

Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012

André Henrique do Vale de Almeida ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4949-2192>

Silvana Granado Nogueira da Gama ²

 <https://orcid.org/0000-0002-9200-0387>

Maria Conceição Oliveira Costa ³

 <https://orcid.org/0000-0001-6695-7268>

Elaine Fernandes Viellas ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-5259-8102>

Katrini Guidolini Martinelli ⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-0894-3241>

Maria do Carmo Leal ⁶

 <https://orcid.org/0000-0001-5694-5765>

^{1,3} Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s.n. Campus Universitário – Módulo VI. Novo Horizonte. Feira de Santana, BA, Brasil. CEP: 44.031-460. E-mail: almeida_ahv@hotmail.com

^{2,4-6} Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar a assistência pré-natal de puérperas adolescentes brasileiras, segundo as características econômicas e de cor da pele.

Métodos: foram utilizados dados da pesquisa Nascir no Brasil, um inquérito nacional de base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com as puérperas e coleta de dados dos cartões de pré-natal. Realizou-se regressão logística multivariada para verificar quais características maternas e dos cuidados recebidos estavam associadas à inadequação da assistência pré-natal.

Resultados: um total de 3.317 puérperas adolescentes foram entrevistadas, tendo 84,4% recebido cuidado inadequado durante o pré-natal, com pior resultado para as adolescentes de classe econômica mais baixa, menor escolaridade e múltiparas. Do mesmo modo, ficou evidente a maior proporção de adolescentes da classe econômica D/E e de cor da pele preta que não conseguiram realizar exames preconizados como rotina durante a gravidez, que receberam poucas orientações sobre a gestação e parto, e que mais peregrinaram em busca de maternidade para realização do parto.

Conclusões: estratégias direcionadas ao grupo de adolescentes mais vulneráveis devem ser implementadas visando maior equidade na assistência pré-natal de adolescentes, buscando garantir acesso facilitado, início precoce da assistência e maior resolutividade.

Palavras-chave Cuidado pré-natal, Saúde materno-infantil, Serviços de saúde materno-infantil, Gravidez na adolescência



Introdução

A despeito do relevante avanço alcançado na cobertura do pré-natal no Brasil, muitas falhas na assistência ainda são identificadas, evidenciando desigualdades econômicas e raciais no acesso que afetam sua qualidade e efetividade.¹⁻³

Estudo conduzido no município do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, evidenciou dois importantes níveis de discriminação: o educacional e o racial na atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas.⁴ Apontou-se um gradiente na insatisfação das mulheres que aumentava quanto mais escura era a cor da pele e menor o nível de instrução. As mulheres menos instruídas e de cor preta e parda avaliaram pior a atenção ofertada pelos serviços de saúde durante a assistência ao parto.

Quanto ao pré-natal, é consenso sua relevância para obtenção de desfechos positivos para a mãe e para o feto, e ganha especial atenção quando são abordadas gestantes adolescentes, grupo menos favorecido socialmente. Estudos realizados tanto em países desenvolvidos, como os Estados Unidos⁵ quanto na África subsaariana,⁶ apontam desvantagens no cuidado às adolescentes que, além de maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde recebem pior qualidade da assistência pré-natal, especialmente para as de baixo nível educacional e de renda.

No Brasil, estudos indicam que gestantes adolescentes tendem a ingressar mais tardiamente no pré-natal e realizar menor número de consultas do que as mais idosas, com baixa realização de exames complementares,⁷⁻⁹ revelando possíveis dificuldades, do grupo, em aderir ao cuidado pré-natal.^{9,10}

São bem-vindas novas abordagens sobre a qualidade do cuidado em saúde relacionando-o às desigualdades socioeconômicas e raciais na atenção ao pré-natal e parto.^{2,11} Considerando que dentre as grávidas, nas adolescentes, os efeitos de um pré-natal inadequado se mostram mais intensos,^{12,8} objetivou-se neste artigo buscar evidências sobre os efeitos das disparidades socioeconômicas e raciais na assistência ao pré-natal de adolescentes brasileiras.

Métodos

Os dados deste estudo são provenientes da pesquisa Nascer no Brasil, estudo nacional composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Foram consideradas elegíveis todas as puérperas com parto hospitalar, tendo como desfecho recém-nascido, independente de peso e idade gestacional,

ou um nascido morto, com peso maior que 500g ou idade gestacional maior que 22 semanas. A amostra foi selecionada em três estágios: o primeiro foi composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto); o segundo pelo número de dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e, o terceiro, composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram planejadas 90 entrevistas, totalizando 23.894 mulheres. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vasconcellos *et al.*¹³

