



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

DANIELLA OLIVEIRA ALBUQUERQUE LINS

**EVOLUÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL EM PERNAMBUCO: A
ESCOLARIDADE MATERNA COMO MARCADOR DAS INIQUIDADES EM
SAÚDE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

DANIELLA OLIVEIRA ALBUQUERQUE LINS

**EVOLUÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL EM PERNAMBUCO: A
ESCOLARIDADE MATERNA COMO MARCADOR DAS INIQUIDADES EM
SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Lívia Teixeira de Souza Maia

-VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Lins, Daniella Oliveira Albuquerque.

Evolução do acesso ao Pré-natal em Pernambuco: A escolaridade materna
como marcador das iniquidades em saúde. / Daniella Oliveira Albuquerque
Lins. - Vitória de Santo Antão, 2022.

43 p. : il., tab.

Orientador(a): Lívia Teixeira de Souza Maia

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva - Bacharelado,
2022.

Inclui referências, anexos.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Escolaridade. 3. Indicadores de Desigualdade em
Saúde. 4. Disparidades nas Condições de Saúde. I. Maia, Lívia Teixeira de
Souza. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

DANIELLA OLIVEIRA ALBUQUERQUE LINS

**EVOLUÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL EM PERNAMBUCO: A
ESCOLARIDADE MATERNA COMO MARCADOR DAS INIQUIDADES EM
SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva
da Universidade Federal de Pernambuco,
Centro Acadêmico de Vitória, como requisito
para a obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Aprovado em: 13/05/2022.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dra. Lívia Teixeira de Souza Maia (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Esp. Maria Tatiane Alves da Silva (Examinador Externo)
Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família pois, sem eles, a finalização deste ciclo não seria possível, em primeiro lugar a minha mãe. Sempre quando vou me apresentar costumo dizer as seguintes palavras: “Me chamo Daniella, filha de Maria José. Gosto de apresentar meu nome ao lado do de minha mãe pois tudo que sou hoje é por causa dela, pela luta dela em me manter sã nesse mundo cheio de pessoas doentes. Eu sou fruto da força de minha mãe, minha vida perpassa as lutas dela”. Esse trabalho, essa graduação, eu dedico à ela.

Aqui quero ressaltar também a importância da minha sogra, Joselice Estevão que, desde o momento que ingressei na graduação, me apoiou incondicionalmente - não só financeiramente, mas maternando junto a mim, dando suporte emocional para que eu pudesse, segundo as palavras dela, “dar um futuro bom às minhas filhas”. Ao lado dela, participando de todos os processos, meu sogro, José Carlos que, com sua irreverência, conseguiu transformar as situações críticas em momentos mais leves. Também agradeço aqui ao meu companheiro de vida e de surtos, José Estevão, meu amor, meu marido. Meu cunhado José Carlos Filho, sempre pertinho, dando carinho, afeto, apoio e me tirando ótimas risadas. Minha irmã Gabriella Oliveira que, mesmo distante, nunca esteve tão perto. E por último, mas não menos importante, minhas filhas, Luiza e Clarice, que foram o impulso que eu precisava para, aos 29 anos, ingressar em uma Universidade. É tudo por e para vocês duas.

Deixo aqui também meu agradecimento ao Sr. Ex-presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva pela política de interiorização e expansão das Universidades Federais, favorecendo assim o ingresso de pessoas como eu no ensino superior. Sou muito grata por ter me tornado uma das vozes da resistência nestes tempos de crescimento do autoritarismo e ataques à ciência e à razão.

Um agradecimento mais que especial aos meus professores. Sem vocês este processo não seria concluído. Gostaria de destacar aqui a minha orientadora, Lívia Teixeira que segurou minha mão em um momento em que eu me encontrava bastante desacreditada. À professora Amanda Cabral, meu mais forte abraço. Conhecer esta mulher foi um dos maiores acontecimentos que a graduação me proporcionou. Gratidão! À professora Fabiana Oliveira que, além de excelente profissional, é um ser humano incrível. Gosto de denominá-las “A Santíssima Trindade da Saúde Coletiva”.

Aos meus amigos Bianca Peixinho, Lucas Iago, Letícia Moreira e Daniele Gomes que passaram por bons, maus, ótimos e péssimos momentos ao meu lado, e eu ao lado deles. Eu

jamais chegaria aqui sem o apoio de vocês. Vocês são um presente que eu não merecia. Vocês são incríveis! Obrigada por tanto.

E por fim, deixo aqui meu agradecimento a todos aqueles que de forma direta ou indireta me ajudaram a concluir essa etapa da minha vida.

Mãe! Tua filha tá se formando!

RESUMO

A assistência ao pré-natal se caracteriza como uma das principais estratégias para a redução da mortalidade materno-infantil, no entanto, o acesso é marcado por iniquidades sociais em saúde. Neste contexto, a escolaridade materna é considerada um dos principais indicadores que interferem no acesso das mulheres à assistência pré-natal. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a evolução e desigualdades na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020, segundo escolaridade da mãe. Trata-se de um estudo ecológico, construído a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referentes aos anos de 2011 a 2020. A variável exploratória utilizada foi a escolaridade materna, sendo calculadas as variações percentuais anuais nas taxas de incidência através do método de *joinpoint regression*. Para a análise dos padrões de desigualdades, foram utilizadas medidas simples (diferença e razão) e complexa (Risco Atribuível Populacional), sendo construídas através do Stata versão 16.1. Os resultados indicaram que o estado de Pernambuco apresentou uma tendência crescente, em todos os grupos de escolaridade materna, nas gestantes que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal. A Atenção Básica se encontra como serviço fundamental para o aumento da proporção das consultas realizadas. No entanto, mesmo com o aumento da proporção, observou-se uma desigualdade ainda acentuada entre os grupos de escolaridade, indicando a necessidade do fortalecimento de políticas públicas voltadas para a busca da equidade na saúde.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Escolaridade. Indicadores de Desigualdade em Saúde. Disparidades nas Condições de Saúde.

ABSTRACT

Prenatal care is characterized as one of the main strategies for reducing maternal and child mortality, however, access is marked by social inequities in health. In this context, maternal schooling is considered one of the main indicators that interfere with women's access to prenatal care. Thus, the objective of the present study was to analyze the evolution and inequalities in the performance of at least seven prenatal consultations in Pernambuco between 2011 and 2020, according to the mother's education. This is an ecological study, built from secondary data from the Information System on Live Births (SINASC) for the years 2011 to 2020. The exploratory variable used was maternal schooling, with annual percentage variations in birth rates being calculated. incidence using the joinpoint regression method. For the analysis of inequality patterns, simple (difference and ratio) and complex (Population Attributable Risk) measures were used, built using Stata version 16.1. The results indicated that the state of Pernambuco showed an increasing trend, in all groups of maternal education, in pregnant women who had seven or more prenatal consultations. Primary Care is a fundamental service to increase the proportion of consultations performed. However, even with the increase in the proportion, there was still a marked inequality between the education groups, indicating the need to strengthen public policies aimed at the pursuit of equity in health.

Keywords: Prenatal Care. Educational Status. Health Inequality Indicators. Health Status Disparities.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	13
2.2 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO BRASIL	14
2.3 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE E O ACESSO AO PRÉ-NATAL	17
2.4 ESCOLARIDADE MATERNA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 ARTIGO	22
CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO A - Normas de Submissão da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	43

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e a mortalidade infantil são considerados indicadores importantes para identificar a qualidade de vida de determinada população, sendo a atenção ao pré-natal uma estratégia fundamental para a redução da morbimortalidade. A atenção ao pré-natal é constituída por um conjunto de ações e serviços, visando acolher as gestantes e ofertar uma assistência adequada durante a gestação e o parto. A redução de desfechos negativos, como baixo peso ao nascer, prematuridade e complicações maternas, é reflexo de um pré-natal de qualidade (MARTINS; NAKAMURA; CARVALHO, 2020; MARQUES et al., 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu estratégias para a ampliação e melhoria do acesso das gestantes ao pré-natal, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha (MARIO et al., 2019). Entre os anos de 2000 a 2015, no território nacional, ocorreu um aumento de 46,0% para 66,9% no percentual de mulheres grávidas que realizaram ao menos sete consultas de pré-natal. Contudo, o acesso ao pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se encontra como um obstáculo para as gestantes brasileiras (MALLMANN et al., 2018).

