

Atenção à saúde materna e mortalidade infantil: uma análise das causas de óbitos infantis e da cobertura de pré-natal em Roraima no período de 2015 a 2021.

Valesca Ágata França Moreira
(Graduanda do curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Minas Gerais)

Resumo

Este estudo buscou compreender a relação entre a atenção à saúde materna e a mortalidade infantil e como esta pode ser observada mediante informações sobre o cuidado com as gestantes, no caso o acesso ao pré-natal. Perguntou-se acerca das razões de mortalidade infantil, as causas de óbitos de menores de um ano de idade, e se características sociodemográficas da mãe influenciaram na adequação das consultas de pré-natal, no estado de Roraima, entre 2015 a 2021. Utilizou-se, como instrumento metodológico, as bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Palavras-chave: Mortalidade; Infantil; Gestantes; Pré-Natal; Roraima.

Área de submissão do trabalho: Demografia

Atenção à saúde materna e mortalidade infantil: uma análise das causas de óbitos infantis e da cobertura de pré-natal em Roraima no período de 2015 a 2021.

1. Introdução

A atenção com a saúde materna envolve uma série de cuidados com a mulher gestante, os quais vão desde o momento no qual se descobre a gestação até o pós-parto. Em relação aos cuidados com a saúde da gestante, este envolve, principalmente, três ações: a imunização contra o tétano, a realização de exames laboratoriais e as consultas de pré-natal, cada uma dessas ações apresentam suas especificidades sendo de extrema importância a realização de todas essas. No ano de 2000, a assistência às gestantes passou a ser normatizada, mediante o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde. O intuito do Programa foi de, além de expandir o número de mulheres grávidas alcançadas, conseguir aumentar a adesão da realização das consultas de pré-natal, haja vista a importância que esta tem para o período gestacional.

No que se refere à relevância da atenção à saúde materna, tem-se que esta tende a contribuir para dois fatores, a diminuição da mortalidade materna e da mortalidade infantil, uma vez que quanto maior o acesso às consultas menores são as complicações na saúde da gestante, bem como na saúde da criança. “Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe” (Da Silva, *et al*, 2018, p.110), sendo que tais complicações podem ser facilmente identificadas e tratadas durante o acompanhamento médico das gestantes.

Ainda, no tocante à atenção à saúde materna, muito se questiona a respeito da quantidade de óbitos infantis, haja vista a relação que se estabelece entre ambos, isso porque dados do Ministério da Saúde revelam que boa parte dos óbitos são por causas evitáveis, os quais poderiam ser reduzidos mediante devidos cuidados com a saúde da gestante, por exemplo, com o acompanhamento adequado de consultas de pré-natal, sendo que o recomendado, pelo Ministério da Saúde, é de no mínimo 6 consultas, em acréscimo à realização dos exames laboratoriais e da imunização contra o tétano. Dessa forma, a taxa de mortalidade infantil diz muito sobre os cuidados com a saúde materna.

Quanto à taxa de mortalidade infantil, especificamente, essa diz respeito à morte de crianças menores de um ano, sendo que o óbito se divide em mortalidade neonatal e pós-neonatal. “Como o próprio nome sugere, a neonatal refere-se ao período do nascimento até o 27º dia de vida. Já o período pós-neonatal tem início no 28º e vai até o 364º dia de vida” (Frias e Navarro, 2013, p.93). A respeito da taxa de mortalidade infantil, esta é definida pelo número de mortes de menores de 1 ano de idade para cada 1.000 crianças nascidas vivas. Trata-se de uma estimativa da probabilidade de uma criança nascida vir a óbito antes de completar 1 ano de vida.

No passado, o país apresentava altas taxas de mortalidade infantil, no entanto com o passar dos anos essa tem caído, em razão de ações simples, porém de extrema relevância, como a promoção de melhores condições de vida e dos cuidados com a saúde da mulher gestante. Dessa maneira,

a assistência pré-natal tem um papel fundamental na proteção da vida e da saúde da gestante e do recém-nascido, uma vez que, garantido o acesso e a qualidade dos cuidados pré-natais, eles podem contornar problemas obstétricos, prevenir danos, reduzir a ocorrência de prematuridade e do baixo peso ao nascer, além de assegurar partos e nascimentos saudáveis. (Maia *et al*, 2020, p.14).