Para o presente estudo, foram utilizados os dados obtidos na primeira fase da pesquisa, com base nas entrevistas face a face realizadas com as puérperas durante a internação hospitalar, nos dados extraídos dos prontuários das mulheres e dos recém-nascidos, assim como dos cartões de pré-natal. Informações detalhadas sobre a coleta de dados estão disponíveis em outra publicação.¹⁴

Foram analisadas as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e reprodutivas de puérperas adolescentes, assim como da assistência pré-natal prestada ao grupo, na gestação atual. Para descrição das características desse grupo foram investigadas as macrorregiões de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste ou Centro-Oeste do país), a faixa etária (10-14 anos ou 15-19 anos), a escolaridade (adequada para a idade ou não), a situação conjugal (vive ou não com o companheiro), e o número de partos anteriores (nulípara, 1 parto, 2 ou mais partos). Para o cálculo da variável “adequação da escolaridade para a idade” foi considerado o número de anos de estudo esperado para a idade da adolescente.

Para caracterização da assistência recebida durante o pré-natal foi considerado o número total de consultas recebidas corrigido para a idade gestacional no momento do parto, o início precoce do pré-natal (até a 12ª semana gestacional ou não) e a forma de estruturação dos serviços de pré-natal, segundo fonte de pagamento (público ou privado).

Também foram descritos os procedimentos realizados e orientações recebidas nas consultas de pré-natal. Considerou-se o registro dos resultados dos exames preconizados na rotina e contidos no cartão de pré-natal, tais como: glicemia de jejum, urina (elementos anormais e sedimentos, EAS), sorologia para sífilis (*Venereal Disease Research Laboratory - VDRL*), sorologia para vírus da imunodeficiência humana (HIV) e ultrassonografia (USG). Quanto às práticas educativas foi avaliado se as adolescentes receberam informações sobre o trabalho de parto,

sinais de risco na gravidez, atividades para facilitar o parto, amamentação e orientação para a maternidade de referência para o parto, segundo relato materno.

Todas as variáveis supracitadas foram avaliadas segundo a cor da pele autorreferida pela puérpera (branca, preta, parda) e a classe econômica, segundo critério ABEP (A/B, C ou D/E).¹⁴ As categorias “A e B” e “D e E” foram agrupadas devido ao baixo número de mulheres classificadas nas classes A e E. Devido à pequena proporção na população de estudo, foram excluídas as puérperas que se declararam amarelas (1,0%) ou indígenas (0,7%).

Por fim, foi utilizado um indicador de adequação mínima da assistência pré-natal, que considera alguns critérios para uma assistência adequada: início do pré-natal até a 12ª semana gestacional (conforme recomendação da Rede Cegonha),¹⁵ número adequado de consultas de pré-natal (sendo considerado o número mínimo de seis consultas de pré-natal, ajustada para a idade gestacional no parto), registro no cartão de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal (glicemia, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia), e ter recebido orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto. Todos os detalhes sobre a elaboração do indicador estão disponíveis em outra publicação.¹ As adolescentes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal foram excluídas da amostra (1,5%), bem como aquelas que não apresentaram cartão de pré-natal na admissão para o parto (26,20%).

Foi feita uma análise descritiva das características maternas e da assistência pré-natal segundo as variáveis cor da pele e classe econômica da mulher. Foi utilizado o teste do χ^2 para verificar diferenças entre as proporções, considerando-se um intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para verificar quais características maternas e cuidados recebidos estavam associadas à adequação da assistência pré-natal foi realizada regressão logística univariada e múltipla. Na análise múltipla foram incluídas todas as variáveis significativas ($p < 5\%$) na análise univariada. O desenho complexo de amostragem foi levado em consideração na análise estatística realizada. A ponderação dos dados foi calculada pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada puérpera na amostra. Um procedimento de calibração foi utilizado em cada estrato de seleção para assegurar que a distribuição das puérperas entrevistadas fosse semelhante à observada nos nascimentos da população amostrada em 2011.¹⁴

Todas as análises foram realizadas por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS) versão 17. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (parecer 92/2010). Todos os cuidados foram adotados visando a garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Antes da realização de cada entrevista, foi obtido consentimento digital após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Após exclusão das mulheres que não realizaram pré-natal, não apresentaram cartão de pré-natal na admissão para o parto e das que se declararam amarelas e indígenas, totalizaram-se 3.317 puérperas adolescentes.

A distribuição por região geográfica revela maior proporção de puérperas adolescentes de classe econômica mais baixa (D/E) e de cor da pele preta ou parda nas regiões Norte e Nordeste do país (Figura 1). Observa-se ainda que estas regiões apresentam o maior percentual de puérperas adolescentes entre todas as faixas etárias (Figura 2).

