

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**EVELISE BIRCK RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL SEGUNDO RAÇA/COR NO  
MUNICÍPIO DE ESTEIO, RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2021

**EVELISE BIRCK RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL SEGUNDO RAÇA/COR NO  
MUNICÍPIO DE ESTEIO, RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fernanda Souza de Bairros

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva  
**Linha de Pesquisa:** Estudos Epidemiológicos

PORTO ALEGRE  
2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Birck Rodrigues, Evelise  
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL SEGUNDO RAÇA/COR  
NO MUNICÍPIO DE ESTEIO, RIO GRANDE DO SUL / Evelise  
Birck Rodrigues. -- 2021.  
82 f.  
Orientadora: Fernanda Souza de Bairros.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2021.

1. Raça/ Cor. 2. Racismo. 3. Atenção Pré Natal. 4.  
Atenção Primária em Saúde. I. Souza de Bairros,  
Fernanda, orient. II. Título.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL SEGUNDO RAÇA/COR NO  
MUNICÍPIO DE ESTEIO, RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fernanda Souza de Bairros  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGCoI/UFRGS

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luciana Barcellos Teixeira  
Membro da banca  
PPGCoI/UFRGS



Prof. Dr. Sondre Schneck  
Membro da banca  
ENF/UFRGS



Dra. Gisele Cristina Tertuliano  
Membro da banca  
Vigilância Epidemiológica - Secretaria Municipal de Cachoeirinha-RS

*Dedico este trabalho a todas as mães brasileiras, especialmente as negras, que, em seu generoso amor, vivem e sobrevivem em meio a tantas adversidades advindas de uma cruel construção histórica machista e racista de nosso país.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Souza de Bairros, por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, pelo incentivo, pela paciência inesgotável e pela dedicação do seu tempo ao meu projeto de pesquisa.

Agradeço a minha mãe, Lígia Birck, sua presença e amor incondicional na minha vida sempre. Esta monografia é a prova de que os esforços dela pela minha educação valeram a pena.

Agradeço ao meu companheiro, Lucas Garcia Reis, e aos nossos filhos, Cecília e Frederico Birck Reis, por aceitarem várias horas em que estive ansiosa ou ausente por causa do desenvolvimento deste trabalho.

Obrigada pela participação dos professores, Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Barcellos Teixeira e Prof<sup>o</sup> Dr. Sondre Schneck, cujas leituras e sugestões foram essenciais para que este trabalho fosse concluído satisfatoriamente.

Obrigada a todo corpo docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que, mesmo neste período de epidemia, de desmantelamento do Ensino Superior por parte do governo federal, de desvalorização da ciência por parte do chefe do executivo nacional, sempre transmitiram seu saber com muita paixão e profissionalismo.

Obrigada à equipe de colegas da Atenção Primária, da Secretaria Municipal de Saúde de Esteio, pelo apoio para a construção deste trabalho e à Secretária Municipal de Saúde de Esteio, Enf<sup>a</sup> Ana Regina Boll, que deu permissão ao início do meu sonho de realizar o mestrado.

Também agradeço a todos os meus colegas de curso, pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante estes anos.

*“Estar grávida e dar à luz é como atravessar uma ponte estreita.  
As pessoas podem te acompanhar até a ponte.  
Elas podem te cumprimentar do outro lado.  
Mas você atravessa sozinha.” (provérbio africano)*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Atenção ao Pré-Natal (APN) é a assistência prestada à mulher durante sua gravidez e puerpério e é uma prioridade de saúde pública. A gravidez é complexa e delicada, e a maior parte de suas complicações são evitáveis com uma APN adequada.

**OBJETIVO:** Analisar a APN prestada no município de Esteio/RS, em 2019, e seus desfechos, segundo raça/cor.

**METODOLOGIA:** Estudo de caráter quantitativo, analítico e do tipo coorte retrospectiva, através da coleta de dados de prontuários de 627 usuárias da Atenção Primária (APS) e da maternidade do município. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS 21.0. Foi feita análise descritiva dos componentes da APN segundo as variáveis mulheres brancas/negras; e adultas/adolescentes. Para verificar se a adequação do pré-natal estava associada às características maternas e de parto, foi utilizado o teste do  $\chi^2$  para verificar diferenças entre as proporções, considerando-se intervalo de confiança de 95% (IC95%). Realizou-se regressão logística para cálculo do Risco Relativo e Intervalo de Confiança de 95%. Adotou-se, nas análises estatísticas, o nível de significância de 5% ( $P \leq 0,05$ ). A amostra foi composta por 627 mulheres residentes em Esteio e que tiveram seus partos entre janeiro e dezembro de 2019.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO :** A caracterização foi de 74% de gestantes brancas e 26% negras; adultas de 20 anos ou mais foram 84,8%; e adolescentes 15,2%. A escolaridade de ensino médio ou acima foi de 66,5%, e 10,5% das usuárias teve acesso a serviços complementares de convênio durante APN. Os resultados indicam que 89% cumpriram seis ou mais consultas. Realizaram testes rápidos de IST 99,6% das grávidas e 89,8% fizeram revisão puerperal. O parto vaginal registrado em 42,1% dos casos. Quando os dados são analisados por raça/cor, cabe explicar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre brancas e negras como a escolaridade ( $p > 0,001$ ) (RR=1,79, IC95%: 1,37-2,34), número mínimo de consultas ( $p 0,028$ ). (RR=0,67, IC95%: 0,47-0,93) e realização de revisão puerperal ( $p 0,029$ ) (RR=0,65, IC95%: 0,46-0,93). Mulheres brancas realizaram mais partos cesáreos que as negras ( $p 0,003$ ) (RR=1,49, IC95%: 1,15-1,94). Na categorização por faixa etária, as adolescentes apresentaram resultados piores para escolaridade ( $p < 0,001$ ) (RR=3,05, IC95%: 2,09-4,46) e na realização de revisão puerperal ( $p 0,012$ ) (RR 0,65, IC95%: 0,46-0,93). A análise estatística foi categorizada em quatro grupos: adultas brancas, adolescentes brancas, adultas negras e adolescentes negras. Escolaridade e revisão puerperal apresentaram um comportamento similar, com melhores resultados no grupo de adultas brancas e os piores no grupo de adolescentes negras. Nessa comparação, mulheres brancas a adultas concentraram o maior percentual de cesarianas ( $p$ -valor 0,003).

**APLICABILIDADE NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA:** A coleta e análise de dados a respeito da APN pode e deve ser realizada por qualquer gestão municipal através de bancos de dados acessíveis como prontuários individuais e dos sistemas de informações federais. Verificar populações específicas que precisam de uma maior atenção através de dados consistentes garante aos gestores tomadas de decisão mais eficientes e focadas, especialmente no campo materno infantil, tão sensível às ações de Atenção Primária em Saúde (APS).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados indicam que a APN prestada em Esteio, em 2019, traz boas coberturas. Contudo, houve iniquidades raciais observadas,



situação em que gestantes brancas registram escolaridade mais alta, maior número de consultas e de realização de revisão puerperal em relação às negras. Adolescentes, especialmente as jovens negras, ainda apresentaram maiores disparidades nestes mesmos quesitos.

Faz-se imprescindível o debate sobre ações que possam reduzir as iniquidades descritas, em especial, sobre a saúde de mulheres negras e adolescentes negras tendo como diretriz o comprometimento no combate ao racismo institucional, a fim de garantir e proporcionar melhorias no princípio da equidade do SUS.

**Palavras-chave:** Raça/ cor. Racismo. Atenção Pré-Natal. Atenção Primária em Saúde.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Prenatal Care (PNC) is the assistance provided to women during their pregnancy and postpartum period and is a public health priority. Pregnancy is complex and delicate, and most of its complications are avoidable with adequate PNC.

**OBJECTIVE:** To analyze the PNC provided in the city of Esteio/RS, in 2019, and its outcomes, according to race/color.

**METHODOLOGY:** Quantitative, analytical and retrospective cohort study, collecting data from medical records of 627 users of Primary Health Care (PHC) and the municipality's maternity ward. Statistical analyzes were performed using SPSS 21.0 software. A descriptive analysis of the PNC components was carried out according to the variables white/black women; and adults/adolescents. To verify whether the adequacy of prenatal care was associated with maternal and delivery characteristics, the  $\chi^2$  test was used to verify differences between proportions, considering a 95% confidence interval (95% CI). Logistic regression was performed to calculate the Relative Risk and 95% Confidence Interval. In statistical analyses, a significance level of 5% ( $P \leq 0.05$ ) was adopted. The sample consisted of 627 women living in Esteio who gave birth between January and December 2019.

**RESULTS AND DISCUSSION:** The characterization was 74% white pregnant women and 26% black; adults aged 20 or over were 84.8%; and adolescents 15.2%. High school education or above was 66.5%, and 10.5% of users had access to complementary health insurance services during PNC. The results indicate that 89% completed six or more appointments. 99.6% of pregnant women underwent rapid STI tests and 89.8% underwent postpartum review. Vaginal birth was recorded in 42.1% of cases. When data are analyzed by race/color, it is worth explaining that statistically significant differences were found between white and black women, such as education ( $p > 0.001$ ) (RR=1.79, 95% CI: 1.37-2.34), number minimum number of consultations ( $p < 0.028$ ). (RR=0.67, 95%CI: 0.47-0.93) and postpartum review ( $p < 0.029$ )(RR=0.65, 95%CI: 0.46-0.93). White women had more cesarean deliveries than black women ( $p < 0.003$ ) (RR=1.49, 95%CI: 1.15-1.94). In the categorization by age group, adolescents showed worse results for education ( $p < 0.001$ ) (RR=3.05, 95%CI: 2.09-4.46) and in undergoing postpartum review ( $p < 0.012$ ) (RR 0.65, 95%CI: 0.46-0.93). The statistical analysis was categorized into four groups: white adults, white adolescents, black adults and black adolescents. Education and postpartum review showed a similar behavior, with better results in the group of white adults and the worst in the group of black adolescents. In this comparison, adult white women had the highest percentage of cesarean sections ( $p$ -value 0.003).

**APPLICABILITY IN THE FIELD OF COLLECTIVE HEALTH:** The collection and analysis of data regarding the PNC can and should be carried out by any municipal management through accessible databases such as individual medical records and

federal information systems. Verifying specific populations that need greater attention through consistent data guarantees managers more efficient and focused decision-making, especially in the maternal and child field, which is so sensitive to Primary Health Care (PHC) actions.

**FINAL CONSIDERATIONS:** The results indicate that the PNC provided in Esteio, in 2019, provides good coverage. However, there were racial inequities observed, a situation in which white pregnant women have a higher level of education, a greater number of consultations and a greater number of postpartum check-ups compared to black women. Adolescents, especially young black women, still showed greater disparities in these same aspects.

It is essential to debate actions that can reduce the inequities described, in particular, regarding the health of black women and black adolescents, taking as a guideline the commitment to combat institutional racism, in order to guarantee and provide improvements in the principle of equity in the National Health System (SUS).