O SUS é um sistema universal, sendo responsável por garantir um acesso integral e equânime para população, contudo, o Brasil é um país historicamente marcado por iniquidades sociais que interferem no acesso da população aos serviços de saúde. No que diz respeito ao pré-natal, nota-se que um acesso desigual entre as gestantes brasileiras, sendo identificadas disparidades regionais e associação entre os determinantes socioeconômicos e a qualidade de atenção prestada às gestantes (GUIMARÃES et al., 2018; MALLMANN et al., 2018).

A tendência de priorizar a oferta das políticas públicas para os grupos mais privilegiados em detrimento dos grupos mais desfavorecidos é uma característica da denominada equidade inversa. A longo prazo, essa prática impulsiona o aumento das desigualdades entre a população, onde a população mais vulnerabilizada apresenta, por exemplo, um menor acesso aos serviços de saúde. Portanto, o direcionamento de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades em saúde deve ser uma prioridade das autoridades (VICTORIA et al., 2000).

Em relação às iniquidades sociais, a escolaridade é um parâmetro fundamental para avaliar as condições de vida da população no geral, sendo o acesso à educação um desafio

para grande parte dos indivíduos. No campo da saúde materno-infantil, a escolaridade materna se encontra como um marcador das iniquidades sociais em saúde, podendo ser utilizada para identificar os grupos populacionais mais vulneráveis e mensurar as desigualdades em saúde (GUARDA, 2017; SILVESTRIN et al., 2018).

A análise da evolução do acesso à atenção ao pré-natal e das desigualdades em saúde das gestantes que realizaram ao menos sete consultas contribui para a identificação de possíveis iniquidades sociais em saúde, direcionando o planejamento das políticas públicas. Os achados podem subsidiar a tomada de decisão dos gestores em saúde, auxiliando no desenvolvimento de estratégias que visem a redução da morbimortalidade materno-infantil e promovam a equidade em saúde (ESPOSTI et al., 2020).

Neste contexto, o presente estudo apresenta como perguntas condutoras: Como se deu a evolução na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020? Há desigualdades no acesso a ao menos sete consultas de pré-natal segundo escolaridade da mãe em Pernambuco no período do estudo?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O pré-natal se caracteriza como o acompanhamento realizado com a gestante, desde o momento da confirmação da gravidez até o período do parto. Há dois tipos de pré-natal: o de risco habitual, sendo realizado por enfermeiros ou médicos das Unidades Básicas de Saúde e intercalado com consultas especializadas; e o pré-natal de alto risco, sendo acompanhado por uma equipe multiprofissional (obstetra, enfermeiro obstetra, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, entre outras categorias profissionais) em uma unidade especializada (VIELLAS et al., 2014).

Segundo Spindola, Penna, & Progiant (2006), a assistência pré-natal tem por objetivo identificar, de forma adequada e precoce, aquelas pacientes com maior probabilidade de apresentar evolução desfavorável e acolhê-las desde o princípio da gestação. Além disso, o Ministério da Saúde indica que o principal objetivo do pré-natal é assegurar uma gestação saudável. Uma vez que, uma assistência pré-natal qualificada é considerada um dos maiores determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, apresentando o potencial para reduzir as principais causas de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, o pré-natal deve ser iniciado logo no início da gestação ou quando houver o conhecimento desta, sendo recomendado a realização de, no mínimo, seis consultas. O ideal é que no primeiro trimestre da gestação seja realizada a primeira consulta de pré-natal. Além disso, orienta-se a realização de duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre. Dessa forma, nota-se que a importância de um pré-natal de qualidade, que inclua todos os aspectos relevantes ao desenvolvimento infantil e as questões biológicas tanto do bebê quanto da mãe, já é reconhecida em todo o país (BRASIL, 2020a).

Além disso, o Ministério da Saúde afirma que “a realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante”. Entre as vantagens, pode-se destacar a identificação de doenças, detecção de problemas fetais, avaliação de aspectos relacionados à placenta e identificação precoce de pré-eclâmpsia, além de promover a redução dos partos prematuros e de cesáreas desnecessárias (BRASIL, 2005).

Para que a assistência seja palpável e efetiva, faz-se necessário a sensibilidade na captação dessas gestantes e periodicidade das consultas, sendo necessária a garantia de um atendimento de qualidade, por meio de uma abordagem multiprofissional e integrada, centrado nas necessidades das gestantes, preconizado desde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984. Em 2014, a necessidade foi reforçada com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que inclui a priorização da saúde reprodutiva (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004).

De acordo com Mallmann e outros colaboradores (2018), quando analisados os anos de 2000 a 2015, nota-se um aumento na proporção da realização de sete consultas ou mais de pré-natal. No entanto, o território nacional ainda apresenta desigualdades sociais no acesso das mulheres a assistência ao pré-natal, onde a população feminina com os piores indicadores demográficos e socioeconômicos têm apresentado acesso a um pré-natal inadequado, com um número inferior de consultadas, de profissionais e de realização de exames necessários.

O aumento na cobertura das mulheres à assistência pré-natal foi identificado em um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Todavia, a qualidade do pré-natal é baixa, não sendo realizadas as recomendações preconizadas. Procedimentos como a aferição da pressão arterial, realização de exames de sangue e urinas e ultrassons durante a gestação são fundamentais para a garantia de uma assistência de qualidade, contudo, a frequência de realização desses procedimentos é considerada baixa (MARIO et al. 2019).

Por fim, é importante salientar que o pré-natal de qualidade reflete em melhores condições de vida para a criança e para a mulher, garantindo uma gestação e parto saudável para ambos. Além disso, o acesso ao pré-natal é universal, sendo um direito de todas as mulheres brasileiras. Portanto, é dever dos municípios garantir os serviços de saúde que proporcionem a assistência durante a gestação, no parto, puerpério e período neonatal (BRASIL, 2000b).

2.2 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO BRASIL

A atenção pré-natal pode ser dividida em dois momentos, tendo como marco temporal a criação do PAISM, no ano de 1984. Antes da criação do programa, as políticas de saúde da mulher apresentavam um enfoque gravídico, destacando-se aqui o Programa de Saúde Materno-Infantil. Estes programas e diretrizes priorizavam a mulher enquanto ser reprodutora,

sem considerar os demais determinantes que influenciam na saúde gestacional (SERRANO, 1997).

Segundo Serruya, Ceccati e do Lago (2004), “as bases filosóficas do PAISM introduziram outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal [...]. Dessa forma, após a criação do PAISM, a saúde integral da mulher passou a ser priorizada, no entanto, sem perder a atenção à reprodução. Posteriormente, em 1986, aconteceu a 8^a Conferência Nacional de Saúde, resultando na promulgação da Constituição Federal, onde a saúde passou a ser um direito garantido e o SUS passou a ser implantado para que essa assistência à saúde fosse prestada (BRASIL, 1988).

No contexto do SUS destaca-se a importância da instituição da Comissão Nacional de Morte Materna, onde indica que:

“Os Comitês de Morte Materna são importantes agentes na redução do óbito materno. Sua implantação contribui para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, consequentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre mortalidade materna” (BRASIL, 2002).

Posteriormente a criação do SUS, os anos seguintes foram marcados por uma série de portarias voltadas para saúde materno-infantil, sendo iniciado pela Portaria nº 2.816 de maio de 1998, onde considera que a maior parte dos óbitos maternos e perinatais são decorrentes de causas evitáveis (BRASIL, 1998). Em seguida, a Portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999, onde cria os Centros de Parto Normal e estabelece as normas, critérios, atribuições, características e equipamentos mínimos para seu funcionamento, além de definir os recursos humanos necessários para seu funcionamento (BRASIL, 1999).

Em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569, visando “o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos” (BRASIL, 2000a). O programa aponta os direitos da gestante e os princípios e diretrizes para garantir esses direitos. Além disso, traça as estratégias necessárias para proporcionar a melhoria da humanização no atendimento, como o pré-natal, que agrupa um conjunto de procedimentos, consultas, exames especializados, classificação de risco gestacional, vacinação, dentre outros serviços (BRASIL, 2000a).