O grupo de adolescentes de classe econômica D/E, concentra maior proporção de adolescentes com menos de 15 anos, com escolaridade inadequada para a idade, que já vivem com companheiro e com história de parto anterior. Também é pior a situação das adolescentes da classe D/E em relação ao pré-natal, tendo realizado menor número de consultas e iniciado a assistência mais tardiamente, além de terem sido atendidas, na quase totalidade, nos serviços públicos de saúde (Tabela 1).

A desigualdade também foi evidente em relação à cor da pele da puérpera (Tabela 1), sendo possível observar um gradiente nas proporções. Quanto mais escura a cor da pele maior a proporção daquelas com escolaridade inadequada para a idade, com menor número de consultas de pré-natal e início precoce. Destaca-se, ainda, que 97% das gestantes adolescentes pretas foram atendidas nos serviços públicos de saúde.

Quanto aos procedimentos e práticas educativas realizadas durante o pré-natal, nota-se que quanto mais baixa a classe econômica das adolescentes, menor a frequência de realização de exames de glicemia, urina, ultrassonografia, sorologia para sífilis e para HIV. A testagem para sífilis (VDRL) foi, de forma geral, o procedimento mais realizado no pré-natal, sendo até mesmo mais frequente que a sorologia para HIV (85,5% e 74,8%, respectivamente). As adolescentes de classe econômica mais baixas foram também àquelas que menos receberam orientação sobre a maternidade de referência para

Figura 1

Características das adolescentes por macro região de residência, classe econômica e cor da pele. Brasil, 2011-2012.

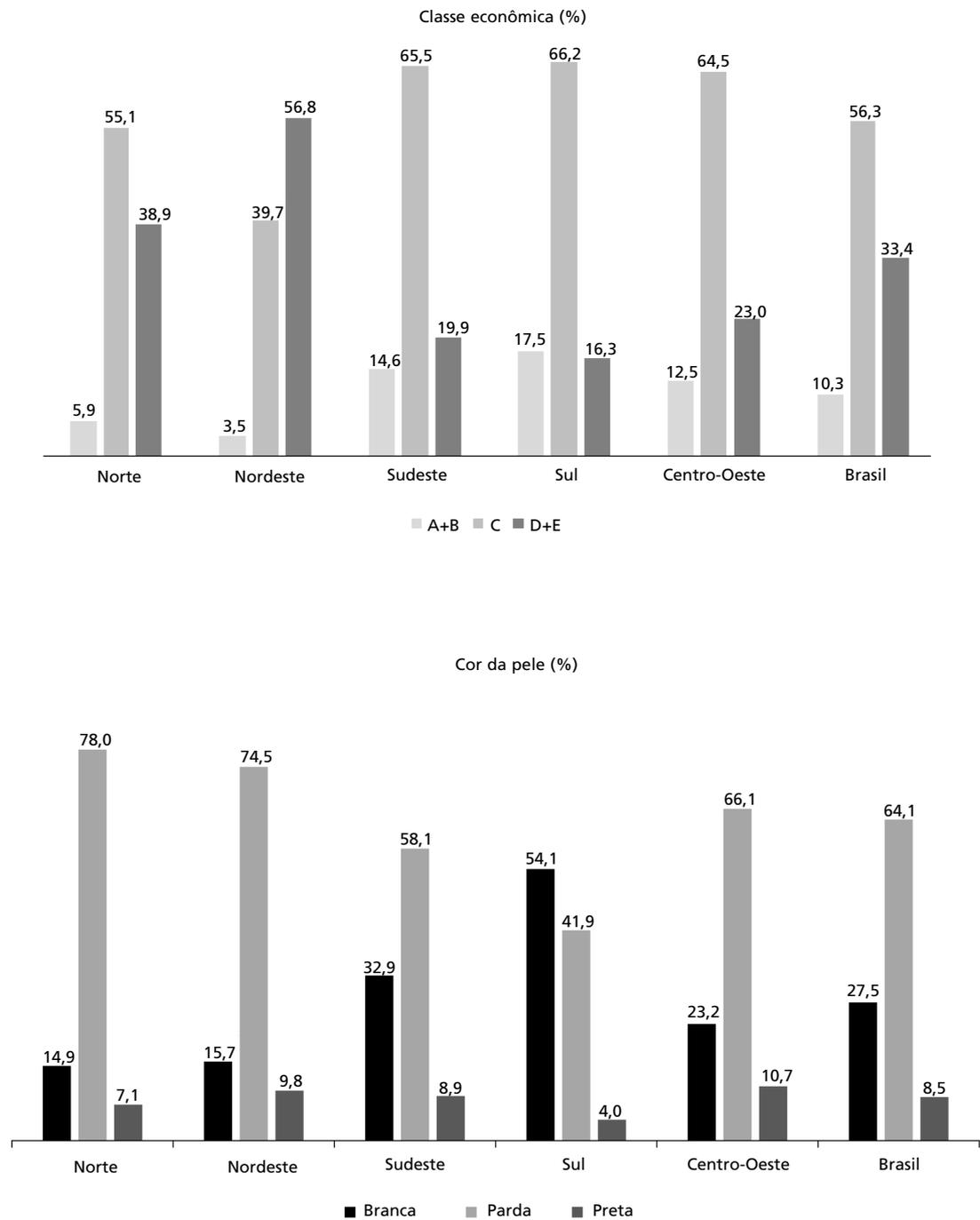
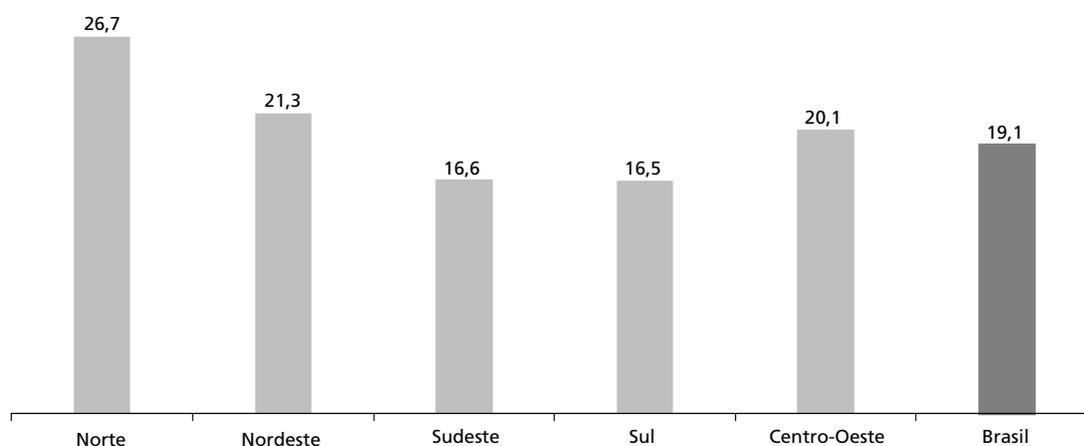


