

Ingrid Espejo Carvacho^I

Maeve Brito de Mello^{II}

Sirlei Siani Morais^{III}

João Luiz Pinto e Silva^{III}

Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes

Factors associated with access to health services prior to pregnancy by pregnant adolescents

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores determinantes do acesso de adolescentes gestantes a serviços de atenção primária à saúde, anterior à ocorrência da gestação.

MÉTODOS: Estudo transversal baseado em referencial teórico. O acesso a serviços foi analisado em cinco dimensões: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e de informação. Participaram 200 adolescentes primigestas (10 a 19 anos) atendidas em uma unidade básica de saúde do município de Indaiatuba (SP), em 2003. Um questionário com perguntas abertas e fechadas referentes ao acesso ao último serviço de saúde utilizado, anterior à gestação, foi aplicado às participantes no momento de sua primeira consulta de pré-natal. Os dados foram analisados por meio do teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher e por regressão logística múltipla, considerando as cinco dimensões de acesso.

RESULTADOS: Mais da metade (63,7%) das adolescentes utilizou algum serviço de saúde para consulta ginecológica. Entre as que nunca consultaram um ginecologista, as justificativas dadas foram falta de informação (43,8%) ou sentimento de medo ou vergonha (37,0%). A principal dificuldade de acesso ao serviço esteve relacionada a barreiras psicossociais, identificadas por 77,0% das adolescentes.

CONCLUSÕES: Entre as barreiras de acesso ao serviço de saúde, foram significativas apenas as psicossociais. São necessárias novas estratégias para facilitar o acesso ao serviço de saúde às adolescentes, incluindo ações que diminuam as barreiras de gênero e que se considerem suas características sociodemográficas e o vínculo com seus parceiros.

DESCRITORES: Adolescente. Gravidez na Adolescência. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Estudos Transversais.

^I Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba. Indaiatuba, SP, Brasil

^{II} Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Departamento de Tocoginecologia. Faculdade de Ciência Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Ingrid Espejo Carvacho
Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba
Av. Visconde de Indaiatuba, 299
13330-000 Indaiatuba, SP, Brasil
E-mail: ingrdespejo@bol.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess determinants of access to primary care services prior to pregnancy by pregnant adolescents.

METHODS: Theory-based cross-sectional study conducted to examine access to health services at five dimensions: geographic, economic, administrative, psychosocial and information. There were included in the study 200 first-time pregnant adolescents (aged 10 to 19 years) who attended a primary care unit in the municipality of Indaiatuba, Southeastern Brazil, in 2003. Data was collected using a semi-structured questionnaire applied in face-to-face interviews conducted just before their first pre-natal care visit. Data analyses were performed through Person's chi-square or Fisher's exact test, and by a multivariate logistic regression model including all five dimensions of access.

RESULTS: More than half (63.7%) of the adolescents utilized some gynecological care service. Information (43.8%) or psychosocial feelings of embarrassment or fear (37.0%) barriers were the most frequent reasons given for not having sought care before. The main barrier to health service access was related to the psychosocial dimension, reported by 77.0% of the adolescents studied.

CONCLUSIONS: Among all barriers to health service access, the most important were those related to the psychosocial dimension. There is a need for new strategies to facilitate access to health services by adolescents, including actions to reduce gender-based barriers taking into consideration sociodemographic characteristics of this population and the relationship they have with their partners.

DESCRIPTORS: Adolescent. Pregnancy in Adolescence. Health Services Accessibility. Socioeconomic Factors. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O acesso da população a serviços de saúde é pré-requisito fundamental para uma assistência à saúde eficiente. Segundo Unglert,¹⁹ o sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a assistência à saúde. Um dos fatores que contribui para essa situação é a inacessibilidade de alguns grupos populacionais a esses serviços.