No ano de 2004 foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que incorpora

“...a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.” (BRASIL, 2004).

Neste contexto, no ano de 2006, iniciou-se a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual foi implementada junto ao Pacto pela Saúde. A ESF busca consolidar o SUS, fortalecendo principalmente a Atenção Básica e apresentando o foco nas ações de promoção da saúde. Dentre os programas desenvolvidos no âmbito da ESF destacam-se as ações direcionadas à assistência à saúde da mulher e da criança, sendo assim, essa estratégia se caracteriza como fundamental para a efetivação do desenvolvimento do pré-natal na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2006).

Em 2011, através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, 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.” Os componentes da Rede Cegonha são: pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança, parto e nascimento e sistema logístico, transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

Segundo Carneiro (2013), cada componente da Rede Cegonha acaba por alcançar outras ações de atenção à saúde como: concessão de testes de HIV/Sífilis; oferta e orientação de métodos contraceptivos; realização de no mínimo seis consultas pré-natal; realização de exames clínicos e laboratoriais; assegurar o direito ao leito e vinculação da gestante a determinada maternidade ou hospital; qualificação dos profissionais de saúde; criação de centros de gestantes para assistência ao parto de alto risco; promover ações de incentivo ao aleitamento materno e; assegurar o direito ao Samu-cegonha ao recém nascido que necessite de transporte de emergência.

Para alguns grupos, especialmente, os movimentos feminista, o programa Rede Cegonha representa um retrocesso nos direitos da mulher por reafirmar a mulher como “hospedeira” e negar a livre expressão de sua sexualidade, dando lugar à concepção de saúde materno-infantil, desumanizando o processo reprodutivo que foi fortemente debatido na PAISM (1984), sendo este retrocesso uma forma de retomar a noção de

“maternidade-mandato”, como uma espécie de reiterar a condição “natural” da mulher como entrelaçada à maternidade (LEMES, 2011).

Por outro lado, Ceccim e Cavalcante (2011) divergem desse pensamento anteriormente destacado ao afirmarem que em um país como o Brasil, onde há altos índices de mortalidade materno-infantil, precariedade de leitos hospitalares e altas taxas de partos cesáreos, a criação de um programa voltado à esta temática assegura o direito de nascer em segurança, oferecendo segurança e garantia de acesso à maternidades profissionais e proteção na gravidez, pós parto e puerpério.

2.3 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE E O ACESSO AO PRÉ-NATAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1978). A Constituição Federal de 1988 no artigo 196 traz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” [...] (BRASIL, 1988). O artigo foi formulado a partir do debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentando a seguinte formulação:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986)

A relação entre as condições de vida da população e o adoecimento é objeto de estudo antigo, onde as desigualdades sociais são caracterizadas como as diferenças observadas entre subgrupos, como nível de escolaridade, renda e local de residência. O Brasil é um país marcado por diversas desigualdades sociais, refletindo nas condições de saúde da população (SILVA et al., 2018). Em nível mundial, as desigualdades vêm sendo discutidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), sendo a “redução das desigualdades” um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil (ONU, 2022).

Barata (2009) traz que as estratificações sociais como escolaridade, renda, cor de pele e idade apresentam diferenças quando analisadas por gênero. As mulheres apresentam maior vulnerabilidade, seja no estado de saúde ou no consumo dos serviços de saúde. No entanto,

existe uma falsa ilusão quando se observa o fato de as mulheres estarem mais presentes no dia a dia dos serviços de saúde, pela existência de políticas voltadas para saúde reprodutiva, que influencia diretamente essa maior utilização, ignorando outras necessidades.

Quando observado as desigualdades sociais em saúde, é necessário compreender as diferenças das estratificações sociais apresentadas pelas condições de moradia, educação, ocupação, renda, raça e gênero, pois são questões estruturais que definem o processo de saúde e doença. Ou seja, os mesmos modos sociais que estruturam a sociedade, são os mesmos que condicionam os perfis epidemiológicos de saúde e doença. (BARATA, 2009).

Neste contexto, os estudos vêm buscando formas de mensurar as condições de vida da população para identificar possíveis desigualdades em saúde. No âmbito da saúde da mulher e da criança, os indicadores em saúde são utilizados para mensurar a qualidade de vida dos indivíduos. O coeficiente de mortalidade infantil, por exemplo, se caracteriza como um dos principais indicadores em saúde, o qual indica disparidades preocupantes no território brasileiro (SCHENKEL, 2018).

De acordo com Silva e outros colaboradores (2018), um dos métodos utilizados para identificar as desigualdades é a análise de tendências, onde é possível evidenciar as desigualdades históricas existentes entre os grupos populacionais. Além disso, em relação à saúde da mulher e da criança, podem ser utilizados métodos simples como: indicadores referentes a intervenções em saúde (número de consultas de pré-natal e número de atendimentos especializados); e indicadores compostos (qualidade do pré-natal).

Victora et al. (2000) abordam o princípio da “equidade inversa” que pressupõe que as políticas públicas tendem a privilegiar primeiro os grupos sociais mais abastados. Segundo os autores, este tipo de dinâmica acaba por produzir aumento nas desigualdades pois, a longo prazo, o aumento de determinada cobertura acaba por negligenciar a população mais vulnerabilizada, fazendo com que estes fiquem atrás de todos os grupos, quando na realidade estes deveriam ser os mais cobertos. Ainda segundo os autores, as políticas de saúde deveriam ser planejadas visando reduzir estas desigualdades.

Segundo Mario e outros colaboradores (2019), quando analisado o acesso das mulheres à assistência pré-natal, nota-se um aumento no Brasil. No entanto, quando realizado um recorte com as condições demográficas e socioeconômicas, foi identificado que no Brasil a raça/cor das mulheres e as regiões que as mesmas residem definem a qualidade das

assistência prestada. Dessa forma, mesmo com a garantia universal das mulheres ao pré-natal, faz-se necessário olhar para as desigualdades sociais relacionadas ao acesso.

2.4 ESCOLARIDADE MATERNA

Os determinantes sociais da saúde se caracterizam como aspectos socioeconômicos, culturais, étnicos/raciais, comportamentais e psicológicos que apresentam influência para o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde. Ou seja, os determinantes estão relacionados com as condições sociais que determinada população vive ou trabalha. O debate sobre os determinantes que afetam na ocorrência das doenças e agravos à saúde é importante para a construção de políticas públicas voltadas para o enfrentamento das iniquidades sociais em saúde e para a garantia do princípio da equidade (CNDSS, 2008).

No campo da saúde materno-infantil, a escolaridade materna se caracteriza como um dos principais determinantes para verificar a qualidade de vida da mãe e da criança. Silvestrin e outros colaboradores (2018) indicam que baixos níveis de escolaridade materna apresentam associação com desfechos negativos durante a gestação e o parto. Sendo assim, segundo os autores, a escolaridade materna se enquadra como um determinante social importante para o acesso aos serviços de saúde ofertados, onde as mães com menor escolaridade apresentaram maiores fatores de risco.

A escolaridade materna é de intensa importância epidemiológica pois está associado não só a um grande risco de mortalidade materna (ORACH, 2000; THEME FILHA et al., 1999), mas também morte fetal (CONDE-AGUDELO et al., 2000), maternidade precoce e baixo peso ao nascer (OKOSUN et al., 2000), prematuridade (ASTOLFI & ZONTA, 1999), mortalidade infantil (MARINS et al., 2002; BOHLAND & JORGE, 1999), baixos intervalos intergenésicos (AL-NAHEDH, 1999) e baixa ou alta prevalência de aleitamento materno (NAJDAWI & FAOURI, 1999; OKOLO et al., 1999).

O estudo considerado pioneiro na discussão referente à escolaridade materna foi do autor Cadwell, onde o mesmo indicou a importância do nível de escolaridade para a sobrevivência da criança durante a infância. O autor indicou que níveis altos de escolaridade materna interferem na redução mortalidade da infância através de três aspectos centrais: a busca do cuidado em saúde por meio de alternativas modernas; maior capacidade em lidar com o mundo moderno, como as novas tecnologias em saúde; e a mudança nas relações de poder na família, onde as mulheres e outros membros da família participam da criação das crianças (CALDWELL, 1979).

