

Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?

Gestational risk and social inequalities: a possible relationship?

Érica Marvila Garcia (<https://orcid.org/0000-0001-9477-2383>)¹
Katrini Guidolini Martinelli (<https://orcid.org/0000-0003-0894-3241>)¹
Silvana Granado Nogueira da Gama (<https://orcid.org/0000-0002-9200-0387>)²
Adaauto Emmerich Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-9679-8592>)¹
Carolina Dutra Degli Esposti (<https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>)¹
Edson Theodoro dos Santos Neto (<http://orcid.org/0000-0002-7351-7719>)¹

Abstract *This study aims to analyze the association between social inequalities and gestational risk in administrative regions of the state of Espírito Santo. This is a cross-sectional study based on two administrative regions of the state of Espírito Santo. The sample consisted of 1,777 women who underwent prenatal care in the municipalities of the Greater Vitória Metropolitan Region (RMGV-ES) and São Mateus Microregion (MRSM) and were admitted to the public health facilities at the time of delivery between 2010 and 2012/2013. The multivariate logistic regression was performed to test the association between social and gestational risk variables. Variables with a significance level < 0.20 in the Chi-square test were adopted for the final model, and only those variables with a p-value < 0.05 remained. An association was found between high gestational risk and women's dwelling place in the RMGV-ES (OR = 1.74; CI95% 1.32-2.28), women as head of households (OR = 3.03; CI95% 1.64-5.61), head of household with less than five years of schooling (OR = 1.58; CI95% 1.14-2.20) and receipt of social benefit "Bolsa Família" (Family Grant) (OR = 1.46; CI95% 1.04-2.03). While some social variables underpin the classification of gestational risk, other social factors have been shown to produce this risk.*

Key words *Inequalities in health, High-risk pregnancy, Pregnancy*

Resumo *O objetivo do estudo é analisar a associação entre as desigualdades sociais e o risco gestacional em regiões administrativas do estado do Espírito Santo. Estudo transversal, com base em duas regiões administrativas do estado do Espírito Santo. A amostra foi composta por 1.777 mulheres que realizaram o pré-natal nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES) e Microrregião de São Mateus internadas nos estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto, entre 2010 e 2012/2013. Realizou-se Regressão Logística Multivariada para testar a associação entre variáveis sociais e risco gestacional. As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 20% no teste Qui-quadrado foram utilizadas para o modelo final, permanecendo aquelas com significância menor que 5%. Encontrou-se associação entre alto risco gestacional e o local de moradia da mulher na RMGV-ES (OR = 1,74; IC 95% 1,32-2,28), a chefia da mulher na família (OR = 3,03; IC 95% 1,64-5,61), a escolaridade da chefia familiar menor que cinco anos (OR = 1,58; IC 95% 1,14-2,20) e o recebimento do benefício social "Bolsa Família" (OR = 1,46; IC 95% 1,04-2,03). Apesar de algumas variáveis sociais comporem a classificação do risco gestacional, outros fatores sociais revelaram-se como produtores do risco gestacional.*

Palavras-chave *Desigualdades em saúde, Gravidez de alto risco, Gravidez*

¹ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos 1.468, Maruípe. 29040-090 Vitória ES Brasil. ericamarvila@usp.br
² Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

As desigualdades sociais em saúde referem-se a situações que envolvem algum grau de injustiça, ou seja, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de serem e se manterem saudáveis¹ e são evitáveis por serem passíveis de intervenção. Essas desigualdades surgem por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com as doenças².

As circunstâncias em que as pessoas vivem e morrem são moldadas por forças de ordem política, social e econômica e são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços; portanto, essas condições favorecem a exposição das pessoas a diferentes riscos e vulnerabilidades³. Dentro de países ou entre eles, a desigualdade se constrói como o resultado de um sistema complexo operando em nível global, nacional e local, que molda o modo como a sociedade organiza as suas atividades e define as diferentes formas de posição social e hierarquia⁴.

Esse processo de construção social produz impactos sobre a saúde e a doença dos indivíduos, representando um conjunto de determinações e mediações cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência das doenças ou outros agravos à saúde⁵. Na saúde materna, assim como na infantil, as iniquidades podem ser observadas desde a análise das questões socioeconômicas, perpassando pelas discussões de gênero, de raça, até às questões de acesso aos serviços de saúde⁴. Estudos científicos evidenciaram que as desigualdades sociais estão associadas com altas taxas de mortalidade infantil⁶ e com a inadequação do pré-natal em gestantes de raça/cor preta, adolescentes e sem companheiro⁷. Isso evidencia que as desigualdades sociais repercutem não apenas para algumas doenças, como as negligenciadas, mas também se tornam reais para grupos os quais compartilham características específicas nos serviços de saúde pública, como a assistência pré-natal.