Ayres¹ observou que, excetuando pela condição específica de gravidez, as adolescentes pouco utilizam os serviços de saúde, e quando o fazem, buscam apenas serviços curativos e não de prevenção. Muza & Costa¹³ descreveram elevada resistência de adolescentes em aproximar-se dos serviços de saúde e em contrapartida, resistência dos serviços procurados em acolher os interesses de adolescentes. Ao mesmo tempo, sabe-se que o acesso aos cuidados de saúde tem sido associado à redução de comportamentos de risco, aumento de hábitos saudáveis e melhora da saúde, principalmente dos adolescentes.¹² Por outro lado, existem poucos serviços no Brasil disponíveis para atender especificamente as necessidades próprias dos adolescentes, configurando-

se em obstáculo ao acesso às informações e às ações que protejam adequadamente a sua saúde.²⁰

Segundo estudo avaliando a proximidade física dos estabelecimentos, publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef²⁰), 17% dos adolescentes brasileiros de ambos os sexos tinham dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Além da barreira geográfica, outros fatores influenciam o acesso a serviços de saúde. Entretanto, a oferta e o uso de serviços de saúde não dependem de sua simples existência, mas das facilidades ou dificuldades de seu acesso que os usuários vivenciam. Para alguns autores, o acesso à utilização por parte da população deve ser entendido de um modo mais amplo.^{2,8,18} De um lado, as características do serviço, no que diz respeito à oferta de atendimento em horários compatíveis, disponibilidade de profissionais preparados, acolhimento; e do outro, as condições do usuário em relação ao local que reside, sua disponibilidade de tempo, poder aquisitivo, hábitos e costumes, assim como a relação entre eles.

Esse conceito ampliado de acesso tem sido pouco abordado para facilitar o entendimento das dificuldades que os adolescentes enfrentam para utilização de serviço de saúde. Foreit et al⁷ sistematizam, para fins analíticos, quatro dimensões do acesso a serviços de planejamento familiar: geográfica, econômica, administrativa e informação. Bertrand et al² acrescentam uma quinta dimensão: as barreiras de natureza psicossocial. Essas cinco dimensões podem ser definidas como:

- acesso geográfico – quantidade, tipo e localização dos serviços;
- acesso econômico – custos para obtenção dos serviços, como transporte, farmácia ou laboratórios;
- acesso administrativo – normas e procedimentos programáticos que podem facilitar ou restringir a capacidade do usuário para obter os serviços. Entre as restrições administrativas citam-se a demanda por documentação excessiva, horário de atendimento pouco conveniente, tempo de espera prolongado, serviço concorrido e barreiras médicas;
- acesso psicossocial – barreiras psicológicas e/ou culturais que levam os usuários potenciais a não procurar o serviço de saúde, como o medo da medicina moderna, crenças religiosas, questões de gênero e problemas determinados pela “distância social” (diferenças de idade, classe social e etnia entre prestadores e usuários);
- acesso à informação – conhecimento dos potenciais usuários quanto aos serviços oferecidos e a necessidade de utilizá-los.

Desta maneira, adotou-se o referencial teórico de Foreit et al⁷ e modificado por Bertrand et al,² com a finalidade de descrever a utilização prévia de serviços de saúde por adolescentes grávidas. O presente estudo teve por objetivo analisar os fatores determinantes do acesso de adolescentes primigestas a serviços de atenção primária à saúde, anteriormente à ocorrência da gravidez.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado com 200 adolescentes primigestas, com idade entre 10 e 19 anos, no município de Indaiatuba (SP). O cálculo da amostra foi baseado na proporção populacional estimada de 17% de adolescentes com dificuldade de acesso a serviços de saúde,²⁰ considerando uma diferença absoluta entre proporção populacional e amostral de 5% e nível de significância de 0,05 (erro tipo I).¹¹

As participantes foram recrutadas na unidade básica de saúde de referência para pré-natal de alto risco e para adolescentes. Essa unidade realizava todos os pré-natais do Sistema Único de Saúde (SUS) de adolescentes, correspondendo a aproximadamente 90% das gestantes

do município, na faixa etária de dez a 19 anos. Todas as adolescentes grávidas que procuraram a unidade de saúde para agendar sua primeira consulta de pré-natal entre janeiro e agosto de 2003 foram convidadas e aceitaram participar do estudo. Àquelas com menos de 18 anos foi solicitada autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis legais. As entrevistas foram realizadas no início da primeira consulta de pré-natal da gestante pelo profissional responsável pelo atendimento. Os dados foram coletados por meio de entrevista face-a-face na primeira consulta de pré-natal das gestantes com questionário estruturado contendo perguntas abertas e fechadas sobre características sociodemográficas e sobre o último acesso ao serviço de saúde utilizado anterior à atual gestação.

