, R.S. **Ausência do homem nas consultas de pré-natal: o que significa para a gestante?** Curitiba: Appris, 2011.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.18, n.3, p. 254-263, 2008.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **AATR-BA**, 2002.