A baixa escolaridade materna pode estar associada com comportamentos e condições negativas para a saúde da criança, como a baixa adesão ao pré-natal, alimentação inadequada e tabagismo, levando a uma maior probabilidade de mortalidade na infância. Paralelamente a isso, uma maior escolaridade materna pode indicar fatores de proteção, como gravidez em faixas etárias mais avançadas e a opção por partos cesáreos. Além disso, esse grupo de mulheres também apresenta um maior conhecimento referente à saúde reprodutiva, o que pode contribuir para a adoção de medidas que colaborem para a redução de fatores de risco (LIMA, 2013).

No relatório final da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde foi indicada a associação entre a escolaridade materna e a mortalidade na infância, onde à medida que ocorria um aumento nos níveis de escolaridade, a mortalidade de crianças menores de 5 anos reduzia. Além disso, o relatório apresentou resultados de pesquisas que indicavam que a escolaridade materna se enquadrou como um fator de proteção para o consumo de uma dieta pobre em fibras, reforçando a escolaridade das mães como indicador importante para a verificação da qualidade de vida desta população (CNDSS, 2008).

Fonseca e outros autores (2017) desenvolveram um estudo que apresentava, como um dos objetivos, avaliar a interação entre a escolaridade materna e a mortalidade neonatal. Os autores verificaram que a taxa de mortalidade neonatal foi 8,09% maior nos recém-nascidos das gestantes que apresentavam baixa escolaridade, indicando um aumento na chance do óbito ocorrer. Sendo assim, pode-se concluir que a escolaridade materna pode ser utilizada para identificar os grupos populacionais mais vulneráveis, indicando a presença de possíveis desigualdades sociais.

Por fim, vale salientar que a escolaridade é um parâmetro para avaliar as condições de vida da população no geral e, no Brasil, o acesso à educação ainda se encontra com um obstáculo para grande parte da população. Além disso, o acesso à escolaridade no país é marcado por desigualdades regionais, estando diretamente relacionado com o cuidado em saúde. Dessa forma, no campo da saúde materno-infantil, a escolaridade materna se encontra como um dos principais marcadores para as iniquidades sociais em saúde (GUARDA, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a evolução e desigualdades na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020, segundo escolaridade da mãe.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a tendência temporal da proporção de gestantes que realizaram ao menos sete e mais consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020 segundo a escolaridade materna.
- Identificar os padrões de desigualdades no acesso ao número adequado de consultas de pré-natal segundo escolaridade da mãe e ano.
- Mensurar as desigualdades na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA **REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Evolução do acesso ao pré-natal em Pernambuco: a escolaridade materna como marcador das iniquidades em saúde

Evolution of access to prenatal care in Pernambuco: maternal schooling as a marker of health inequities

Daniella Oliveira Albuquerque Lins¹

Lívia Teixeira de Souza Maia¹

¹.Núcleo de Saúde Coletiva. Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco. Rua Alto do Reservatório, S/N - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680.

Resumo

Objetivo: Analisar a evolução e desigualdades na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020, segundo escolaridade da mãe. Métodos: Trata-se de um estudo ecológico a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A variável exploratória utilizada foi a escolaridade materna, sendo calculadas as variações percentuais anuais nas taxas de incidência através do método de *joinpoint regression*. E, para a análise dos padrões de desigualdades, foram construídas medidas simples (diferença e razão) e complexa (Risco Atribuível Populacional), sendo utilizada Stata versão 16.1. Resultados: Pernambuco apresentou uma tendência crescente na proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, em todos os grupos de escolaridade materna. No entanto, ainda verificou-se uma desigualdade acentuada entre os grupos. Conclusões: As ações da Atenção Básica à Saúde foram fundamentais para o aumento da proporção das gestantes que realizam sete consultas ou mais de pré-natal, contudo, ainda faz-se necessário o fortalecimento de políticas públicas que considerem os determinantes sociais, visando a busca pela equidade na saúde

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Escolaridade; Indicadores de Desigualdade em Saúde; Disparidades nas Condições de Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the evolution and inequalities in the performance of at least seven prenatal consultations in Pernambuco between 2011 and 2020, according to the mother's education. **Methods:** This is an ecological study using secondary data from the Live Birth Information System (SINASC). The exploratory variable used was maternal education, with annual percentage variations in incidence rates being calculated using the joinpoint regression method. And, for the analysis of inequality patterns, simple (difference and ratio) and complex (Population Attributable Risk) measures were constructed, using Stata version 16.1. **Results:** Pernambuco showed an increasing trend in the proportion of women who had seven or more prenatal consultations, in all groups of maternal education. However, there was still a marked inequality between the groups. **Conclusions:** The actions of Primary Health Care were essential to increase the proportion of pregnant women who have seven or more prenatal consultations, however, it is still necessary to strengthen public policies that consider social determinants, aiming to seek for equity in health.

Keywords: Prenatal Care; Educational Status; Health Inequality Indicators; Health Status Disparities.

Introdução

A saúde da mulher e da criança se caracterizam como um importante campo da saúde pública, apresentando indicadores que refletem as condições de vida da população. Neste contexto, a atenção ao pré-natal é constituída por um conjunto de ações e serviços voltados para o acolhimento e acompanhamento das gestantes, contribuindo na redução dos desfechos negativos relacionados à gestação e ao parto e na melhoria dos indicadores materno-infantil.^{1,2}

No Brasil, entre os anos de 2000 a 2015, houve um aumento significativo do acesso das mulheres à atenção ao pré-natal, passando de 46,0% para 66,9%.³ No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde vêm priorizando o desenvolvimento de estratégias visando a ampliação e melhoria do acesso ao pré-natal, destacando-se a

implementação da Rede Cegonha e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).⁴

Contudo, mesmo com os avanços no campo saúde materno-infantil, verifica-se uma desigualdade no acesso à atenção ao pré-natal entre as mulheres brasileiras. Historicamente, o território nacional é marcado por iniquidades sociais, interferindo no acesso da população aos serviços de saúde. No que diz respeito à atenção ao pré-natal, as condições geográficas e socioeconômicas apresentam relação com o acesso e qualidade do pré-natal.³

No que diz respeito às desigualdades no campo da saúde da criança, o princípio da “equidade inversa” é utilizado para debater as iniquidades sociais em saúde. Segundo este princípio, à medida que as políticas públicas atingem primeiro os grupos socioeconômicos mais favorecidos e, posteriormente, os mais desfavorecidos, os indicadores relacionados à cobertura, morbidade e mortalidade são afetados.⁵

A escolaridade materna é considerada um marcador para avaliar as condições de vida da população feminina e mensurar as disparidades sociais. As gestantes com menos anos de estudo apresentam uma concentração dos fatores de riscos e de desfechos negativos. Neste cenário, a escolaridade materna pode ser utilizada como um parâmetro para identificar os grupos populacionais mais vulneráveis, mensurando as desigualdades em saúde.^{6,7}.

A análise da evolução do acesso das gestantes à atenção ao pré-natal é uma estratégia para a identificação das iniquidades sociais, direcionando o planejamento das políticas públicas. A mensuração das desigualdades em saúde das gestantes que realizaram ao menos sete consultas, tendo a escolaridade como marcador, pode contribuir no desenvolvimento de políticas voltadas para redução da mortalidade materno-infantil e promoção da equidade em saúde.⁸

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar a evolução e desigualdades na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020, segundo escolaridade da mãe, respondendo as seguintes perguntas condutoras: Como se deu a evolução na realização de ao menos sete consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020? Há desigualdades no acesso a ao menos sete consultas de pré-natal segundo escolaridade da mãe em Pernambuco no período do estudo?

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico e com uma abordagem quantitativa, sendo desenvolvida uma análise de série temporal e de desigualdades em saúde dos nascidos vivos de mães residentes em Pernambuco que realizaram ao menos sete consultas de pré-natal segundo escolaridade entre os anos de 2011 a 2020. O estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do Brasil, possui uma área de 98.067,877 km² e uma população estimada em 9.674.793 habitantes, no ano de 2021. É o sétimo mais populoso do país, sendo composto por 185 municípios.⁹

Os dados foram coletados pela interface de consulta *online* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), cujo documento base é a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), que possui preenchimento compulsório em todo o território nacional.¹⁰

Como variáveis exploratórias foram utilizadas a proporção de nascidos vivos que realizaram ao menos sete e mais consultas de pré-natal, o nível de escolaridade materna e o ano de nascimento. Para análise da escolaridade da mãe foram empregadas as seguintes categorias: Nenhuma escolaridade, 1 a 3 anos de estudo, 4 a 6 anos, 8 a 11 anos e 12 ou mais.