Os questionários obtidos foram revisados para verificação do preenchimento, legibilidade das informações e codificação das respostas às perguntas abertas. Os dados foram duplamente digitados em banco EpiInfo 6.04b.⁵ Foram feitas análises de consistência simples e lógica das variáveis.

Para medir o acesso a serviços de saúde foram construídos indicadores para cada tipo de acesso: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e à informação, a partir das variáveis. O indicador de acesso geográfico avaliou a percepção da distância da moradia ao serviço de saúde utilizado e a percepção da dificuldade de chegar a esta unidade. O indicador de acesso econômico foi construído a partir da: existência de gasto para dirigir-se ao serviço de saúde utilizado; percepção do valor gasto como sendo muito, razoável ou pouco; fonte própria de recurso financeiro ou vindo de outras pessoas; existência de outros gastos com medicação e exames, e percepção do valor gasto com essas despesas. O indicador administrativo foi composto pelo número de viagens até a unidade de saúde necessárias para marcação da consulta; percepção da dificuldade para o agendamento; tempo em dias decorridos entre a data da marcação e ocorrência da consulta, percepção do tempo para ocorrência da consulta; compatibilidade do horário da consulta com a disponibilidade de tempo da adolescente; percepção do tempo de espera no dia da consulta; opinião sobre o atendimento e satisfação com a consulta médica. O indicador psicossocial foi formado por “barreiras etárias” (percepção de atendimento diferenciado para adultas e adolescentes no serviço; impossibilidade de ser atendida pela ausência de pessoa responsável no dia da consulta); “barreiras de gênero” (existência de preferência pelo sexo do profissional de saúde) e “barreira hierárquica” (existência de preferência por categoria profissional para atendimento ginecológico). O acesso à informação foi composto pela existência de motivos relativos à falta de informação para utilização de serviços. Quando apareciam declarações de barreiras à utilização do serviço relativas às demais categorias de acesso espontaneamente, essas eram incluídas na construção do indicador correspondente.

À cada componente de acesso foi atribuído um valor, que somados compunham um indicador específico. Esses valores foram transformados em porcentagem e dicotomizados em acesso “mais fácil” e “mais difícil” aos serviços de saúde, segundo ponto de corte no terceiro quartil.

As associações entre os indicadores de acesso geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e informação e as características sociodemográficas das adolescentes foram analisados por meio dos testes de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. A regressão logística múltipla foi utilizada para verificar a associação de cada uma das dimensões do acesso ao serviço de saúde e as características sociodemográficas, considerando-se as demais dimensões de acesso. Os modelos de regressão foram ajustados por meio do procedimento “*stepwise*”¹⁰ e foram estudados quanto à normalidade de resíduos com auxílio do teste de Shapiro-Wilk.¹⁶ Os resultados das regressões são apresentados em *odds ratios* e respectivos intervalos de confiança de 95%.

As análises estatísticas foram realizadas com utilizando-se o programa SAS versão 8.2.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

RESULTADOS

A média de idade das adolescentes foi 17 anos e de seus parceiros, 22 anos. Aproximadamente um terço das adolescentes tinham mais que quatro anos de diferença de idade com seu parceiro. No momento da gravidez, 2% engravidaram de quem “tinham ficado” e quase metade já moravam com seus parceiros ou maridos. Após a ocorrência da gestação, quase 60% estavam em co-habitação e 7% delas haviam perdido o vínculo com o parceiro. A maioria das jovens havia iniciado o ensino fundamental e quase metade não o concluiu. No momento da entrevista, 63% já tinham interrompido sua formação escolar e a maioria não tinha trabalho remunerado. Mais da metade delas se declarou católica e 17% disseram não ter religião. Aproximadamente 70% declararam que foram criadas por ambos os pais e 22% somente pela mãe. Quando perguntadas sobre a escolaridade da mãe, 18% delas nunca haviam frequentado a escola e 57% tinham estudado até a quarta série do ensino fundamental (Tabela 1).

