

RECORTE RAÇA/COR DOS INDICADORES MATERNO-INFANTIS EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

RACE/COLOR BREAKDOWN OF MATERNAL AND CHILD INDICATORS IN A REGIONAL HEALTH IN THE STATE OF GOIÁS

MATOS, Luana da Silva ¹
ASSIS, Thaís Rocha ²
SOUSA, Sterlanny Reis de ³
PASSOS, Vânia Marra ⁴
SILVA, Gecirlei Francisco da ⁵

1 - Estudante. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. R. 235, s/n - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, Brasil. Contato: luanasm.job@gmail.com

2 - Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada do Departamento de Saúde Funcional do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. R. 235, s/n - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, Brasil.

3 - Estudante. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. R. 235, s/n - Setor Leste Universitário, Goiânia-GO, Brasil.

4 - Nutricionista. Coordenadora Geral de Promoção da Saúde da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria do Estado da Saúde de Goiás. Edifício César Sebba, Avenida 136, S/N - St. Sul, Goiânia-GO, Brasil.

5 - Matemático. Doutor em Matemática Computacional e Ciência da Computação, com Ênfase em Estatística. Professor da Universidade Federal de Jataí. BR 364 km 195 - Setor Parque Industrial, Jataí-GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: Embora o Sistema Único de Saúde tenha os princípios de universalidade e equidade, parcelas da sociedade possuem acesso deficiente aos serviços prestados, dentre elas, pessoas de grupos étnico-raciais com ancestralidade negra. Estudos anteriores mostraram prejuízos na assistência materna e infantil, com pior cuidado oferecido às mães pardas e pretas no Brasil. **Objetivos:** Avaliar indicadores materno-infantis da Regional Nordeste I de Goiás entre 2011 e 2021, com recorte raça/cor. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, com dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram realizadas estatísticas descritiva e analítica dos indicadores materno-infantis da regional, com comparação entre os grupos de raça/cor. **Resultados:** Observou-se piora dos indicadores materno-infantis nas mulheres pretas e indígenas, com maiores porcentagens de partos pós-termo e filhos com baixo peso ao nascer, quando comparadas às mulheres brancas e pardas. Apenas 54,56% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, o que provavelmente foi a causa de uma alta prevalência de sífilis congênita local. Mantém-se baixa adesão em consultas de puerpério e puericultura. Observou-se grande incompletude dos dados sobre raça/cor no DATASUS. **Conclusões:** A falta de adesão das gestantes e mães às consultas de pré-natal, puerpério e puericultura foi a principal falha observada na regional. A falta de vínculo entre equipes de saúde e usuárias do SUS, alta prevalência de famílias carentes e de residentes de zonas rurais na região dificultam o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVES: Indicadores de Saúde; Saúde Materno-Infantil; Fatores Raciais; Disparidade em Saúde, Minorias e Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

Introduction: Although Brazil's universal health system has the principles of universality and equity, parts of society have poor access to the services provided, including people from ethnic-racial groups with black ancestry. Previous studies have shown losses in maternal and child care, with worse care offered to brown and black mothers in Brazil. **Objectives:** To evaluate maternal and child indicators in the Northeast I region of Goiás between 2011 and 2021, with a race/color breakdown. **Methods:** This is an ecological study, with data collected from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Descriptive and analytical statistics were carried out on the region's maternal and child indicators, with a comparison between race/color groups. **Results:** A worsening of maternal and child indicators was observed in black and indigenous women, with higher percentages of post-term deliveries and children with low birth weight, when compared to white and brown women. Only 54.56% of pregnant women had 6 or more prenatal consultations, which is probably the reason for the high prevalence of congenital syphilis locally. Adherence to puerperium and childcare appointments remains low. The data on race/color in DATASUS was very incomplete. **Conclusions:** Lack of adherence by pregnant women and mothers to prenatal, puerperium and childcare appointments was the main shortcoming observed in the region. The lack of links between health teams and SUS users, the high prevalence of poor families and rural residents in the region make access to health services and continuity of care difficult.

KEYWORDS: Health Status Indicators; Maternal and Child Health; Race Factors; Health Disparity, Minority and Vulnerable Populations.

INTRODUÇÃO

Os artigos 196 e 197 da Constituição Federal de 1988 declaram a universalidade do SUS, a saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas e o papel do poder público na regulamentação, fiscalização, controle e execução das ações e serviços de saúde¹. Dessa forma, todos os brasileiros devem receber assistência de qualidade à saúde e cuidado integral, independentemente da sua etnia, estado socioeconômico ou local de moradia².

No Brasil, 43,5% e 10,6% dos seus habitantes se declaram pardos e pretos, respectivamente³. Vários estudos já evidenciaram iniquidades em saúde relacionadas ao racismo estrutural presente no Brasil^{4,5,6,7}. Pessoas pretas e pardas têm mais dificuldade no acesso aos serviços de saúde de forma integral e inclusiva, refletindo nos indicadores de saúde materno-infantil^{8,9}. Essa população vive em

um contexto econômico-social fragilizado, em que se observa, por exemplo, situação de pobreza e saneamento básico e moradia inadequados^{10,11,12}. Todos esses determinantes sociais da saúde podem influenciar de forma negativa na saúde das populações, incluindo mães e crianças.