Keywords: Race/color. Racism. Prenatal Care. Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis Independentes do Desfecho Adequação da Atenção Pré-Natal

39

Quadro 2: Variáveis Categóricas da APN e Parto

39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das gestantes que realizaram atenção pré-natal, segundo raça/cor. Esteio, Rio Grande do Sul. 2019 (N=627)	43
Tabela 2: Características da atenção ao pré-natal e parto das gestantes segundo raça/cor no município de Esteio, Rio Grande do Sul. 2019 (N=627)	46
Tabela 3: Comparação dos dados de Atenção Pré-Natal e parto do SINASC e presente estudo das gestantes residentes do município de Esteio, Rio Grande do Sul, 2019	48
Tabela 4: Características da atenção ao pré-natal e parto das gestantes segundo faixa etária no município de Esteio, Rio Grande do Sul. 2019 (N=627)	50
Tabela 5: Características de Escolaridade, Atenção Pré-Natal e Parto das gestantes do município de Esteio RS, em 2019 segundo raça/cor e faixa etária	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APN	Atenção Pré-Natal
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Comissão de Determinantes Sociais
CIAS	Centro Integrado de Atenção à Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde/Cartão SUS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente/1990
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EJA	Educação de Jovens Adultos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSPSCE	Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Idade Gestacional
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
ODM	Objetivos do Milênio

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Perímetro Cefálico
PIB	Produto Interno Bruto
PNDS	Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social
RC/MS	Rede Cegonha do Ministério da Saúde
RN	Recém-Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS/Esteio	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Testes Rápidos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de tratamento Intensivo
VISA	Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>15</b>
2.1 A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL COMO PAUTA DA DISCUSSÃO INTERNACIONAL	15
2.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E REDE CEGONHA: MARCADORES DE QUALIDADE	17
2.3 FATORES ASSOCIADOS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL	20
<b>2.3.1 Racismo e Atenção Pré-Natal: especificidades das gestantes negras</b>	<b>23</b>
<b>2.3.2 Gestação na Adolescência</b>	<b>26</b>
<b>2.3.3 Atenção ao Pré-Natal e morbidades: Sífilis e HIV na gestação</b>	<b>30</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	<b>33</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>34</b>
4.1 OBJETIVO GERAL	34
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
<b>5 MÉTODO</b>	<b>35</b>
5.1 DELINEAMENTO	35
5.2 LOCAL DO ESTUDO	35
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	36
5.4 COLETA DE DADOS	37
5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	40
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	41
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>42</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>53</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>65</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção ao Pré-Natal (APN) é a assistência prestada a uma mulher durante sua gravidez e puerpério. As complicações que podem ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto, constituem-se como problema de saúde pública significativo e complexo, apesar de muitas das complicações serem evitáveis com uma APN adequada. A cobertura da APN tem sido usada mundialmente como um dos principais indicadores do progresso de um país ao acesso universal à saúde (BRASIL, 2013). Inúmeras pesquisas têm sido realizadas a este respeito, especialmente em países em desenvolvimento, onde a mortalidade materno infantil ainda é uma realidade.

No Brasil, o racismo estrutural segue sendo um determinante social de saúde, afetando negativamente a vida da população negra. Não desagregar dados implica invisibilizar os impactos do racismo no país. Sem isso perde-se a oportunidade de conhecer demandas específicas da população negra e a possibilidade de pensar estratégias de acesso ao cuidado em saúde com vistas à equidade racial. (LEAL, 2016; BORRET, 2020).

Dentro das redes de atenção à saúde, a Rede Cegonha do Ministério da Saúde (RC/MS) acompanha os indicadores de saúde materno infantil. A necessidade de estudar a APN remete às possibilidades de amenizar as desigualdades sociais em saúde, pois existem evidências apontando estreita relação entre acesso e qualidade da APN e determinantes sociais como baixa escolaridade, baixa renda, raça/cor e idade mais jovem (BRASIL, 2013). Além das questões sociais, econômicas e demográficas, também é preciso evoluir em marcadores de qualidade da APN, como realização de consulta puerperal e detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis que igualmente são de transmissão vertical. Estas questões são relevantes, principalmente nos municípios do Rio Grande do Sul, tendo em vista as elevadas taxas de detecção de Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (BRASIL, 2019a) e sífilis (BRASIL, 2019b) no estado.

A medicalização excessiva do momento do parto se reflete no percentual altíssimo de cesarianas desnecessárias. A pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento 2011/2012, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com o objetivo de conhecer os determinantes, a magnitude e os

efeitos das intervenções obstétricas no parto, traz dados inquestionáveis sobre disparidades no acesso e na qualidade da consequência, os partos prematuros causados por intervenção iatrogênica (LEAL et al., 2012). Um país onde mulheres pretas e pardas são sistematicamente invisibilizadas em análises não segregadas, e quando aparecem estão em desvantagem em relação às brancas (BORRET, 2020). Isso indica o extenso impacto do racismo estrutural na vida destas pessoas. O mesmo quadro de iniquidades afeta a APN de adolescentes e mulheres com baixa escolaridade, segundo a pesquisa.

O município de Esteio, como tantos outros, situa-se numa região metropolitana, apresentando alto Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, alta densidade demográfica, composição étnico-racial de 85,5% brancos e 14% negros e uma rede de saúde que atinge 100% de sua área adscrita e com capacidade técnica instalada para atender toda sua população. O objetivo desta pesquisa é avaliar a realização e adequação da APN e seus desfechos prestados neste município, segundo raça/cor da gestante.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta revisão bibliográfica divide-se em quatro seções. Na primeira faz-se uma discussão sobre o racismo e a Atenção ao Pré-Natal (APN) como determinante social em saúde. Na segunda seção a pauta da discussão internacional, após apresenta-se a os marcadores de qualidade da APN no Brasil ressaltando a Rede Cegonha como grande estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Por fim, a quarta seção da revisão discute sobre os diversos fatores associados à APN, gestação na adolescência e as morbidades de atenção especial como a Sífilis e o HIV.

### 2.1 A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL COMO PAUTA DA DISCUSSÃO INTERNACIONAL

Em 2000, os líderes mundiais se reuniram para adotar a Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). Com a Declaração, as Nações se comprometeram a uma nova parceria global para reduzir a pobreza extrema, em uma série de oito objetivos – com um prazo para o seu alcance em 2015 – que se tornaram conhecidos como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Grupo de Trabalho estava encarregado da elaboração de uma proposta para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Em agosto de 2014, o grupo de trabalho compilou os aportes recebidos, finalizou o texto e submeteu a proposta dos 17 ODS e das 169 metas associadas à apreciação da Assembleia Geral da ONU em 2015 (ONU BRASIL, 2015).

Desde que os ODS foram registrados, progressos históricos têm sido registrados, na redução da mortalidade infantil, na melhoria da saúde materna e na luta contra o HIV/Aids, a tuberculose, a malária e outras infecções. A APN está diretamente relacionada aos ODS. Trata-se da assistência prestada a uma mulher durante a gravidez. Essa relação vem da constatação de que as complicações durante a gravidez, o parto e o período pós-parto se apresentam como um problema de saúde pública, significativo e complexo em países de baixa renda, sendo que muitas destas complicações podem ser evitadas com uma APN adequada (ONU BRASIL, 2015).

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de Determinantes Sociais de Saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde. Nele, o racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Esse conceito apontava, ainda, que, para se enfrentar adequadamente as iniquidades em saúde, seriam necessárias medidas que incluíssem a criação de programas dirigidos a populações vulneráveis e o desenvolvimento de ações para reduzir disparidades entre grupos, além de medidas de saúde, amplas para toda a população. Essa visão pressupõe a geração de informações desagregadas, bem como a tomada de decisão em oposição ao status produtor ou mantenedor das desvantagens (WERNECK, 2016).

As diretrizes de APN da OMS sugerem um modelo focado de atendimento envolvendo quatro consultas e incluindo testes de triagem e aconselhamento, começando no primeiro trimestre e estendendo até o nascimento. Para a OMS, os países que obtiveram sucesso na melhoria dos serviços de saúde materna e na redução geral da morbimortalidade materna ainda enfrentam os desafios de grandes iniquidades em várias seções das populações. A cobertura da APN tem sido usada globalmente como um dos indicadores para acompanhar o progresso em direção ao acesso universal à saúde reprodutiva (ONU BRASIL, 2015).

Cabe destacar que, em Delhi, capital Indiana, uma extensa pesquisa sobre cuidado sobre APN e infantil, avaliou que apenas 70% das mães que chegavam ao parto tinham um cartão de registro da APN, 46,3% haviam começado seus atendimentos no primeiro trimestre e somente 46% realizaram consulta puerperal em até quatro semanas após o parto. A baixa posição socioeconômica foi o preditor mais importante na subutilização dos serviços, menor chance de ter um registro de APN, de completar quatro atendimentos e de realizar revisão puerperal. Os autores reforçam que é preciso desenvolver estratégias para aumentar e melhorar o acesso entre as mulheres mais pobres (DEVASENAPATHV et al., 2015).

Recentemente, uma pesquisa avaliou a APN em sete países de seis continentes, e encontrou o nível educacional como o mais forte preditor das medidas de desfecho. No Peru, Senegal e Uganda, o nível de escolaridade teve associação positiva apenas para o início dos cuidados da APN. Em Bangladesh, Camboja,

Camarões e Nepal, ter qualquer nível de educação aumentou significativamente as chances de iniciar APN e ter uma maior frequência de visitas, comparado a não ter nível de escolaridade. O nível socioeconômico foi positivamente associado a relatar quatro ou mais visitas em todos os países. Mulheres cuja primeira consulta ocorreu no segundo ou terceiro trimestre foram as menos prováveis a ter quatro ou mais visitas, quando comparada às mulheres que tiveram sua primeira visita no primeiro trimestre. Número de partos teve uma associação negativa significativa com a iniciação do APN no Camboja e no Nepal; em Bangladesh, Peru e Senegal, o efeito negativo do número de partos é significativo a partir do quinto nascimento ou superior. Número de partos também é associado negativamente com a frequência de visitas de APN em Bangladesh, Camboja, Nepal, Peru e Senegal. A autora conclui que, a fim de garantir uma alta cobertura de acesso e equidade, os serviços, programas e políticas devem focar em mulheres com baixos níveis de educação, vivendo em famílias pobres e rurais (SAAD-HADDAD et al., 2016). Em 2018, no município de Esteio, 35,7% das gestantes apresentavam baixa escolaridade, com percentuais ainda maiores quando separadas as mulheres negras e/ou adolescentes (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2020).

O aprimoramento dos sistemas e seus registros são um ponto relevante para planejamentos e pesquisas na saúde pública. Também Guimarães et al. (2018), em seus estudos sobre o acesso e qualidade da APN na Estratégia de Saúde da Família (ESF), alertam que existem importantes dificuldades organizacionais quanto ao acesso, na qualidade do cuidado e uma evidente insuficiência de ações de gestão voltadas para aprimorar estes indicadores. Neste recente artigo, os autores mostram que, na região Sul do Brasil, por exemplo, a adequação da infraestrutura das ESF para atender APN varia entre 26% e 43%, enquanto, na avaliação de qualidade de APN, esse percentual foi ainda menor, com 8% das ESF avaliadas como adequadas e 34% como adequadas parcialmente. Esses dados revelam uma expressiva barreira de acesso a uma APN adequada.