Mais da metade (64%) havia consultado um ginecologista antes da ocorrência da gravidez atual. Os motivos para a realização da última consulta ginecológica foram: 54% por problemas ginecológicos gerais, 27% para coleta de citologia oncológica, 15% para contracepção e 5% por doenças sexualmente transmissíveis. As

73 jovens que não realizaram consulta ginecológica anterior à gestação declararam falta de informação (43%) e barreiras ao acesso de natureza psicossocial (37%). Os motivos relatados para a não realização de consulta prévia foram: a manifestação de vergonha, medo ou falta de coragem para ir à consulta, assim como o desconhecimento da necessidade de cuidados preventivos para evitar agravos à saúde reprodutiva. Barreiras administrativas corresponderam a 6% dos casos de não realização de consulta ginecológica prévia, como: a exigência por parte de alguns serviços de que a menor fosse acompanhada por um responsável, a falta de ginecologista e a exigência de documentos para agendar consulta.

A maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde identificada pelas adolescentes foi de natureza psicossocial, 77% das adolescentes relataram ter acesso mais difícil ao serviço. Em segundo lugar, 37% das jovens tiveram dificuldades no acesso de natureza administrativa e no acesso à informação. Aproximadamente um terço delas (29,5%) foram identificadas como tendo maior dificuldade de acesso geográfico e 19,5% de acesso econômico.

O acesso à informação mostrou associação significativa na análise bivariada com idade do parceiro, trabalho remunerado e o tipo de vínculo com o parceiro. A escolaridade das adolescentes associou-se marginalmente a este indicador. Houve melhor acesso à informação entre: as que tinham parceiros entre 20 a 25 anos em relação às que tinham parceiros mais jovens ou mais velhos; as adolescentes com mais instrução; as que realizavam atividade remunerada e as que mantiveram vínculo com o parceiro após a gravidez (Tabela 2).

Em relação ao acesso administrativo, 95% das adolescentes estudadas não mencionaram dificuldades para agendar a última consulta e 92% conseguiram marcar consulta indo uma única vez ao serviço. O tempo entre a data de agendamento da consulta e a data da consulta foi até 25 dias, com média de 10 dias (mediana=7). Para 58% delas esse tempo foi bom, 26% o consideraram como regular e 16% como ruim. O horário de agendamento da consulta foi considerado bom para 88% delas. Quanto ao tempo que aguardaram na sala de espera para serem atendidas, 62% das jovens referiram que o tempo foi curto, 27,5% razoável e 10,5% longo.

Em geral, 90,5% sentiram-se “bem atendidas” no serviço de saúde e as demais avaliaram o atendimento como “regular”. A maioria das jovens relatou que foram tratadas da mesma forma (81%) que as mulheres adultas e 17,5% sentiram que foram mais bem tratadas. Em relação à consulta, 90,6% declararam-se satisfeitas e elogiaram o profissional atendente e as restantes 9,4% sentiram-se insatisfeitas com o atendimento.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas das adolescentes estudadas. Indaiatuba, SP, 2003. N=200

Variável	n	%
Idade das adolescentes (anos)		
12 a 14	20	10,0
15 a 17	80	40,0
18 a 19	100	50,0
Idade dos parceiros (anos)		
14 a 19	60	30,0
20 a 25	111	55,5
26 ou mais	29	14,5
Diferença de idade com o parceiro		
Até 4 anos	127	66,5
Mais de 5 anos	63	33,5
Pessoa com quem morava antes da gravidez		
Parceiro	84	42,0
Pais	58	29,0
Mãe	42	21,0
Pai	8	4,0
Outros	8	4,0
Pessoa com quem morava após a gravidez		
Parceiro	113	56,5
Pais	41	20,5
Mãe	35	17,5
Pai	4	2,0
Outros	7	3,5
Vínculo com a pessoa de quem engravidou		
Companheiro/marido	84	42,0
Noivo/namorado	101	55,5
Pessoa com quem ficou	4	2,0
Outro	1	0,5
Vínculo atual com a pessoa de quem engravidou		
Companheiro/ marido	113	56,5
Noivo/ namorado	68	34,0
Amigo	5	2,5
Sem vínculo	14	7,0
Estuda atualmente		
Sim	75	37,5
Não	125	62,5
Escolaridade		
Nunca estudou	1	0,5
EF incompleto	78	39,0
EF completo	56	28,0
EM incompleto	47	23,5
EM completo	18	9,0
Atividade remunerada		
Sim	42	21,0
Não	158	79,0

Continua

Continuação Tabela 1

Variável	n	%
Religião		
Católica	120	60,0
Evangélica/protestante	47	23,5
Sem religião	33	16,5
Pessoa responsável pela criação		
Pais	138	69,0
Mãe	44	22,0
Pai e outros parentes	18	9,0
Escolaridade da pessoa que a criou (ensino fundamental)		
Nunca estudou	36	18,0
Até 4ª série do EF	113	56,5
5ª série do EF ou mais	38	19,0
EM completo ou incompleto	13	6,5

EF: ensino fundamental; EM: ensino médio

A dificuldade administrativa referente à exigência de acompanhamento por um responsável menor de idade por parte de alguns serviços de saúde não foi motivo para não comparecer à consulta agendada para 91% das jovens. Somente duas jovens referiram espontaneamente ter tido essa dificuldade para não marcar consulta com ginecologista.