Nesse sentido, tendo em vista a relação entre mortalidade infantil e a atenção à saúde materna, este trabalho apresenta como objetivo analisar as razões de mortalidade infantil, para

o estado de Roraima, no período de 2015 a 2021, relacionando com indicadores de saúde materna. De forma específica, o intuito será calcular a cobertura de pré-natal, no período de 2015 a 2021, além de discutir as possíveis relações entre os cuidados com a saúde da mulher gestante e a mortalidade infantil. Ainda, indagou se fatores como o nível de instrução e a faixa etária da mãe influenciaram na adequação das consultas de pré-natal.

Além desta introdução, este estudo está dividido em quatro seções. A seção a seguir apresenta uma breve revisão da literatura a respeito de apontamentos feitos por autores que tratam a associação entre a atenção à saúde materna e a mortalidade infantil, acrescida dos trabalhos que sinalizam para a desigualdade de acesso aos cuidados com a saúde entre as gestantes brasileiras. Posteriormente, discute-se a metodologia empregada, neste estudo, e, em seguida, os resultados encontrados, esta seção está dividida em duas partes, na primeira realiza-se a análise dos resultados quanto à razão de mortalidade infantil e as causas de óbitos infantis, na segunda parte a análise dos resultados da cobertura de pré-natal por idade e escolaridade da mãe. Na seção final, faz-se uma discussão destes resultados.

2. Breve Revisão de Literatura

Na literatura, um dos principais meios escolhidos pelos estudiosos que analisam a atenção à saúde materna, de forma a identificar possíveis desigualdades quanto ao acesso ao sistema de saúde, bem como nas condições de vida das mulheres, é observando a taxa de mortalidade infantil, tendo em vista a associação que se estabelece entre essas, pois os óbitos de crianças com menos de 1 ano de vida tratam-se de mortes que, na maioria dos casos, poderiam ser evitados com o adequado acesso aos serviços básicos de saúde pelas mães.

No que se refere aos óbitos de crianças menores de 1 ano, tem-se que a taxa de mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade, e deixa evidente as desigualdades existentes, visto que estudos apontam que “as crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e a mortalidade infantil entre as crianças negras e indígenas é, respectivamente, cerca de 40% e 138% maior, quando comparadas com as da população de crianças brancas” (Brasil, 2009, p.8 apud Fundo Das Nações Unidas para a Infância, 2008b).

No passado, o Brasil apresentava altas taxas de mortalidade infantil, as quais se davam, sobretudo, em razão da ausência de cuidados simples, como o acesso a serviços de saneamento básico e o adequado atendimento de saúde para as gestantes e para as crianças. Entretanto, com o passar dos anos, a taxa de mortalidade infantil foi diminuindo, em virtude de ações adotadas pelo Estado. Para exemplificar, “de 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil passou de 47,1/1000 nascidos vivos, em 1990, para 19,3/1000 nascidos vivos, em 2007, com uma redução média de 59,0%” (Brasil, 2009, p.8). No ano de 2010, a taxa de mortalidade infantil caiu para 16,0/1000 nascidos vivos (Brasil, 2021). Em relação à esta redução, no país, infere-se que

diversos fatores contribuíram para a mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (Brasil, 2009, p. 8 apud Lansky *et al.*, 2009; Frias *et al.*, 2009).

Ainda, a respeito das ações voltadas para a diminuição dos óbitos infantis, no ano de 2000, a redução da mortalidade infantil tornou-se uma das metas definidas pela ONU, entendida pela Organização “como um dos oito maiores problemas mundiais que deveriam ser enfrentados no limiar do novo milênio, com vistas à promoção do desenvolvimento social e

humano e à superação das iniquidades entre regiões do globo e países” (Figuereido *et al*, 2013, p.40). Segundo a ONU, os países signatários deveriam reduzir para 2/3 a mortalidade infantil, sendo o Brasil um dos países que se comprometeu em cumprir a meta.

Atualmente, como mencionado acima, o país tem avançado na redução da mortalidade infantil. Mas, “apesar do declínio observado, há sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intraurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos” (Brasil, 2009, p.7). Dessa forma, tem-se que

A mortalidade infantil representa um importante indicador de saúde pública por tratar-se de mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis. O óbito infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (Maia *et al*, 2020, p.2).