## 2.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E REDE CEGONHA: MARCADORES DE QUALIDADE

Para a manutenção e a melhoria da saúde materno infantil, a realização de uma APN de qualidade é essencial (BRASIL, 2011). Nesse sentido, cabe destacar

que os indicadores de mortalidade materna e infantil, que estão associados à qualidade da APN no Brasil, ainda são elevados, principalmente quando comparados aos países mais desenvolvidos.

Uma APN de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade, em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estava relacionado à inadequação da atenção à gestação (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha do Ministério da Saúde (RC/MS), instituída através da Portaria 1.459 de 2011 do MS, é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação com respeito ao critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011).

No Brasil, o Caderno de Atenção Básica número 32, que tem por objetivo orientar o atendimento da APN de baixo risco, objetiva a realização de uma prática humanizada, integral, em rede; garantindo, por conseguinte, um padrão de acesso e qualidade. A RC/MS dispõe de quatro componentes: (I) pré-natal; (II) parto e nascimento; (III) puerpério e atenção integral à saúde da criança; e (IV) sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Um dos principais objetivos da APN é reduzir cada vez mais a taxa de mortalidade materna e neonatal e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde. Os critérios para definição de uma assistência adequada estão dispostos no documento orientador do Ministério da Saúde, com definição de que o início do pré-natal deve ser precoce, mas que o número ideal é controverso, adotando-se a recomendação da OMS de seis ou mais consultas (BRASIL, 2013).

Tarekegn, Lieberman e Giedraitis (2014) afirmam que, para APN qualificada, o uso de atendentes de parto qualificados e serviços de cuidados pós-natal são fundamentais. Os serviços de saúde materna podem reduzir significativamente a

mortalidade materna. O período pré-natal é extremamente importante para alcançar mulheres com intervenções e informações que promovam a saúde, o bem-estar e a sobrevivência das mães como seus bebês. Os autores utilizam um modelo que divide os fatores em três grupos que podem impedir que mulheres e meninas acessem níveis de cuidados de saúde materna de que necessitam:

Fase 1: Atraso na decisão de procurar atendimento: principalmente fatores sociodemográficos.

Fase 2: Atraso no atendimento: relacionado a fatores de acessibilidade física e econômica.

Fase 3: Atraso em receber cuidados de saúde adequados: fatores relacionados à qualidade dos cuidados de saúde nas instalações.

Tomasi et al. (2017), em estudo para avaliar a qualidade de APN na rede básica do Brasil, descreve indicadores de qualidade de APN no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Durante o pré-natal, 89% fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso, 24% referiram ter recebido todos os procedimentos de exame físico, 60% receberam todas as orientações e 69% realizaram todos os exames complementares. Ao considerar o conjunto de ações preconizadas, apenas 15% das entrevistadas receberam APN adequada, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior.

Balsells et al. (2018), em sua avaliação do processo na APN de gestantes com risco habitual, na cidade de Fortaleza/Ceará, avaliaram que 42,3% das mulheres atendem o número adequado de consultas, e que apenas 26,3% delas iniciou a APN até 12 semanas de Idade Gestacional(IG). As autoras utilizaram a RC/MS como parâmetro na avaliação e concluíram que a APN adequada é realidade na minoria dos casos. Constatou-se falta de rede de apoio para captação precoce de gestantes, uma grande proporção de mulheres iniciando APN no segundo trimestre refletindo uma dificuldade no acesso aos atendimentos. Outro achado da pesquisa diz respeito à subnotificação dos registros clínicos e obstétricos; dificultando, assim, a garantia da continuidade do cuidado e o uso dos dados, de forma secundária, para fins de pesquisa e conhecimento.

### 2.3 FATORES ASSOCIADOS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Vários pesquisadores vêm estudando sobre os determinantes sociais e de saúde na prestação de serviços de saúde na APN. No Quênia, Gitonga e Muiruri (2016) encontraram melhor adesão aos serviços de saúde entre as mulheres de 20 e 34 anos e com menor paridade. A presença nos serviços foi aumentada pelo nível de escolaridade, pela renda familiar, idade superior a 20 anos e pela paridade inferior a cinco. É preciso pensar nos motivos de uma baixa adesão à APN, mesmo quando existem serviços de saúde e profissionais em quantidades suficientes num território. Segundo Long (2007), uma interface social refere-se a um espaço no qual atores sociais (neste caso agentes do sistema de saúde e gestantes), que têm diferentes experiências, valores, conhecimentos e prioridades, interagem, o que torna provável a existência de conflitos, bem como estabelecer relações de diálogo, poder e negociação. Nessa linha, os serviços de saúde podem ser entendidos como arenas em que os mundos de significado do próprio sistema de saúde, de seus agentes e das mulheres beneficiárias de suas ações são colocados em jogo e "medidos".

Na pesquisa de Gonzales-Cowes e Landini (2018), sobre adesão à APN na Argentina, as recomendações que os agentes do sistema de saúde fazem às mulheres são classificadas em grupos: recomendações associadas ao protocolo para avaliação e monitoramento da gravidez normal, relacionado ao uso de medicamentos durante a gravidez e recomendações para desencorajar certas práticas que as mulheres realizam em suas vidas diárias, como lavar roupas à mão ou realizar tarefas pesadas em casa. Dois fatores são identificados que reduzem a adesão à APN: existem barreiras geográficas, econômicas e ligadas ao funcionamento administrativo do sistema de saúde; outro motivo pelo qual os entrevistados podem não seguir as recomendações relacionadas ao uso de medicamentos prescritos é a falta de entendimento das indicações ou porque não sabem/não conseguem ler as instruções escritas ou faladas. Finalmente, as recomendações que visam desencorajar certas práticas das mulheres durante a gravidez são as mais afetadas pelas situações da vida de cada entrevistada. O cumprimento dessas indicações diminui acentuadamente quando elas exigem que as mulheres deixem tarefas que consideram de responsabilidade (como cuidar de seus filhos, por exemplo). Observou-se que os profissionais estão pouco



interessados nas reais possibilidades de adesão dessas mulheres, apresentando as recomendações como a única opção possível.

Os agentes do sistema de saúde tendem a entender as mulheres rurais a partir de diferentes representações. A mais frequente descreve as gestantes com base em características internas negativas e imutáveis que explicariam, aos olhos desses profissionais, sua baixa adesão a APN. Nesse sentido, são geralmente descritas como irresponsáveis, passivas ou pouco interessadas em sua saúde e gravidez. Assim, é configurada uma imagem cristalizada de mulheres assistidas, carregadas de conteúdo interno negativo. Desse modo, constrói-se uma dinâmica circular na qual os agentes do sistema de saúde insistem em seu ponto de vista sem atender ao contexto e às circunstâncias da vida das mulheres.

Na perspectiva dos pacientes, este mesmo estudo descreve dois tipos de agentes do sistema de saúde que são observados nos discursos das mulheres. O primeiro grupo de representações descreve os profissionais em termos de bom tratamento e outras características positivas. É interessante mencionar que essas representações positivas, muitas vezes associadas à empatia dos profissionais, estão alinhadas com a importância dada pela literatura médico-paciente para a construção de um bom vínculo interpessoal. Embora menor, há também um segundo grupo estruturado com base em reclamações sobre os agentes do sistema de saúde. Elas fazem referências à falta de conhecimento e capacidade dos médicos, depois que os profissionais não se fazem entender, não explicam bem ou não têm vontade de fazê-lo. Ao mesmo tempo, também há mulheres que apontam que os médicos não escutam os pacientes ou não estão interessados neles. Em ambos os casos, o vínculo médico-paciente acaba sendo estruturado hierarquicamente, sem que as beneficiárias, seus problemas e suas perspectivas sejam considerados como um fator legítimo que deve dialogar com o conhecimento profissional para gerar 'superações de recomendações'. Os agentes do sistema de saúde carecem de um repertório de comportamentos e representações que lhes permitam gerar esse tipo de vínculo, no qual o ponto de vista e a situação de vida do paciente são buscados ativamente no contexto de um relacionamento mais horizontal. Consequentemente, os agentes do sistema de saúde ficam presos a um ciclo de repetir recomendações que são ineficazes e de buscar um relacionamento mais fluido sem ferramentas, para que esse melhor vínculo se torne um entendimento mais profundo das razões para a adesão a APN limitada nos contextos em que trabalham.

Até mesmo a participação do parceiro durante a APN e o parto são fatores de engajamento relevantes. Sioma-Markowaska et al. (2016), na Polônia, afirmam que pais que se preparavam para o pré-natal e parto através de aulas pré-natal assumiam mais o papel de apoio, prestavam cuidados de enfermagem e realizavam o monitoramento em cada estágio do parto de suas companheiras. A educação pré-natal paterna com educação continuada foi a conclusão sugerida pelos autores.

A pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento é o primeiro estudo nacional de base epidemiológica que descreve a atenção ao parto e nascimento, tornando-se uma fotografia do nascimento no Brasil e se constituindo em linha de base para o monitoramento da RC/MS. Com esse estudo, procurou-se conhecer melhor a APN no Brasil, além de estimar a prevalência da prematuridade e a incidência de complicações clínicas imediatas ao parto, e após o parto para as mães e recém-nascidos. No maior estudo de base hospitalar já realizado no país, foram coletadas informações em 266 hospitais públicos e privados e entrevistadas aproximadamente 24 mil puérperas nos anos de 2011 e 2012. Os principais achados, descritos em inúmeras publicações, relatam entre outros indicadores: altas taxas de cesarianas, principalmente no setor privado; excesso de intervenções obstétricas e baixo uso de boas práticas na atenção ao parto; taxa de prematuridade de 11,5%, sendo que 74% são prematuros tardios (34 a 36 semanas de IG), muitos destes decorrentes de iatrogenia em mulheres com cesarianas agendadas e avaliação incorreta de IG; falhas na organização dos serviços de atenção ao parto, com quase um terço das mulheres com complicações na gravidez sendo atendidas em serviços sem Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e cerca de 30% de mulheres sem complicações sendo atendidas em serviços com leitos de UTI (LEAL et al., 2012).

As desigualdades sociais também surgiram como fatores influenciadores da APN e desfechos: as regiões Norte e Nordeste têm menor oferta de leitos de UTI, especialmente em cidades do interior; as gestações não planejadas e não desejadas foram mais frequentes em mães adolescentes, não-brancas, sem parceiro, sem trabalho remunerado, com uso abusivo de álcool e/ou com mais de três partos anteriores; os partos prematuros espontâneos estão associados a marcadores de vulnerabilidade social como ser adolescente, ter baixa escolaridade, APN inadequada e infecções no período gestacional (LEAL, 2012).

Esta série de estudos produzidos aponta para um paradoxo na atenção obstétrica no país e suas consequências preocupantes: uma excessiva medicalização do parto (taxas de cesariana elevadas), qualidade precária de atendimento e desfechos maternos e neonatais adversos evitáveis (LEAL, 2012). Ainda é preciso compreender que a qualidade da APN, assim como de outros programas, sofre consequências da forma como o SUS é administrado.