A Regional Nordeste I de Goiás é composta por cinco municípios, sendo que três deles possuem comunidades quilombolas Kalunga em seu território. As comunidades quilombolas são compostas por grupos étnico-raciais com ancestralidade negra e forte ligação com a sua história e seus costumes¹³.

Um estudo desenvolvido em uma comunidade rural quilombola de Minas Gerais evidenciou uma assistência à saúde infantil deficiente, com qualidade apenas no estabelecimento da entrada do paciente na atenção primária¹⁴. Sendo, portanto, ineficiente em fornecer um cuidado continuado e integral às famílias quilombolas locais, contrariando os princípios do Sistema Único de Saúde.

Algumas mulheres quilombolas da comunidade Capoeiras, em Macaíba (RN), afirmaram possuir medo de engravidar por causa da prevalência de complicações durante a gestação na comunidade, evidenciando o fornecimento inadequado de assistência à saúde para essa população. Outros relatos mostraram a falta de vínculo entre a equipe de saúde e as gestantes, dificultando, assim, o acompanhamento da mulher e da criança nesse período¹⁵.

Um estudo que avaliou as iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, com base na pesquisa "Nascer no Brasil", constatou que mulheres pretas tiveram uma pior assistência na gestação e no parto, quando comparadas às mulheres brancas. Mulheres pretas possuem maior risco de terem um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto. Esses fatores estão associados a piores desfechos perinatais, como mortalidade neonatal e materna^{5,6,7}. O Centro-Oeste está entre as três regiões do Brasil que apresenta as maiores taxas de mortalidade materna de mulheres pretas¹⁶.

Em todo o território brasileiro, indígenas são o segundo grupo que mais morre por causas maternas, enquanto as mulheres brancas apresentam as menores taxas. Os indicadores sobre mulheres indígenas

e amarelas oscilam muito no decorrer dos anos, tornando difícil uma análise adequada do seu comportamento no país através de dados secundários, uma vez que há muitas subnotificações destes grupos¹⁶.

Em 2005, mulheres indígenas foram as que menos tiveram pré-natal adequado no Brasil, apenas 23% fizeram 7 ou mais consultas e 12% não tiveram nenhuma assistência pré-natal⁴. Doze anos depois, houve um discreto aumento da proporção de gestantes indígenas que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal (26,4%), enquanto que 18,3% não apresentaram qualquer registro desse tipo de atendimento¹⁷. Crianças indígenas possuem uma chance 60% maior de ir a óbito antes de um ano de idade no Brasil, sendo a maioria por causas evitáveis¹⁸.

Dessa forma, considerando que os indicadores de saúde materno-infantil são uma importante fonte de conhecimento sobre a situação de saúde local^{19,20}, acredita-se que o desenvolvimento de pesquisas que verifiquem possíveis falhas na assistência à saúde materna e infantil poderão subsidiar o planejamento de ações em saúde e intersetoriais. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar indicadores materno-infantis da Regional Nordeste I de Goiás com o recorte de raça/cor.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 4.504.750 de 20/01/2021 e parecer 4.584.413 de 10/03/2021). Trata-se de um estudo ecológico, uma vez que avalia um agregado de indivíduos: Regional de Saúde Nordeste I do estado de Goiás. Esta regional é composta por cinco municípios, sendo eles: Teresina de Goiás, Monte Alegre de Goiás, Cavalcante, Divinópolis de Goiás e Campos Belos. A população que reside nesta região é, predominantemente, negra, uma vez que inclui comunidades quilombolas Kalunga dos municípios de Teresina de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Cavalcante.

O objeto de estudo foram os indicadores materno-infantis da Regional Nordeste I, advindos de dados secundários e oriundos dos Sistemas de Informação de Saúde/Estatísticas Vitais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Parte dos dados foram adquiridos com o

auxílio da Coordenação de Rede de Atenção Materno Infantil da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES). Os dados da pesquisa foram coletados no período de fevereiro de 2021 a julho de 2022.

Foram realizadas estatísticas descritiva e analítica dos indicadores de saúde materno-infantil da Regional Nordeste I. A análise comparativa entre os grupos de raça/cor foi realizada através do software R. Como os indicadores materno-infantis analisados são variáveis qualitativas, utilizou-se o teste qui-quadrado para realizar a comparação entre os grupos, ao nível de significância de 0,05. Os indicadores foram filtrados por residência da mãe e na regional, em um período com amplitude máxima de 2011 a 2021. Há intervalos menores, que serão descritos nos resultados, porque parte dos dados não foi disponibilizada no período desejado.

Neste estudo, os indicadores utilizados e a forma de calculá-los estão descritos na tabela 1. Para todos os cálculos, foi usado o mesmo período e local no dividendo e no divisor.