A melhoria das condições de saúde reprodutiva para evitar mortes, visto que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres com dificuldades para acesso aos serviços de saúde, é um grande desafio. Nesse contexto, os serviços de assistência pré-natal assumem um papel de extrema relevância na redução de riscos, prevenção de doenças e promoção da saúde da mulher e da

criança⁸, já que no Brasil a taxa de cobertura da assistência pré-natal é quase total⁹.

Assim sendo, a assistência pré-natal tem como principal mote identificar esses possíveis riscos e oferecer o cuidado adequado com o manejo dos riscos¹⁰. Isso transforma o momento da assistência pré-natal numa excelente oportunidade de prevenção de mortes maternas e infantis ou a redução dos riscos de sua ocorrência¹¹. Mensurar esses riscos representa, além de um grande desafio, uma forma de avaliar a probabilidade de acontecer algo negativo¹². Portanto, estabelecer critérios para identificação do risco gestacional é fundamental para reorientar condutas durante a assistência pré-natal¹¹.

Com base nessas considerações, entende-se que a magnitude do risco gestacional não deve considerar apenas critérios clínicos das gestantes no pré-natal, mas deve também reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos os quais estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais, condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana¹. Desta forma é necessário aprofundar o conhecimento acerca do risco gestacional, assim como seus condicionantes sociais, o que implica analisar os diversos fatores sociais que possivelmente são geradores de risco, mas que ainda não fazem parte do universo das variáveis componentes das Classificações de Risco Gestacional (CRG) disponíveis. Nessa vertente, relacionada ao risco gestacional e seus condicionantes e modos de avaliação, torna-se necessário discorrer sobre o risco gestacional e suas desigualdades sociais. Dito isso, acredita-se justificar a importância do estudo no contexto da saúde coletiva. Assim, o objetivo desse estudo é analisar a associação entre as desigualdades sociais e o risco gestacional em regiões administrativas do estado do Espírito Santo.

Materiais e métodos

Estudo transversal, envolvendo 1.777 puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMG-V-ES)¹³ e da Microrregião de São Mateus (MRS-M-ES)¹⁴, ambas no estado do Espírito Santo, Brasil. Foram investigados aspectos relacionados ao pré-natal dessas mulheres que obrigatoriamente deveriam residir nessas microrregiões.

As pesquisas de origem foram aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa realizada na RMGV-ES e a desenvolvida na MRSM-ES foram aprovadas. Além disso, foram obtidas autorizações formais em todas as maternidades envolvidas. Do mesmo modo, todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização das entrevistas e a coleta de dados nos seus respectivos prontuários e cartões de gestante.

A variável dependente desta análise é o risco gestacional, categorizado conforme a adaptação da classificação de risco gestacional (CRG) proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB), derivada da versão revisada e atualizada¹⁵. O escore atribuído a cada variável foi construído considerando a CRG pré-existente e os níveis de assistência proposta para cada uma delas¹⁵.

Neste sentido, a variável desfecho originou-se da soma das características consideradas de risco, obtidas pelo cartão da gestante e pela entrevista, como descrito no Quadro 1. A variável risco gestacional foi determinada pela soma dos escores de cada variável, essa pontuação foi baseada nos níveis de assistência orientadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. As demais variáveis a seguir são caracterizadas assim: *ganho ponderal de peso inadequado* é uma adaptação das recomendações do *Institute of Medicine*¹⁶, que considera o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional mais o ganho de peso até o fim da gestação, sendo inadequado às mulheres com baixo peso ganharem mais de 18kg; com peso adequado menos de 11kg e mais de 16kg; com sobrepeso menos de 7kg e mais de 11,5kg; e com obesidade menos de 5kg; o *ganho ponderal de peso muito inadequado* é a adaptação das recomendações do *Institute of Medicine*¹⁶, que considera o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-concepcional mais o ganho de peso até o fim da gestação, sendo muito inadequado as mulheres com baixo peso ganhar menos de 12,5kg; e com obesidade mais de 9kg. A *hipertensão arterial* caracteriza-se por valores absolutos de Pressão Arterial (PA) sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg na gestação atual e *hipertensão gestacional* é definida com base no diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

Após a análise de todas essas características, a mulher foi considerada de “baixo risco” quando

sua soma resultou em até quatro pontos; quem somou de cinco a nove, “médio risco”, e quem somou dez ou mais pontos, “alto risco”. Mas, para possibilitar a aproximação do presente estudo à realidade da organização dos serviços de pré-natal – que possuem apenas duas referências de atendimento no Sistema Único de Saúde, uma para baixo e médio risco e outra para alto risco –, optou-se por agrupar as categorias baixo e médio risco, transformando-as em uma única categoria, e mantendo-se o alto risco sem alteração.