Souza (2020) relata que entre 2017 e 2019, o Banco Mundial voltou a intensificar seu argumento de contrarreforma do SUS, evitando falar sobre o subfinanciamento ao evocar a necessidade de gerir os recursos de forma mais eficiente. Ainda que a eficiência possa ser melhorada, o alcance do SUS tem sido limitado por um financiamento aquém do pretendido e necessário. A proposta é destituir a possibilidade de universalidade plena, ao se defender a ideia de “cobertura universal”, com um pacote mínimo de serviços que não, necessariamente, enfrenta as iniquidades de saúde ou garante atenção integral. Em termos comparativos, dados da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) mostram que o Brasil ocupa a 40ª posição entre 49 países comparados quando se trata de financiamento público em saúde, com 4% do PIB em 2016. Quando se trata do financiamento público *per capita*, a situação é ainda pior, quando o Brasil cai para a 45ª posição (BARRIA, 2020). A situação do SUS pregressa à epidemia já era bastante preocupante, ainda mais considerando a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, quando se aprofundaram as medidas de austeridade econômica ao congelar os “gastos” públicos por vinte anos, a contar de 2018. Somada a esta, a crueldade da Lei Complementar nº 173/2020, que congelou os salários dos servidores públicos municipais, estaduais e federais como moeda de troca da ajuda financeira da União para Estados e Municípios. O reflexo deste sub-financiamento crônico é, obviamente, a precarização do SUS.

Para Damascena e Vale (2019), a precarização do trabalho no SUS é expressa por contratações inseguras e temporárias, sobrecarga de trabalho, condições de trabalho precárias, contratos terceirizados, medo do desemprego, perda de direitos trabalhistas e atrasos salariais, que repercutem no trabalho, na vida do trabalhador e na assistência aos usuários. A precarização do trabalho tende a contribuir para descaracterização dos serviços de Atenção Básica, dado que não apresenta consonância com seus princípios e diretrizes e dificulta a compreensão

dos determinantes e condicionantes de saúde pelos profissionais, necessária para garantir o cuidado integral.

Segundo os autores, os trabalhadores da AB se sentem sobrecarregados com a quantidade e o acúmulo de demandas que precisam solucionar nas unidades de saúde. Em um dos relatos, um enfermeiro narra o acúmulo de atividades: Chega a atender mais de 400 pacientes por mês na unidade de saúde onde trabalha, sente-se sobrecarregado. Enfermeiros tem uma atribuição de atendimento ao usuário, supervisão do agente comunitário de saúde e equipe de enfermagem, responsabilidade técnica, no tocante ao funcionamento da unidade, além atividades burocráticas relacionadas aos relatórios que são enviados à secretaria. Há um Indicativo de que o subdimensionamento de enfermagem nas unidades de saúde repercute na garantia de acesso e pode interferir na assistência, provocando baixas adesão e confiabilidade no serviço, uma vez que enfermeiros estão envolvidas com todas as ações de saúde e são responsáveis por desenvolver programas estratégicos no âmbito da AB.

### **2.3.1 Racismo e Atenção Pré-Natal: especificidades das gestantes negras**

O racismo é uma ideologia que se realiza nas relações entre pessoas e grupos, no desenho e desenvolvimento das políticas públicas, nas estruturas de governo e nas formas de organização dos Estados. De abrangência ampla e complexa, é um fenômeno que penetra e participa da cultura, da política e da ética. Por sua ampla e complexa atuação, o racismo deve ser reconhecido também como um sistema, uma vez que se organiza e se desenvolve através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência atuando em diferentes níveis: pessoal, interpessoal e institucional (JONES, 2002; WERNECK, 2016).

As três dimensões do racismo atuam de modo concomitante, produzindo efeitos sobre os indivíduos e grupos (não apenas de suas vítimas), gerando sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais. O racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. Segundo Jones (2002), o racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas.

O racismo interpessoal se expressa em preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas. Já o racismo institucional, que possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que originam tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva. Werneck (2016) reforça em seus artigos que os dados epidemiológicos brasileiros, quando desagregados por raça/cor, são consistentes para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de infecções e nas taxas de mortalidade de toda a população negra.

Para Borret et al (2020), um equívoco comum que se reproduz no campo da saúde é pensar a saúde da população negra no âmbito apenas de uma faceta da diversidade cultural. É preciso reconhecer que falar em cultura negra é falar em cultura brasileira e que os processos de marginalização e subjugação dos grupos raciais considerados não hegemônicos brasileiros fez e faz parte da construção da estrutura e da subjetividade da identidade nacional que tenta apagar, por meio da miscigenação romantizada e do embranquecimento, as perspectivas e vivências de quem foi e é oprimido socialmente numa sociedade racializada. O reconhecimento de que esse processo de apagamento foi e é provocado tanto pelo racismo internalizado que nos constitui como sujeitos sociais como pelo racismo estrutural que dá contornos de exótico, ao que é essencialmente constituinte da população brasileira. Esse reconhecimento é essencial para uma postura antirracista e para uma abordagem em prol de equidade racial no lugar de mais uma vez colocar o olhar eurocêntrico e étnico branco, como padrão. Não desagregar dados invisibiliza os impactos do racismo no país. Perde-se a oportunidade de conhecer demandas específicas da população negra e de pensar estratégias de acesso ao cuidado em saúde que visem a equidade racial.

O painel de indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS) temático da saúde da população negra reiterou o racismo como determinante social em saúde e que coloca a população negra em condições de vulnerabilidades frente ao processo de garantia das condições de saúde e vida dos usuários do SUS (BRASIL, 2016). Neste documento, a população afrodescendente, juntamente com os indígenas, continua sendo uma das mais desfavorecidas, apresentando níveis mais altos de ruralidade, pobreza, desemprego, analfabetismo e migração, associados com menor acesso

aos serviços de saúde e saneamento ambiental. Segundo os dados disponíveis, aproximadamente 30% da população da região das Américas é composta por mulheres, homens e crianças afrodescendentes, o que se traduz em mais ou menos 200 milhões de pessoas que vivem em condições desfavoráveis que impactam todas as esferas de suas vidas. O reconhecimento do racismo presente na sociedade brasileira – ainda que muitas vezes de maneira subliminar e dissimulada – e suas implicações, principalmente na forma como essas pessoas acessam e são recebidas no âmbito dos serviços de saúde, ou ainda como vivenciam seus estados de saúde e bem-estar, é um passo fundamental para promover a igualdade racial (BRASIL, 2016).

Para Albuquerque, Moco e Batista (2010), a vulnerabilidade na população feminina negra no Brasil merece um olhar especial, já que ela pode estar ampliada, tendo em vista o somatório das discriminações resultantes das iniquidades raciais e de gênero, que atingem diretamente a mulher negra, tornando sua situação particularmente dramática.

Theophilo, Rattner e Pereira (2018), em sua pesquisa sobre saúde das mulheres negras, afirmam que no Brasil viveu-se e vive-se um movimento contínuo de exclusões sociais da população negra, marcado pelo ideal de embranquecimento e por políticas que marcaram este grupo populacional como desigual. Os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o abismo entre brancos e negros, contribuir para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra (WERNECK, 2016).

Para Berquo e Lago (2016), a inclusão do quesito raça/cor tem possibilitado ao MS um permanente monitoramento dos indicadores de saúde e seus diferenciais por raça/cor, elementos básicos para análise de situações e tendências, visando avaliar e aperfeiçoar a gestão do SUS. No campo da pesquisa, a disponibilização dessas informações tem permitido estudos que possam avaliar as eventuais associações das desigualdades raciais com a situação de saúde da população brasileira.

Para estes pesquisadores, que realizaram avaliação dos Indicadores Básicos de Saúde de 2006 e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2007, houve diferenças estatisticamente significantes entre mulheres negras e brancas. Chama desde logo a atenção o fato de que as mulheres negras

são mais pobres; 40,6% pertencem às classes econômicas D e E, situação que corresponde a 19,1% para as brancas e possuem menor nível de instrução; 55,2% das negras chegaram, no máximo, aos oito anos de estudo, 57% das brancas alcançaram nove anos ou mais de instrução. Além disso, plano de saúde é acessado por 20,5% das mulheres negras, em contraste com os 35,9% alcançados pelas brancas.

Berquo e Lago (2016) ainda revelam que o acesso ao pré-natal foi elevado tanto para mulheres negras quanto para brancas, ambas com cobertura próxima a 99%. Entretanto, o mesmo comportamento não se verificou para o mínimo de seis consultas de pré-natal, situação que desfavorece as negras (78,5%) quando comparadas às brancas (86,2%). As mulheres negras apresentaram percentagens significativamente menores de cesáreas (39,9%), em contraste com os 48,8% registrados para as brancas. A presença de acompanhante no parto foi relativamente baixa, da ordem de 17%, desfavorecendo mais as negras, com 14,3%, quando comparada com os 20,5%, correspondentes às brancas. Consultas de puerpério foram realizadas por apenas 39,1% do total de mulheres e significativamente mais elevada para as brancas, 46,6%. (OR 1,63 IC95% 1,26-2,11). Na macrorregião sul, as negras estão em desvantagem no que se refere às variáveis: mínimo de seis consultas de pré-natal, presença de acompanhante no parto e consulta de puerpério. Por fim, os autores sugerem que mulheres com igual escolaridade, situação econômica e de posse (ou não) de plano de saúde tem chances similares de realizar o número mínimo de consultas de pré-natal, uma consulta de puerpério e ter acompanhante no trabalho de parto, independentemente de cor.

Martins (2006) afirma que independente da base de dados, do percentual de nascidos vivos com cor ignorada e do período do estudo, mulheres pretas sempre apresentam a maior razão de mortalidade materna. O estudo da autora concluiu que existe grande diferencial para a mortalidade materna das mulheres negras.

Para Werneck (2016), quanto ao enfrentamento das iniquidades étnico-raciais na saúde, é preciso compreender um pouco mais o racismo reconhecido em sua dimensão ideológica que confirma as relações de poder na sociedade; participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes. Nos estudos de Leal et al. (2017), baseados na Pesquisa Nascer no Brasil 2011/2012, foram identificadas disparidades

raciais no processo de atenção à gestação e ao parto evidenciando um pior cuidado entre as mulheres pardas e pretas em relação às brancas. Nesse estudo, todas as características sociodemográficas analisadas para o controle do pareamento se associaram à raça/cor. As pretas receberam menos orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre complicações da gravidez, tiveram menor chance de receber anestesia local quando a episiotomia foi realizada e uma maior chance de ter um parto pós termo. As pardas tiveram maior risco de ter uma APN inadequada e de ausência de acompanhante durante o parto e maior risco de partos pós termo em relação às brancas. Entre pardas e pretas não foram observadas diferenças significativas. As análises detalhadas sinalizam para uma contundente e preocupante evidência acerca das desigualdades de raça/cor na APN. Rodrigues e Teixeira (2020) conduziram pesquisa, no mesmo município de Esteio, em 2018 e registram que as gestantes negras apresentavam menor escolaridade em relação às brancas, maior proporção de adolescentes, início mais tardio da APN e maior incidência de sífilis durante a gestação.