Figura 2

Percentual de puerperas adolescentes por macro região de residência. Brasil, 2011-2012.



realização do parto (Tabela 2).

No tocante à cor da pele, as adolescentes que se declaram pretas realizaram, em menor proporção, exames de ultrassonografia e sorologia para HIV, bem como receberam menos orientações sobre o início do trabalho de parto. Para todo o grupo de adolescentes, foi muito baixa a frequência de orientações recebidas durante as consultas de pré-natal, principalmente de informações que caracterizam o início do trabalho de parto, 43,7% (Tabela 2).

Na análise multivariada (Tabela 3) observou-se que 15,6% das adolescentes receberam assistência pré-natal adequada no país, conforme procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde.¹⁵ Após ajustes, identificou-se menor adequação da assistência pré-natal entre as adolescentes com escolaridade inadequada para a idade, pertencentes às classes econômicas D/E e com um ou mais partos anteriores. As adolescentes de cor da pele preta apresentaram maior chance de realizar pré-natal inadequado comparadas às brancas (OR= 1,80; IC95%= 1,07-3,03).

Discussão

No presente estudo foram encontradas importantes desigualdades na assistência pré-natal de gestantes adolescentes no Brasil, com desvantagens relacionadas à sua cor de pele e classe econômica. Dentre as desigualdades identificadas se destacam a maior inadequação do pré-natal entre as adolescentes mais pobres, com escolaridade inadequada para a idade e que já tinham sido mães anteriormente.

Identificou-se maior concentração de adolescentes mais jovens, com escolaridade inadequada para a idade, casadas, múltiparas, que realizaram menor número de consultas pré-natal ou que o iniciaram mais tardiamente no grupo de adolescentes das classes D/E. A cor da pele também indicou algumas associações, evidenciando maior proporção de adolescentes de cor preta e parda com escolaridade inadequada para a idade, enquanto entre as mulheres brancas encontrou-se maior proporção de adolescente com seis ou mais consultas de pré-natal e início precoce dessa assistência. Diferenças foram ainda percebidas em relação ao tipo de serviço utilizado para realização do pré-natal, com quase a totalidade das gestantes adolescentes mais pobres e pretas atendidas pelos serviços públicos de saúde (93,9%).

A desvantagem econômica e racial foi evidente, inclusive, na distribuição pelas regiões brasileiras, sendo maior a proporção de adolescentes pobres e de cor da pele preta ou parda no Norte e Nordeste do Brasil. A diferença reforça as iniquidades encontradas no país, uma vez que essas regiões geográficas têm o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH),¹⁶ maior razão de mortalidade materna¹⁷ e de óbitos neonatais.¹⁸ É também nessas regiões que se encontra maior proporção de mulheres que iniciam pré-natal mais tardiamente e que realizam menor número de consultas e procedimentos de rotina durante a gravidez.¹

Outros estudos nacionais também encontraram problemas na captação precoce de gestantes adolescentes de classe econômica mais desfavorável e cor

Tabela 1

Características das gestantes adolescentes e de assistência pré-natal segundo sua classe econômica e cor da pele, Brasil, 2011-2012.