Como variáveis independentes foram utilizados fatores demográficos, socioeconômicos relacionados aos serviços de saúde. As variáveis demográficas utilizadas neste estudo foram: *região de moradia* (RMGV-ES e MRSM-ES); *zona de moradia* (urbana ou rural); e *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM* (0,500-0,799; > 0,799). As variáveis socioeconômicas foram: *situação de moradia* (própria ou outro tipo); *morador/cômodo* (adequado quando a razão de moradores por cômodo do domicílio, excluindo-se banheiros e cozinha, foi menor ou igual a dois ou inadequado quando a razão de moradores por cômodo do domicílio, excluindo-se banheiros e cozinha, foi maior do que dois); *raça/cor* (branca, preta ou parda); *chefe da família* (própria puérpera ou outra pessoa); *escolaridade do chefe da família* (menor que cinco anos completos de estudo ou maior ou igual a cinco anos completos); *classificação econômica* da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (A/B, C, D/E); recebimento de *benefício social* (definido como o recebimento ou não do Bolsa Família); *esgoto a céu aberto* (presente ou ausente); *descarte do lixo* (recolhido por gari ou outros tipos).

Para as análises estatísticas foram utilizados o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e o programa estatístico R, versão Rx64 3.3.2. Inicialmente realizou-se a estatística descritiva das variáveis segundo o cálculo de frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança de 95%. Em seguida, realizou-se a análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado de associação de Yates para verificar uma possível associação entre as variáveis independentes e o risco gestacional. Foram utilizadas para a construção do modelo final aquelas com nível de significância < 0,20 (para controlar possíveis fatores de confusão), porém permaneceram no modelo final da Regressão Logística Multivariada apenas as variáveis independentes com nível de significância menor que 5%, com intervalo de confiança de 95%. Calculou-se o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho por

Quadro 1. Escore das variáveis que compõem o risco gestacional.

Score 1	
Idade ≤14 anos e >34 anos	Peso pré-gestacional <45 Kg e > 74 Kg
Escolaridade < 5 anos completos	Altura ≤ 1,44 metros
Exposição ao risco ocupacional (não possuir trabalho remunerado.)	Pai insatisfeito com a gestação (conflitos familiares)
Não possuir parceiro.	
Score 2	
Uso de tabaco e/ou álcool durante a gestação	Ganho ponderal de peso inadequado
Cirurgia uterina anterior	Intervalo interpartal <1 ano ou > 5 anos
Score 3	
Ganho ponderal de peso muito inadequado	
Score 5	
Histórico de aborto habitual, de morte perinatal explicada e inexplicada	Histórico de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
Anemia	História de diabetes gestacional
Parto pré-termo anterior	Infecção de urina (> 100.000 colônias/ml)
História de síndrome hemorrágica hipertensiva	Nuliparidade ou grande multiparidade (mais de cinco partos)
Esterilidade e infertilidade	
Score 10	
Dependência de drogas lícitas e ilícitas	Hipertensão gestacional
Infecção por hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (condiloma)	Trabalho de parto com idade gestacional < 37semanas (parto prematuro) ou > 42 semanas (gravidez prolongada)
Pneumopatia (incluindo asma brônquica)	Ginecopatias (presença de malformação uterina, miomatose, tumores anexiais)
Cardiopatia	Neoplasias
Nefropatia	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Endocrinopatia (Diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo)	Diabetes gestacional (glicemia de jejum > 110mg/dl)
Hipertensão arterial	Hemorragia na gestação
Hemopatia (doenças do sangue como doença falciforme e talassemia)	Doenças psiquiátricas (psicose ou depressão)
Epilepsia	Hanseníase na gestação
Doenças autoimunes (presença de lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses)	Tuberculose na gestação

meio da razão de chance (OR). Além disso, foram realizados testes de interação para as variáveis “escolaridade do chefe da família” com “chefe da família” e “IDHM” com “região de moradia”. Não atingiram nível de significância de 5%.

Resultados

Participaram do estudo 1.777 puérperas, sendo que apenas 1.183 puderam ser classificadas quanto ao risco gestacional, devido à ausência de informações para algumas variáveis. Dessas, 13,2% eram baixo risco, 20,4% eram médio risco e 66,4% eram alto risco. As variáveis

que mais contribuíram para o risco gestacional e que compõem os fatores sociais foram: uso de fumo e álcool durante a gestação (19,9%), a situação conjugal insegura (19,9%), a exposição ao risco ocupacional (28,6%) e o ganho de peso inadequado e muito inadequado durante a gestação que totalizou um percentual significativo (52,1%). Já as que mais contribuíram no grupo dos antecedentes obstétricos foram: a história de aborto habitual (22,5%), a cirurgia uterina anterior (53,2%) e o intervalo interpartal menor que um ano ou maior que cinco anos (29,9%) (Gráfico 1). Em relação às doenças gestacionais, as que se destacaram foram: infecção urinária (28,8%), anemia (30,0%) e hipertensão gestacional