A análise bivariada mostrou associação entre o acesso administrativo e a escolaridade das adolescentes e com tipo de vínculo com parceiro. As jovens com menor instrução relataram, proporcionalmente, menos dificuldades de acesso do tipo administrativo, assim como aquelas que perderam o vínculo com o parceiro após a ocorrência da gravidez (Tabela 2).

Quanto ao acesso psicossocial, foram constatadas barreiras de gênero quando 68% das entrevistadas declararam ter preferência no atendimento por ginecologista do sexo feminino, por terem vergonha ou se sentirem constrangidas ao serem atendidas por homens; 29% não tinham preferência. Quanto à categoria profissional, 92% delas declararam não ter preferência no atendimento por médica ou por enfermeira.

A única associação mostrada pela análise bivariada entre o indicador de acesso psicossocial foi com a baixa escolaridade das adolescentes (Tabela 3).

Para 70,5% das gestantes, o serviço de saúde estava localizado perto de suas residências, declarando assim que não tiveram dificuldades de acesso geográfico. A análise bivariada mostrou que as adolescentes que tinham parceiros mais velhos declararam significativamente maior dificuldade de acesso geográfico ao serviço que aquelas com parceiros adolescentes, assim como as que trabalhavam (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição percentual dos indicadores de acesso à informação e de acesso administrativo segundo características sociodemográficas. Indaiatuba, SP, 2003. N=200

Variável	Acesso à informação					Acesso administrativo				
	Mais fácil		Mais difícil		p	Mais fácil		Mais difícil		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Idade da adolescente (anos)					0,204*					0,241*
10 a 14	10	7,9	10	13,5		15	11,9	5	6,8	
15 a 19	116	92,1	64	86,5		111	88,1	69	93,2	
Idade do parceiro (anos)					0,001*					0,393*
14 a 19	28	22,2	32	43,2		42	33,3	18	24,3	
20 a 25	82	65,1	29	39,2		66	52,4	45	60,8	
26 ou mais	16	12,7	13	17,6		18	14,3	11	14,9	
Diferença de idade com o parceiro (anos)					0,541*					0,978*
Até 4	78	61,9	49	66,2		80	63,5	47	36,5	
5 ou mais	48	38,1	24	32,4		46	63,5	27	36,5	
Escolaridade da adolescente					0,059*					0,013*
EF incompleto ou completo	79	62,7	56	75,7		93	73,8	42	56,8	
EM incompleto ou completo	47	37,3	18	24,3		33	26,2	32	43,2	
Religião					0,156*					0,434*
Católica	78	61,9	42	56,8		74	58,7	46	62,2	
Evangélica/protestante	32	25,4	15	20,3		28	22,2	19	25,7	
Sem religião	16	12,7	17	23,0		24	19,0	9	12,2	
Trabalho					0,046*					0,600*
Sim	32	25,4	10	13,5		25	19,8	17	23,0	
Não	94	74,6	64	86,5		101	80,2	57	77,0	
Vínculo com o parceiro após a gravidez					0,047*					0,048**
Com vínculo	118	93,7	63	85,1		110	87,3	71	95,9	
Pouco ou nenhum vínculo	8	6,3	11	14,9		16	12,7	3	4,1	
Escolaridade da pessoa que a criou					0,770*					0,530*
Até 4ª série do EF	93	73,8	56	75,7		92	73,0	57	77,0	
5ª série do EF ou mais	33	26,2	18	24,3		34	27,0	17	23,0	

EF: ensino fundamental; EM: ensino médio

* Teste de qui-quadrado

** Teste exato de Fisher

Em relação aos gastos envolvidos com o último atendimento, a maioria das adolescentes (92%) declarou não ter tido despesas para ir ao serviço de saúde, mas as demais sim. Destas, seis tinham a percepção que esse gasto era pouco e para dez, era razoável. Além disso, 24% tiveram gastos referentes a compra de medicamentos, exames laboratoriais e ultra-sonografia.