Variável	Classe econômica (%)			p	Cor da pele (%)			p	Total (N=3.317)	
	A+B	C	D+E		Branca	Parda	Preta		n	%
Idade (anos)				0,001				0,069		
10 a 14	2,7	4,1	8,5		4,1	5,6	8,5		181	5,5
15 a 19	97,9	95,9	91,5		95,9	94,4	91,5		3.136	94,5
Escolaridade				<0,001				<0,001		
Adequada para idade	67,2	46,7	27,3		49,9	40,3	33,9		1.398	42,2
Inadequada para idade	32,8	53,3	72,7		50,1	59,7	66,1		1.903	57,4
Situação conjugal				<0,001				0,956		
Com companheiro	62,1	65,8	76,3		68,8	69,1	67,9		2.283	68,8
Sem companheiro	37,9	34,2	23,7		31,2	30,9	32,1		1.031	31,1
Paridade				<0,001				0,532		
Nulípara	89,9	84,7	76,1		84,3	81,9	80,3		2.734	82,4
1	9,2	13,6	20,2		14,0	15,5	18,0		507	15,3
≥2	0,8	1,7	3,7		1,8	2,6	1,7		75	2,3
Número de consultas de pré-natal				0,001				0,001		
1 a 3	9,1	12,4	21,1		13,4	14,7	21,3		495	14,9
4 a 5	25,0	23,5	26,8		19,0	26,4	29,9		818	24,7
≥ 6	65,9	64,1	52,1		67,6	58,8	48,8		2.002	60,4
Início precoce do pré-natal				0,003				0,004		
Sim	46,8	46,3	36,0		46,2	42,8	31,8		1.410	42,5
Não	53,2	53,7	64,0		53,8	57,2	68,2		1.886	56,9
Serviço de realização do pré-natal				<0,001				<0,001		
Público	84,8	93,4	97,6		90,0	95,1	97,6		3.103	93,6
Privado	15,2	6,6	2,4		10,0	4,9	2,4		201	6,1

Teste qui-quadrado.

Tabela 2

Procedimentos e práticas educativas realizados no pré-natal de gestantes adolescentes segundo sua classe econômica e cor da pele, Brasil, 2011-2012.

Variável	Classe econômica (%)			p	Cor da pele (%)			p	Total (N=3.317)	
	A+B	C	D+E		Branca	Parda	Preta		n	%
Exames*										
Glicemia										
Sim	85,7	82,5	77,6	0,050	84,3	80,4	75,3	0,051	2.688	81,0
Não	14,3	17,5	22,4		15,7	19,6	24,7		629	19,0
EAS (urina)										
Sim	87,5	84,6	78,6	0,006	85,4	82,3	78,5	0,134	2.748	82,2
Não	12,5	15,4	21,4		14,6	17,7	21,5		569	17,2
USG (ultrassonografia)										
Sim	92,0	86,4	73,3	<0,001	86,6	81,0	79,7	0,041	2.734	82,4
Não	8,0	13,6	26,7		13,4	19,0	20,3		583	17,6
VDRL (sífilis)										
Sim	92,6	87,1	80,7	<0,001	87,6	85,2	80,1	0,106	2.835	85,5
Não	7,4	12,9	19,3		12,4	14,8	19,9		482	14,5
HIV										
Sim	90,0	79,3	62,5	<0,001	81,6	72,4	70,3	0,001	2.480	74,8
Não	10,0	20,7	37,5		18,4	27,6	29,7		837	25,2

* informações do cartão da gestante; Teste qui-quadrado.

continua

Tabela 2

conclusão

Procedimentos e práticas educativas realizados no pré-natal de gestantes adolescentes segundo sua classe econômica e cor da pele, Brasil, 2011-2012.