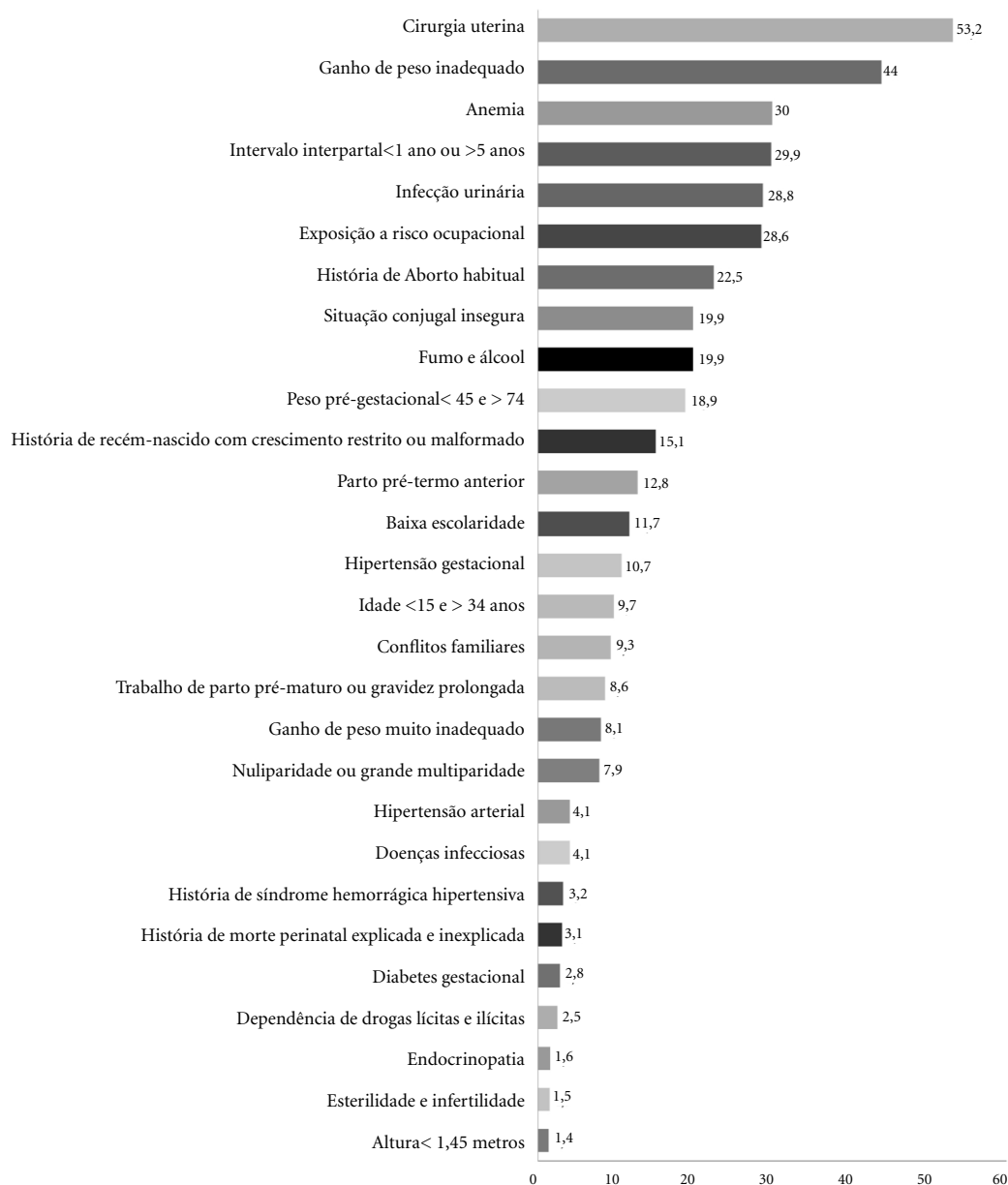


Gráfico 1. Distribuição dos fatores que compõem o Risco Gestacional e Classificação do Risco Gestacional baseado em recomendações do Ministério da Saúde.

(10,7%). Em relação aos aspectos nutricionais, destacou-se o peso pré-gestacional inadequado (18,9%) (Gráfico 1).

As variáveis que contribuíram com menos de 1% com as categorias geradoras de risco foram: história de diabetes gestacional; cardiopatia; pneumopatia; nefropatia, hemopatia, epilepsia,

doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragia na gestação, doenças psiquiátricas, hanseníase e tuberculose.