Ademais, cabe reforçar que há uma quantidade significativa de óbitos que se dão por razões evitáveis. Trata-se de mortes que não deveriam ter ocorrido se o Sistema Único de Saúde estivesse acessível e sendo utilizado adequadamente (Batista *et al*, 2011). Diante deste fato, por intermédio da observação das causas de mortalidade, é possível identificar o desempenho do sistema de saúde, de forma a encontrar possíveis falhas nas políticas voltadas ao cuidado e na oferta de serviços. Logo, “a taxa de mortalidade infantil mostra a estreita e complexa relação entre as desigualdades econômicas e sociais e a fragilidade no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, em particular, voltadas às mulheres e às crianças” (Frias e Navarro, 2013, p.105).

Somado à observação da taxa de mortalidade infantil, como uma das formas de se investigar os cuidados com a saúde materna, estudos também se dedicam à análise das variáveis socioeconômicas relacionadas à mãe. Entre os estudiosos, que investigam esta temática, há um consenso de que a atenção com a mulher gestante tem avançado, a quantidade de mulheres que realizam as consultas de pré-natal, de acordo com o recomendado, cresce a cada ano. Contudo, apesar do progresso, é possível encontrar desigualdades entre as mulheres, a qual se evidencia mediante a investigação das características das gestantes. Dito de outra maneira, estudos apontam que o acesso não é o mesmo para os diferentes perfis de mulheres brasileiras, sendo que, dependendo dos aspectos sociodemográficos das gestantes, essas podem ser mais ou menos alcançadas pela atenção à saúde materna.

Em relação à influência das características socioeconômicas da mulher gestante, com base em Mosley e Chen (1984), Frias e Navarro (2013) comentam que “um conjunto de fatores socioeconômicos e demográficos (distais/gerais) agem indiretamente sobre os fatores relacionados à atenção à saúde (intermediários) e estes influenciam os fatores biológicos que agem de forma direta na morte da criança, no nível proximal” (Frias e Navarro, 2013, p.105). Como expõem Frias e Navarro (2013), segundo Mosley e Chen (1984), o nível distal engloba aspectos como a escolaridade da mãe, a renda familiar, a ocupação da mãe, o tipo de moradia, e cuidados com saneamento básico. Por outro lado, os fatores intermediários envolvem o acesso e a qualidade da atenção ao pré-natal, a história reprodutiva da mulher, tipo de parto e dentre outros fatores ligados à saúde materna. Já o nível proximal conteria questões biológicas, como o baixo peso ao nascer, a idade materna e a malformação.

No tocante aos fatores intermediários, ou seja, aqueles relacionados à saúde da gestante, é comprovado que melhores cuidados com a atenção à saúde materna resultam em menores quantidades de óbitos com até um ano de vida. Maia *et al* (2020) expõem que, nos países com baixas taxas de mortalidade infantil, o acesso aos cuidados de pré-natal é o principal fator contribuinte para os baixos números de óbitos de crianças menores de um ano de vida, sendo

que este acesso é estendido tanto para os grupos com vantagens socioeconômicas quanto para os desfavorecidos.

Todavia, no caso do Brasil, trabalhos mostram que há desigualdades de acesso às consultas de pré-natal entre as brasileiras. Para exemplificar, Osis *et al* (1993) realizando um estudo com mulheres que estiveram grávidas, entre os anos de 1987 e 1988, inferiram que existia relação entre aspectos sociodemográficos e o acesso aos cuidados com a gestação, sendo que este efeito apresentou resultados significativos na variável escolaridade, haja vista que esta influenciou no início das consultas de pré-natal, na quantidade realizada e no comparecimento às consultas. Segundo Osis *et al* (1993), 95 % das mulheres que possuíam o nível de instrução acima do primeiro grau fizeram pré-natal. Por outro lado, no grupo das grávidas com até o primeiro grau completo, 85% destas fizeram as consultas. Quando se observou aquelas que tinham feito o mínimo de consultas recomendadas, isto é, 6 atendimentos, o resultado repetiu-se, posto que mães com maior nível de escolaridade tiveram melhor adequação.

Em adição, analisando a adequação do uso da assistência de pré-natal, no município de São Luís, Maranhão, no período de março de 1997 a fevereiro de 1998, Coimbra *et al* (2003), inferiram, a partir de um estudo transversal, com uma amostra de 2.831 puérperas, que a inadequação do uso de assistência de pré-natal era maior entre as mulheres que possuíam baixa escolaridade. Ou seja, o nível de instrução apresentou-se como um fator limitante na realização da quantidade mínima recomendada de consultas.