Para as mulheres negras, conforme Martins (2006), a existência do quesito cor nos documentos oficiais foi o primeiro passo para redução das desigualdades. Entretanto, ainda são necessários o treinamento e a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da atenção à saúde, registro e análise dos dados sobre raça/cor/etnia.

### **2.3.2 Gestação na Adolescência**

Adolescentes, jovens de 10 a 20 anos incompletos, representam 20% a 30% da população mundial, segundo a OMS (2014). No Brasil, estima-se que esta proporção alcance 23%. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990):

Considera-se que adolescentes são sujeitos em desenvolvimento, capazes de discernimento para expressar opiniões e responsabilizar-se por seus atos, cuja maturidade, em construção, relaciona-se com os vínculos que estabelecem com seus grupos de convivência. A ampliação do acesso de adolescentes aos serviços de saúde e a qualificação do atendimento, estimulando o auto cuidado e o exercício da cidadania, são condições indispensáveis para a melhoria da qualidade de prevenção, assistência e promoção de sua saúde além da garantia dos direitos humanos dessa população (RIO GRANDE DO SUL, 2010, p.1).



Dentre os assuntos de saúde dessa faixa etária, a gravidez sobressai em quase todos os países, em especial, nos em desenvolvimento. A OMS lembra que a gestação nessa faixa etária é uma condição que aumenta a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais, além de agravar problemas socioeconômicos existentes. Banke-Thomas et al. (2017) afirmam que as mães entre 15 e 19 anos apresentam maior risco de morbimortalidade materna, em comparação com as de 20 a 24 anos, principalmente devido ao seu status biológico, sociológico e econômico únicos, e em nenhum lugar o ônus é maior do que nos países de baixa e média renda. Em sua revisão sistemática, os pesquisadores encontraram poucos estudos sobre esse tema. Entretanto, fatores como pobreza e baixo nível educacional da mãe e do seu parceiro foram os fatores significativos mais encontrados na adesão aos atendimentos de saúde. Enfatizaram a necessidade de melhoria na educação infantil e na remoção de barreiras ao acesso das adolescentes aos serviços, além disso os profissionais precisam utilizar abordagens inovadoras que atinjam este público. Segundo Bouzas, Cader e Leão (2014), Renepontes e Eisenstein (2005) lembram que ficar grávida é o desejo de muitas mulheres, inclusive das adolescentes. No entanto, a gravidez neste momento da vida pode apresentar muitas crises e riscos tanto para a adolescente quanto para o neonato, para a família e para a sociedade, aumentando custos associados ao evento para o sistema de saúde; elevando, conseqüentemente, as taxas de mortalidade, além de impactar o futuros das próximas gerações.

A vida sexual e reprodutiva também foi foco do estudo de Albuquerque, Moco e Batista (2010). Um dado que merece destaque é a frequência significativa de entrevistadas que referiram ter engravidado antes dos 20 anos de idade (30,5%). A gravidez na adolescência envolve situações que se associam às condições de vulnerabilidade. Do ponto de vista social, evidenciam-se implicações como abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e conseqüente circularidade da pobreza (BRASIL, 1999). Acrescente-se a isso, a probabilidade de haver maiores chances de um acompanhamento precário da gestação e de um baixo suporte à maternidade. Perpétuo (2000) constatou que a proporção de mulheres negras sob "risco reprodutivo" é maior do que a de brancas, pois é substancialmente mais alto o percentual de negras que iniciam sua vida sexual e que têm o primeiro filho ainda adolescentes, bem como a proporção de mulheres com três ou mais filhos.

Dados do MS (BRASIL, 2017) comprovam que, em 2015, 18% dos brasileiros nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes. A região Sul teve a proporção de 11%. Eisenstein et al. (2009) explicam que diversos fatores influenciam a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem para a dificuldade de acesso à proteção social e ao sistema de saúde. Para Coates (2009), a falta de um projeto de vida e de expectativas de futuro, educação, pobreza, famílias disfuncionais e vulneráveis, abuso de álcool e outras drogas, além de situações de abuso/violência e a falta de proteção efetiva às crianças e aos adolescentes, também participam deste quadro. O autor ainda traz que as pesquisas sobre mudanças na vida social revelam que as gestantes adolescentes indicam a interrupção dos estudos como a mais frequente e preocupante. O abandono escolar compromete não apenas a continuidade da educação formal como resulta em menor qualificação e obstáculos nos projetos de vida. A porcentagem de adolescentes que não frequenta mais a escola após ter engravidado é de 68,3%, subindo para 85,7% no terceiro trimestre da gestação.

Eisenstein et al. (2009) e Bouzas, Cader e Leão (2014) escrevem que as complicações e a gravidade da gestação estão relacionadas à idade da adolescente (maiores riscos para meninas menores de 16 anos, especialmente para meninas até 14 anos ou com menos de dois anos da menarca), paridade, início e adesão a APN, ganho de peso e aspectos nutricionais. Para Vieira et al. (2007), não se pode esquecer a influência de fatores psicossociais como a presença de apoio familiar, apoio ou não de companheiro e fatores ambientais como acesso aos cuidados básicos em saúde, forças que exercem variações nos resultados da gestação, como no peso, na prematuridade e em outros achados neonatais.

McCallum e Reis (2006) afirmam que, na maioria dos hospitais e maternidades públicos, persiste um modelo em que os interesses institucionais se sobrepõem às necessidades das parturientes, o que resulta na organização do serviço à semelhança de uma "linha de montagem", com cada etapa do parto realizando-se em tempo e espaços ordenados de modo a maximizar a eficiência e rapidez do serviço. Para os autores, as parturientes sofrem de modo desnecessário. Esse sofrimento decorre, em grande medida, do modelo tecnocrático de atenção obstétrica adotado, que incentiva a aceleração dos partos e a realização de procedimentos não-recomendáveis. Contudo, são as atitudes dos profissionais

perante as usuárias, especialmente as adolescentes, que contribuem largamente para o sofrimento experimentado.

Conforme McCallum e Reis (2005) e Diniz (2001), a desaprovação da maternidade na adolescência pelos profissionais permite a interpretação de suas atitudes hostis como "castigos" ao exercício "precoce" da sexualidade dessas jovens. Trata-se de uma conduta de violência institucional e que se apresenta frequente na realidade brasileira. Autoras como Diniz (2001) e Tornquist (2003) apresentam dados semelhantes sobre a atitude de profissionais de saúde em face da expressão de dor de parturientes, mesmo em hospitais que adotaram o modelo humanizado do parto. As referidas autoras e, também, Domingues e colaboradores (2004) afirmam a importância da presença de um acompanhante durante a parturição, considerando-o de grande importância para o enfrentamento da dor.

A OMS (1996) reconhece que o suporte emocional e social a uma parturiente diminui o tempo do trabalho de parto e o uso de intervenções obstétricas, como cesárea, uso de fórceps, ocitocina e analgesia peridural; possibilitando, ainda, melhores condições de vitalidade ao recém-nascido. Entretanto, também isso é negado à parturiente no estudo de McCallum e Reis (2006). O direito ao acompanhante durante o processo do parto integra o conjunto de recomendações do MS.

Em relação às adolescentes, segundo Barbiani (2017), em estudo sobre gestantes no município de Sapucaia do Sul à integralidade no atendimento – principalmente em relação à saúde sexual e reprodutiva, com foco para a gravidez precoce – tem lacunas, dificuldades e contradições de diferentes ordens. Parte delas se relaciona à própria fase peculiar de desenvolvimento da adolescência, que desafia o mundo adulto a compreendê-la e dela participar de forma respeitosa e ética. Por outro lado, temas relacionados à sexualidade se mantêm como tabus na sociedade e, apesar dos muitos avanços, é possível perceber o velamento ao diálogo aberto sobre o assunto nas relações familiares e sociais. O perfil sociodemográfico retratou que 80% eram adolescentes entre 17 e 19 anos, com ensino fundamental incompleto (43%), predominantemente de cor/raça branca (72%), naturais do município de Sapucaia do Sul (54%) e convivendo com seus companheiros em 49% dos casos. Destaca-se que apenas 4,5% das adolescentes realizaram exames até a 20ª semana gestacional, 22% das adolescentes realizaram

seis consultas ou mais durante o seu pré-natal, 55% o iniciaram até a 12<sup>a</sup> semana gestacional e, ainda, 31% das jovens foram acompanhadas pela rede de atenção em saúde até a sua 40<sup>a</sup> semana gestacional. Esses resultados são preocupantes, pois revelam baixa adesão e permanência no tempo oportuno ao pré-natal, bem como na realização de exames preventivos. Conforme Rodrigues e Teixeira (2020), as gestantes adolescentes de Esteio, em 2018, registraram maior percentual de início tardio da APN, bem como menor escolaridade quando comparadas às grávidas adultas.

### **2.3.3 Atenção ao Pré-Natal e morbidades: Sífilis e HIV na gestação**

Sífilis e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) consideradas como problema de saúde pública, e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns (BRASIL, 2019a) afetando diretamente a saúde e a vida das pessoas, em especial, no período da gestação. As duas IST podem ser diagnosticadas na gestação, sendo a sífilis curável e o HIV tratável, como forma a evitar a transmissão vertical.

Quando a sífilis não é tratada durante a gestação, resulta em considerável proporção de mortes fetais e neonatais precoces, com alta probabilidade de transmissão vertical, principalmente nas fases primária e secundária, aumentando o risco de mortes perinatais. Apesar da maior oferta de testes diagnósticos para as gestantes e seus parceiros com a introdução dos testes rápidos distribuídos pelo Ministério da Saúde, a transmissão vertical da sífilis não tem declinado da forma esperada, o que evidencia que somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante com sífilis (CLEMENT; OKEKE; HICKS, 2014).

Saraceni et al. (2017) desenvolveram estudo sobre transmissão vertical da sífilis entre parturientes no Brasil, distribuídas entre as cinco regiões geográficas brasileiras, usando o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O estudo apresentou a prevalência estimada de sífilis em gestantes em 2013. Esse indicador foi de 0,85% para o Brasil como um todo, 1,05% para a região Norte, 1,14% para o Nordeste, 0,73% para o Sudeste, 0,48% para o Sul e 1,20% para o Centro-Oeste. Observou-se uma taxa de detecção de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1 000 nascidos vivos. A taxa de detecção de sífilis

na gestação por 1 000 nascidos vivos apresentou incremento nos cinco estados estudados, entre 2007 e 2012, variando de 21,2% no Amazonas a 75,4% no Rio de Janeiro. Para o Distrito Federal, observou-se redução de 5,2%. O percentual de municípios silenciosos foi de 8,1% no Amazonas, 9,8% no Ceará, 20,5% no Espírito Santo, 13,0% no Rio de Janeiro e 56,7% no Rio Grande do Sul.

Os últimos boletins epidemiológicos de sífilis e HIV apontam dados alarmantes destas IST na gestação, em especial no Sul do país. Em relação à sífilis, em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos. Em 2018, em comparação com o ano de 2017, observou-se aumento 25,7% na taxa de detecção em gestantes e de 5,2% na incidência de sífilis congênita. Em relação à sífilis em gestantes, o Sudeste e o Sul apresentam taxas de detecção superiores à do Brasil, de 24,4/1.000 nascidos vivos e 23/1.000 nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2019b).