Na análise bivariada, os fatores com significância abaixo de 0,20 e maior que 0,05 foram: a situação de moradia ($p = 0,200$); raça/cor ($p = 0,114$); o descarte de lixo ($p = 0,107$); e o esgoto

a céu aberto ($p = 0,158$). Os que apresentaram significância menor que 5% foram: o chefe de família ($p = 0,001$); a escolaridade do chefe da família ($p = 0,014$); o IDHM ($p = 0,001$); o benefício social ($p = 0,020$); e a região de moradia ($p = 0,000$) (Tabela 1).

Ao utilizar o baixo risco gestacional (BRG) como referência e analisar os fatores associados ao alto risco gestacional (ARG), encontramos 74% maior chance de classificação para ARG nas gestantes que moram na RMGV-ES, quando comparadas às residentes na MRSM-ES; três ve-

zes maior para gestantes que são chefes da família quando comparadas com aquelas nas quais outra pessoa era o chefe; e 58% maior para aquelas cujo chefe da família tem menos de cinco anos de estudo, quando comparados àqueles com cinco ou mais anos. Revelou-se também como fator que aumentava a chance de classificação no ARG a família da gestante receber o benefício social direto do governo – Bolsa Família (OR = 1,46; IC 95% 1,04-2,03). As variáveis IDHM e descarte de lixo, na análise univariada, perderam a significância na análise de regressão e também não necessita-

Tabela 1. Risco Gestacional segundo fatores sociais em puérperas da RMGV-ES (2010) e MRSM-ES (2012/2013).

Variáveis		Risco				Total (N = 1183)	χ^2	p-valor
		Baixo/médio (N = 397)		Alto (N = 786)				
		n	%	n	%			
Zona de moradia	Urbana	328	82,8	645	82,7	973	0,003	0,954
	Rural	68	17,2	135	17,3	203		
Situação de moradia	Própria	243	61,2	450	57,3	693	1,640	0,200
	Outro tipo	154	38,8	335	42,7	489		
Morador/ cômodo	Adequado	387	97,5	755	96,1	1142	1,601	0,206
	Inadequado	10	2,5	31	3,9	41		
Raça/cor	Branca	61	15,7	100	13,3	161	4,339	0,114
	Preta	47	12,1	123	16,4	170		
	Parda	281	72,2	527	70,3	808		
Chefe da família	Puérpera	25	6,3	100	12,8	125	11,749	0,001
	Outro	372	93,7	681	87,2	1053		
Escolaridade chefe da família	<5 anos	67	19,0	169	25,8	236	6,014	0,014
	≥5 anos	286	81,0	485	74,2	771		
Classe Econômica	A/B	11	3,0	21	3,0	32	0,474	0,789
	C	45	12,3	76	10,9	121		
	D/E	311	84,7	603	86,1	914		
IDHM	0,500 – 0,799	342	86,1	612	77,9	954	11,594	0,001
	>0,799	55	13,9	174	22,1	229		
Cobertura Serviço de Saúde	ESF	226	57,1	443	56,6	639	0,054	0,973
	PACS	50	12,6	97	12,4	147		
	UBS	120	30,3	181	30,9	268		
Cobertura Saúde Bucal	ESB	230	58,1	484	61,9	714	1,600	0,206
	UBSB	166	41,9	298	38,1	94		
Benefício Social direto	Não	321	80,9	585	74,8	906	5,413	0,020
	Sim	76	19,1	197	25,2	273		
Esgoto a céu aberto	Não	352	89,3	676	86,4	1028	1,996	0,158
	Sim	42	10,7	106	13,6	148		
Descarte Lixo	Recolhido gari	367	92,7	704	89,8	1071	4,717	0,107
	Outros	29	7,3	80	10,2	109		
Qualidade Pré-natal	Adequado	255	64,4	434	56,3	689	7,104	0,008
	Inadequado	141	35,6	337	43,7	478		
Região de moradia	RMGV-ES	159	40,1	405	51,5	564	13,926	0,000
	MRSM-ES	238	59,9	381	48,5	619		

ram continuar no modelo após ajuste (Tabela 2). Ademais, não houve interação entre as variáveis escolaridade do chefe da família e o chefe da família, e o IDHM e a região de moradia.

Discussão

Múltiplos fatores de risco que se sobrepõem e se potencializam, em conjunto, podem aumentar as chances de desfechos negativos para as gestantes. Assim sendo, as características componentes da CRG adaptada do MSB e mais frequentes foram: ganho de peso ponderal inadequado; cirurgia uterina anterior; anemia e infecção de urina. Dentre aquelas mais graves, que apenas a sua presença já indicava um alto risco gestacional, a hipertensão gestacional se destacou. Neste estudo, é possível observar que mais da metade das puérperas eram consideradas de alto risco, o que reforça a necessidade de ações que busquem eliminar ou reduzir elementos associados ao risco na gestação. Além disto, as variáveis contextuais que aumentaram a chance de ocorrência do ARG foram residir na RMGV-ES, a gestante ser a chefe da família, o chefe da família ter escolaridade menor que cinco anos e a família receber o benefício social do governo – Bolsa Família.