Essa desigualdade também foi evidenciada em grupos étnicos raciais distintos. Examinando a PNS, do ano de 2013, Mario *et al* (2019), utilizando-se de dois métodos chamados de desfecho 1 e de desfecho 2, observaram, no caso do desfecho 1, o qual tem como pré-natal adequado aquele que se inicia até a 20ª semana de gestação e com no mínimo de seis consultas, que as mulheres brancas e aquelas que fizeram acompanhamento sem ser pelo SUS tiveram maiores probabilidades de pré-natal adequado, em comparação com as demais mulheres. Quanto ao desfecho 2, que além de agregar os critérios do desfecho 1 analisava as práticas durante as consultas, como a aferição do peso da gestante, a pressão arterial desta, a realização de exames de sangue e de urina e o ultrassom, o resultado não foi diferente, posto que, segundo os pesquisadores, a prevalência de adequação ao pré-natal foi maior entre as mulheres brancas que apresentaram o resultado de 80,1%. Com isso, esses concluíram que a variável raça/cor tratava-se de um determinante que apontava para a desigualdade de acesso à atenção à saúde materna.

Mais recentemente, na mesma linha de investigação, Fonseca *et al* (2022) inferiram que, para as mulheres residentes da Baixada Litorânea, do estado do Rio de Janeiro, e que haviam tido filhos no intervalo de 2000 a 2020, os dados sobre a adequação de consultas de pré-natal apresentaram melhores resultados, isso porque, de 2000 a 2020, a proporção de mulheres acessando mais de sete consultas havia aumentado 11,7%. Contudo, separando as mulheres, a partir de suas características demográficas, notou-se diferenças quanto ao padrão de crescimento na realização de consultas, com destaque para as variáveis idade e escolaridade. À medida em que se aumentava a escolaridade, do grupo observado, maior era a proporção de mulheres com sete ou mais consultas. Acerca da idade, em comparação com as mães adolescentes e jovens, aquelas com 35 anos ou mais apresentaram maior proporção de mulheres que realizaram mais de sete consultas.

Nesse sentido, a partir desta breve revisão realizada, infere-se que parte das produções que se destinam ao estudo da atenção à saúde materna sinalizam para importância desta como um caminho viável para a redução dos óbitos de até um ano de vida, haja vista a quantidade de mortes que poderiam ser prevenidas mediante devidos cuidados com a saúde da gestante. Ademais, no que tange à atenção à saúde materna, mais especificamente ao acesso às consultas de pré-natal, trabalhos anteriores evidenciam que, no Brasil, há barreiras a serem superadas, visto que o acesso não acontece de maneira igualitária, o que é exposto na análise das variáveis

sociodemográficas das gestantes brasileiras, com destaque para o efeito do nível de instrução destas.

3. Metodologia

Como instrumento metodológico, foram utilizados, neste trabalho, bancos de dados acessados pelo DATASUS, no caso o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Quanto ao período de análise das informações, este limitou-se ao intervalo de 2015 a 2021. Ademais, foram utilizadas as variáveis razão de mortalidade infantil por região do país; razão de mortalidade infantil por UF de residência; óbitos infantis por causas evitáveis; cobertura de pré-natal, idade da mãe e escolaridade da mãe.

Cabe mencionar que para a escolha do estado que seria trabalhado, no caso Roraima, buscou-se, primeiro, calcular a razão de mortalidade infantil, por região, entre os anos de 2015 a 2021, de modo a identificar aquela que apresentasse a maior razão de mortalidade infantil. Após a identificação dessa região, foram calculadas as razões de mortalidade infantil dos estados, com o intuito de encontrar a UF com a maior razão de mortalidade infantil, no mesmo período. Depois da definição do estado, analisou-se as variáveis relacionadas à atenção à saúde materna, como óbitos infantis por causas evitáveis e a cobertura de pré-natal, segundo a idade e a escolaridade da mãe.

4. Resultados e análises quanto à razão de mortalidade infantil e as causas de óbitos infantis.

Investigando acerca da razão de mortalidade infantil, no Brasil, entre 2015 a 2021, por região, inferiu-se que o Norte do país foi a localidade que apresentou a maior razão de mortalidade infantil. A tabela 1 demonstra que, em qualquer período de análise, a região Norte é a que apresentou a maior razão de mortalidade de óbitos com até um ano de vida, sendo que essa possuiu momentos de aumento e de queda. Logo em seguida, estava o Nordeste, com uma razão total de mortalidade de 13,69. Por outro lado, como exposto na tabela 1, a região com a menor razão total, no intervalo de 2015 a 2021, foi o Sul, o qual apresentou como resultado uma razão de 9,89.