A análise multivariada por regressão logística mostrou que a idade do parceiro entre 20 e 25 anos (OR=0,390; IC 95% [0,207;0,736]; p<0,01) e o trabalho remunerado (OR=0,403; IC 95% [0,175;0,931]; p<0,05) foram significativamente associadas ao acesso mais difícil à informação. Observou-se associação positiva entre o indicador de acesso à informação e barreiras administrativas (OR=0,287; IC 95% [0,109;0,758]; p<0,02), e negativo com as barreiras psicossociais (OR=5,257; IC 95% [2,029;13,623]; p<0,001).

Também houve associação entre o indicador de acesso administrativo e de acesso à informação (OR=0,200; IC 95% [0,098;0,404]; IC 95%; p<0,001) e associação positiva do acesso psicossocial somente com o indicador de acesso à informação (OR=5,271; IC 95% [2,111;13,163]; p<0,001). O acesso geográfico foi associado à idade do parceiro (OR=0,408; IC 95% [0,188;0,885]; p<0,023), embora não tenha havido associação com trabalho remunerado. Houve também associação positiva entre o indicador de acesso geográfico e o de acesso econômico (OR=2,611; IC 95% [1,253;5,442]; p<0,01). Nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas mostrou-se associada ao indicador de acesso econômico, entretanto, encontrou-se associação com o indicador de acesso geográfico (OR=2,985; IC 95% [1,414;6,302]; p<0,01) e à informação (OR=0,240; IC 95% [0,094;0,616]; p<0,01) (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição percentual dos indicadores de acesso psicossocial e de acesso geográfico segundo características sociodemográficas. Indaiatuba, SP, 2003. N=200

Variável	Acesso psicossocial					Acesso geográfico					
	Mais fácil		Mais difícil		p	Mais fácil		Mais difícil		p	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Idade da adolescente (anos)					0,575**					0,959*	
10 a 14	3	6,5	17	11,0		14	9,9	6	10,2		
15 a 19	43	93,5	137	89,0		127	90,1	53	89,8		
Idade do parceiro (anos)					0,292**					0,031*	
14 a 19	12	26,1	48	31,2		50	35,5	10	16,9		
20 a 25	30	65,2	81	52,6		73	51,8	38	64,4		
26 ou mais	4	8,7	25	16,2		18	12,8	11	18,6		
Diferença de idade com o parceiro (anos)					0,330*					0,427*	
Até 4	32	69,6	95	61,7		92	65,2	35	59,3		
5 ou mais	14	30,4	59	38,3		49	34,8	24	40,7		
Escolaridade da adolescente					0,011*					0,954*	
EF incompleto ou completo	24	52,2	111	72,1		95	65,2	35	59,3		
EM incompleto ou completo	22	47,8	43	27,9		46	34,8	24	40,7		
Religião					0,737*					0,675*	
Católica	28	60,9	92	59,7		82	58,2	38	64,4		
Evangélica/protestante	12	26,1	35	22,7		34	24,1	13	22,0		
Sem religião	6	13,0	27	17,5		25	17,7	8	13,6		
Trabalho remunerado					0,273*					0,033*	
Sim	7	15,2	35	22,7		24	17,0	18	30,5		
Não	39	84,8	119	77,3		117	83,0	41	69,5		
Vínculo com o parceiro após a gravidez					1,000**					0,749*	
Com vínculo	42	84,8	139	90,3		127	90,1	54	91,5		
Pouco ou nenhum vínculo	4	15,2	15	9,7		14	9,9	5	8,5		
Escolaridade da pessoa que a criou					0,382*					0,293*	
Até 4ª série do EF	32	69,6	117	76,0		108	76,6	41	69,5		
5ª série do EF ou mais	14	30,4	37	24,0		33	23,4	18	30,5		