Essas variáveis apontam condições de desigualdade social em saúde que podem acarretar

riscos específicos para a saúde das gestantes. Observa-se que a equidade é entendida por vários autores como um fator essencial para a justiça social, levando em consideração o contexto de desigualdades sociais no qual o Sistema Único de Saúde se encontra inserido. A procura pela equidade em saúde reafirma a saúde como um direito social, intensificando, desta forma, o protagonismo do indivíduo em um sistema democrático¹⁷.

Nesse sentido, cuidados adequados durante a gravidez e o parto são essenciais para reduzir as iniquidades sociais existentes, e consequentemente a magnitude da morbidade e mortalidade da mãe e da criança. O estudo Nascer no Brasil, mostrou que a taxa de mortalidade neonatal ponderada no País foi de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, e que a prematuridade e o baixo peso ao nascer foram os principais fatores associados à morte neonatal, em especial os extremos de peso ao nascer. Esses fatores são considerados evitáveis, e devem ter como foco de prevenção as ações na atenção pré-natal, no risco gestacional, e na prematuridade iatrogênica¹⁸. No processo de redução desses indicadores, o risco gestacional é uma variável que requer bastante atenção, porquanto os fatores de risco que o compõe, por vezes, são evitáveis ou controláveis.

Como forma de sistematizar a detecção dos riscos a que as gestantes estão expostas e, em consequência, aprimorar os cuidados dispensados

Tabela 2. Fatores associados ao Alto Risco Gestacional em puérperas da RMGV-ES (2010) e MRSM-ES (2012/2013).

Variáveis		Alto Risco Gestacional			
		Odds Ratio bruto	IC95%	Odds Ratio ajustado	IC95%
Região	MRSM	1,00	-	1,00	-
	RMGV	1,57	1,20-2,05	1,74	1,32-2,28
Raça/Cor	Branca	1,00	-	-	-
	Parda	1,14	0,81-1,62	-	-
	Preta	1,60	1,20-2,54	-	-
Chefe da família	Outro	1,00	-	1,00	-
	Puérpera	2,99	1,63-5,50	3,03	1,64-5,51
Escolaridade chefe da família	≥ 5 anos	1,00	-	1,00	-
	< 5 anos	1,49	1,08-2,05	1,58	1,14-2,20
IDHM	Médio	1,00	-	-	-
	Alto	1,77	1,27-2,46	-	-
Benefício Social	Não	1,00	-	1,00	-
	Sim	1,42	1,06-1,92	1,46	1,04-2,03
Esgoto a céu aberto	Não	1,00	-	-	-
	Sim	1,31	0,9-1,92	-	-
Descarte do lixo	Recolhido	1,00	-	-	-
	Outros	1,29	0,8-2,06	-	-

durante o pré-natal, os serviços de saúde no Brasil utilizam como instrumento avaliativo a CRG sugerida pelo MSB. Deste modo, é importante que os serviços de saúde estejam preparados para diagnosticar e tratar, em tempo oportuno, as doenças que podem acometer as gestantes, como a infecção urinária, a anemia e a hipertensão, além de identificar as cirurgias uterinas anteriores e o peso ponderal inadequado. Para isso, é necessário o fortalecimento do acesso e da qualidade/adequação do cuidado pré-natal, evitando o que Hart¹⁸ considera como “cuidado inverso”, ou seja, que as gestantes mais necessitadas sejam aquelas que menos têm acesso aos serviços e aos cuidados preconizados.

Nesta CRG, é possível observar a inclusão de variáveis sociais e demográficas que possibilitam ponderar o contexto das desigualdades sociais em saúde vivenciadas pelas gestantes. Porém não pareciam suficientes para a diversidade dos aspectos, assim decidiu-se pela análise de outras variáveis sociais, as quais denotam a existência de desigualdade em saúde e que poderiam contribuir para o risco gestacional.

Diante disso, esperava-se que as variáveis socioeconômicas como IDHM, classe social, raça/cor, esgoto a céu aberto e o descarte do lixo se destacassem como fatores associados ao risco gestacional, visto que impactam os resultados da saúde e também por estarem associados à pobreza, ao acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade, à baixa escolaridade, ao desemprego, à ocupação pouco qualificada e às condições precárias de alimentação, moradia e transporte¹⁹. Essas variáveis, todavia, não permaneceram significativas no modelo final, provavelmente devido ao universo amostral do qual foi extraída a população do estudo, ou seja, usuárias dos hospitais públicos ou conveniados com os SUS, com todo o pré-natal realizado no SUS, o que possivelmente teria nivelado a condição socioeconômica entre as puérperas.