A proporção de gestantes que realizou ao menos sete consultas de pré-natal foi calculada para cada uma das categorias de escolaridade materna considerando no numerador o número de nascidos vivos de mães que realizaram no mínimo sete consultas pré-natais na categoria de escolaridade definida pelo número total de nascidos vivos de mães na mesma categoria de escolaridade, multiplicado por 100.

A tendência temporal foi calculada a média foi estimada por meio do método de *joinpoint regression*. Este modelo permite analisar tanto tendências significantes quanto os pontos de inflexão, conhecidos como joinpoints; ou, ainda, momentos em que uma alteração significativa de tendência ocorre ao longo do tempo. O método Joinpoint permite testar se determinada linha temporal, de múltiplos segmentos, é adequada estatisticamente para realizar a descrição da evolução temporal de dados, comparativamente a uma linha com menos segmentos ou reta.¹¹

Utilizou-se como variável dependente a proporção de gestantes que realizou ao menos sete consultas de pré-natal em cada categoria de escolaridade e como variável independente ano de nascimento. Foram estimadas as variações percentuais anuais (AAPC) para o período

de 2011 a 2020, seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) e significância estatística (p-valor). As análises de regressão foram realizadas utilizando-se o programa estatístico Joinpoint Trend Analysis versão 4.9.0.1. Além do modelo de regressão calculou-se a média no período bem como a variação percentual entre os anos extremos da série.

Para identificar os padrões de desigualdades, a proporção de nascimentos de mães que realizaram sete e mais consultas de pré-natal foi estratificada por categoria de escolaridade materna em cada ano. Construiu-se, com base em sintaxe do programa Stata, o equiplot. Os gráficos do tipo equiplot foram concebidos pelo International Center for Equity in Health, com o objetivo de analisar as desigualdades em saúde.¹²

Para mensuração das desigualdades de acesso ao número adequado de consultas de pré-natal foram empregadas as medidas simples e complexas, a saber:

- Diferença: Diferença dos valores do indicador entre o grupo de referência (12 anos e mais) e o de comparação (nenhuma escolaridade);
- Razão: Quociente dos valores do indicador entre o grupo de referência (12 anos e mais) e o de comparação (nenhuma escolaridade);
- Risco Atribuível Populacional (RAP): Tem como premissa identificar o quanto da desigualdade seria eliminada se toda a população tivesse o mesmo desempenho que o melhor subgrupo, em termos de indicador de saúde. Foi estimado com base na subtração da proporção de sete e mais consultas de pré-natal no grupo de maior escolaridade (12 anos e mais) e a proporção média dos demais grupos;
- Índice de concentração: É uma medida relativa de desigualdade para estratificadores ordenados baseado na curva de Lorenz. É definido como o dobro da diferença entre as áreas limitadas, respectivamente, pela diagonal e a curva de Lorenz.

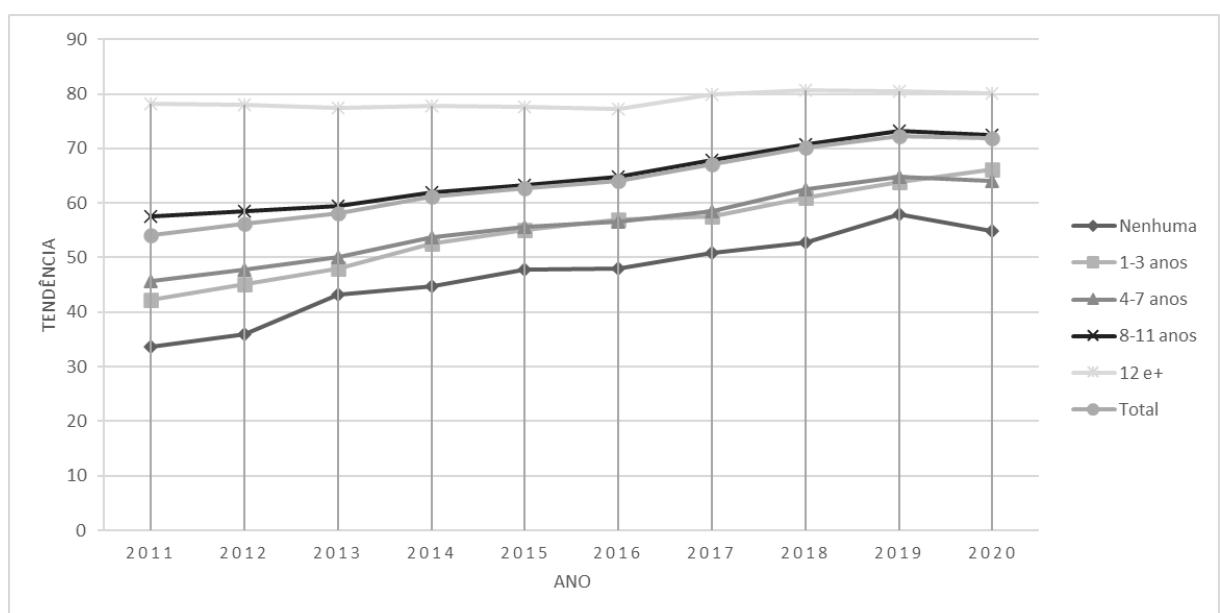
Os equiplots e o índice de concentração foram estimados por meio do pacote estatístico Stata, versão 16.1 (<https://www.stata.com>).

O estudo foi desenvolvido por meio de dados secundários, de domínio público e disponibilizados gratuitamente, sendo garantida a confidencialidade das informações pessoais. Dessa forma, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, foi dispensada a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.¹³

Resultados

Foram analisados 898.037 nascimentos ocorridos no estado de Pernambuco entre os anos de 2011 a 2020. Durante a série temporal, verificou-se um aumento na proporção de realização de sete ou mais consultas de pré-natal em todos os níveis de escolaridade materna. Além disso, observou-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior a proporção de realização de consultas, sendo assim, as gestantes com 12 e mais anos de estudos foram as que apresentaram melhores indicadores (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução da proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal segundo a escolaridade materna. Pernambuco, de 2011 a 2020.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do SINASC.

Todos os níveis de escolaridade materna apresentaram uma tendência crescente no que se refere à proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. As gestantes com 12 anos e mais de estudo apresentaram a maior média e as gestantes sem nenhuma escolaridade apresentaram a menor média, sendo 78,15% e 47,85%, respectivamente. Quando analisado o primeiro e o último ano da série temporal, observou-se que as proporções das gestantes com menores níveis de escolaridade foram as que mais cresceram.

Em relação a variação percentual (V%) da tendência temporal, verificou-se que a maior foi a de gestantes sem nenhuma escolaridade (62,91), enquanto a menor V% foi das gestantes com 12 e mais anos de estudo (2,65%). Observou-se uma tendência significativa de

crescimento na AAPC em todos os níveis de escolaridade, sendo a maior média observada na categoria Nenhuma (AAPC 6.3; IC 95%: 0.6; 12.3) seguido de 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 anos ou mais (AAPC 0.2; IC 95%: -0.1; 1.0). É importante ressaltar que todos os níveis tiveram crescimento estatisticamente significante, com exceção da categoria 12 anos e mais (Tabela 1).

Tabela 1 - Tendência temporal da proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal segundo a escolaridade materna. Pernambuco, de 2011 a 2020.