* Teste de qui-quadrado

** Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

No presente estudo, os achados mostraram que as barreiras de acesso poderiam agravar as dificuldades para a procura dos cuidados preventivos à saúde de maneira desigual. De acordo com a maioria das adolescentes estudadas houve menos barreiras de acesso econômicas e geográficas e mais dificuldades administrativas e associadas à falta de informação. Entretanto, a principal barreira encontrada foi de natureza psicossocial, destacando-se o sentimento de vergonha no atendimento por ginecologista do sexo masculino. Richter & Cur¹⁵ descreveram em estudo que adolescentes homens e mulheres manifestaram sua preferência quanto ao provedor de saúde ser do mesmo gênero do entrevistado. Stone & Ingham¹⁷ também descreveram dificuldades psicossociais ao acesso a serviços de saúde

reprodutiva, pois um quarto das jovens que utilizaram esses serviços declarou sentir constrangimento e medo durante as consultas.

Poucas barreiras de natureza administrativa específicas para esta faixa etária apareceram no presente estudo, como por exemplo, a exigência dos serviços pelo consentimento e/ou notificação dos pais para os menores receberem atendimento. O sentimento de que os motivos que levaram a adolescente a buscar a consulta e as informações dadas ao profissional de saúde não seriam mantidos em sigilo, especialmente dos pais, foram descritos em diversos estudos com esta faixa etária.^{3,15} Para os profissionais de saúde brasileiros, a confidencialidade e o atendimento do adolescente sem a presença do responsável são dúvidas freqüentes na prática diária. Há suportes legais para essas questões,

Tabela 4. Análise multivariada por regressão logística de variáveis selecionadas. Indaiatuba, SP, 2003. N=200

Variável dependente	Variável independente selecionada	OR (IC 95%)	p
Indicador de acesso à informação	Idade do parceiro (20-25 anos)	0,390 (0,207;0,736)	<0,01
	Trabalho remunerado	0,403 (0,175;0,931)	<0,05
	Indicador de acesso administrativo	0,287 (0,190;0,758)	<0,02
	Indicador de acesso psicossocial	5,257 (2,029;13,623)	<0,001
Indicador de acesso administrativo	Indicador de acesso à informação	0,200 (0,098;0,406)	<0,001
Indicador de acesso psicossocial	Indicador de acesso à informação	5,271 (2,111;13,163)	<0,001
Indicador de acesso geográfico	Idade do parceiro (14 a 19 anos)	0,408 (0,188;0,885)	<0,023
	Indicador de acesso econômico	2,611 (1,253;5,442)	<0,01
Indicador de acesso econômico	Indicador de acesso geográfico	2,985 (1,414;6,302)	<0,01
	Indicador de acesso à informação	0,240 (0,094;0,616)	<0,01

como as recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria e as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente do Ministério da Saúde.^{6,a}

Outras barreiras administrativas foram descritas em serviços que oferecem assistência à saúde de adolescentes. Burack³ e French⁹ descreveram que muitos adolescentes sentiram que o atendimento recebido foi muito rápido e que não houve tempo suficiente para tomar decisões, bem como ter tido oportunidades de solucionar dúvidas. Além disso, participantes do estudo de Burack³ relataram, em sua percepção, que os profissionais de saúde não tinham preparo e habilidade para tratar de seus problemas. No presente estudo, a maioria das adolescentes mostrou satisfação com o profissional que as atendeu. Por outro lado, a natureza quantitativa deste estudo pode não ter captado o real significado de satisfação dessas jovens, ou seja, a satisfação pode ter advindo simplesmente do fato de terem conseguido ser atendidas e/ou de terem tido suas queixas solucionadas.

No presente estudo, barreiras de natureza econômica foram associadas a barreiras geográficas de acesso. No município onde este estudo foi desenvolvido, a cobertura de pré-natal atingiu aproximadamente 99% da população feminina em idade reprodutiva em 2004. Esta alta cobertura do sistema público de saúde deve estar refletida na percepção das adolescentes, uma vez que a dimensão econômica e geográfica foram as menos referidas como barreiras de acesso aos serviços. Entretanto, a análise de regressão mostrou que houve associação positiva entre o acesso geográfico e o acesso econômico além de associação entre acesso geográfico e à informação.

O acesso à informação – que engloba o conhecimento da existência do serviço de saúde e da necessidade de busca de atendimento em prevenção – foi facilitado quando as jovens estavam no mercado de trabalho. Entretanto, estar trabalhando também pode trazer

dificuldades para que estas jovens cheguem ao serviço, considerando que os serviços de saúde estão localizados próximos às suas residências e não necessariamente próximos ao local de emprego.