No entanto, foi possível identificar associação de desigualdades geográficas com o risco gestacional. Gestantes que residiam na RMGV-ES apresentaram maior chance de serem classificadas como ARG quando comparadas às gestantes que moravam na MRSM-ES. Esses dados podem estar relacionados ao processo diferenciado de favelização entre as regiões geográficas, no qual a RMGV-ES possui um complexo de favelas mais definido do que a MRSM-ES, podendo acarretar maior risco à gestante devido às barreiras sociais características dessas áreas. A favela é entendida como assentamento precário, composto por famílias de baixa renda, caracterizado pela

ocupação ilegal do solo, pelo adensamento e intensidade na ocupação do solo, pela deficiência de infraestrutura, pela dificuldade no acesso aos serviços e equipamentos sociais ofertados pela cidade e pela insalubridade da moradia, dadas suas dimensões e seu desconforto ambiental²⁰.

Também foi possível evidenciar a desigualdade social relacionada ao papel social exercido pelas mulheres. Gestantes que chefiavam suas famílias apresentaram três vezes a chance de serem classificadas como ARG, quando comparadas àquelas em que outras pessoas eram chefes de família. É possível postular que quando as gestantes possuem essa dupla carga – provedora e mantenedora da família –, elas estão mais expostas aos riscos psicossociais quanto ao controle e alocação de recursos, além da falta de apoio social, principalmente no tocante às responsabilidades atribuídas ao chefe da família. A mãe ser chefe da família está relacionado com a falta de suporte monetário e emocional, o que leva a mulher a procurar meios para sustentar sua família, sendo esta, muitas vezes, a única fonte de renda da casa²¹.

Em relação à escolaridade, o estudo mostrou que é atribuída maior chance de serem classificadas como ARG às gestantes cujo chefe de família apresentou menos de cinco anos de estudo. Desta forma, vale ressaltar que apesar de a escolaridade da gestante estar contemplada na CRG utilizada pelo MSB, a escolaridade do chefe da família revela-se de suma importância no contexto avaliativo do risco gestacional, porque possui impacto social na vida da gestante, mesmo tendo sido descartada a interação entre essas duas variáveis sociais. Esse resultado pode estar diretamente associado à inclusão social ocasionada por melhor renda, maior acesso à informação, cuidado e assistência, além de evidenciar a inserção social na qual a gestante se vê incluída. Em contraponto, embora o nível de escolaridade tenha aumentado consideravelmente no Brasil, especialmente nos últimos anos²², a associação persistente de baixa escolaridade com uso inadequado do pré-natal mostra que grupos mais vulneráveis socialmente recebem cuidados pré-natais deficientes como também observado em estudo na região metropolitana de Aracaju, Sergipe²³, e em estudo realizado em São Luiz, Maranhão, onde as taxas do uso inadequado do cuidado pré-natal aumentaram quase duas vezes com a diminuição da escolaridade materna, sendo observada a maior taxa de inadequação na categoria de zero a quatro anos de estudo²⁴. Isso evidencia não apenas a escolaridade da mulher, mas ainda a escolaridade do chefe de família como fator social preditivo do risco gestacional.

Quando analisado o benefício social direto – Bolsa Família –, observou-se que as gestantes beneficiárias desse benefício apresentaram maior chance de serem classificadas como ARG, quando comparadas com as que não recebiam, possivelmente devido à situação de vulnerabilidade social na qual estão inseridas. Tal resultado reforça a ideia de que, apesar de o Bolsa Família ser uma política que visa promover o desenvolvimento econômico e social das famílias em situação de maior pobreza no país²⁵, e em consequência reduzir a vulnerabilidade social, o acompanhamento das condicionalidades na saúde não está alcançando o efeito esperado. Na saúde — em que as condicionalidades dizem respeito ao acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos de idade, realização de pré-natal e puerpério para gestantes e participação em atividades educativas sobre aleitamento e alimentação saudável —, o percentual de acompanhamento tem se mostrado bem inferior ao esperado, com tendência de aumento em anos recentes²⁶. Portanto, vale ressaltar que essa variável pode atuar como uma *proxy* da vulnerabilidade social, atuando como um sinalizador social, em que mulheres nessa condição podem apresentar um maior risco durante a gestação. Ainda, o *défi-* *ce* de avaliação contemplando esses aspectos pode contribuir para ações deficientes no que tange ao seu enfrentamento, mesmo nos limites da prática individual. Esses resultados demonstram que, a despeito dos esforços dos benefícios sociais no sentido de diminuir as desigualdades sociais no tocante ao risco gestacional, tais medidas não têm sido suficientes para redução do ARG.