Em relação ao HIV, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas no Brasil 125.144 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.621 no ano de 2018, com uma taxa de detecção de 2,9/1.000 nascidos vivos, taxa superior ao ano de 2018. Em toda a série histórica, a região Sul apresentou as maiores taxas de detecção no país. Em 2018, a taxa observada nessa região foi de 5,8 casos/ mil nascidos vivos, ou seja, quase duas vezes superior à taxa nacional (BRASIL, 2019a).

Conforme Clement, Okeke e Hicks (2014), o HIV e sífilis são mais prevalentes no grupo de gestantes com menor escolaridade. A escolaridade, algumas vezes utilizada como *proxy* da condição socioeconômica, indica que o percentual das gestantes com HIV e sífilis é maior no estrato social mais desfavorecido economicamente, no estudo, 13,9% das gestantes coinfetadas tinham escolaridade de quatro anos de estudo ou inferior.

Werneck (2001) traz à tona a discussão das desigualdades que atingem a população negra e feminina no Brasil. Nesse sentido, constata-se a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, negra e pobre. A vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV seria consequência também da violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. A exclusão social, à qual os afros descendentes estão

submetidos, influencia também o desenvolvimento e a continuidade dos programas de prevenção. O Brasil tem um dos melhores programas de prevenção e tratamento do HIV/aids do mundo. No entanto, esse nível de excelência não tem sido suficiente para impedir a feminilização da epidemia; e mais, a feminilização negrófila. Esses dados levam à reflexão de que, quando se situam as desigualdades como produtos de fatores estruturais, é possível constatar diferenças significativas na combinação das variáveis raça e gênero.

Estudo desenvolvido por Lopes e colaboradores (2007), comparando características relacionadas à vulnerabilidade individual de mulheres negras e não negras infectadas pelo HIV, evidencia a contaminação sexual como a principal forma de transmissão. Para essa via de exposição, destacou-se a categoria "relações sexuais desprotegidas com parceiro infectados em outras relações heterossexuais" com mais frequência entre as negras. Destaque especial pode ser dado ao percentual de mulheres que referiram já ter realizado o exame anti-HIV, 71,6% das entrevistadas. De acordo com Paiva e colaboradores (2006), o percentual de pessoas testadas cresceu significativamente nos últimos anos, passando de 20% em 1998 para 32,9% em 2005. Contudo, a maior parte da população testada é composta de mulheres entre 25 e 39 anos, proporção explicada pela incorporação do anti-HIV na rotina do pré-natal. Essa inferência é coerente com os dados encontrados nesta pesquisa, em que 976 das 1.048 mulheres que referiram já ter realizado a sorologia apontaram o pré-natal como circunstância para a realização da testagem. Houve maior vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV, visto que associaram os seguintes fatores: baixa escolaridade, renda e, conseqüentemente, acesso a bens e serviços.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) (2018), em sua pactuação interfederativa de indicadores 2017-2021 com os municípios, traz indicadores atualizados mensalmente. Entre outros indicadores, a SES/RS acompanha: a proporção de gestantes que realizou sete ou mais consultas de APN, a proporção de gestantes menores de 19 anos, a proporção de parto normal, o número de casos de sífilis congênita e a taxa de sífilis em gestantes. Com a ajuda deste portal, gestores municipais podem guiar suas ações e políticas locais para suas verdadeiras prioridades.

Segundo o SINASC, predomina na natalidade de 2019 do município estudado: mulheres adultas (88,7%), brancas (81,5%), com escolaridade adequada

(88,5%), que realizaram sete ou mais consultas na APN (83,5%), tiveram parto cesáreo (64,6%) e a termo (87%). Na mortalidade infantil, no mesmo local e período, foram somados oito óbitos entre menores de um ano. A causa de morte em seis foi a prematuridade extrema, e cinco deles foram recém-nascidos de mães com baixa escolaridade.

### 3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pelo fato de que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a APN está diretamente relacionada com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A relação vem da constatação de que as complicações durante a gravidez, o parto e o período pós-parto se apresentam como um problema de saúde pública, significativo e complexo em países de baixa renda, sendo que muitas destas complicações são vitais com uma APN adequada (ONU BRASIL, 2015).

Para o Ministério da Saúde (MS), os indicadores de mortalidade materna e infantil, que estão associados à qualidade da APN no Brasil, ainda são elevados, principalmente quando comparados aos países mais desenvolvidos. A APN de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL, 2014). Conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade, em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (BRASIL, 2014).

Segundo a Pesquisa Nascer no Brasil 2011/2012 (LEAL et al., 2012), foram identificadas disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto evidenciando um pior cuidado entre as mulheres pardas e pretas em relação às brancas. O racismo institucional é determinante na saúde da população negra, inclusive quando se trata da atenção ao pré-natal e parto de mulheres negras. Além disso, Boletins Epidemiológicos publicados em 2019 apontam para dados crescentes e alarmantes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) durante a gestação, em especial no sul do Brasil, sendo um componente adicional para a atenção adequada neste período.

Sabe-se que é direito de todas as mulheres receberem uma APN de qualidade, desde o momento do planejamento familiar até seu puerpério. Um atendimento equânime e livre de julgamentos é assegurado pela Lei Orgânica da Saúde de nosso país. Este conjunto de ações deve atingir todas as mulheres. É responsabilidade do município conhecer a situação de saúde da sua população, ofertar APN em quantidade e qualidade adequadas à sua natalidade, bem como



analisar criticamente os serviços que está prestando, tendo em vista possibilidade de melhorias contínuas.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atenção ao pré-natal (APN) e seus desfechos, segundo raça/cor, prestados no município de Esteio/Rio Grande do Sul em 2019.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das gestantes do município de Esteio.
- Caracterizar demográfica e socioeconomicamente as gestantes do município de Esteio segundo raça/cor.
- Analisar a realização e adequação da APN às gestantes de acordo com raça/cor, faixa etária e escolaridade.
- Caracterizar APN no município de Esteio, conforme tipo e tratamento de morbidades (HIV e sífilis) das gestantes segundo faixa etária e raça/cor.
- Associar a adequação da APN e seus desfechos em consonância com faixa etária e raça/cor.
- Descrever um comparativo da amostra com os dados municipais do Sistema Nacional de Nascidos Vivos do mesmo ano

## 5 MÉTODO

Neste capítulo, são resgatados os principais aspectos metodológicos que caracterizam esta pesquisa. Serão abordados elementos como: delineamento, local, população, coleta, análise dos dados e aspectos éticos.

### 5.1 DELINEAMENTO

A presente dissertação é uma pesquisa de abordagem quantitativa, analítica e do tipo coorte retrospectiva. A população-alvo foi formada por mulheres, residentes no município de Esteio e que realizaram seus partos na maternidade do único hospital municipal, no período de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019.

Os dados referentes às consultas de pré-natal e consulta puerperal foram obtidos nos prontuários de saúde da SMS/Esteio. Aqueles referentes ao parto e pós-parto imediato foram retirados do banco de dados da maternidade da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (FSPSCE). As informações sociodemográficas (nome completo, data de nascimento, raça/cor e endereço de residência) foram conferidas com os registros oficiais da Plataforma do Cadastro Nacional de Saúde (CNS/Cartão SUS). As informações ainda foram cruzadas com os dados da Vigilância em Saúde Municipal (VISA), e do Serviço de Atenção Especializada (SAE) para pormenorizar a investigação dos casos notificados de sífilis e HIV+. De forma que cada usuária da pesquisa foi acompanhada duas vezes em ocasiões distintas: a primeira quando se registrou na maternidade para o parto e a segunda após consulta ou visita de revisão puerperal. O estudo abrangeu mulheres de 14 a 45 anos de idade. Foram excluídas da análise as mulheres que, mesmo tendo parto no referido local e período, residiam em outros municípios. A amostra, desse modo, foi formada por 627 indivíduos. Os registros foram organizados em programa de edição de planilhas – Microsoft Excel – e depois exportados e analisados para o software de estatística SSPS 25.

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Esteio, região metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, e tem uma população aproximada de 84.000

habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010), a população desse município é composta por 52% de mulheres. A composição por raça/cor é de 85,5% brancos, 14% negros e 0,5% entre indígenas e amarelos. A natalidade municipal anual é estável e oscila entre 1.100 e 1.200 nascidos vivos (BRASIL, 2019c).

O IBGE informa que o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de Esteio ficou em 0,754 em 2010, considerado alto. O IDH é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de desenvolvimento humano e para separar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e Produto Interno Bruto - PIB per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos em âmbito nacional.

A Atenção Básica (AB) do município de Esteio é composta por 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco Unidades tradicionais e seis Estratégias de Saúde da Família (ESF). Este conjunto cobre 100% da população, não havendo bairros sem unidade de referência. Além da rede básica, existe um ambulatório de especialidades (CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE - CIAS), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS - adulto, infanto-juvenil e álcool/drogas), uma farmácia municipal, um Serviço de Atenção Especializada (SAE), para o atendimento de usuários HIV+, sífilis congênita, hepatites virais e tuberculose e um Hospital, a Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (FSPSCE). A regulação de casos de maior complexidade se dá a partir da Central de Regulação, com o fluxo de referência e contrarreferência. A prefeitura mantém convênios com laboratórios locais para a realização de exames (sangue, urina e imagem) (ESTEIO, 2019). Uma UBS, os três CAPS, a farmácia, o SAE e todos os laboratórios conveniados concentram-se no bairro centro. Isso, em termos práticos, significa que um cidadão, que mora no bairro mais afastado do centro, precisa percorrer 7 km para acessar estes serviços.

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Neste estudo, foram estudadas as gestantes residentes no município de Esteio que concluíram o pré-natal entre 01/01/2019 e 31/12/2019 e realizaram seu

parto na única maternidade do município, Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (FSPSCE). A comprovação de residência em Esteio foi feita através da conferência do endereço cadastrado no Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Foram excluídas da análise:

- a) as mulheres que, mesmo tendo parto no referido local e período, residiam em outros municípios; e
- b) as mulheres que, mesmo tendo parto no referido local e período, não realizaram APN no município de Esteio.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos prontuários hospitalares da internação na maternidade, prontuário municipal da Atenção Básica (AB) e de consulta ao Cartão Nacional de Saúde (CNS). Os dados coletados de perfil demográfico, socioeconômico, acesso a serviços de saúde e dados do desfecho/parto serão referentes ao município de residência da gestante.

A autorização para coleta dos mesmos foi solicitada através de carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde de Esteio (SMS/Esteio).

As variáveis utilizadas para a descrição da Atenção Pré-Natal referem-se aos dados da realização de consultas, exames do tipo Testes Rápidos (TR) para HIV e sífilis, realização de tratamento de sífilis e/ou HIV/AIDS quando houver indicação clínica, local de realização da APN, tipo de parto, presença de acompanhante no parto, idade gestacional no momento do parto, peso do Recém-Nascido (RN), Perímetro Cefálico (PC) do RN, Apgar no 5º minuto e realização de consulta puerperal.