A idade absoluta do parceiro, e não a diferença de idade entre eles, mostrou-se importante fator associado a duas situações distintas de acesso (informação e região geográfica). Adolescentes com parceiros mais velhos tiveram seu acesso geográfico facilitado, enquanto aquelas com parceiros adultos jovens apresentaram melhor acesso à informação. Pode-se especular que parceiros mais velhos teriam instrumentos próprios de facilitação de acesso a sua parceira adolescente, compreender melhor sua importância e melhores condições de buscar informações. Entretanto, mais estudos são necessários para elucidar essas associações.

Aproximadamente um terço das adolescentes entrevistadas não haviam passado por consulta ginecológica prévia à gestação. O mesmo percentual foi encontrado em um estudo norte-americano de Oberg et al,¹⁴ em que 30% das adolescentes não visitaram um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa. Por outro lado, no Reino Unido, Churchill et al⁴ relataram que 93% das adolescentes grávidas estudadas haviam consultado um médico pelo menos uma vez antes da gravidez e 71% tinham dialogado sobre anticoncepção com seu provedor de saúde. Desse modo, pode-se depreender que a gravidez configura-se em momento precioso para que o ente público aproveite a oportunidade e suas motivações para aproximar-se de forma apropriada da jovem, e evite a chamada “*lost opportunities*” para oferecer apoio às suas dificuldades e incrementar práticas educativas oportunas.

Em conclusão, foram encontradas poucas barreiras de acesso nas dimensões geográfica, econômica, administrativa e de informação. Por outro lado, o indicador psicossocial revelou barreiras importantes de acesso ao serviço de saúde. Recomenda-se, portanto, a incorporação de novas estratégias para facilitar o acesso

^a Ministério da Saúde/ PROSAD. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Brasília, DF; 1993. v.1

das adolescentes a serviços de saúde que minimizem as questões de gênero, respeitem a autonomia das adolescentes e levem em consideração as características e o vínculo delas com seus parceiros.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber LB, editor. *Programação em saúde hoje*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1993. p.139-82.
2. Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plan Perspect*. 1995;21(2):64-9,74.
3. Burack R. Young teenagers' attitudes general practitioners and their provision of sexual health care. *Br J Gen Pract*. 2000;50(460):550-4.
4. Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J, Ebdom D, Macpherson M, et al. Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: case-control study. *BMJ*. 2000;321(7259):486-9. DOI: 10.1136/bmj.321.7259.486
5. Dean KM, Dean JA, Coulombier D, Burton AH, Brebdel KA, Smith DC. Epi-info, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 1994.
6. Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr*. 1999;17(2):95-7.
7. Foreit JR, Gorosh ME, Gillespie DG, Merritt CG. Community-based and commercial contraceptive distribution: an inventory and appraisal. *Popul Rep J*. 1978;(19):1-29.
8. Foreit JR, Frejka T, editores. *Investigación operativa en planificación familiar: lecturas selectas*. Nueva York: Population Council; 1999.
9. French RS. The experience of young people with contraceptive consultation and health care workers. *Int J Adolesc Med Health*. 2002;14(2):131-8.
10. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley; 1989.
11. Kish L. *Survey sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965.
12. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kapphahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent girls. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):120-30. DOI: 10.1016/S1054-139X(98)00146-3
13. Muza GM, Costa MP. Elementos para elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):321-8. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000100033
14. Oberg C, Hogan M, Bertrand J, Juve C. Health care access, sexually transmitted diseases and adolescents: identifying barriers and creating solutions. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2002;32(9):320-39. DOI: 10.1016/S1538-5442(02)90013-1
15. Richter S, Cur M. Accessibility of adolescent health services. *Curotionis*. 2000;23(2):76-82.
16. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*. 1965;52(3-4):591-611.
17. Stone N, Ingham R. When and why do young people in the United Kingdom first use sexual health services? *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(3):114-20. DOI: 10.1363/3511403
18. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):133-49. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100012
19. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 1990;24(6):445-52. DOI: 10.1590/S0034-89101990000600002
20. Unicef. *A voz dos adolescentes*. Brasília; 2002.

AGRADECIMENTO

Aos profissionais do Ambulatório da Mulher de Indaítuba pela colaboração na coleta dos dados.