Variável	Classe econômica (%)			p	Cor da pele (%)			p	Total (N=3.317)	
	A+B	C	D+E		Branca	Parda	Preta		n	%
Informações/Orientações										
Início do trabalho de parto										
Sim	47,2	44,5	41,1	0,296	48,4	42,4	41,3	0,048	1.449	43,7
Não	52,8	55,5	58,9		51,6	57,6	58,7		1.850	55,8
Sinais de risco										
Sim	58,7	55,5	52,7	0,481	58,4	53,8	52,3	0,185	1.812	54,6
Não	41,3	44,5	47,3		41,6	46,2	47,7		1.485	44,8
Atividade para facilitar parto										
Sim	40,1	39,5	40,5	0,935	37,9	41,1	40,5	0,453	1.325	39,9
Não	59,9	60,5	59,5		62,1	58,9	59,5		1.976	59,6
Amamentação na 1ª hora										
Sim	55,9	59,6	62,5	0,403	58,6	61,1	59,4	0,616	1.989	60,0
Não	44,1	40,4	37,5		41,4	38,9	40,6		1.312	39,6
Orientação sobre maternidade referência										
Sim	56,8	55,1	45,3	0,007	55,7	51,0	50,3	0,240	1.729	52,1
Não	43,2	44,9	54,7		44,3	49,0	49,7		1.582	47,7

* informações do cartão da gestante; Teste qui-quadrado.

Tabela 3

Fatores associados à inadequação do pré-natal de gestantes adolescentes, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Adequação do pré-natal**								
	Adequação(%)	Inadequação(%)	OR bruta	IC95%	p	OR ajustada*	IC95%	p	
Idade (anos)									
10 a 14	4,2	5,7	1,39	0,76 - 2,58	0,287	-	-	-	-
15 a 19	95,8	94,3	1	-		-	-		
Escolaridade									
Adequada para idade	55,4	39,9	1	-	< 0,001	1	-		0,012
Inadequada para Idade	44,6	60,1	1,87	1,40 - 2,48		1,48	1,09 - 2,02		
Cor da pele									
Branca	34,2	26,2	1	-	0,005	1	-		0,079
Parda	60,4	64,7	1,40	1,06 - 1,84		1,23	0,92 - 1,65		
Preta	5,4	9,0	2,20	1,32 - 3,65		1,80	1,07-3,03		
Classe econômica									
A+B	15,1	9,4	1	-	< 0,001	1	-		< 0,001
C	64,9	54,7	1,35	0,93 - 1,97		1,21	0,82 - 1,77		
D+E	20,0	35,9	2,89	1,75 - 4,76		2,19	1,30-3,71		
Situação conjugal									
Com companheiro	71,2	68,5	1	-	0,349	-	-		-
Sem companheiro	28,8	31,5	1,14	0,86 - 1,51		-	-		
Paridade									
Nulípara	89,4	81,1	1	-	< 0,001	1	-		0,024
1	9,7	16,3	1,86	1,30 - 2,67		1,53	1,04 - 2,27		
≥2	1,0	2,5	3,19	1,11-9,14		2,35	0,83 - 6,66		
Fonte de pagamento do pré-natal									
Público	94,6	93,8	1	-	0,541	-	-		-
Privado	5,4	6,2	1,14	0,74-1,77		-	-		
Total	15,6	84,4							

OR = Razão de chances; * Variáveis ajustadas entre si; ** Adequação da assistência pré-natal: início do pré-natal até a 12ª semana gestacional; número adequado de consultas para idade gestacional no parto considerando calendário mínimo de seis consultas; realização pelo menos um de cada um dos exames de rotina do pré-natal; orientação sobre a maternidade de referência para o parto.

da pele preta e parda,^{19,20} assim como problemas na realização do número adequado de consultas, conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde.¹

A redução das barreiras ao diagnóstico da gravidez, início precoce do pré-natal e realização de maior número de consultas poderia significar mais oportunidades de promoção à saúde de adolescentes grávidas. No entanto, a discussão mais relevante é sobre a qualidade da assistência prestada relacionada às desigualdades a que estão expostas as adolescentes pretas e pobres neste país.

Para Kalckmannk *et al.*²¹ a elevada desigualdade social na utilização dos serviços disponíveis tem como ponto chave a hierarquia na estrutura social, elucidando a desigualdade na saúde entre brancos e negros, ocupando, estes últimos, posições inferiores nesta hierarquia e, portanto, experiências desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.

A fragilidade na organização dos serviços de saúde e na captação precoce das gestantes é evidenciada pelo início mais tardio do acompanhamento pré-natal pelas adolescentes pretas/pardas e pobres. O início precoce do pré-natal permite antecipar a identificação de riscos e prevenir complicações, detectando e tratando as doenças crônicas como a diabetes gestacional e a doença hipertensiva, diagnosticando e tratando os casos de infecção urinária e suas possíveis complicações, além da detecção do HIV e da sífilis na gestação, evitando a sífilis congênita, por exemplo.^{22,23}

Identificou-se que cerca de um quinto das adolescentes pretas e das classes D/E não realizaram exame do VDRL, indicado para o diagnóstico da sífilis. As pardas mostraram o mesmo padrão, ligeiramente atenuado. Este cenário se repetiu na realização da ultrassonografia e da sorologia para diagnóstico do HIV. A baixa proporção de realização dos exames de rotina e orientações recebidas durante a assistência pré-natal evidencia a precariedade do pré-natal e sua incapacidade em preservar a saúde das adolescentes e de seus conceitos, perdendo-se a oportunidade de orientá-las sobre as boas práticas no trabalho de parto e parto, de grande relevância para a promoção do parto vaginal e incentivo ao aleitamento materno.^{8,22}