Embora tenha ocorrido a redução das desigualdades socioeconômicas, ainda persistem desigualdades sociais no uso adequado do pré-natal, principalmente entre as mulheres mais pobres e com menos anos de estudos²⁶. A desigualdade social em saúde ainda permanece como um grande desafio para a saúde pública e em consequência para a saúde materna. Qualificar os cuidados pré-natais e, em decorrência, reduzir o risco gestacional requer um grande esforço do sistema de saúde brasileiro. Além disso, é necessário proporcionar melhores acessos à informação, visto que mulheres bem informadas exigem mais os seus direitos.

Este estudo se torna um importante instrumento no planejamento de políticas que visem reduzir ou eliminar possíveis fatores de risco gestacional, uma vez que, em seus resultados, apresenta novas variáveis sociais, que estão associados

ao risco gravídico, além disso, indica que as gestantes, normalmente, têm seu risco gestacional subestimado na assistência pré-natal, o que pode estar contribuindo para não redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. Entretanto, configurou-se uma limitação do estudo a impossibilidade de classificar todas as mulheres quanto ao risco gestacional, devido à ausência de algumas variáveis componentes do conjunto de fatores que contribuem para o risco gestacional, aproximadamente 33% das puérperas foram excluídas.

Conclusão

O resultado deste estudo evidenciou que, para além das variáveis sociais abarcadas na CRG utilizada pelo MSB, existem fatores sociais associados ao risco gestacional, tais como: residir em região metropolitana, a gestante ser a chefe da família, o chefe da família ter escolaridade menor que cinco anos e a família receber o benefício social do governo – Bolsa Família, o que evidencia a presença das desigualdades sociais em todo o seu contexto como produtora de maior risco durante a gestação. Por isso, é necessário repensar as variáveis que compõem a CRG utilizada pelo MSB, no intuito de ampliar o campo de avaliação que envolve o risco gestacional, acrescentando aos fatores sociais já contemplados pela CRG outros determinantes sociais da saúde os quais estejam inseridos no contexto do ciclo gravídico. Além do mais, torna-se relevante que os profissionais de saúde e gestores da saúde sejam capacitados para abordar todo o contexto das desigualdades, inserindo ao plano de cuidados de saúde da gestante, estratégias e parcerias para amenizar ou eliminar esses fatores.

Colaboradores

EM Garcia, KG Martinelli, CDD Esposti e ET Santos Neto contribuíram para a concepção, design, análise e interpretação de dados, elaboração do artigo e revisão crítica. AO Emmerich e SGN Gama contribuíram para a elaboração do artigo e revisão crítica.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES).

Referências

1. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
2. World Health Organization (WHO). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Lisboa: OMS; 2010.
4. Graaf J, Steegers E, Bonsel G. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013; 25(2):98-108.
5. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2007.
6. Sousa JS, Campos RT, Silva AF, Bezerra FNR, Lira JS. Estimativa e análise dos fatores determinantes da redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil. *RB Estudos Regionais e Urbanos* 2016; 10(2):140-155.
7. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev Bras Saude Mater Infant* 2015; 15(2):209-217.
8. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2007; 47(2):122-127.
9. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S85-S100.
10. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos-Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc* 2015; 24(3):765-779.
11. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37(3):140-147.
12. Rangel-S ML. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1375-1385.
13. Santos-Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1650-1662.
14. Martinelli KG, Santos-Neto ET, Gama SGN, Oliveira, AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36(2):56-64.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: MS; 2012.
16. Rasmussen KM, Yaktine AL. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington: Institute of Medicine, National Research Council, The National Academies Press; 2009.
17. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde Soc* 2017; 26(1):115-128.
18. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bitencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S192-207.
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Rio de Janeiro: OMS; 2011.
20. Pires CA. O fenômeno da favelização no interior de Minas Gerais: O desafio das políticas públicas no direito à moradia. *Perspectivas Polit Publicas* 2016; 9(1):146-167.
21. Pinto RMF, Micheletti FABO, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva MLN, Barreira TMHM, Makhoul AF, Cohn A. A condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. *Serv Soc Soc* 2011; 105:167-179.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico*. Brasília: IBGE; 2008.
23. Ribeiro ER, Guimarães AM, Bettiol H, Lima DD, Almeida ML, Souza L, Silva AA, Gurgel RQ. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:31.
24. Bernardes AC, Silva RA, Coimbra LC, Alves MT, Queiroz RC, Batista RF, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:266.
25. Brasil. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 17 set.
26. Senna MCM, Brandão AA, Dalt SD. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. *Serv Soc Soc* 2016; 125:148-166.

Artigo apresentado em 12/09/2017

Aprovado em 15/04/2018

Versão final apresentada em 17/04/2018