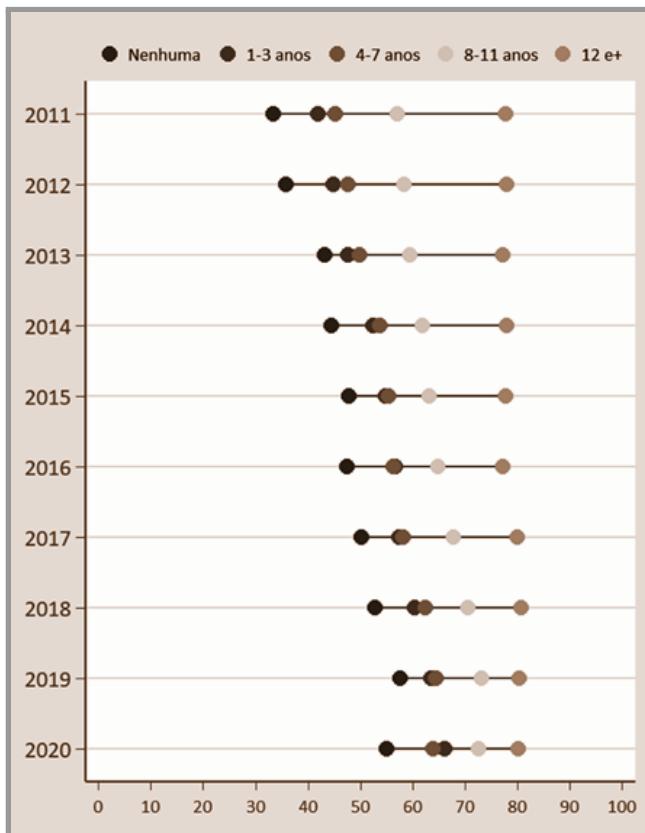
Escolaridade materna	Média	2011	2020	V%	AAPC	IC (95%)	p-valor	Tendência
Nenhuma	47,85	33,7	54,9	62,91	6,3*	0,6;12,3	<0,003	Crescente
1 a 3 anos	56,00	42,3	66,20	56,50	4,8*	0,9;8,9	<0,008	Crescente
4 a 7 anos	56,15	45,7	64,00	40,04	4,2*	3,6;4,8	<0,001	Crescente
8 a 11 anos	64,00	57,5	72,50	26,09	3,1*	1,1;5,2	<0,001	Crescente
12 anos e mais	78,15	78,2	80,20	2,56	0,2	-0,1;1,0	<0,821	Crescente
Total (7 e mais consultas)	63,45	54,2	71,80	32,47	3,6*	2,3;4,3	<0,001	Crescente

Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do SINASC.

No que se refere a proporção das gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, a análise gráfica das desigualdades absolutas e sua evolução temporal está apresentada na Figura 1. Observou-se que a maior desigualdade entre os grupos de escolaridade materna foi identificada no ano de 2011, sendo reduzida até o ano de 2019. Contudo, verificou-se um discreto crescimento no ano de 2020.

Pode-se observar o padrão de desigualdade denominado *bottom inequality*, ou exclusão marginal. Este tipo de padrão de desigualdade é identificado quando uma determinada intervenção cobre a maior parte da população, no entanto, não é capaz de alcançar o grupo menos privilegiado.

Figura 1 - Equiplots da proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal segundo a escolaridade materna e ano de nascimento. Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do SINASC.

A diferença é uma medida absoluta de desigualdade e mensura a diferença entre a cobertura de um desfecho em saúde, neste caso, a realização de 7 ou mais consultas pré-natal, entre os grupos mais e menos favorecidos. A diferença entre o primeiro quintil (Q1) e o último (Q5) passa de 44,5 no ano de 2011 para 25,3 em 2020, apontando o quanto seria necessário que o subgrupo com menos escolaridade precisaria avançar para que as desigualdades fossem eliminadas.

Por outro lado, a razão, uma medida relativa de desigualdade, expressa o número de vezes da diferença entre o Q1 e o Q5. No ano de 2011 observa-se que a desigualdade entre o grupo com Nenhuma Escolaridade era 2,3 vezes maior quando comparado ao grupo com 12 anos ou mais de estudo. Observa-se uma redução das desigualdades quando compara-se o ano de 2011 com o ano de 2020, onde a razão de desigualdade foi de 1,5 entre o Q1 e o Q5 (diferença de 0,8 na razão dos dois anos em questão). Posteriormente, em 2020, foi verificado um discreto aumento em todas as medidas.

As gestantes com pior condição (nenhuma escolaridade) apresentaram um significativo aumento na proporção de realização de sete ou mais consultas, passando de

33,7% no ano de 2011 para 54,9% em 2020. As gestantes com melhor condição (12 anos e mais) também apresentaram um aumento na proporção, contudo, de forma mais discreta, passando de 78,2% para 80,2%. Observou-se que entre os anos de 2011 a 2019, todas as medidas de análise de desigualdades simples (diferença e razão) e complexa (RAP) apresentaram uma significativa redução. Posteriormente, em 2020, foi verificado um discreto aumento em todas as medidas (Tabela 2)

Tabela 2 - Medidas simples (diferença e razão) e complexa (RAP) de desigualdades da proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal segundo a escolaridade materna e ano de nascimento. Pernambuco, de 2011 a 2020

Ano	Pior condição (Nenhuma escolaridade)	Melhor condição (12 anos e mais)	Média dos grupos	Diferença	Razão	RAP
2011	33,7	78,2	44,8	44,5	2,3	33,5
2012	35,9	78,1	46,9	42,2	2,2	31,2
2013	43,2	77,4	50,2	34,2	1,8	27,3
2014	44,7	77,9	53,2	33,2	1,7	24,7
2015	47,8	77,7	55,4	29,9	1,6	22,3
2016	47,9	77,3	56,6	29,4	1,6	20,7
2017	50,9	80,0	58,7	29,1	1,6	21,3
2018	52,8	80,7	61,7	27,9	1,5	19,0
2019	58,0	80,5	64,9	22,5	1,4	15,6
2020	54,9	80,2	64,4	25,3	1,5	15,8
V% (2011/2020)	62,9	2,5	43,9	-43,14	-34,7	-52,8

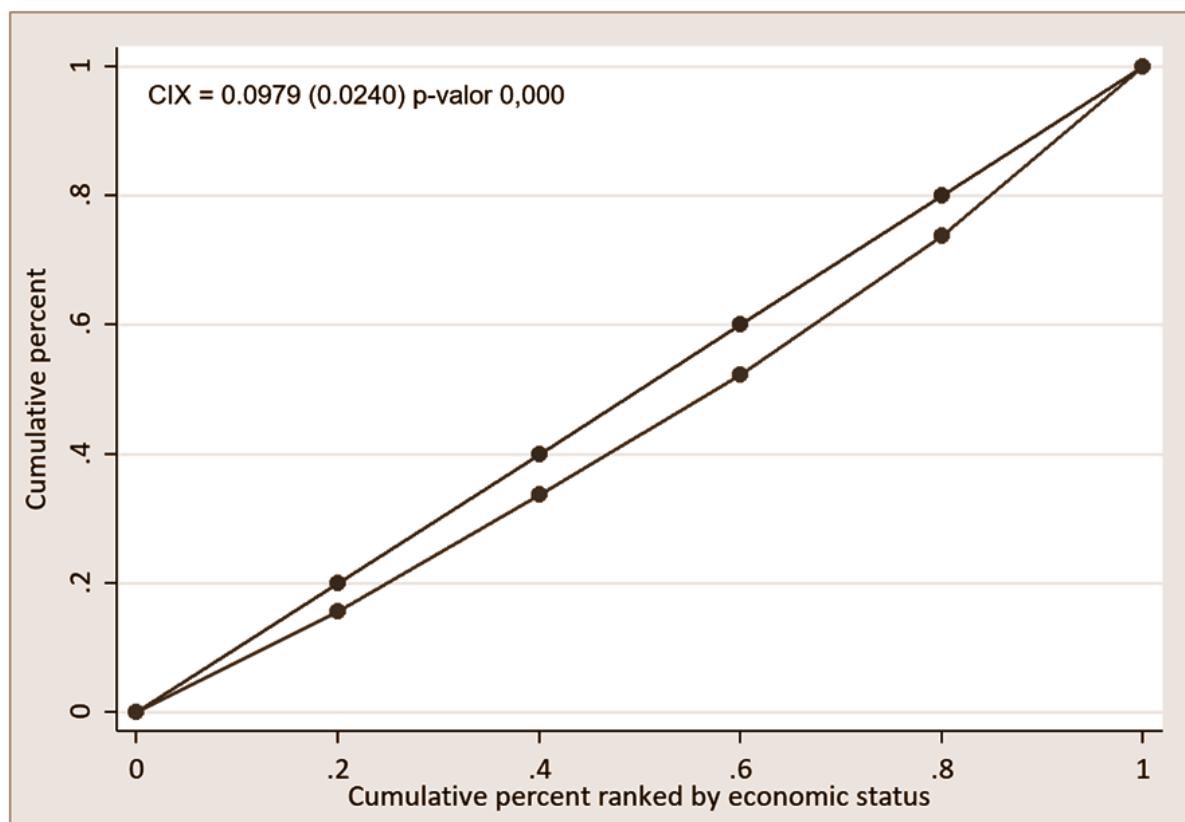
Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do SINASC.