Esses resultados evidenciam as desigualdades existentes entre as regiões do país, posto que, no caso das regiões consideradas menos desenvolvidas, essas tiveram maiores resultados quanto ao óbito de crianças com menos de um ano de vida, enquanto as partes mais desenvolvidas, do Brasil, apresentaram melhores dados para o período em investigação.

Tabela 1- Razão de mortalidade infantil por região do Brasil, no período de 2015-2021

Região do Brasil	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Norte	15,18	15,51	15,43	15,34	15,12	14,54	15,00	15,16
Nordeste	13,97	14,45	14,05	13,51	13,70	12,97	13,12	13,69
Sudeste	11,32	11,70	11,31	11,17	11,52	10,52	10,93	11,22
Sul	10,39	9,96	10,14	9,94	10,23	9,07	9,44	9,89
Centro-Oeste	12,24	12,68	11,65	11,79	11,83	11,18	11,73	11,88
Total	12,42	12,71	12,39	12,17	12,38	11,51	11,89	12,22

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Além das diferenças entre as regiões, foi possível notar distinções dentro da mesma localidade. Pela tabela 2, observou-se que de 2016 a 2021, o estado com a razão de mortalidade infantil superior aos demais variava entre Roraima e o Amapá. Todavia, quando se somam as razões de mortalidade infantil, de 2015 a 2021, Roraima foi o estado que obteve o maior resultado. Já a menor razão encontrou-se, sobretudo, no Tocantins, com exceção aos anos de 2019 e de 2021, nos quais foram Rondônia.

Tabela 2- Razão de mortalidade infantil por estados da região Norte, no período de 2015-2021

Estados da Região	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Norte								
Rondônia	14,50	13,42	12,83	12,70	11,50	13,02	12,34	12,91
Acre	17,13	15,15	13,63	16,50	15,90	16,04	17,83	16,03
Amazonas	15,54	15,97	16,55	16,04	15,98	13,89	14,79	15,56
Roraima	16,73	18,45	17,89	19,93	18,05	19,18	19,35	18,57
Pará	14,97	15,66	15,40	15,04	15,13	14,86	14,73	15,12
Amapá	16,76	18,29	19,61	18,53	18,82	18,04	19,94	18,56
Tocantins	13,02	12,48	12,39	12,67	11,69	10,61	12,59	12,22

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Selecionando o estado de Roraima, uma vez que este obteve a maior razão total de mortalidade infantil, buscou-se averiguar as causas da mortalidade infantil, entre o intervalo de 2015 a 2021. Com base nos dados do SIM, foram registrados, ao todo, 1.674 óbitos com até 364 dias de vida. Deste total, 1.111 deram-se por causas evitáveis. De acordo com a tabela 3, percebeu-se que, para qualquer ano, a quantidade, em números absolutos, de mortes por causas evitáveis apresentou maiores resultados, em comparação com as demais. A partir de 2018, ocorreram aumentos sucessivos de óbitos por razões evitáveis, sendo o ano de 2021 o momento em que se observaram mais falecimentos. Em 2021, foram registradas 269 mortes, sendo 191 devido a causas evitáveis, ou seja, 71% dos óbitos, nesse ano, poderiam ter sido impedidos com melhores cuidados de saúde.

Ademais, analisando apenas os óbitos por causas evitáveis, de acordo com a tabela 4, notou-se que, do total de 1.111 falecimentos, 329 deram-se em virtude de reduzíveis ações de promoção de atenção. Em seguida, a segunda maior concentração de óbitos, 313, ocorreram como resultado de reduzível atenção à mulher na gestação. Para qualquer ano, ambas as causas acontecem em maior quantidade.

Tabela 3- Quantidade de óbitos de até 1 ano de idade, segundo as causas de óbitos, no estado de Roraima, nos anos de 2015 a 2021.

Classificação das causas de óbitos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Causas evitáveis	128	145	126	169	168	184	191	1111
Causas mal definidas	10	11	6	4	12	15	5	63
Demais causas (não claramente evitáveis)	53	54	78	93	84	65	73	500
Total	191	210	210	266	264	264	269	1674

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 4 -Quantidade de óbitos de até 1 ano de idade, segundo causas evitáveis, no estado de Roraima, nos anos de 2015 a 2021.