Variáveis explicativas sociodemográficas foram pesquisadas, pois poderiam influenciar as associações de interesse. Além, é claro, de serem fatores essenciais para o reconhecimento de iniquidades na atenção à saúde. Neste estudo, foram raça/cor, idade materna, escolaridade materna, paridade e acesso à plano/convênio de saúde. Eventuais diferenças nos N totais observados devem-se ao fato de algumas variáveis estarem incompletas. As variáveis, de acordo com as informações colhidas, são:

- a) Idade: variável numérica posteriormente categorizada em faixa etária: variável categórica. Adolescente até 19 anos e adultas com 20 ou mais anos de idade.
- b) Raça/cor: variável dicotômica: Brancas e Negras (somatório de pretas e pardas).
- c) Escolaridade: variável categórica dicotômica: até fundamental completo e ensino médio incompleto, completo ou superior.
- d) Acesso complementar a convênio de saúde: sim e não; variável categórica dicotômica.
- e) Paridade: variável categórica dicotômica, primípara ou múltipara.
- f) Número de consultas de pré-natal: variável categórica dicotômica, seis ou mais consultas e < 6 consultas.
- g) Realizou TR de HIV e Sífilis: variável categórica dicotômica, sim ou não.
- h) Realizou tratamento adequado de HIV/AIDS, em caso de indicação clínica : variável categórica dicotômica, sim ou não.
- i) Realizou tratamento adequado de sífilis, em caso de indicação clínica, variável categórica dicotômica, sim ou não.
- j) Tipo de parto: variável categórica dicotômica, vaginal ou cesáreo.
- k) Parto a termo: Sim ( $IG \geq 37$ sem), Não ( $IG < 37$  sem). Variável categórica dicotômica.
- l) Peso do RN adequado a IG do nascimento: variável categórica dicotômica, sim ou não.
- m) Perímetro Cefálico adequado a IG do nascimento: variável categórica dicotômica, sim ou não.
- n) Apgar adequado: Variável categórica dicotômica, sim (Apgar  $\geq 7$ ), não (Apgar  $< 7$ ).
- o) Acompanhante no momento do parto: variável categórica dicotômica, sim ou não.
- p) Revisão puerperal até 30 dias: variável categórica dicotômica, sim ou não.
- q) Revisão puerperal até 10 dias (conforme preconizado Rede Cegonha): variável categórica dicotômica, sim ou não.
- r) APN adequada: variável categórica, adequada ou inadequada.

Um total de 627 desfechos constituiu a amostragem. Para a determinação de uma adequada APN, da última variável considerou-se:

- Realização de seis ou mais consultas.
- Realização de TR de HIV e sífilis durante pré-natal.
- Tratamento adequado para HIV/AIDS e/ou sífilis, em caso de indicação clínica.
- Realização de revisão puerperal.

Quadro 1: Variáveis Independentes do Desfecho Adequação da Atenção Pré-Natal

<b>Variáveis Categóricas Sociodemográficas</b>		
<b>Variáveis</b>		<b>Categorias</b>
Faixa etária	Categórica dicotômica	Adolescentes (até 19 anos) Adultas (20 anos ou +)
Raça/cor	Categórica dicotômica	Branca e Negra
Escolaridade	Categórica dicotômica	Ensino Fundamental e Ensino Médio ou superior
Acesso complementar a convênio de saúde	Categórica dicotômica	Sim e Não
Paridade	Categórica dicotômica	Primípara Múltipara

Fonte: Elaborado pela Autora

Quadro 2: Variáveis Categóricas da APN e Parto

<b>Variáveis Categóricas da APN e Parto</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Tipo</b>	<b>Categorias</b>
Realizou número adequado de consultas: seis ou mais	Categórica dicotômica	Sim e não.
TR de Sífilis e HIV (realização)	Categórica dicotômica	Sim e não.
Caso de Sífilis com tratamento/acompanhamento adequado	Categórica dicotômica	Sim e não.
Caso de HIV+ com tratamento/acompanhamento adequado	Categórica dicotômica	Sim e não.
Tipo de parto	Categórica dicotômica	Vaginal Cesáreo.
IG no dia do parto igual ou superior a 37 semanas	Categórica dicotômica	Sim e não.
Peso do RN adequado à idade gestacional	Categórica dicotômica	Sim e não.
Perímetro cefálico do RN adequado à idade gestacional	Categórica dicotômica	Sim e não.

continua  
continuação

<b>Variáveis</b>	<b>Tipo</b>	<b>Categorias</b>
Índice de Apgar aos cinco minutos igual ou superior a sete	Categórica dicotômica	Sim e não.
Presença de acompanhante na hora do parto	Categórica dicotômica	Sim e não.
Realização de consulta puerperal	Categórica politômica	Até 10 dias pós-parto. Entre 11 e 30 dias pós-parto. Após 30 dias pós-parto. Não realizou.
Revisão puerperal até 10 dias após o parto	Categórica dicotômica	Sim e não.
APN adequada	Categórica dicotômica	Adequada e inadequada

Fonte: Elaborado pela Autora



## 5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para fins de categorização, foram utilizados os seguintes critérios: na faixa etária, o corte em 19 anos para definição de adolescentes é o mesmo que a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) define em seus indicadores pactuados com os municípios. O corte entre baixa escolaridade e escolaridade adequada foi eleito pela autora, por comparação ao referencial teórico lido. Os critérios de adequabilidade do tratamento e acompanhamento da sífilis e do HIV foram os padrões do serviço especializado que realiza estes atendimentos no município. Os demais dados clínicos seguiram os padrões dos manuais de mulher e do pré-natal do MS, bem como as recomendações da Rede Cegonha do MS. Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 21.0. As análises descritivas das variáveis contínuas estão expressas como média ou mediana e desvio-padrão enquanto as variáveis categóricas serão apresentadas com número absoluto e percentual.

Cada um dos desfechos foi analisado separadamente e, também, em conjunto. A escolha deles foi pautada por sua relevância para a saúde materna e infantil. Os grupos comparados para estas variáveis foram: mulheres brancas/negras; adultas/adolescentes. A associação entre as variáveis categóricas/dicotômicas foi avaliada por meio de teste do tipo Qui-Quadrado, corrigidos pelo teste de Fischer. Para variáveis numéricas, a comparação entre médias foi via modelo linear geral. Os valores encontrados ainda foram comparados aos dados oficiais do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM) do MS, do mesmo ano da amostragem.

Posteriormente, foram realizadas as análises bivariadas para o teste das hipóteses iniciais do estudo. Para todos os testes de hipótese, foi adotado um nível de significância de 95%. A análise bruta calculou prevalências de adequação da APN, com as respectivas razões de prevalência, intervalos de confiança e p- valores por meio do teste do qui-quadrado de Pearson e para as variáveis contínuas teste-t de Student.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por meio da Plataforma Brasil. Os princípios éticos foram assegurados, visto que a coleta de dados foi realizada somente após anuência dos gestores municipais do município de Esteio e da anuência do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) do município. É garantido o respeito à confidencialidade, ao anonimato, e à privacidade das informações coletadas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou uma questão amplamente encontrada na literatura, que é a qualidade da Atenção Pré-Natal (APN). Entretanto, cabe mencionar que foi escolhida uma análise mais detalhada, estratificando-se por raça/cor e faixa etária. Os resultados indicam que a APN prestada no município de Esteio, em 2019, traz boas coberturas de acesso com alto registro de mulheres que cumpriram seis ou mais consultas (89%), índice similar foi descrito por Tomasi et al. (2017) no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Realizaram testes rápidos de IST 99,6% das grávidas e revisão puerperal 89,7%. Esses autores, além de Saad-Haddad et al. (2016), trazem fortes associações de um bom desempenho na APN com a escolaridade maior. Índices mais modestos foram observados em adesão ao tratamento de sífilis (81,5%) e HIV (75%).

Os boletins epidemiológicos já referem uma alarmante e crescente série histórica de casos de sífilis em gestantes no Rio Grande do Sul. Em 2018, a taxa havia sido de 23 casos/1000 nascidos vivos na região sul (BRASIL, 2019b). Na presente pesquisa, esta taxa foi de 52 casos/1000. O parto vaginal foi registrado em 42,1% dos casos da amostra. Chama a atenção o fato de que 84,2% das adolescentes eram primíparas. Ainda assim, destaca-se que 54,7% das jovens receberam parto cesáreo. Se observados os dados totais do município pelo SINASC, no mesmo período, os partos vaginais foram somente 35,4%. A pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2012) já anunciava esse indicador de altas taxas de cesarianas e o excesso de medicalização do parto, sendo este um dos principais objetivos da Rede Cegonha do Ministério da Saúde: reduzir a ocorrência de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde. As iniquidades raciais encontradas neste estudo corroboram com os autores e autoras como Werneck (2016), Painel de Indicadores do SUS (BRASIL, 2016), Albuquerque, Moco e Batista (2010), Theophillo, Rattner e Pereira (2018) e Berquó e Lago (2016) e Barret et al (2020) que abordam as iniquidades no SUS consequentes do racismo estrutural. Também corroboram com as bases do texto da Política Nacional de Saúde Integral de Saúde da População Negra (2009) (BRASIL, 2013). Mesmo após 12 anos de sua implantação, as diferenças que deveriam estar reduzindo seguem ocorrendo. Como já apontado pela Pesquisa Nascer Brasil (LEAL et al., 2012), Saad-Haddad et al. (2016) e Gitonga e Muiruri (2016), o alto percentual de baixa escolaridade entre

mulheres negras traz consigo todas as suas perversas consequências como maior dificuldade de acesso aos serviços, de entrada no mercado formal de trabalho e de, enfim, perpetuar o ciclo da pobreza que a estrutura hierárquica do país parece continuar relegando à sua população negra. Na literatura estudada, 11% das gestantes do sul do país são adolescentes (BRASIL, 2017), na amostra deste estudo foram 15,2%. Na categorização por faixa etária, as adolescentes apresentaram resultados piores para escolaridade ( $p < 0,001$ ) e menor acesso a serviços de convênio durante a APN ( $< 0,001$ ). Bouzas, Cader e Leão (2014), Renepontes e Eisenstein (2005) e Albuquerque et al. (2017) relembram como a sociedade culpabiliza somente a jovem por sua gravidez, e que estas meninas na maioria das vezes estão em situação de extrema vulnerabilidade social, excluídas do mercado de trabalho e, por consequência, repetindo a circularidade da pobreza. Esta pesquisa não corrobora com o estudo de Barbiani (2017), feito na cidade vizinha de Sapucaia do Sul porque, apesar de apresentar maior adesão às consultas de APN, teve mais do que o dobro de jovens com baixa escolaridade. As adolescentes da amostra apresentaram índices idênticos aos das adultas no cumprimento de seis ou mais consultas na APN e na revisão puerperal, e este fato positivo poderia indicar que o acesso aos serviços da atenção primária está atento e com capacidade instalada adequada às suas gestantes.

Dentre as potencialidades deste estudo, estão os resultados encontrados ao categorizar a amostra em quatro subgrupos: adultas brancas, adolescentes brancas, adultas negras e adolescentes negras. Nesta análise, as variáveis escolaridade, realização de seis ou mais consultas e revisão puerperal apresentaram um comportamento similar, concentrando os melhores resultados no grupo de adultas brancas e os piores no grupo de adolescentes negras. Esta constatação preocupante reflete em números a dupla carga social que é atrelada às gestantes: ser negra e ser jovem. Esses fatores quando unidos parecem potencializar o efeito de exclusão das usuárias. Um estudo aprofundado com esses quatro grupos e um maior número de variáveis poderia trazer à tona consequências mais precisas dessa iniquidade.