As desvantagens são evidentes inclusive ao final da gestação, pois as adolescentes pretas/pardas e pobres são àquelas que mais relatam não ter recebido orientação sobre a maternidade de referência para o parto, fundamental para evitar a peregrinação na busca de maternidades para realização do parto.¹ O serviço de saúde que deveria compensar a desvantagem social ainda reproduz iniquidades, demons-

trando a ineficiência no sistema e evidenciando a chamada 'equidade inversa', na qual quem mais necessita do cuidado, menos o recebe.²

Apesar de o Brasil apresentar ampla cobertura de pré-natal,⁸ poucas adolescentes receberam assistência adequada durante a gravidez, estando a maior inadequação do pré-natal entre as adolescentes pretas e pobres, de escolaridade inadequada para a idade e múltiparas, o que deixa claro o quadro de desvantagem social para essas mulheres, assim como a percepção diferenciada da qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde entre o grupo de puérperas.

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com adolescentes grávidas foi encontrado efeito diferencial da cor da pele sobre a assistência pré-natal, tendo as adolescentes de cor branca iniciado mais precocemente essa assistência.⁵ Um estudo ecológico nacional também mostrou correlação importante, encontrando menor número de consultas de pré-natal entre puérperas de baixa escolaridade e a cor da pele preta.²⁴

As barreiras psicossociais também podem dificultar o acesso das adolescentes às unidades de saúde. O medo da confirmação da gravidez, do sexo do profissional de saúde que a atenderá, da presença do responsável nas consultas, dentre outras, representam algumas dessas barreiras.²⁵

Neste sentido, a relação de confiança entre os profissionais e a gestante adolescente pode configurar uma grande oportunidade de acesso destas aos serviços de pré-natal. São atitudes essenciais até mesmo para evitar uma próxima gravidez indesejada. Já foi evidenciado que a insatisfação com a gravidez é significativamente maior no grupo de adolescentes (31,8%) do que entre as mulheres com vinte anos ou mais (28,6%),²⁶ e que está associada inclusive a percepção desfavorável do grupo em relação à assistência prestada pelos serviços de saúde.²⁵ No entanto, a gravidez pode ser bem sucedida nas adolescentes desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, capaz de reduzir possíveis desvantagens típicas da idade precoce e melhorar os resultados perinatais.¹²

É sabido que a gravidez na adolescência é um agravante para a evasão escolar de muitas adolescentes e maior dificuldade para competir no mercado de trabalho, trazendo consigo um possível impacto negativo na ascensão econômica dessas jovens mulheres,¹² assim como na percepção das adolescentes sobre sua situação de saúde, sua capacidade de entendimento das orientações recebidas nas consultas, na utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos recomendados pelos

profissionais durante as consultas de pré-natal,²⁷ compondo assim um quadro de desvantagem social.

Chiavarini *et al.*,²⁸ ao estudarem o impacto dos determinantes sociodemográficos na assistência pré-natal em uma região administrativa da Itália, por exemplo, observaram maior proporção de início tardio dos cuidados e menor quantitativo de consultas em mulheres com baixa escolaridade.

Estes achados reforçam o papel protetor da educação nos cuidados à saúde dos adolescentes, uma vez que a escolaridade também pode influenciar sua percepção de seus problemas de saúde, sua capacidade de entendimento das informações passadas, o acesso e utilização dos serviços de saúde e adesão aos procedimentos recomendados pelos profissionais durante as consultas no pré-natal.

O aumento do tamanho da prole, determinada, em grande parte, pelo início precoce da vida reprodutiva, é outra dimensão desse mesmo fenômeno, que reforça a exclusão social dessas mulheres.⁴ Na presente pesquisa, os prejuízos identificados para as adolescentes com partos anteriores foram semelhantes aos resultados de outros estudos que também apontam maior chance de inadequação do pré-natal neste grupo. Discute-se que estas adolescentes possam ter menos tempo disponível devido à sobrecarga na criação dos filhos ou se considerarem com experiência suficiente oriunda da gestação anterior.^{9,7}

Os resultados obtidos refletem a discriminação historicamente construída e que ainda persiste em nosso país, onde pretas e pobres recebem os piores cuidados, e se configuram como marginalizadas dentro da sociedade. Assim, nascer preta e pobre, crescer e engravidar na adolescência configura-se como um forte fator de risco para diversos resultados negativos na gestação e parto. Achado semelhante foi encontrado no país em mulheres de todas as faixas etárias, em que foi identificado que mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas a mulheres brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e ao parto.²⁹

A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica eliminação de iniquidades raciais, e tais componentes são inseparáveis. Segundo os autores supracitados,²⁹ para identificar e combater as

práticas que potencialmente geram as iniquidades faz-se necessário medidas educativas voltadas aos profissionais dos serviços de saúde, que, indubitavelmente, são peça chave neste contexto, ainda que os principais determinantes dessas iniquidades estejam na sociedade e não possam ser corrigidos por um esforço isolado.