Classificação das causas de óbitos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1. Causas evitáveis	128	145	126	169	168	184	191	1111
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	-	-	-	1	-	-	-	1
1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	32	47	34	50	38	58	54	313
1.2.2 Reduzível por adequada atenção à mulher no parto	14	7	11	17	8	28	12	97
1.2.3 Reduzível por adequada atenção ao recém-nascido	27	25	23	28	34	32	34	203
1.3. Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequado	17	27	22	13	29	19	41	168
1.4. Reduzível por ações de promoção vinculado a ações de atenção	38	39	36	60	59	47	50	329
Total de óbitos por causas evitáveis	256	290	252	338	336	368	382	2222

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Dessa maneira, no que se refere a razão de mortalidade infantil e a relação desta com a atenção à saúde materna, percebeu-se que, nos anos de 2015 a 2021, a região Norte foi a que mais sofreu com a mortalidade infantil, com destaque ao estado de Roraima, o qual poderia ter registrado menores perdas com a implementação de melhores cuidados para a saúde da mulher gestante, tendo em conta o total de mortes devido à reduzível atenção com essas mulheres.

No que se refere à atenção à mulher na gestação, recapitulando o que foi mencionado na introdução, o recomendado, pelo Ministério da Saúde, é que se façam, no mínimo, 6 consultas, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro. Dessa maneira, um pré-natal com menos de 6 consultas é entendido como inadequado, com 6 adequado e 7 ou mais consultas é considerado mais que adequado. Sendo assim, tendo em vista que a adequação da quantidade de consultas de pré-natal é um fator intermediário que influencia na mortalidade infantil, torna-se relevante analisar a cobertura de pré-natal no estado de Roraima, para que se possa discutir sobre o acesso das gestantes aos cuidados básicos de saúde materna, nesse estado. Nesse sentido, a próxima seção dedica-se à análise da cobertura de pré-natal.

4.1.Resultados e análises quanto a cobertura de pré-natal no estado de Roraima

Segundo o DATASUS (2023), a cobertura de pré-natal indica a distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente, em determinado espaço geográfico, no período considerado. O cálculo é feito dividindo o número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal, pelo número total de nascidos vivos de mulheres residentes e multiplicado por 100.

Por intermédio da cobertura de pré-natal, é possível medir como está o acesso aos serviços prestados às mulheres grávidas, de forma a identificar se estão ocorrendo mais consultadas do que o mínimo recomendado ou menos do que o ideal. Além do mais, tem-se que

a cobertura de pré-natal é influenciada por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura da prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas, o que possibilita identificar a necessidade de melhorias na atenção à saúde materna.

Desse modo, analisando a cobertura de pré-natal do estado de Roraima, nos anos de 2015 a 2021, percebeu-se, como exposto na tabela 5, que a proporção de mulheres com filhos nascidos vivos com nenhuma consulta aumenta, durante o tempo, embora tenha ocorrido uma leve queda, em 2020, momento no qual o país enfrentava a pandemia de COVID-19 e, conseqüentemente, tinha-se menos mulheres tendo filhos, bem como indo aos postos de saúde para receberem atendimentos.

Em adição, acerca da cobertura de 4 a 6 consultas, observou-se que, no período em análise, há queda na proporção de mulheres fazendo até o mínimo de consultas recomendadas, o que pode ser resultado da ampliação do acesso a maiores quantidades de consultas. Também, notou-se que, em qualquer período, foram feitas, em maior proporção, 7 ou mais consultas. Diante disso, de modo geral, foi identificado uma quantidade relevante de mulheres com filhos nascidos vivos, durante 2015 a 2021, que tiveram mais de 6 consultas. Acerca do total de cobertura, 43,94% das mulheres receberam acesso a mais de 7 consultas e 33,62% ficaram entre o mínimo recomendado.

Tabela 5- Proporção de mulheres com filhos nascidos vivos, por número de consultas de pré-natal, durante os anos de 2015-2021