O risco atribuível populacional (RAP) é uma medida que identifica e mensura o quanto da desigualdade seria eliminada se toda a população de estudo tivesse o mesmo desempenho da população de referência, neste caso, mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. De acordo com a tabela 2, para que todos os subgrupos tivessem o mesmo desempenho do grupo de referência, seria necessário que as desigualdades reduzissem em 33,5 pontos percentuais no ano de 2011 e 15,8 no ano de 2020. Observa-se que o RAP decresce entre os anos 2011 a 2019 e tem um leve crescimento de 0,2 p.p. em 2020, corroborando com os achados das análises anteriores.

O índice de concentração (CIX), baseado na curva de Lorenz, indica o quanto de um determinado desfecho está concentrado em determinado grupo populacional. De acordo com o gráfico, é possível observar que o índice de concentração calculado foi de 0,0979, um

coeficiente positivo, ou seja, o desfecho (7 consultas pré-natal) está concentrado em 9,79% entre as mulheres mais escolarizadas (Figura 2).

Figura 2 – Curva de concentração da proporção de gestantes que realizaram ao menos sete e mais consultas de pré-natal em Pernambuco entre 2011 e 2020 segundo a escolaridade materna e ano de nascimento. Pernambuco, 2011 a 2020.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do SINASC.

Discussão

Os resultados obtidos no presente estudo indicaram uma tendência crescente do acesso das mulheres à assistência ao pré-natal, contudo, a tendência apresenta um ritmo de crescimento e uma magnitude diferente entre os grupos de escolaridade materna. Os achados verificaram um padrão de desigualdade entre as gestantes, onde o maior nível de escolaridade foi identificado como potencializador do acesso, ou seja, quanto mais anos de estudo, maior a proporção de gestantes que realizaram o número recomendado de consultas de pré-natal.

O desenvolvimento de estudos com o objetivo de mensurar as desigualdades busca identificar as disparidades sociais e, posteriormente, explicar a causalidade. Além dos procedimentos estatísticos, a mensuração das desigualdades implica em valores morais, associados a justiça social. O monitoramento das desigualdades em saúde visa subsidiar a construção de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais e para a promoção da justiça social.^{14,15}.

Dentre as limitações da pesquisa destacam-se os possíveis vieses em relação a qualidade das informações, uma vez que, foi realizada a partir de dados secundários. Além de que, a pesquisa buscou realizar uma análise descritiva da evolução do acesso ao pré-natal e das desigualdades em saúde, a qual não possibilita elucidar a relação entre a causalidade e o desfecho, indicando a necessidade de estudos futuros, com outras abordagens metodológicas.

De acordo com Barros & Victora,¹⁶ os sistemas de saúde vêm buscando a efetivação do princípio da equidade, e, para isso, a mensuração das iniquidades sociais em saúde se encontra como um instrumento estratégico. Os autores indicam a existência de diversos indicadores em saúde que colaboram para analisar a posição socioeconômica da população. No campo saúde da mãe e da criança, a escolaridade materna é identificada como um dos principais indicadores para mensurar e interpretar as desigualdades sociais.

Em relação às gestantes que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal, os achados do presente estudo indicam uma tendência crescente nas proporções de todos os grupos de escolaridade materna, destacando as gestantes com 12 ou mais anos de estudo. Em uma pesquisa realizada em nível nacional, os autores também indicaram uma tendência crescente nas proporções, verificando que quanto maior o nível de escolaridade, maior a proporção de consultas realizadas, corroborando com os achados do presente estudo.³

Estudos apontam que, geralmente, a população feminina com um maior grau de escolaridade apresenta melhores condições socioeconômicas, fato que pode influenciar na busca pelo cuidado em saúde. Além disso, essa população tem um maior acesso aos conhecimentos referentes aos seus direitos reprodutivos e, consequentemente, realizando a quantidade adequada de consultas de pré-natal.^{3,7}

De acordo com Guarda,¹⁷ em um estudo realizado no estado do Maranhão, a baixa escolaridade materna apresentou relação com a ocorrência do óbito materno. Segundo o autor, a escolaridade materna está associada com a redução da chance de óbito, uma vez que, as

gestantes com maior escolaridade tendem a procurar mais os serviços de saúde e têm um maior acesso aos conhecimentos sobre importância do pré-natal.

No estado de Pernambuco, no ano de 2012, destaca-se a adesão da estratégia da Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.498. Essa estratégia contribuiu para o aperfeiçoamento da atenção ao pré-natal no estado e para o aumento da alocação de recursos voltadas para a atenção às gestantes. O processo de implementação da Rede Cegonha no estado pode ter colaborado para o aumento do acesso à atenção ao pré-natal, tendo influenciado nos achados do presente estudo.¹⁸

O presente estudo, destaca o crescimento da tendência temporal das gestantes que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal, principalmente, nas gestantes sem escolaridade. No Brasil, foram encontrados resultados semelhantes, onde a proporção de mulheres sem escolaridade que realizaram as consultas adequadas passou de 21,3% em 2000 para 35,1% em 2015, com um acréscimo médio anual de 3,2%. Enquanto a proporção de gestantes com 12 ou mais anos de estudo passou de 74,4% para 82,9%, com um acréscimo médio anual de 0,7%.³

Ainda em relação às gestantes sem nenhuma escolaridade, os achados do presente estudo indicam um aumento entre os anos de 2011 a 2019, indicando uma redução nas desigualdades entre os níveis de escolaridade. No entanto, no ano de 2020, pela primeira vez na série temporal, foi observado uma redução na proporção das mulheres sem escolaridade, assim como na medida de desigualdade complexa (RAP). Dessa forma, levanta o questionamento do surgimento de um possível novo padrão de desigualdade, marcado pela redução do acesso às consultas de pré-natal.

Contudo, vale salientar que o ano de 2020 foi marcado pelo início da pandemia da Covid-19 no Brasil, a qual interferiu no acesso da população aos serviços de saúde.¹⁹ Segundo Chisini e outros colaboradores (2021),²⁰ durante o ano de 2020, a pandemia da Covid-19 impactou na redução da realização de procedimentos realizados no âmbito da Atenção Básica à Saúde, sendo a atenção ao pré-natal um dos serviços atingidos nos municípios brasileiros.

Apesar da tendência crescente na proporção de mulheres que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal, ainda foi identificada a presença da desigualdade entre os grupos de escolaridade. Em um estudo realizado no estado do Espírito Santo, os autores verificaram uma desigualdade social no acesso ao pré-natal, colaborando com os achados do presente

estudo. De acordo com os autores, a probabilidade do início do pré-natal e a realização do número de consultas preconizadas foi maior nas gestantes com mais anos de estudo.⁸

Os achados do estudo apontam que as gestantes com melhor condição (12 anos de estudo), ao longo do período, apresentam primeiro o aumento em relação a cobertura do pré-natal. E, só posteriormente, a cobertura das gestantes com pior condição (sem escolaridade) avança. Esses achados trazem à tona o princípio de “equidade inversa”, conforme discutido por Victoria et al. e marcado pela priorização, em primeiro lugar, das intervenções em saúde para os grupos mais favorecidos.⁵

Em relação aos avanços e aumento da cobertura do pré-natal, a Atenção Básica à Saúde se encontra como serviço estratégico para o cuidado materno-infantil, sendo referência para a realização do pré-natal.²¹ No entanto, no momento atual, o sistema de saúde brasileiro está diante de um progressivo desmonte, por parte do governo federal, sendo marcado pela adoção de medidas de austeridade fiscal. Neste contexto de desmonte, a Atenção Básica à Saúde vem sendo um dos principais serviços atingidos.²²

Segundo Paes-Sousa, Rasella & Carepa-Sousa,²³ as políticas de austeridade fiscal apresentam resultados negativos para a população e grupos mais vulneráveis, como ocorreu nos indicadores referentes à mortalidade infantil. De acordo com os autores, o Brasil vem sendo marcado por diversas notícias relacionadas ao retrocesso em saúde, como a redução da cobertura vacinal e o risco de surto de sarampo, indicando que a redução dos investimentos em saúde é observado, principalmente, na Atenção Básica à Saúde.