Os dados encontrados reforçam a necessidade do cumprimento das políticas públicas sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência, principalmente, sobre a captação precoce das gestantes adolescentes, facilitando seu acesso aos serviços e exames de diagnóstico da gravidez, assim como a capacitação dos profissionais neste atendimento. A institucionalização de ações efetivas com enfoque no planejamento obstétrico e educação, voltadas para este grupo etário, especialmente as de classes socioeconômicas mais desfavoráveis, é uma das alternativas para modificar esta realidade. O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento direcionadas a setores excluídos da sociedade devem servir de rumo para melhorar a qualidade do cuidado ofertado e possibilitar, assim, maior visibilidade e discussão sobre este tema.

Espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar políticas de fixação das adolescentes na rede de ensino e inclusão nos serviços de saúde, cujo papel deveria ser minimizar as desigualdades aqui expostas, visando, no caso das grávidas, assistência pré-natal de qualidade, sem distinção regional, racial ou econômica.

Algumas limitações estão presentes no estudo. Foram incluídas na análise apenas as adolescentes que apresentaram cartão de pré-natal na admissão para o parto. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as que apresentaram e as que não o fizeram. Deve-se apontar também o método de autoclassificação da cor da pele, que detém um grau de subjetividade e depende de fatores como, por exemplo, a inserção social dos sujeitos.

Por outro lado, a utilização de uma amostra nacional representativa de todas as regiões do país, utilizando dados primários, confere validade aos achados.

Referências

1. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Carmo Leal M. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37 (3): 140–7.
2. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan* 2010; 25: 253-61.
3. Silveira MF, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Victora CG. Socioeconomic differentials in performing

- urinalysis during prenatal care. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (3): 389-95.
4. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39: 100-7.
 5. Hueston WJ, Geesey ME, Diaz V. Prenatal care initiation among pregnant teens in the United States: an analysis over 25 years. *J Adolesc Health*. 2008; 42 (3): 243-8.
 6. Magadi MA, Agwanda AO, Obare FO: A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in subSaharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Soc Sci Med*. 2007; 64: 1311-25.
 7. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015; 15 (2): 209-17.
 8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Carmo Leal M. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S85-S100.
 9. Bernardes ACF, Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RCS, Batista RFL, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14: 266.
 10. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, Ribeiro GC. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23 (2): 617-25.
 11. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MTA. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009; 35:15-20.
 12. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à as-sistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl. 1): S101-11.
 13. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Esteves- Pereira AP, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labour and Birth. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S49-58.
 14. Carmo Leal M, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME, Filha MM, Domingues RM, Pereira AP, Torres JA, Bittencourt SD, D'orsiE, Cunha AJ, Leite AJ, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CS, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012; 9: 15.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1 459/2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acessado em abril de 2017.
 16. Brasil. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Relatório Anual 2016. Desenvolvimento Humano nas Macrorregiões Brasileiras. 2016 [Internet]. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2016. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh1/macro-regioes-brasileiras.html>.
 17. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Junior PRB, Victora CG. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S71-83.
 18. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014; 39 (Supl. 1): S192-207.
 19. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultado de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 1609-18.
 20. Andreucci CB, Cecatti, JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27: 1053-64.
 21. Kalckmann S; Santos CG; Batista LE, Cruz MV. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS. *Saúde Soc*. 2007; 16: 146-155.
 22. Polglione RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (7): 1999-2010.
 23. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 789-800.
 24. Predebon KM, Mathias TA, Aidar T, Rodrigues AL. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cad Saúde Pública*. 2010; 26 (8): 1583-94.
 25. Shaw D. Access to sexual and reproductive health for young people: Bridging the disconnect between rights and reality. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 106 (2): 132-6.
 26. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayres S, Gama SGNG e Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016; 13 (Supl. 3): 118.
 27. Viellas EF, Gama SGN, Theme Filha MM, Leal MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15: 443-54.
 28. Chiavarini M, Lanari D, Minelli L, Salmasi L. Socio-demographic determinants and access to prenatal care in Italy. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14:174.
 29. Carmo Leal M, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (Supl. 1): 1-17.

Recebido em 27 de Outubro de 2017

Versão final apresentada em 24 de Maio de 2018

Aprovado em 21 de Setembro de 2018