O desenho de coorte retrospectiva com a coleta de dados registrados exclusivamente de prontuários oficiais das usuárias favorece a validade dos resultados, visto que não sofre do viés de memória nem de pesquisador/coletador. As informações deste estudo afirmam que gestantes negras, em especial as

adolescentes negras e/ou com baixa escolaridade, não recebem APN equivalente quando comparadas às gestantes brancas, principalmente as adultas com escolaridade adequada.

Em suma, o estudo está em linha com a bibliografia estudada, confirmando que uma adequada APN encontra-se vinculada à uma boa escolaridade, portanto cabe recomendar que os esforços governamentais deveriam ser incrementados no sentido de manter meninas em sala de aula e resgatar aquelas que estão em atraso ou em abandono escolar. A retomada de suas atividades letivas deveria ser através de programas educacionais flexíveis adaptados às jovens mães. Além disso, é preciso dar suporte social para que estas meninas e mulheres retornem à vida social e mercado de trabalho formal, garantindo vagas de turno integral em escolas infantis para seus bebês, incentivando a paternidade responsável desde o pré-natal (participação em consultas, acompanhamento na hora do parto, registro civil na certidão de nascimento, pagamento de pensão às mães solo), oferecendo grupos de apoio à maternidade em todos os serviços de atenção primária e garantindo benefícios sociais àquelas que não podem trabalhar e não têm fonte de renda.

A luz de Barret et al (2020), propõe-se promover entre profissionais e acadêmicos um processo de ensino-aprendizagem pautado na integralidade do cuidado e na equidade racial, reconhecendo o racismo como fator que atravessa a construção de subjetividade de toda a população brasileira. Também a proposta de Twine (1997) inclui o letramento racial como caminho para acessar os impactos do racismo, através de cinco ações: o reconhecimento dos privilégios de ser branco numa sociedade racializada; a compreensão do racismo como prática atual que se mantém e se reproduz nas relações sociais; o entendimento de raça como uma construção social dinâmica e variável; assumir e reproduzir uma gramática e um vocabulário raciais, percebendo opressões naturalizadas em discursos e expressões; e o desenvolvimento da capacidade de interpretar situações, práticas e códigos de maneira racializada, de modo a identificar possíveis naturalizações de reprodução do racismo.

Faz-se imprescindível o amplo debate envolvendo gestores, trabalhadores e sociedade sobre ações que possam reduzir as iniquidades raciais e sociais aqui apresentadas, em especial, sobre a saúde de mulheres negras e adolescentes negras. O combate ao racismo institucional, por meio da implementação da Política

Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2013), é uma das formas de garantir o princípio da equidade no SUS. Enfim, a APN sempre será um indicador sentinela valioso para mensurar o acesso da população à saúde, deve contudo receber maior qualidade nas análises com as devidas segregações aqui propostas; raça/cor e faixa etária.

## REFERÊNCIAS

AEBI et al. **Guia Prático de Atualização: Anticoncepção da Adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018 (Diretrizes).

ALBUQUERQUE, V. S.; MOCO, E. T. M.; BATISTA, C. S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 63-74, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1290201000060007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290201000060007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BALSELLS, M. M. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 247-54, 2018.

BANKE-THOMAS, O. E.; BANKE-THOMAS, A. O.; AMEH, C. A.. Fatores que influenciam a utilização de serviços de saúde materna por mães adolescentes em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 65, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1246-3>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BARBIANI, R. **A condição de vulnerabilidade dos adolescentes ainda é invisível na área da saúde**. 2017. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/588341-a-condicao-de-vulnerabilidade-dos-adolescentes-gauchos-ainda-e-invisivel-na-area-da-saude-entrevista-especial-com-rosangela-barbiani>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BERQUO, E.; LAGO, T.D.G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 550-560, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300550&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300550&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BOUZAS, I.C.S.; CADER, A.S.; LEÃO, L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. **Adolesc Saúde**, v. 11, n. 3, p.7-21, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: constituindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_juventude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI N.º 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**, institui o Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde a Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011. Seção 1:109

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis-estrategias-para-reducao-e-eliminacao>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 82 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil em 2017**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em saúde**. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. 2019a. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/es/node/65093>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em saúde**. Boletim epidemiológico Sífilis 2019b. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 02 dez. 2019.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. 2019c. Disponível em: <[http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_EventosVitais](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_EventosVitais)>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações de Mortalidade – SIM 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10rs.def>>. Acesso em: 01 fev. 2021.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2019.

CLEMENT, M.E.; OKEKE, N.L.; HICKS, C.B. Treatment of syphilis: a systematic review. **JAMA**, v. 312, n. 18, p. 1905-17, 2014.

COATES, V.; SANT'ANNA, M.J.C. Impacto da Atenção Integral à Mãe Adolescente como Fator de Proteção à Reincidência. In: MONTEIRO, D.L.M. et al. Gravidez na Adolescência. **Revinter Ed**, Rio de Janeiro, p 59-63, 2009.

DEVASENAPATHY, N. et al. Reproductive healthcare utilization in urban poor settlements of Delhi: Baseline survey of ANCHUL (Ante Natal and Child Health care in Urban Slums) project. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2015, p. 15-212. Published 2015 Sep 8. doi:10.1186/s12884-015-0635-8.

DEY, A. et al. Understanding intersections of social determinants of maternal healthcare utilization in Uttar Pradesh, India. **PLOS ONE**, v. 13, n.10, p. e0204810, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204810>>. Acesso em: 10 out. 2019.

DINIZ, C. S. G.; AYRES, J. R. C. M.. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>>. Acesso em: 10 out 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. ; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 nov. 2020.

EISENSTEIN, E. et al. Binômio mãe-filho, prevenção e educação em saúde. In, MONTEIRO, DLM et al: Gravidez na Adolescência. **Revinter Ed**, Rio de Janeiro, p. 39-49, 2009.

ESTEIO. **Vigilância em Saúde, dados municipais de natalidade, morbidade, notificações compulsórias e mortalidade**. 2019.

FORBES, F. et al. Male partner antenatal care adherence to antenatal care guidelines: secondary analysis of 2011. Ethiopandemographicandhealthsurvey data. **BMC pregnancyandchildbirth**, v. 18, n. 1, p. 145. 9 maio 2018.

GITONGA, E.; MUIRURI, F. Determinantes do parto em unidades de saúde entre mulheres no condado de Tharaka Nithi, Quênia. **Pan Afr Med J** . 2016; 25 (Suplemento 2): 9. Publicado em 26 de novembro de 2016. doi: 10.11604 / pamj.sup.2016.25.2.10273.

GONZALES-COWES, V. L.; LANDINI, F. P. Adherencia a controles prenatales em El norte argentino desde La perspectiva de La interfaz social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.8, p. 2741-2750, 2018.

GUIMARÃES, W.S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10410&t=resultados>>. Acesso em: 10 out. 2019.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LEAL, M.C. et al. Nascer no Brasil. Pesquisa Nacional sobre parto e nascimento. **Reprod Health**. 2012 Aug 22, p. 9:15. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>>. Acesso em 27 Nov. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 1 [Acessado 13 Agosto 2021] , e00078816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>. Epub: 24 Jul 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M.. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 2, p. 39-46, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Nov. 2020.

LONG, N.. **Sociología Del desarrollo**: uma perspectiva centrada em El actor. Mexico: CIESAS, 2007.

MARTINS, A. L.. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, Jan./Dez. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/1252-8450-2-PB.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2019.

McCALLUM, C.; REIS, A. P.. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000700012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

McCALLUM, C., REIS, A.P. Childbirth as ritual in Brazil: youngmothers' experiences. **Ethnos**, v. 70, n. 3, p. 335-360, 2005. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F00141840500294417>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

ONU BRASIL. NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **A Agenda 2030**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ONU BRASIL. NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **17 Objetivos para transformar o mundo**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ONU Organização das Nações Unidas. **Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education**. New York: United NationsPopulations Fund, 2014.

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2006, v. 40, n. suppl [Acessado 13 Agosto 2021] , pp. 109-119. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800015>>. Epub: 14 Set 2006. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800015>

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. In: **Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2000. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1051/1016>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

RENEPONTES, P.; EISENSTEIN, E. Gravidez na Adolescência, a história se repete. **Adolesc Saúde**, v. 2, n. 3, p. 11-15, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Nota Técnica Nº 01/2018**. Porto Alegre, 10 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190747/09084753-8-nota-tecnica-01-10set18.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

RODRIGUES, E. B.; TEIXEIRA, L. B.. Capítulo 9: Realização de Intervenções de Gestão do cuidado a partir da investigação da qualidade da assistência pré-natal de baixo risco em um município da região metropolitana. In: DIAS, M.T.G. **Desenvolvimento do Trabalho e Formação na Saúde: diálogos e artesanias**. Porto Alegre: Evangraf, 2020. p.299-305.

SAAD-HADDAD, G. et al. Padrões e determinantes da utilização de cuidados pré-natais: análise de dados de pesquisas nacionais em sete países de contagem regressiva. **Journal of global health**, v. 6, n.1, p. 010404, 2016.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Pan American journal of public health**, v. 41, p. e44, 8 Jun. 2017.

SES. Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação Estadual de IST/Aids Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Porto Alegre, 2018. Sífilis no Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico**, n. 03. Out. 2018. Disponível em: <[www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)>. Acesso em: 13 mar. 2019.

SIM. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10rs.def>>. Acesso em: 26 Nov. 2020

SINASC. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

SIOMA-MARKOWSKA, U. et al. Paternal engagement during childbirth depending on the manner of their preparation. **Ginekol Pol.**, v. 87, n. 9, p. 639-643, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Prevenção da Gravidez na Adolescência. **Guia Prático de Atualização**. Departamento Científico da Adolescência. Brasil, 2019.

TAREKEGN, S.M.; LIEBERMAN, L.S.; GIEDRAITIS, V.. Determinantes da utilização de serviços de saúde materna na Etiópia: análise da Pesquisa Demográfica e de Saúde de 2011 na Etiópia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 161, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-161>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.11, p.3505-3516, 2018.

TOMASI, E. et al . Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, p. e00195815, abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2019.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S419-S427, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

VIEIRA, L. M. et al. Abortamento na Adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciênc. Saúde Col**, v. 2007, n. 12, p. 1201-1208; v.14, n. 16, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/161>>. Acesso em: 02 set. 2019.

WERNECK, J.. A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde**, Porto Alegre, n. 23, p. 53-58, 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/JornalDaRede/JR23/Jornal%20da%20Rede%20n%BA%2023.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

WERNECK, J.. Racismo Institucional e Saúde da População Negra. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Geneva: WHO; 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

YAYA, S. et al. Desigualdades na utilização de serviços de saúde materna no Benin: um estudo transversal de base populacional. **BMC Gravidez Parto**, v. 18, n. 194, 2018.