Quantidade de consultas de pré-natal	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Nenhuma	4,60	4,65	5,10	6,92	7,04	6,64	7,69	6,20
De 1 a 3 consultas	15,45	15,08	14,17	16,53	16,53	18,83	16,29	16,22
De 4 a 6 consultas	35,86	34,84	34,36	33,88	32,67	33,62	30,91	33,62
7 ou mais consultas	44,07	45,41	46,35	42,66	43,74	40,89	45,09	43,94
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Ampliando a análise por faixa etária da mãe, inferiu-se, pelos resultados da tabela 6, que, entre as mulheres de 15 a 19 anos, a maioria recebeu de 4 a 6 consultas (39,34%), seguida por 7 ou mais consultas (32,43%). Já no caso das mães de 20 a 24 anos, 49,49% acessaram mais de 7 consultas e 35,45% de 4 a 6 consultas. Para as demais faixas etárias, detectou-se maior proporção de mulheres com mais do que o mínimo de consultas recomendadas. A respeito dos grupos de gestantes acima dos 30 anos, com exceção da faixa etária de 45 a 49 anos, verificou-se a presença de mulheres com quantidades maiores do que o recomendado de consultas de pré-natal, o que é o ideal para a atenção à saúde materna. No total, no período de 2015 a 2021, 44,36% das mães realizaram 7 ou mais atendimento pré-natal. Por outro lado, o não acesso ao pré-natal registrou a menor proporção de mulheres.

Desse modo, embora algumas mulheres tenham, nos anos de 2015 a 2021, ficado sem acesso às consultas de pré-natal, o que carece de melhorias, inferiu-se que a cobertura, por faixa etária, no estado de Roraima, está adequada, já que a maioria das faixas etárias apresentaram resultados maiores de cobertura conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, não há resultados expressivos que apontem para a desigualdade na atenção à saúde materna, por idade da mãe.

Tabela 6- Proporção de cobertura de pré-natal de mulheres com filhos nascidos vivos, por faixa etária e quantidade de consultas, durante os anos de 2015-2021.

Quantidade de consultas de pré-natal	Faixa etária da mãe							Total
	15-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	
Nenhuma	7,40	5,84	5,38	5,24	6,37	7,87	14,58	6,08
De 1 a 3 consultas	20,80	17,47	13,77	11,75	13,23	14,91	27,77	16,01
De 4 a 6 consultas	39,34	35,45	31,34	28,77	28,87	28,94	29,86	33,53
7 ou mais consultas	32,43	41,21	49,49	54,22	51,51	48,26	27,77	44,36
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

No entanto, quando se observa, na tabela 7, a cobertura segundo o nível de instrução da mãe, é possível identificar desigualdades no cuidado com a saúde materna. No período de investigação, a maioria das mães de filhos nascidos vivos, com nenhum nível de escolaridade, não tiveram acesso ao pré-natal, cerca de 34,80% dessas mulheres não receberam cuidados básicos enquanto estavam gestantes, o que revela uma quantidade considerável de pessoas que corriam o risco de não detectarem complicações em suas saúdes e na de seus filhos, haja vista a ausência do acompanhamento médico. Aumentando o tempo de estudo, por exemplo de 1 a 3 anos ou de 4 a 7, a maior proporção encontrada deixa de ser de mulheres que não realizaram nenhuma consulta, para ser de gestantes que acessaram de 1 a 3 consultas. Contudo, essa realidade encontra-se muito distante do ideal, ou seja, o resultado satisfatório seria observar que, independentemente da escolaridade, a cobertura de pré-natal alcança adequadamente todos os grupos.

Em adição, percebeu-se também, como mostra a tabela 7, que quanto maior o tempo de estudo maior foi a adequação de pré-natal. Pois, do total de mães entre 8 a 11 anos de estudos, 65% fizeram de 4 a 6 consultas e 63,75% tiveram acesso a mais de 7 acompanhamentos de pré-natal. No que se refere às mulheres com mais de 12 anos de estudos, essas apresentaram maiores resultados para 7 ou mais consultas. Sendo assim, a escolaridade da gestante influenciou no seu acesso aos serviços de pré-natal, pois as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram maior adequação de cobertura de pré-natal.

Diante dos resultados apontados, tornou-se evidente a relação entre escolaridade da mãe e atenção à saúde materna, pois a elevação no tempo de estudo fez com que a mulher gestante se encontrasse mais perto do recomendado de consultas de pré-natal. Dito de outra maneira, mães com alto nível de escolaridade acessaram adequadamente o sistema de saúde, no tocante à atenção à saúde materna. No entanto, quanto menor o tempo de estudo mais distante a mulher ficou de receber, no mínimo, 6 consultas, isto é, as gestantes, de Roraima, com baixa escolaridade, foram comprometidas no acesso à saúde materna.