Mesmo com o presente cenário de desmonte do sistema de saúde brasileiro, o aumento na proporção do acesso ao pré-natal reflete a efetividade das ações e serviços do SUS, especialmente da Atenção Básica, para a saúde da mulher e da criança. Todavia, a persistência das desigualdades entre os grupos de escolaridade materna indica a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que considerem os determinantes sociais, visando a busca pela equidade na saúde.

Referências

1. Martins IPM, Nakamura CY, Carvalho DR. Variáveis associadas à mortalidade materna e infantil: uma revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020; 18(64):145-165.
2. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*. 2021;25(1).
3. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018;27(4).
4. Mario DN et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(3):1223-1232.
5. Victoria CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*. 2000;356(9235):1093-1098.
6. Silvestrin S, Buriol VCS, Silva CH, Goldani MZ. Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras – 1996 a 2013. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(2).
7. Fonseca SC, Flores PVG, Camargo KR, Pinheiro RS, Coeli CM. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(94).
8. Esposti CDD, Santos-Neto ET, Oliveira AE, Travassos C, Pinheiro RS. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1735-1749.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. [online]. 2022. [acesso 20 mar 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001.
11. National Cancer Institute. Joinpoint Trend Analysis Software. 2022. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/> Acesso em: 02 abr 2022.
12. International Center for Equity in Health. Equiplot. 2022. Disponível em: <https://www.equidade.org/equiplot> Acesso em: 29 mar 2022.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012. [acesso em 21 mar 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Medeiros M. Medidas de Desigualdade e Pobreza. Brasília: Editora Universidade Brasília; 2012
15. Silva, ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerlin F, Hellwing F, Ferreira LZ, Ruas LPV, Joseph G, Barros AJD. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. Epidemiol. Serv. Saúde, v.27, n.1, 2018.
16. Barros AJD, Victora CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. PLOS Medicine. 2013;10(5).
17. Guarda OID. Mortalidade Materno no estado do Maranhão. [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2017.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.498, de 12 de julho de 2012. Aprova Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Pernambuco e aloca recursos financeiros para sua implementação. 2012. [acesso em 22 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1498_12_07_2012.html
19. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(12).
20. Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, D'Avila OP. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. Rev Bras Epidemiol. 2021;24.

21. Guimarães WS, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(5).
22. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1).
23. Paes-Sousa R, Rasella D, Carepa-Sousa J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. *Saúde Debate*. 2018;42(3):172-182.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo indicaram um aumento significativo na proporção de realização de sete consultas ou mais de pré-natal, em Pernambuco, durante os anos de 2011 a 2020. Em todos os grupos de escolaridade materna foi identificado uma tendência crescente, ocorrendo uma redução nas medidas de desigualdades simples e complexas. Neste contexto, vale ressaltar a importância do SUS, principalmente da Atenção Básica à Saúde, para a melhoria dos indicadores da saúde materno-infantil, destacando-se o aumento da cobertura da atenção ao pré-natal.

No entanto, mesmo com a tendência crescente na proporção de realização de sete consultas ou mais de pré-natal, a desigualdade entre os grupos de escolaridade materna ainda é bastante acentuada no estado de Pernambuco. Dessa forma, o presente estudo indica a necessidade do desenvolvimento de ações e serviços no campo da saúde pública que visem a busca da equidade, sendo fundamental o fortalecimento de políticas públicas voltadas para saúde da mulher e da criança que considerem os determinantes sociais, em especial, a escolaridade materna.

REFERÊNCIAS

- AL-NAHEDH, N. N. A. The effect of sociodemographic variables on child-spacing in rural Saudi Arabia. **La Revue de Santé de La Méditerranée Orientale.**, v.5, n.1, p.136-140, 1999.
- ASTOLFI, P.; ZONTA, L. A. Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. **Human Reproduction.**, v.14, n.11, p.2891–2894, 1999.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- BOHLAND, A. K.; JORGE, M. H. P. M. Mortalidade de menores de um ano de idade na região Sudoeste do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública.**, v.33, n.4, p.366-373, 1999.
- BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 02 fev 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final.** Brasília, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 20 mar 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000b.
- 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.** Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 14 mar 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998.** Brasília, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816_29_05_1998.html Acesso em: 16 mar 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 14 mar 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000.** Brasília, 2000a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 10 mar 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999.** Brasília, 1999. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf Acesso em: 10 mar 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

CALDWELL, J. C.. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. **Population Studies**, v.33, n.3, p.395-413, 1979.

CARNEIRO, R. G.. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.44, p. 49-59, 2013.

CECCIM, R. B.; CAVALCANTI, F. **Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo**. CONASEMS, 2011. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/rede-cegonha-praticas-discursivas-e-redes-de-dialogo-por-ricardo-burg-ceccim-e-felipe-cavalcanti> Acesso em: 21 mar 2022.

CNDSS. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf Acesso em: 10 mar 2022.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Epidemiologia do óbito fetal na América Latina. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.79, p. 371–378, 2000.

FONSECA, S. C. et al. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Rev Saude Publica**, v.51, n.94, 2017.

GUARDA, O. I. D. **Mortalidade materna no estado do Maranhão**. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão. São Luís, p.91, 2017.

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

LEMES, C. **Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos**. VIOMUNDO, 2011. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entre-vistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-gerencia-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html> Acesso em: 23 mar 2022.

LIMA, L. C. **A natureza da relação entre escolaridade materna e mortalidade infantil e na infância no Brasil**. Tese (Doutorado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p.173, 2013.

MALLMANN, M. B. et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.27, n.4, 2018.

MARINS, V. M. R. Overweight and risk of overweight in schoolchildren in the city of Rio de Janeiro, Brazil: prevalence and characteristics. **Annals of Tropical Paediatrics.**, v.22, n.2, p.137-144, 2002.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.3, p.1223-1232, 2019.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021.

MARTINS, I. P. M.; NAKAMURA, C. Y.; CARVALHO, Deborah Ribeiro. Variáveis associadas à mortalidade materna e infantil: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v.18, n. 64, p. 145-165, 2020.

NAJDAWI, F.; FAOURI, M. Maternal smoking and breastfeeding. **La Revue de Santé de La Méditerranée Orientale.**, v.5, n.3, p.450-456, 1999.

OKOLO, S. N.; ADEWUNMI, Y. B.; OKONJI, M. C. Current Breastfeeding Knowledge, Attitude, and Practices of Mothers in Five Rural Communities in the Savannah Region of Nigeria. **Journal of Tropical Pediatrics.**, v.45, p.323-326, 1999.

OKOSUN, I. S. et al. Ethnic Differences in the Rates of Low Birth Weight Attributable to Differences in Early Motherhood: A Study from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **J Perinatol.**, v.20, p.105–109, 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Genebra, 1978.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em: 02 fev 2022.

ORACH, C. G. Maternal Mortality Estimated Using the Sisterhood Method in Gulu District, Uganda. **Tropical Doctor**, v.30, n.2, p.72-74, 2000.

SCHENKEL, M. A.. **A ação do estado sobre as condições de saúde em um contexto de desigualdades sociais: uma análise regionalizada no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) -

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.148, 2018.

SERRANO, C. V. **Programa Regional de Desenvolvimento de Saúde Materno-Infantil no Brasil**. Boletin de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1977.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, I. C. M. da et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.27, n.1, 2018.

SILVESTRIN, S. et al. Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras – 1996 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.2, 2018.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.3, p.381-8, 2006.

THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R. I.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, p.397-403, 1999.

VICTORIA, C. G et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, v.356, 2000.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30 Sup:S85-S100, 2014.

ANEXO A - Normas de Submissão da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Relatos de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descriptores, seleção dos estudos), Resultados, Conclusões. Para o Informes Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descriptores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio, e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobreescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações.