



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

MARIA FERNANDA SANTOS MEDRADO

**GESTANTES SOTEROPOLITANAS: FATORES VULNERABILIZANTES NA
CIDADE DE SALVADOR**

SALVADOR

2023

MARIA FERNANDA SANTOS MEDRADO

**GESTANTES SOTEROPOLITANAS: FATORES VULNERABILIZANTES NA
CIDADE DE SALVADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de graduação em Medicina da Escola
Bahiana de Medicina e Saúde Pública para
aprovação parcial no 4º ano de Medicina

Orientador: Gustavo Villas Boas

SALVADOR

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Gustavo Villas Boas por todo apoio e disponibilidade durante o processo de produção do trabalho. Através dos seus ensinamentos pude obter uma ampla visão acerca dos percursos da atenção à saúde, em seus diversos níveis de complexidade, e compreender cada vez mais a importância de pesquisar e conhecer o nosso território de atuação. Tive também o prazer de contar com a valiosa ajuda da minha tutora Cristina Salles, que me mostrou o quão prazerosa e gratificante a produção científica pode ser. Agradeço a ela por todo o suporte e instrução, que se configuraram como verdadeiros alicerces para o meu trabalho de conclusão de curso. Agradeço a meu pai Fernando Medrado e a minha mãe Maria Conceição por sempre acreditarem no meu potencial e se esforçarem para garantir o melhor para o meu futuro. Agradeço a Deus por todas as oportunidades que tenho vivido até aqui, sem Ele nada disso seria possível. A todos, meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução No universo gestacional, o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) com o pleno acompanhamento das esferas biossociais da mulher são de importância singular. Salvador é considerada a “cidade mais negra fora da África do Sul” o que traz a necessidade de rastrear as possíveis condições vulnerabilizantes as quais as gestantes estão sujeitas. **Objetivo geral:** Levantar os fatores biopsicossociais que vulnerabilizam a mulher gestante no município de Salvador, e objetivos específicos: selecionar materiais técnicos do Ministério da Saúde relacionados à atenção primária e documentos oficiais da Prefeitura Municipal de Salvador; traçar o perfil das gestantes/puérperas em fragilização da saúde psíquica, biológica e social; discutir os determinantes e condicionantes sociais apresentados por essas mulheres dentro do seu contexto. **Métodos:** O estudo se trata de uma análise documental, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, feita através do levantamento de materiais técnicos oficiais; Portarias, Leis, Decretos, Política, Programa De Saúde e Cadernos de Atenção Básica. **Resultados** Ao estudo do Perfil das Gestantes/Puérperas, através do Boletim Epidemiológico de Óbito Materno Infantil, identificam-se fatores de risco que se repetem historicamente, como: raça/cor, faixa etária e escolaridade. Evidenciou-se a predominância de mulheres pretas com idade entre 30 e 39 anos, com 8 a 11 anos de estudo, seguido do contingente de 4 a 7 anos. Foi possível ainda identificar algumas disparidades regionais com ênfase no prejuízo observado em diversos aspectos da Região Nordeste. Dentre as principais vulnerabilidades biológicas estavam a Hipertensão Arterial Sistêmica, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório, aborto e hemorragias. **Conclusão:** Os fatores encontrados nos documentos que vulnerabilizam essas gestantes foram acesso exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, quantitativo de pré-natais realizados; acesso a medidas de alívio para dor, e questões de cunho social como escolaridade e renda abaixo do esperado.

Palavras-chave: Gestante, Puérpera, Atenção Primária, SUS.

ABSTRACT

Background: On gestational universe, the access to Primary Health Care along with integral health follow up, shows singular importancy. Salvador Bahia's territory, considered as "the most black city out of South Africa" presents the necessity to seek possible vulnerabilities over this ambit. **General objective:** To raise Salvador's pregnant women profile on the biological, psychological and social matter, and specific objectives: select government's official documents, related to Primary Health Care; to delineate the profile of pregnant/puerperal women on social, biological and psychological distress; to discuss the determinants and social conditioners involving these women inside their context. **Methodology:** The research was developed through an documental analysis by an qualitative approach and exploratory feature, based on government's official documents such as: Laws, Politics, Health Programs, Ordinances and Primary Health Care journals. **Results:** At the pregnant's profile study, through the Maternal Mortality Epidemiological Report, were identified risk factors that repeats historically, such as: skin color, age group and scholarship. It was evidenced a predominance of black women, at the age between 30 and 39 years old, with 8-11 scholarship years, followed by the 4-7 years group. Were also identified some regionals disparities showing disadvantage in different aspects when it comes to Brazil's northeast region. Among the main biological vulnerabilities were: arterial systemic hypertension, infections, circulatory diseases, miscarriage and hemorrhages. **Conclusion:** The risk factors identified on the documents were exclusive access through public health system, number of pre natal consultations accomplished; access to pain control methods and social aspects, such as scholarship and low income.

Keywords: Pregnant women, Puerperal women, Primary Health Care, SUS.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 OBJETIVOS | 9 |
| 2.1 GERAL | 9 |
| 2.2 ESPECÍFICOS | 9 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 10 |
| 3.1 Características Sociodemográficas | 10 |
| 3.2 Assistência Pré-Natal | 11 |
| 3.3 Determinantes sociais de saúde | 12 |
| 4 METODOLOGIA..... | 14 |
| 4.1 Critérios de inclusão e exclusão | 15 |
| 4.2 Análise dos dados..... | 15 |
| 5 CRONOGRAMA | 16 |
| 6 ORÇAMENTO | 17 |
| 7 RESULTADOS | 18 |
| 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MATERIAIS TÉCNICOS | 18 |
| 7.1.1 Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno..... | 19 |
| 7.1.2 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher..... | 20 |
| 7.1.3 Serviço de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade..... | 21 |
| 7.1.5 Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério | 22 |
| 7.1.6 Vigilância Epidemiológica do Óbito: Materno Infantil..... | 22 |
| 7.2 PERFIL DAS GESTANTES/PUÉRPERAS SEGUNDO OS DADOS DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ÓBITO MATERNO INFANTIL | 23 |
| 7.3 DETERMINANTES E CONDICIONANTES NO RECORTE DA REGIÃO NORDESTE | 25 |
| 8 DISCUSSÃO..... | 28 |
| 9 CONCLUSÃO..... | 31 |
| REFERÊNCIAS | 32 |
| ANEXOS | 39 |

1 INTRODUÇÃO

No universo gestacional, o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) com o pleno acompanhamento das esferas biossociais da mulher são de importância singular¹. A Lei orgânica do SUS 8.080/90 estabelece a interação entre o serviço de saúde e seus usuários, deve ser pautado no conceito amplo de saúde, abraçando a higidez física, psíquica e social do cidadão brasileiro². Tal premissa, inserida no contexto da relação serviço de saúde e gestante, se mostra ainda mais valiosa, considerando que os aspectos ali vivenciados servirão de base para a construção da narrativa de vida do binômio³. Assim sendo, considerações acerca das possíveis vulnerabilidades que a mulher grávida está exposta na conjuntura social brasileira são indispensáveis a fim de que se garanta uma eficaz assistência da mãe e bebê⁴.

No que se refere às questões étnicas, o território de Salvador-Bahia, enquanto “cidade mais negra fora da África do Sul”, necessita rastrear possíveis condições vulnerabilizantes inerentes a esse âmbito⁵. O Relatório Anual das Desigualdades Raciais⁶ (2010) observou que 71% das gestantes de pele branca realizam mais de sete consultas pré-natal, enquanto, entre as de pele preta, essa porcentagem reduz para 42,6% das gestantes⁷. Como trazido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o número adequado de consultas pré-natal é igual ou superior a 6, tendo como meta primordial assegurar o bom desenvolvimento da gestação⁸. Essas práticas viabilizam o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto na saúde materna, com abordagem de aspectos de ordem psicossocial e atividades educativas e preventivas⁹. Nesse diapasão, o minucioso e igualitário acompanhamento da mulher gestante deve ser performado por uma equipe multidisciplinar buscando garantir a integridade da saúde do binômio mãe-filho, visando também a melhoria dos indicadores da saúde materno infantil¹⁰.

A despeito da importante redução de mortalidade infantil de dimensão nacional, observado nas últimas décadas, os indicadores de óbito neonatal mostraram uma queda menos acentuada do que o esperado, evidenciando, muitas vezes, mortes por causas evitáveis, considerando as ações alcançáveis à nível da assistência pré-natal⁸. Tal assistência vem apresentando aumento da sua cobertura ao longo do território nacional, entretanto, ainda se observa desigualdades regionais, especificamente à

nível da região Nordeste¹¹. Entre os déficits apresentados por essa região, podemos citar menores percentuais de cobertura, início tardio de pré-natal, maiores barreiras de acesso, inferior índice de realização de exames complementares, além de indicadores relacionados à pré-natal de baixa qualidade como maiores índices de óbito materno e neonatal¹².

No Boletim Epidemiológico: Vigilância do Óbito Materno Infantil (2021), Salvador apresentou no período de 2016 a 2020, a razão de Mortalidade Materna (RMM) de 62,4 mortes por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto se comparado aos parâmetros da OMS¹³. A análise temporal desse mesmo indicador revelou aumento importante no ano de 2020, o que sugere o surgimento de fatores vulnerabilizantes associados à crise sanitária ocasionada pela pandemia da COVID-19¹³.

Analisar a condição de saúde de um determinado território tem se revelado uma valiosa estratégia para o planejamento e bom direcionamento de serviços no universo da atenção primária¹⁴. Os resultados desse tipo de avaliação viabilizam não só a modificação de estratégias, como também sua manutenção, sempre visando a melhorias na qualidade da assistência oferecida à população¹². Além dos parâmetros que tangem à qualidade, a quantidade de indivíduos que conseguem acessar o direito da atenção à saúde, também é um ponto a se atentar¹⁵. O acesso ao sistema de saúde é condicionado por aspectos logísticos e geográficos que podem favorecer ou dificultar o ingresso dos cidadãos aos serviços de saúde¹⁶.

A atenção básica urge ser reconhecida e tratada como porta de entrada preferencial no cuidado à saúde biopsicossocial e assim apresentar características facilitadoras como menor distância do domicílio das famílias, flexibilidade na marcação de consultas e em horários de funcionamento¹⁵. Sendo assim, a pergunta que norteia a presente pesquisa trata de entender “Quais fatores biopsicossociais vulnerabilizam a mulher gestante no município de Salvador?”.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Levantar os fatores biopsicossociais que vulnerabilizam a mulher gestante no município de Salvador.

2.2 ESPECÍFICOS

Selecionar materiais técnicos do Ministério da Saúde relacionados à atenção primária e documentos oficiais da Prefeitura Municipal de Salvador;

Traçar o perfil das gestantes/puérperas em fragilização da saúde psíquica, biológica e social;

Discutir os determinantes e condicionantes sociais apresentados por essas mulheres dentro do seu contexto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Características Sociodemográficas

Em 2019, a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia realizou um estudo transversal que fez análise do perfil clínico epidemiológico de mulheres com suspeita de Depressão Pós-Parto em uma maternidade pública de referência de Salvador-BA. Nesse estudo, foram levantados fatores de vulnerabilidade psicossocial entre eles, observou-se predominância da cor de pele descrita na pesquisa como Preto (46,7%) e negro (43,3%), além de outras questões como o não planejamento da gravidez (80%)¹⁷. Na pesquisa em questão, foi evidenciado o perfil da gestante jovem (em média 24 anos), solteira ou em união estável, com baixa renda e escolaridade que vivenciou intercorrências com seu recém-nascido¹⁷. O traçar do perfil epidemiológico das gestantes soteropolitanas susceptíveis a fragilidades de ordem biopsicossocial viabiliza o cuidado e monitoramento profissional especificado e direcionado para as mulheres que apresentam fatores de risco para distúrbios de diferentes espectros¹⁸. O reconhecimento de tais questões prepara a equipe profissional com o propósito de desenvolver medidas profiláticas de melhor efetividade, além de planejamento de ações e intervenções¹⁹.

O boletim epidemiológico de Vigilância de Óbito Materno Infantil (2021) levantou as características sociodemográficas das mulheres que foram a óbito por causas maternas no estado da Bahia em 2020. Observou-se a predominância de mulheres pardas com porcentagem de (56,9%), possuintes de 8 a 11 anos de estudo. Levantou-se, ainda, os aspectos sociodemográficos das mães dos menores de 1 ano que foram a óbito, onde foi possível observar a persistência do predomínio de mulheres pardas (69,7%), com o mesmo nível de escolaridade¹³. A baixa escolaridade se mostra como uma variável perigosa no universo das gestantes, uma vez que à medida que o nível escolar diminui, nota-se redução/ausência de conscientização acerca da sua própria condição de saúde física, psíquica e social e o modo que o meio externo a influencia²⁰.

Fatores vulnerabilizantes dentro dos aspectos de ordem biológica culminam no encaminhamento da gestante para o pré-natal de alto risco²¹. Entre essas questões, as mais prevalentes são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), história prévia de abortamento, e idade inferior a 15 ou superior a 35 anos²². Deve-se enfatizar a HAS,

uma das mais significativas intercorrências desse período, recebendo inclusive a denominação de Doença Hipertensiva Específica da Gestação²³. Além da patologia em questão estar intimamente relacionado ao risco de mortalidade materno infantil, se apresenta como a segunda maior causa de óbito materno na bahia em 2020¹³.

O conhecimento do perfil epidemiológico das gestantes soteropolitanas viabiliza o reconhecimento de possíveis fatores que terminam por vulnerabilizá-las dentro do seu contexto e território²¹. A análise desses fatores exhibe o propósito da prevenção de problemas gestacionais, do binômio ou da saúde da rede de apoio da mãe, garantindo maior hígidez ao ciclo gravídico-puerperal⁹.

3.2 Assistência Pré-Natal

Ao longo dos anos, têm-se observado a íntima relação entre um processo gestacional de sucesso e o oferecimento de atenção pré-natal de qualidade²⁴. No contexto de assistência a gestantes, a qualidade dialoga com ações preventivas e educacionais, considerando não apenas questões científicas, mas também as limitações e possibilidades de ordem social; além de um satisfatório arsenal de recursos médicos, como insumos laboratoriais²⁵. Um bom pré-natal relaciona-se com prevenção de riscos biológicos na gravidez e redução de intercorrências tanto pré, quanto peri e pós-natais, por meio de melhorias na saúde do feto, garantindo um bom desenvolvimento intraútero e conseqüentemente, afastar problemáticas como nascimento prematuro, natimorto e baixo peso ao nascer²⁶.

O Ministério da Saúde, no Brasil, através da instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e a iniciativa da Rede Cegonha, firmou protocolos e diretrizes que objetivam a garantia da qualidade do atendimento às gestantes acompanhadas pela rede pública de saúde¹². Em tais documentos, preconiza-se o início do pré-natal no primeiro trimestre, número mínimo de sete consultas, realização de exames laboratoriais para rastreio de doenças metabólicas e infectocontagiosas, e procedimentos obstétricos, além de práticas integrativas como atividades educativas e orientações psicossociais acerca do parto e amamentação²⁷. Em razão disso, nos últimos anos, observou-se importante ampliação de cobertura do atendimento pré-natal em dimensão nacional; Não obstante, tal avanço apresentou distribuição heterogênea no território, com a evidência de significativa disparidade regional²⁸.

Nomeadamente, a região Nordeste do país foi apresentada, por estudos nacionais recentes, com menores percentuais de cobertura, assistência pré-natal iniciada após primeiro trimestre, obliterações no quesito acesso e menor índice de realizações de exames¹². Somado a isso, a região em questão apresenta maior incidência de óbitos maternos e neonatais que dialogam intimamente com o oferecimento de assistência de baixa qualidade¹². Com o intuito de efetivar uma boa assistência pré-natal, à cada município é atribuído a função de sistematizar e estruturar a Atenção Primária, de tal forma que ela se apresente-se como porta de entrada preferencial da gestante ao serviço de saúde¹⁴.

Em Salvador, capital da Bahia, apesar de investimentos da gestão no universo da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a cidade apresenta o terceiro pior resultado de desempenho em pré-natal, entre as capitais do nordeste²⁹. Em junho de 2011 foi estabelecido, pela Portaria MS GM número 1.459, o Programa Rede Cegonha através do qual a Secretaria Municipal de Saúde elabora ações que visam o pleno desempenho dos critérios de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde, como início precoce, obediência do número mínimo de 7 consultas, e manutenção da orientação e assistência do binômio na Atenção Básica³⁰. Somado a isso, em 2020 foi instituído o Programa Mãe Salvador que possui como finalidade ampliar a qualificação a atenção pré-natal, parto e puerpério. Para tal finalidade, o programa objetiva facilitar o acesso da gestante e do recém-nascido à rede pública de saúde através da oferta de transporte público gratuito àquelas cadastradas no SUS, não só para as visitas de pré-natal como também a realização de exames, visita de vinculação, e puerpério/recém-nascido³¹.

Por conseguinte, entende-se a avaliação da condição de saúde atual como a largada inicial para possibilitar diferentes interferências no universo da gestão municipal à nível de Atenção Primária, sempre objetivando melhorias na qualidade e quantidade de atendimentos às gestantes e puérperas¹².

3.3 Determinantes sociais de saúde

A saúde da gestação, bem como o bom desenvolvimento do conceito permeiam as questões sociais que envolvem a mulher gestante³². Os ditos Determinantes Sociais de Saúde abarcam aspectos socioeconômicos, culturais, étnico-raciais, psíquicos e comportamentais que influenciam no ensejo de

problemáticas relacionadas à higidez do binômio³³. Considerando o princípio de equidade do SUS, deve-se tratar de maneira diferente, aqueles que possuem demandas diferentes, de forma que a consulta direcionada a uma mulher de 19 anos que espera seu primeiro filho, não será a mesma a outra de 35 anos à espera do terceiro³⁴.

Condicionantes relacionados à qualidade de vida, trabalho e locomoção, comportamentos individuais e do grupo em seu entorno, e ainda a estrutura socioeconômica em que a gestante está imersa, se mostram como facilitadores ou agravantes no decorrer do ciclo gravídico-puerperal³⁵. As adversidades e fatores vulnerabilizantes inerentes a situação atual daquela mulher, durante o processo gestacional, é uma conjuntura que se potencializa diante de um comportamento não humanizado por parte do serviço de saúde³⁶. O atendimento a toda experiência da gestante e puérpera urge respeitar aspectos das diversas esferas humanas, entendendo a individualidade da mulher, dentro das suas crenças, características culturais e ideais, além de entender a sua conjuntura socioeconômica com diferentes possibilidades e limitações³⁷.

A percepção do contexto em que a gestante está inserida necessita ser de caráter amplo, se mostrando sensível a vulnerabilidades acentuadas como: condição de vida e moradia de mulheres periféricas ou em situação de rua; gestantes ou puerperas em uso de substâncias psicoativas e aquelas em importante sofrimento mental³⁶. À nível nordeste, observou-se, dentro do contexto de gestantes assistidas por pré-natal em inadequação, a prevalência de mulheres sem abastecimento de água em casa e com maior número de filhos, o que evidencia descaso com uma parcela da população que mais demanda apoio³⁸.

De acordo com a Lei orgânica do SUS, os condicionantes e determinantes de saúde englobam qualidade de alimentação, moradia, de trabalho, escolaridade, lazer, acesso a transportes, entre outros³⁹. Gestantes que apresentam disfunção em alguma dessas esferas necessitam maior atenção e assistência no contexto de sua saúde, sendo, atualmente, observado o contrário na região Nordeste¹².

4 METODOLOGIA

O estudo se trata de uma análise documental, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, feita através do levantamento de materiais técnicos oficiais; Portarias, Leis, Decretos, Política, Programa De Saúde e Cadernos de Atenção Básica. Tais documentações serão resgatadas em portais oficiais dos governos à níveis federal, estadual e municipal, como o Portal Único do Governo, Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica, Portal de Informação da Secretaria Municipal de Saúde e Secretária de Saúde da Bahia (SESAB).

Através da abordagem qualitativa serão consideradas e relatadas as percepções e reflexões frente à realidade biopsicossocial da gestante soteropolitana, usuária do Sistema Único de Saúde. O caráter exploratório, por sua vez, viabiliza a familiarização com o fenômeno investigado, aproximando os aspectos relacionados aos fatores que vulnerabilizam a mulher gestante frente ao recorte específico de Salvador-Bahia.

No presente estudo, foi inicialmente pensado na aplicação dos acervos do DataSUS e TABNET como proposta metodológica. Entretanto, na fase de coleta de dados, foram encontradas algumas barreiras limitantes. O tema da pesquisa em questão não envolve, diretamente, condições médicas de notificação compulsória, o que termina por gerar uma importante lacuna de informações nas plataformas em questão. Assim sendo, a metodologia aqui explanada, fora adotada com maior probabilidade de sucesso.

A análise documental em questão será caracterizada por um exame de diferentes documentações que ainda não foram utilizadas para um trabalho de análise ou que podem ser reexaminadas, buscando outras interpretações ou informações complementares, constituindo-se, portanto, uma fonte primária de informação.

O material colhido será dividido em três grupos:

- 1) Documentos técnicos da Atenção Básica: Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de baixo risco; Caderneta da Gestante 2022 e o Manual dos Novos Gestores – Conhecendo a atenção básica 2021.
- 2) Materiais oficiais sobre assistência da saúde: Boletim epidemiológico – Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno Infantil; e Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescência (2022-2030); Plano Municipal de Saúde de Salvador (2022-2025)

3) Documentos da Dimensão Legislativa: Programa Mãe Salvador - LEI 9.555/2020

4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Serão utilizados materiais técnicos oficiais do Governo Federal, estadual e Prefeitura Municipal, como Portarias, Leis, Decretos, Política, Programa De Saúde e Cadernos de Atenção Básica, resgatados exclusivamente de portais oficiais do Governo Federal, estadual ou Prefeitura Municipal. Por se tratar de documentações, não haverá restrição temporal. Serão descartados materiais que não dialogam com o universo da mulher gestante brasileira ou procedente do Brasil, usuária do Sistema Único de Saúde, além de documentos não brasileiros e/ou de caráter extraoficial.

4.2 Análise dos dados

Os documentos foram lidos na íntegra e dispostos em tabela separado por nome; ano; perfil da puérpera; comorbidade; determinantes e condicionantes. Após a criação dessas tabelas foram definidas criados categorias de análise de modo a agrupar os pontos de convergência para melhor compreensão dos dados apresentados.

6 ORÇAMENTO

| Item | Valor unitário | Quantidade | Valor Total |
|--------------------|----------------|------------|--------------|
| Notebook | R\$ 2.500,00 | 1 | R\$ 2.500,00 |
| Internet | R\$ 120,00 | 12 | R\$ 1.440,00 |
| Escrivaninha | R\$ 200 | 1 | R\$ 200,00 |
| Caneta | R\$ 1,5 | 12 | R\$ 18,00 |
| Caderno | R\$ 20,00 | 2 | R\$ 40,00 |
| Impressora | R\$ 300 | 1 | R\$ 300,00 |
| Folha de Ofício | R\$ 20,00 | 3 | R\$ 60,00 |
| Tinta - Impressora | R\$ 40,00 | 1 | R\$ 40,00 |
| Pen-drive | R\$ 40,00 | 1 | R\$ 40,00 |
| Valor Total | | | R\$ 4.638 |

7 RESULTADOS

Para análise e sistematização dos achados foram criados eixos temáticos que buscam responder os objetivos específicos levantados para o estudo, que apresentam os achados considerando aspectos distintos. Os eixos são: A Caracterização dos materiais técnicos, que consistem em um quadro com a apresentação de seis documentos selecionados para compor o presente estudo e que conta com colunas contendo o nome do documento; ano de publicação; perfil da puérpera; comorbidade; determinantes e condicionantes.

O Levantamento do perfil das gestantes/puérperas através da análise dos dados de dois diferentes materiais técnicos referentes à epidemiologia do óbito materno: Boletim Epidemiológico do Óbito Materno Infantil e Vigilância Epidemiológica de Mortalidade Materna no Estado da Bahia. O terceiro e último eixo diz respeito aos Determinantes e Condicionantes sociais experimentados pelas gestantes/puérperas dentro do recorte regional do Nordeste, com dados oriundos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MATERIAIS TÉCNICOS

O presente estudo apresenta um Quadro 1, que consiste na sistematização dos principais dados coletadas dos 6 documentos que serão utilizados para realizar o levantamento os fatores biopsicossociais que vulnerabilizam a mulher gestante/puérpera dentro do município de Salvador. Após o quadro, constará uma descrição mais detalhada dos principais elementos que compõe cada documento.

Quadro 1 – Sistematização dos Dados Coletados. 2023

| NOME DO DOCUMENTO | ANO | PERFIL DA PUÉRPERA | COMORBIDADE | DETERMINANTES E CONDICIONANTES |
|--|------|-------------------------|--|--------------------------------|
| Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno | 2009 | Mulheres negras (65,7%) | HAS, hemorragia, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório. | Não relatado. |

| | | | | |
|---|------|---|---|--|
| Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher | 2009 | Pretas e Pardas (71,8%), Idade < 20 anos (28,5%), | Não relatado | Analfabetismo funcional (17,1%), Dependentes do SUS (85%), Classe econômica D e E (68,4%), |
| Serviço de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade | 2014 | Idade: 20 - 39 anos (76,2%); | Hipertensão Arterial Sistêmica | Situação de pobreza, Insegurança alimentar Difícil acesso a meios de transporte. Gravidez não planejada. |
| Vigilância Epidemiológica de Mortalidade Materna no Estado da Bahia | 2018 | Mulheres pardas (64%), 30-39 anos (43%) | Não relatado | Escolaridade: 8-11 de estudo (8-11) |
| Saúde Da Mulher Na Gestação, Parto E Puerpério | 2019 | Idade menor que 15 ou superior a 40 anos; Baixa escolaridade < 5 anos de estudo; Tabagismo ativo ou passivo; Altura < 1,45; | Doença psiquiátrica grave, HAS, DM, antecedentes TVP/TEP, | Mulher em situação de rua, comunidade indígena ou quilombola; Condições de trabalho desfavoráveis, Indícios ou ocorrência de violência; Situação conjugal insegura |
| Vigilância Epidemiológica do Óbito: Materno Infantil | 2021 | Pardas (56,9%) Idade (30-39 anos) Escolaridade (8-11 anos) | Transtornos Hipertensivos Aborto Hemorragias | Não relatado. |

Fonte: Elaboração Própria. 2022.

7.1.1 Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno

O Documento “Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno”, emitido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em 2009, tem como objetivo realizar a orientação da vigilância epidemiológica e dos departamentos de saúde da mulher, no que se refere à prevenção do estágio final da vulnerabilidade materna e puerperal: o óbito. Os resultados do trabalho em questão visaram auxiliar uma melhor consolidação do Sistema de Informação de Mortalidade, além da formulação de políticas públicas voltadas ao atendimento das demandas

apresentadas pela população de mãe e puérperas vivenciando algum tipo de vulnerabilidade, nas regiões do Norte e Nordeste.

Fora observado, no documento em questão, no ano de 2009, uma prevalência de mulheres negras (65,7%) – entendendo a população negra sendo composta por pessoas de pele preta somadas às de pele parda – de modo que tal população respondeu a mais da metade dos óbitos maternos. É observado ainda que as razões de mortalidade materna são mais alarmantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo as causas obstétricas diretas, as responsáveis por 2/3 de tais mortes, de forma que o documento atribui esse fato a uma qualidade de atenção primária que é insuficiente, além da dificuldade de recursos de planejamento familiar, problemática muito enfrentada pelas mulheres dependentes do Sistema Único de Saúde. As principais doenças associadas a causas do óbito foram: Hipertensão, hemorragia, infecções puerperais e doenças do aparelho circulatório complicadas.

7.1.2 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher

O Documento “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e Mulher (PNDS)” elaborado em 2006 e emitido em 2009, através de visitas domiciliares a todas as mães dos nascidos vivos nos últimos 5 anos, caracterizou a assistência à gestante e puérpera no recorte brasileiro. Foram levantadas questões como disparidades regionais e socioeconômicas enquanto fatores de interferência na qualidade da assistência obtida por aquela mulher.

Observou-se que nas regiões Norte e Nordeste, o perfil de mães abarca maior percentual de mães com idade inferior a 20 anos (28,7% no norte, 28,5% no nordeste) se comparada às regiões Sul (23,4%) e Sudeste (21%). Na macrorregião Nordeste, houve predomínio das mulheres de pele parda e preta (71,8%) e a taxa de analfabetismo funcional chegou a 17,1% das mulheres. A vulnerabilidade socioeconômica também é marcante quando se observa que 68,4% dos nascidos vivos no período em questão se enquadram nas classes econômicas D e E, sendo o somatório das classes A e B de apenas 5% dessa população materna. As fases gestacionais foram assistidas pelo SUS em 85% das mulheres nordestinas. Desse universo, 72,3% tiveram um pré-natal com número de consultas superior a 6, porcentagem que sobe para 87,5% na região Sul.

7.1.3 Serviço de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.

O Documento “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade” da ANVISA, emitido em 2014, foi elaborado com o objetivo de esclarecer lacunas no processo assistencial das mulheres gestantes no Brasil, e assim identificar meios de promover atenção obstétrica e neonatal de qualidade, gerando estratégias de para melhorar a segurança dos pacientes no contexto em questão.

Tal documento relata como principais desencadeantes de vulnerabilidade de cunho biológico os transtornos hipertensivos e hemorragias, seguido por infecções puerperais e complicações relacionadas ao aborto. No que se refere a faixa etária, o documento aponta o intervalo entre 20 e 39 anos, e entre os determinantes sociais cita: início precoce da atividade sexual, exposição à violência, insegurança alimentar secundária a pobreza gerando desnutrição e anemia, gravidez indesejada, falta de acesso a possibilidades de um aborto seguro, e satisfatório serviço de assistência desde o pré-natal.

O documento ainda traz as lacunas organizacionais do sistema que deveria, de forma efetiva, estar à frente da saúde e proteção dessas mulheres. Foram levantadas questões como: O reconhecimento tardio da problemática que a acomete e a resistência inicial de buscar ajuda, dificuldade em acessar o local que oferece assistência (comumente por inacessibilidade a meios de transportes) e a demora de ser contemplada por um tratamento efetivo após chegar na instituição de assistência. Além disso, mesmo quando todas essas barreiras são vencidas, muitas vezes o atendimento oferecido não supre todas as demandas apresentadas pela gestante naquele momento, seja por falta de recursos ou de capacitação dos profissionais locais.

7.1.4 Vigilância Epidemiológica de Mortalidade Materna no Estado da Bahia

O Documento “Vigilância Epidemiológica de Mortalidade Materna no Estado da Bahia” emitido em abril de 2018 pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado, visou à análise dos fatores determinantes na mortalidade materna com o objetivo de levantar reflexões acerca das medidas adotadas com o intuito de evitar a morte de mulheres grávidas e puérperas. Através do documento em questão, a Secretaria Estadual ressalta a importância da investigação e busca dos óbitos materno-infantil

(MIF), tendo como meta estabelecida o investigar de 100% dos maternos e 80% dos MIF no estado da Bahia.

A análise dos casos permitiu observar uma predominância de 43% da faixa etária dos 30 aos 39 anos, 64% das mulheres eram pardas e 28% possuíam 8 a 11 anos de estudo.

7.1.5 Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério

O Documento “Saúde Da Mulher Na Gestação, Parto e Puerpério” emitido em 2019 pelo Ministério da Saúde possui como objetivo a plena salvaguarda do planejamento reprodutivo e assistência efetiva e humanizada às mulheres gestantes e puérperas. Além disso, a nota técnica em questão visa impulsionar a qualificação da atenção à saúde da mulher através do reconhecimento do perfil de gestantes brasileiras que utilizam tal serviço, definição dos riscos gestacionais e definição de condutas adequadas às gestantes e puérperas de acordo com seu risco gestacional.

Analisando o Perfil das gestantes em risco gestacional, observou-se como fatores de vulnerabilidade de ordem biológica: Idade inferior a 15 ou superior a 40 anos, com altura menor que 1,45m; Condições prévias como Doença psiquiátrica grave, HAS, DM, antecedentes TVP/TEP, Cardiopatias, Cirurgia bariátrica prévia. Já no que se refere aos determinantes e condicionantes sociais, têm-se: Mulher em situação de rua, comunidade indígena ou quilombola; Condições de trabalho desfavoráveis, Indícios ou ocorrência de violência; Situação conjugal insegura; Insuficiência de apoio familiar. Além disso, vale ressaltar outras questões relevantes e referentes ao perfil dessa mulher, sendo elas, predominantemente mulheres negras e tabagistas.

7.1.6 Vigilância Epidemiológica do Óbito: Materno Infantil

O Documento da Secretaria de Saúde do Governo do Estado “Vigilância Epidemiológica do Óbito: Materno Infantil” emitido em julho de 2021 redige o perfil de mulheres gestantes ou puérperas que no ápice de sua vulnerabilidade, seja ela de ordem biológica, psíquica e/ou social, vieram a óbito em um momento tão crucial e delicado de suas vidas: O período peri ou pós-natal. O dito “óbito materno” no documento, refere-se a morte ocorrida durante ou até mesmo 42 dias após o término da gestação, pode se ater a causas obstétricas diretas como complicações durante a

gravidez, parto ou puerpério ou indireto, por condições que já existiam antes da gestação ou que se desenvolvem durante a mesma, não diretamente causados por questões obstétricas, mas agravados por elas.

No que tange a características sociodemográficas das gestantes/puérperas que vieram a óbito em 2020, na Bahia, há predominância da raça/cor parda com 56,9% em um universo de 153 mulheres, seguida de pessoas da pele preta com 16,3%. Já a faixa etária predominante, foi a de 30-39 anos (45,8%). No quesito escolaridade, predominou-se o período de 8 a 11 anos de estudo e entre essas mulheres (32,7%).

Entre as causas do óbito, a mais registrada foi a obstétrica direta com Transtornos Hipertensivos (22,9%) logo após Outros Transtornos Maternos (29,4%). Em terceiro lugar, foi registrado o Aborto com 7,2% dos casos, seguido de hemorragias (3,3%).

7.2 PERFIL DAS GESTANTES/PUÉRPERAS SEGUNDO OS DADOS DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ÓBITO MATERNO INFANTIL

Os materiais técnicos Vigilância Epidemiológica do Óbito: Materno Infantil (2021); Vigilância Epidemiológica de Mortalidade Materna no Estado da Bahia (2018) e Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (2009); denunciam a expressão máxima da vulnerabilidade feminina dentro do contexto de gestação: O óbito maternoinfantil.

Todo processo de findar da vida resguarda consigo uma ou várias formas de vulnerabilização, podendo ela ser de ordem social, biológica ou psíquica. Dessa forma, a investigação do perfil de mulheres que vivenciam uma morte precoce é essencial para que se entenda e identifique os fatores que as vulnerabilizam a tal ponto.

Dentro do universo materno-puerperal é possível observar diferentes elementos que condicionam um contexto de risco para a mulher, de modo que, muitas vezes, as conduzem à um atendimento mais especializado dentro da atenção básica: O Pré-Natal de Alto Risco. Entretanto, apesar desse olhar mais direcionado que as alcançam, o índice de óbito maternoinfantil permanece sendo uma preocupação para as autoridades de gestão em saúde. Visto o exposto, o constante rastreamento do perfil das

mulheres grávidas ou puérperas, que vivenciam tal morte precoce, se mostra crucial á nível de saúde pública.

A presente Tabela 1 apresenta uma série histórica do número de Óbitos Maternos e a Razão de Mortalidade Materna, que consiste na relação de número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos de mães residentes no estado da Bahia, entre os anos de 2012 e 2020.

Tabela 1. Série Histórica do Número de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna. Bahia, 2012 a 2020.

| ANO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número de Óbitos Maternos | 152 | 161 | 152 | 141 | 121 | 134 | 114 | 101 | 153 |
| Razão de Mortalidade Materna | 72,3 | 79,1 | 74,3 | 68,1 | 60,6 | 65,6 | 55,5 | 51,2 | 81,1 |

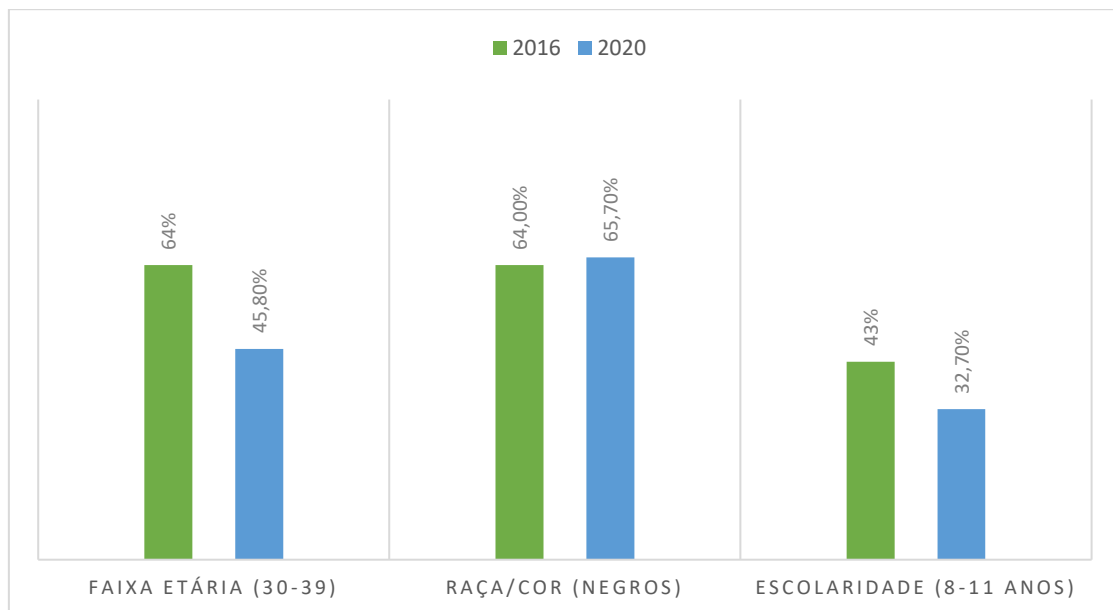
Fonte: Elaboração própria. 2022

Os materiais técnicos supracitados permitem a observação de uma série histórica da mortalidade materna, que observamos pontos chaves para o entendimento da problemática em questão. A observação do período de 2012 a 2016 mostra que o ano de 2013 apresenta o maior número de mortalidade materna, enquanto 2016 evidencia o menor número do mesmo parâmetro. Ao decorrer do mesmo período (2012-2016) a razão da mortalidade foi reduzida em 20%, o que pode ser atribuído a melhoria nos serviços e recursos prestados às gestantes ou a questões como subnotificação e subregistro. No recorte histórico de 2016 a 2020 evidencia-se um aumento de 15 ocorrências do primeiro ao segundo ano, com redução subsequente até o ano de 2020, de modo que, após 2019 ser encerrado com a razão de mortalidade em 51,2, esse mesmo índice se elevou para 81,1 no ano seguinte.

O Gráfico 1 (na página seguinte) apresenta os dados sociodemográficos mais predominantes do estado da Bahia por raça/cor, escolaridade e faixa etária considerando os anos de 2016 e 2020. Que são os últimos dados disponibilizados nos

dois últimos Boletim de Vigilância Epidemiológico de Mortalidade Materna Estado da Bahia.

Gráfico 1 – Aspectos sociodemográfico mais predominantes considerando raça/cor, escolaridade e faixa-etária do Estado da Bahia dos anos de 2016-2020.



Fonte: Elaboração Própria. 2022

Os fatores que constroem o perfil dessas mulheres englobam: Faixa etária, Raça/Cor e Escolaridade. No período de 2002 a 2006, existe a informação de que houve o predomínio de 65,7%, entre as mulheres pardas, de morte materna por causas obstétricas diretas. Em 2016, fora observado também, a prevalência de 64% das mortes maternas entre as mulheres pardas. Já no ano de 2020, esse grupo liderou o número de óbitos com um percentual de 56,9%. No que se refere a faixa etária, mulheres de 30 a 39 anos apresentou prevalência de 43% e 45,8% nos anos de 2016 e 2020 respectivamente. Escolaridade, por sua vez, demonstrou a maior incidência de morte entre as mulheres que estudaram por um período de 8 a 11 anos, tanto em 2018 (28%), quanto em 2020 (32,7%).

7.3 DETERMINANTES E CONDICIONANTES NO RECORTE DA REGIÃO NORDESTE

Em adição aos aspectos individuais que vulnerabilizam a gestante/puérpera, entende-se que as mulheres soteropolitanas estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade regional. A região Nordeste, historicamente, apresenta diversos determinantes e condicionantes sociais que evidenciam uma população em maior vulnerabilidade e desamparo.

O material técnico “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006” destaca que, no período analisado (1996-2006) 82,9% das famílias da Região Sul foram classificadas como classe média, enquanto apenas 35% das famílias tinham esse mesmo poder aquisitivo na Região Nordeste. Além disso, 63,1% dos domicílios foram enquadrados nas classes D e E. O documento avalia ainda a porcentagem de mulheres com Necessidades Básicas Insatisfeitas (NBI), evidenciando o percentual de 30% no Nordeste e o percentual 14,7% no Sul, que é mais da metade do valor.

As mulheres em idade reprodutiva que possuem escolaridade igual/superior a 12 anos equivale a 5,7% no Nordeste e 16% no Sul, além de que a maioria desse mesmo grupo (42,3) se encontra na classe D de renda, de acordo com o Critério Brasil, na região Nordeste. Já no Sul, essa maioria, (54,9%) está uma classificação acima – classe C. Em razão disso, 85,8% dos recém-nascidos nordestinos dependeram dos cuidados do SUS. Porcentagem que cai para 69,1% se observado na região Sul.

Outro aspecto que se pode relacionar aos dados já expostos é a quantidade de consultas pré-natal, 72,3% das mulheres nordestinas tiveram acesso a um número de 6 ou mais consultas, percentual que sobe para 87,5% na região Sul. Ainda nesse universo assistencial, apenas 17,4% das mulheres nordestinas receberam medidas de alívio da dor no parto normal, porcentagem de 37,4%. entre as sulistas.

Tabela 2. Aspectos sociodemográficos referentes às regiões Sul e Nordeste

| Região | Famílias na Classe Média | Escolaridade igual/superior a 12 anos | Binômio usuário do SUS | Número de consultas pré-natal > 6 | Medidas de alívio da dor no parto normal |
|---------------|---------------------------------|--|-------------------------------|---|---|
| Nordeste | 35% | 5,7% | 85,8% | 72,3% | 17,4% |
| Sul | 82,9% | 16% | 69,1% | 87,5% | 37,4% |

Fonte: elaboração própria. 2022.

A análise e o entendimento dessas disparidades se mostram úteis na identificação das populações com maiores demandas e dificuldades no acesso de serviços básicos e imprescindíveis como os relacionados ao processo de saúde-doença. Através de tal identificação, as autoridades em gestão de saúde conseguem planejar e direcionar políticas públicas aos grupos em descompasso, garantindo maior equidade na assistência à saúde populacional.

8 DISCUSSÃO

Ao estudo do Perfil das Gestantes/Puérperas em situação de interrupção precoce da vida, através do Boletim Epidemiológico de Óbito Materno Infantil, identificam-se fatores de risco que se repetem historicamente, como: raça/cor, faixa etária e escolaridade¹³. O predomínio de óbitos maternos em mulheres pardas e pretas, vai de encontro com o exposto no “Relatório anual das Desigualdades Sociais no Brasil” de 2011, o qual expõe as limitações ao acesso de saúde, que afeta a população negra em maior intensidade.

Além disso, é conhecido que, à nível nacional, o mesmo grupo étnico é o que mais depende do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁰, sendo esse número mais expressivo na região Nordeste chegando a 85,8% (vide tabela 2). Apesar do progresso gradual e constante dos serviços do SUS ainda existem dificuldades em garantir a sua plena universalização. Isso reverbera na maior taxa de cobertura do sistema de saúde entre a população branca, em contradição à maior demanda da população negra⁶. Os entraves do acesso populacional aos serviços de saúde, incluem: dificuldades no transporte para serviços de média e alta complexidade, a não adesão ao tratamento quando as medicações estão em falta na rede pública, bem como barreiras impostas pelo mercado de trabalho, sendo muitas vezes difícil de se obter turnos livres para a procura das unidades de saúde⁴¹

Para além da questão étnica, foi observada a predominância de vulnerabilidade entre as mães com faixa etária de 30-39 anos¹³, uma vez que doenças como a pré-eclâmpsia (doença hipertensiva comum na gravidez) e o deslocamento prematuro da placenta são idade dependentes e possuem relevância no que se refere ao óbito materno⁴². Em contrapartida, considerando que a idade superior a 40 anos propicia significativo declínio da fertilidade feminina⁴³, as taxas de gestação sofrem expressiva queda após tal marco etário⁴⁴. Dessa forma, a faixa etária encontrada no presente estudo, (30-39 anos) possivelmente refere-se ao grupo etário mais velho que consegue levar à gestação ao ponto de se resultar em óbito materno.

No que se refere a escolaridade, nota-se a prevalência de mulheres que possuem 8 a 11 anos de estudo, seguido do contingente de 4 a 7 anos¹³, o que reflete a associação entre aspectos socioeconômicos e mortalidade materna⁴⁵. À título de exemplo, a baixa renda e escolaridade, muitas vezes dialogam com a falta de

planejamento familiar, culminando em intervalos interpartais menores que 2 anos, o que pode trazer malefícios à saúde materno-infantil⁴⁶. Verifica-se, portanto, que a escolaridade é um importante marcador de situação social, e dialoga com implicações diretas na saúde do binômio.

Foi possível ainda identificar algumas disparidades regionais com ênfase no prejuízo observado em diversos aspectos da Região Nordeste. Dentre eles podemos citar a realização de uma menor quantidade de consultas pré-natal²¹. Essa assistência direcionada ao ciclo gravídico se comporta como um momento oportuno para rastrear, diagnosticar e tratar possíveis demandas relativas à saúde daquela mulher. O pré-natal deve ser espaço de prevenção, promoção e construção de vínculo terapêutico para com a díade. Tais consultas, quando bem conduzidas, edificam uma rede de apoio que viabiliza sanar dúvidas, evitar complicações e gerar na mulher o entendimento que o binômio possui um ponto de apoio nos serviços de saúde e, portanto, devem ser priorizados⁴⁷.

Outro aspecto que aponta o Nordeste como região de maior vulnerabilidade é o quesito renda. Apenas 35% (vide tabela 2) das famílias nordestinas se encontram na dita “Classe média”⁴⁸. Uma maior vulnerabilidade à nível socioeconômico pode ser atribuído a diversos fatores de risco, como o observado em puérperas com privação nutricional que enfrentam dificuldades quantitativas e qualitativas na produção do leite⁴⁶, além de problemáticas relacionadas à gravidez na adolescência, ausência de saneamento básico e insegurança alimentar^{49,50}

Diante da caracterização e análise dos materiais técnicos no eixo 1, no presente estudo, foi possível observar que estes refletem a questão da contínua busca pela transparência governamental a nível da área de saúde. Como descrito na Constituição Federal (1988) “A Saúde é um direito de todos e dever do estado” e assim, deve ser vigiada e cobrada pela população¹². Através de documentos disponibilizados por instituições públicas foi possível observar pontos chave que interferem na saúde da mulher gestante, como comorbidades, o seu perfil biossocial e os determinantes e condicionantes que as permeiam⁵². Em tal panorama se observa a prevalência de mulheres pretas e pardas, indicando maior vulnerabilidade de ordem social na população em questão, tendo como principais comorbidades a Hipertensão Arterial Sistêmica, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório, aborto e hemorragias¹³.

Os determinantes e condicionantes experimentados pela população compõe o processo saúde-doença, afinal, segundo a Organização Mundial de Saúde: “Saúde não é ausência de doença, saúde é pleno bem-estar físico, mental e social”³⁴. Sob essa ótica, o bem-estar maternofetal é sustentado multifatorialmente, englobando questões de ordem biológica, cultural, ambiental e social, como: qualidade da água e do ar, condição de transporte e habitação, situação de emprego e ocupação, tradições culturais, etnia e grau de inclusão social. Nessa direção, afirmamos que a estabilidade biopsicossocial e a equidade entre as mulheres gestantes e puérperas a nível nacional, bem como o reconhecimento dos fatores que impactam na vida dessa população, torna-se indispensável para que a promoção da saúde seja exercitada em seu mais amplo grau³³.

Durante o desenvolvimento do presente estudo, alguns obstáculos relacionados à disponibilidade de dados foram encontrados. O objetivo pensado inicialmente mantinha o enfoque na investigação acerca da vulnerabilização da Saúde Psíquica das mulheres gestantes e puérperas. Para tanto, o DataSUS e o TABNET foram inicialmente consideradas como uma das fontes de dados neste estudo. Ao iniciar as buscas, percebeu-se que tais sistemas de informação não ofereciam informações sobre a saúde mental do público em questão, de modo consolidado. A partir deste ponto, houve o redirecionamento do trabalho para o enfoque na saúde biopsicossocial.

Ademais, no que tange à Região Nordeste, foi possível alcançar dados suficientes para responder o objetivo referente aos condicionantes e determinantes do presente estudo. No entanto, ainda se observa lacunas de informação diante da tentativa de aprofundar a discussão acerca dos dados colhidos, dentro do recorte em questão. Verificou-se a porcentagem de apenas 5,7% de gestantes da região nordeste com escolaridade igual/superior a 12 anos, entretanto, não há um número satisfatório de documentações acerca do impacto desse fator na saúde dessa população, o que restringe o aprofundamento dentro do recorte regional.

9 CONCLUSÃO

Foram identificados fatores de risco recorrentes na saúde da mulher, a partir do estudo do Boletim Epidemiológico de Óbito Materno Infantil, como: raça/cor, faixa etária e escolaridade. Pode-se identificar o perfil das gestantes/puérpera em maior vulnerabilidade, sendo elas mulheres pretas com idade entre 30 e 39 anos, com 8 a 11 anos de estudo, seguido do grupo de 4 a 7 anos. Os fatores encontrados nos documentos que vulnerabilizam essas gestantes foram acesso exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, quantitativo de pré-natais realizados; acesso a medidas de alívio para dor, e questões de cunho social como escolaridade e renda abaixo do esperado.

O conhecimento dos fatores que vulnerabilizam a mulher gestante/puérpera resguarda grande potencial a nível de gestação de saúde, de forma que se configura como primeiro passo para prevenir e cuidar das adversidades que atingem o contingente em questão. Os pontos aos quais o presente estudo se debruçou, traduzem-se como alvo de possíveis estratégias de melhoria diante das mais diversas possibilidades para o território pesquisado. É possível se pensar em formas de prevenir distâncias impostas por renda, dificuldades encontradas por determinadas etnias, a fim de reduzir mazelas biológicas que se mostram evitáveis e promover a saúde em seu conceito mais amplo.

Tendo em vista seu embasamento metodológico em materiais técnicos oficiais, o presente estudo serviu como termômetro para a análise da transparência governamental acerca das problemáticas que envolvem a Saúde da Mulher. Assim sendo, observou-se que tal transparência apresenta um baixo alcance populacional, limitado à parcela da população com níveis de instrução e orientação que a maioria não possui. Dessa forma, a maior produção de trabalhos que disponham de documentos oficiais como metodologia, pode surtir o efeito de estímulo para que os órgãos responsáveis disponibilizem-os cada vez mais, sempre pensando em estratégias de democratização desse acesso.

REFERÊNCIAS

- 1 – BRAIL. Ministério da Saúde. **Pré Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico**. Departamento de Ações Programadas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 163p.

- 2 – CORREIA, Adélia Delfina da M. S. et al. (Org.) Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde. In: **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, v. 2, un. 1, mod. 3, p. 52-58). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2985>

- 3 – ANDRADE, Kelly Christine O. M. "VULNERABILIDADE E AUTONOMIA DA MULHER NO CONTEXTO OBSTÉTRICO BRASILEIRO: BREVES CONSIDERAÇÕES." *Diké: Revista Eletrônica de Direito, Filosofia e Política do Curso de Direito da UNIPAC Itabirito*, ano 13, v. 21, 2020.

- 4 – GIRÃO, Eduardo. **Projeto de Lei n. 5.435, de 2020**. Dispõe sobre o Estatuto da Gestante. Brasília: Senado, 08 dez. de 2020. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/145760>.

- 5 – OLIVEIRA, Paulo Henrique et al. As interfaces entre o patrimônio cultural africano do bairro do Cabula em Salvador-BA e a perspectiva dos seus moradores. **RITUR-Revista Iberoamericana de Turismo**, v. 6, n. 1, p. 4-21, 2016. DOI: 10.2436/20.8070.01.21

- 6 – PAIXÃO, Marcelo et al. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: LAESER; Garamond Universitária; Instituto de economia. 2010. FORDFOUDANTION. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf

- 7 – SANTANA, K.S.O.; GUIMARÃES, I.C.S.; D'OLIVER JÚNIOR, A.; SOARES, E.S. Assistência à saúde de gestantes negras e não negras em epidemia de zika vírus no município de Salvador, Ba. **Convención Internacional de Salud**, Cuba Salud. abril, 2018.

- 8 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 318p.

9 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico.** Departamento de Ações Programadas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 163p.