Tabela 7- Proporção de cobertura de pré-natal de mulheres com filhos nascidos vivos, por quantidade de consultas e nível de instrução, durante os anos de 2015-2021

Nível de Instrução da mãe	Quantidade de consultas de pré-natal				Total
	Nenhuma	De 1 a 3 consultas	De 4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	
Nenhum	34,80	15,08	4,86	0,99	6,55
1 a 3 anos	2,68	3,48	2,34	0,80	1,86

4 a 7 anos	15,37	19,08	15,55	8,63	13,03
8 a 11 anos	40,04	56,23	65,00	63,75	61,56
12 anos e mais	7,09	6,10	12,23	25,81	16,97
Total	100	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Logo, após os resultados encontrados e análises, compreende-se que está havendo melhorias na redução da mortalidade infantil, no Brasil. Todavia, é necessária mais atenção para a região Norte do país, já que esta registrou a maior razão de mortalidade infantil, nos anos de 2015 a 2021. No tocante ao Norte, é preciso voltar o olhar para o estado de Roraima, de modo a reduzir o número de mortes evitáveis, haja vista que contabilizou 1.111 perdas, sendo 313 óbitos como resultado de reduzíveis atenções à mulher na gestação.

Somado a isso, Roraima carece da ampliação no oferecimento das consultas de pré-natal, de modo a reduzir a quantidade de mulheres que não realizaram nenhuma consulta, devido às suas condições sociais, como o grau de instrução. Ou seja, é preciso ampliar a cobertura de pré-natal para as mulheres sem escolaridade, bem como para as de 1 a 3 anos de estudos e de 4 a 7 anos de estudos, de forma a atingir o ideal de consultas realizadas.

5. Considerações Finais

Portanto, conclui-se que, como citado na introdução, há desafios a serem vencidos quanto à mortalidade infantil. Com este estudo, tornou-se evidente as desigualdades regionais e dentro dessas. Além disso, mostrou-se que a mortalidade infantil é um indicador sensível em apontar injustiças sociais, visto que a maior razão de mortalidade infantil foi encontrada em uma das regiões mais pobres do Brasil.

Em acréscimo, comprovou-se que a mortalidade infantil se trata, em sua maioria, de causas evitáveis e que poderiam ser evitadas com os devidos cuidados com a gestante. Ademais, identificou-se que características sociodemográficas da mãe influenciam no seu acesso aos serviços de pré-natal. Porém, essa interferência foi mais expressiva na observação acerca do nível de escolaridade, sendo que com relação à faixa etária não foram vistas muitas diferenças. No entanto, independentemente da idade das gestantes e do nível de instrução dessas, é indispensável a necessidade de melhores acessos às consultas de pré-natal, em virtude de sua importância para a saúde da mulher e da criança que está sendo gestada.

Em vista disso, no tocante à relação entre mortalidade infantil e atenção à saúde materna, esta é consequência das desigualdades socioeconômicas, e de falhas no acesso ao sistema de saúde pelos diversos grupos de mulheres brasileiras, haja vista a existência de mortes que deveriam ser evitadas por intermédio de cuidados simples, contudo cruciais. Entretanto, nem todas as gestantes, do período em análise, receberam esses cuidados básicos, o que, como consequência, tornou essas mais vulneráveis a se depararem com a mortalidade infantil.

Sendo assim, apesar dos avanços que o país tem apresentado a respeito da mortalidade infantil e ainda acerca da atenção à saúde materna, este trabalho reforça a importância de ampliar a promoção de cuidados com a saúde da mulher gestante para as brasileiras, de forma que isso aconteça de maneira igualitária.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BATISTA, Renato Victor et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal. **Comunicação ciência e saúde**, p. 201-210, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Mortalidade Infantil no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. volume – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 02 de março de 2024.

Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

COIMBRA, Liberata C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 456-462, 2003

DATASUS. Cobertura de Assistência de Pré-Natal. 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f06.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2023

DA SILVA, JAMISCLEIA RODRIGUES et al. Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma maternidade pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 109-116, 2018.

FIGUEREIDO, Heberth. et al. A construção do direito à saúde no Brasil. p. 25-50. In. Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo (Org.) Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. / organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. — Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.

FRIAS, Paulo; NAVARRO, Leila. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. p. 91-122. In. Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo (Org.) Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. / organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. — Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.

FONSECA, Sandra Costa et al. Tendência das desigualdades sociodemográficas no pré-natal na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro, 2000-2020: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022074, 2022.

MAIA, Livia Teixeira de Souza; SOUZA, Wayner Vieira de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 2. 2020.

MARIO, Débora Nunes et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1223-1232, 2019.

OSIS, Maria José Duarte et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, p. 49-53, 199