10 – NERY, R.L. Avaliação de qualidade assistencial e de incentivo ao pré-natal das gestantes da Unidade de Saúde Santa Luzia em Salvador-BA. 2015. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde), Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7908/1/RICARDO%20LIMA%20NERY.pdf>

11 – LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 192-207, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

12 – SILVA, Esther P. et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>

13 – SESAB. Governo da Bahia. **Boletim Epidemiológico: Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno Infantil.** Secretaria da saúde, jul. 2021. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/boletimVEO_obitoMaternoNo01_2021-1.pdf

14 – MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512p. Disponível em: [cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf](#)

15 – OLIVEIRA, M.M.; ANDRADE, S.S.C.A.; CAMPOS, M.O.; MALTA, D.C. Fatores associados à procura de ser - viços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Es - colar (PeNSE), 2012. **Cad Saúde Pública**, v. 31, p. 1603-14, 2015.

16 – NUNES, B.P. **Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas - RS.** 2013. 300 f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

17 – ARAÚJO, Ivan de S.; et al. Depressão pós-parto: perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas em uma maternidade pública de referência em Salvador-BA. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 3, p. 155-163, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>

18 – GOMES, L.A.; TORQUATO, V.L.; FEITOZA, A.R.; SOUZA, A.R.; SILVA, M.A.M.; PONTES, R.J.S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev Rene.**, v. 11, p. 117–123, 2010.

19 – SILVA, Gladston T. et al. Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1749-1755, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03722021>

20 – HAIDAR, Fátima H. et al. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400037>

21 – BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 5 ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

22 – SILVA, Joyce Driely C. et al. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. suppl 23, p. e451-e451, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e451.2019>

23 – ANJOS, J.C.S.; PEREIRA, R.R.; FERREIRA, P.R.C.; MESQUITA, T.B.P.; PICANÇO JÚNIOR, O. M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Rev. para. Med.**, v. 28, n. 2, p. 23-34, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>

24 – LUZ, Leandro A. da; et al. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 2, p. 111-126, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>

25 – DOMINGUES, Rosa Maria S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>

26 – GONZAGA, Isabel Clarisse A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>

27 – POLGLIANE, Rúbia Bastos S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Cienc saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>

28 – VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, p. S85-S100, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

29 – SALVADOR. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescência 2022-2030**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021a, 228 p. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/BOOK-PMSIA-2022-2030.pdf>

30 – 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. Gabinete do Ministro, **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.htm
|

31 – SALVADOR. Prefeitura Municipal. Lei nº 9.555/2020, regulamentada pelo Decreto nº 34790/2021. Institui o Programa Mãe Salvador no Município do Salvador, e dá outras providências. Câmara Municipal, **Diário Oficial do Município**, Salvador, nov. 2021b. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a2/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2020/956/9555/lei-ordinaria-n-9555-2020-institui-o-programa-mae-salvador-no-municipio-do-salvador-e-da-outras-providencias>

32 – GAÍVA, Maria Aparecida M. et al. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0018>

33 – CARRAPATO, Pedro et al. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. DOI: [10.1590/S0104-12902017170304](https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304)

34 – ROCHA, Carolina Gabriele G. et al. Determinantes Sociais da Saúde no pré-natal: um olhar multiprofissional na Atenção Primária. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e50510313434, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13434>

35 – GADELHA, I.P.; DINIZ, F.F.; AQUINO, P.S.; SILVA, D.M.; BALSELLS, M.M.D.; PINHEIRO, A.K.B. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Rev Rene**, v. 21, p. 6, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/49983>

36 – TREVISANO, Rebeca Gonçalves et al. Fragilidades da mulher no parto e puerpério: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 20637-20655, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n3-325

37 – VERSIANI, Clara de Cássia et al. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. **R. pesq. cuid. fundam. online**, v. 7, n. 1, p. 1927-1935, 2015. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>

38 – CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, jul. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700016>

39 – BRASIL. Presidência da República. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

40 - Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**. 2018;3(4) e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829. PMID: 29997906; PMCID: PMC6035510.

41- Azevedo, Ana Lucia Martins de; Costa, André Monteiro (2010). A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 14(35), 797–810. doi:10.1590/s1414-32832010005000029

42 - Gomes JCO; Domingueti CP. Fatores de risco da gravidez tardia. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v.3, n.4, p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29327/226760.3.4-1> DOI: <https://doi.org/10.29327/226760.3.4-1>

43 - PASSOS, M. A. N. .; SILVA, N. M. . FATORES QUE INTERFEREM NO SUCESSO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E O ENVOLVIMENTO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO1. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos** , Brasil,

São Paulo, v. 2, n. 5, p. 208–225, 2019. DOI: 10.5281/zenodo.4458701. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/196>. Acesso em: 16 mar. 2023.

44 - Félis, Keila Cristina; Almeida, Rogério José de (2016). Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. **Reprodução & Climatério**, (), S1413208716000078–. doi:10.1016/j.recli.2016.01.004

45 - 1. Carreno I, Bonilha AL de L, Costa JSD da. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev bras epidemiol** [Internet]. 2012Jun;15(Rev. bras. epidemiol., 2012 15(2)):396–406. Available from:<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200017>

46 - Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF de. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery** [Internet]. 2015Jan;19(1):181–6. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>

47 - Carneiro ABF, Ferreira LS, Fernandes VO, Aoyama EA. A importância do pré-natal na prevenção de complicações durante a gestação. **Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS**. 2022; 4(4):30-6.

48 – BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006 – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

49 - De Melo Kotovicz, L. B., de Albuquerque, J. M. M., dos Santos Vieira, J. S., de Freitas, M. A. A., Tavares, I. M., Neto, M. S. M., ... & de Almeida, R. C. (2022). Influência da sexarca, aspectos sociodemográficos, clínicos e de saúde em gestantes residentes em bairro de extrema pobreza no município de Maceió/AL/Influence first sexual intercourse, sociodemographic, clinical and health aspects in pregnant women residents in the extreme poverty neighborhood in the city of Maceió/AL. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 7229-7249.

50 - CARVALHO, T. D. O., Noronha, A. A., da Silva Dutra, V. V., Costa, R. O. M., Ferreira, E. B., Lima, D. B., & Alves, C. G. L. (2022). (In) Segurança Alimentar e fatores associados em domicílios com gestantes assistidas pelo Programa Bolsa Família. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 29, e022014-e022014.

51 - Pimentel, Rosiane, Rosim, Daniele. QUALIDADE DA GESTÃO PÚBLICA E TRANSPARÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE: ANÁLISE DO IEGM DE 2019 NO ESTADO

DE GOIÁS. (In) IX Encontro Brasileiro de Administração Pública; 5 a 7 de outubro de 2022; São Paulo/SP: Sociedade Brasileira de Administração Pública.

52 - Pimentel, K., de Sá, C. M. M. N., Ferreira, N., & da Silva, T. O. (2011). Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 239-239.

ANEXOS

Anexo 1. Termo De Entrega Tcc – Medicina – Metodologia Da Pesquisa IIII



TERMO DE ENTREGA DO TCC - MEDICINA

TERMO DE ENTREGA TCC – MEDICINA – METODOLOGIA DA PESQUISA IIII

Eu, Gustavo Vilas Boas autorizo o aluno Maria Fernanda Santos Medrado a entregar o TCC intitulada: Gestantes Soteropolitanas: Fatores Vulnerabilizantes na Cidade de Salvador, e por considerá-lo concluído, atribuo a nota: 10.

Adicionalmente, gostaria de comentar sobre o desempenho do aluno: Maria Fernanda realizou as etapas de construção do TCC de modo planejado, organizado e com o aprofundamento acerca da temática de modo satisfatório. Ela ainda se mostrou interessada e com comprometimento na busca por informações no encontros de supervisão, assim como fora.

O orientador(a) recomenda que o(a) aluno(a) realize apresentação oral?

SIM

NÃO

O aluno(a) deseja e compromete-se em realizar a apresentação oral?

SIM

NÃO

Salvador, 23 de Abril de 2023


 Professor/a Orientador/a