Tabela 1: Descrição dos indicadores de saúde utilizados e os cálculos realizados.

Indicador de saúde	Cálculo
Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal	Número de gestantes cadastradas no pré-natal dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100
Proporção de gestante com 6 ou mais consultas de pré-natal	Número de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal dividido pelo total de gestantes acompanhadas no pré-natal e resultado multiplicado por 100
Proporção de consultas de puerpério até 42 dias pós-parto	Número consultas de puerpério até 42 dias pós-parto dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100
Taxa de cesárea	Número de partos cesáreos dividido pelo total de partos e resultado multiplicado por 100
Razão de morte materna	Número de óbitos maternos dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100.000
Taxas de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças de até um ano dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 1.000
Mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 1.000

Continua na próxima página...

Continuação...

Mortalidade neonatal tardia	Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 1.000
Mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 1.000
Proporções de partos pós-termo	Número de partos pós-termo dividido pelo total de partos e resultado multiplicado por 100
Partos prematuros	Número de partos prematuros dividido pelo total de partos e resultado multiplicado por 100
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	Dado recebido pronto da Coordenação de Rede de Atenção Materno Infantil
Número de consultas de puericultura	Dado recebido pronto da Coordenação de Rede de Atenção Materno Infantil
Proporções de recém-nascidos com baixo peso ao nascer	Número de recém-nascidos com baixo peso ao nascer dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100
Recém-nascidos com Apgar de 1º minuto menor que 6	Número de recém-nascidos com Apgar de 1º minuto menor que 6 dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100
Recém-nascidos com Apgar de 5º minuto menor que 6	Número de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto menor que 6 dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100
Taxa de incidência de sífilis congênita	Número de casos de sífilis congênita dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 1.000
Proporção de gestantes com sífilis	Número de gestantes com sífilis dividido pelo número de nascidos vivos e resultado multiplicado por 100

Fonte: os autores

Os dados produzidos nesta pesquisa foram discutidos com os membros do grupo de pesquisa. Também foi realizada uma devolutiva com os gestores e profissionais de saúde da Regional Nordeste I, com a presença de lideranças quilombolas Kalunga.

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas com a descrição dos indicadores de saúde materno-infantis da Regional Nordeste I de Goiás por período e município.

A proporção de gestantes cadastradas no pré-natal foi igual à 97,83%, e a proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal foi igual à 54,56%, ambas no período de 2011 a 2021.

As consultas de puerpério puderam ser analisadas somente no período de 2011 a 2017. Em relação a este indicador, constatou-se uma proporção de 42,51% de consultas de puerpério realizadas, com base no número de nascidos vivos no período analisado. As consultas de puericultura também puderam ser acompanhadas somente no período de 2011 a 2017. Foram realizadas 4.322 consultas de puericultura em toda a Regional Nordeste I.

No período de 2011 a 2019, a Regional Nordeste I apresentou um total de 6.340 nascidos vivos. A taxa de cesárea, no intervalo de 2011 a 2019, foi de 40,88%. Concomitantemente, a razão de morte materna encontrada na região foi elevada, atingindo a marca de 94,64 mortes por cada 100 mil nascidos vivos.

A mortalidade infantil foi de 14,98 óbitos por cada mil nascidos vivos. Já as mortalidades neonatais precoces, neonatal tardia e pós-neonatal alcançaram os seguintes valores, respectivamente: 7,26; 1,26 e 6,47 para cada 1.000 nascidos vivos. Todos foram analisados no período de 2011 a 2019.

Ainda no mesmo período que o anterior, constatou-se que a proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer foi de 10,24%, e a proporção de partos prematuros foi de 11,29%.

Em relação ao Apgar, em 2,81% dos recém-nascidos ele estava menor que 6 no primeiro minuto de vida, menor que 6 no quinto minuto de vida em 0,69% dos recém-nascidos, de 2011 a 2019.

A cobertura vacinal com a vacina tetravalente só pode ser avaliada na faixa temporal de 2011 a 2016, na qual demonstrou valores de 102,31; 49,46; 100,72; 91,07; 79,15 e 12,46% no decorrer desses anos. Ao final, a média da cobertura no período foi igual a 72,53%.

A taxa de incidência de sífilis congênita foi analisada no período de 2013 a 2021, com exceção dos anos de 2015 e 2016. Ao final, obteve-se uma taxa de 2,54 casos por 1.000 nascidos vivos. A proporção de gestantes com sífilis foi analisada no período de 2011 a 2021 e o valor obtido foi de 0,71%.

As tabelas 2 e 3 apresentam os indicadores materno-infantis considerados na pesquisa em cada

município da regional Nordeste I.

Tabela 2. Descrição dos indicadores de saúde materna da Regional Nordeste I de Goiás, por período e município.

Indicador	Período	Campos Belos	Divinópolis de Goiás	Cavalcante	Teresina de Goiás	Monte Alegre de Goiás
Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal	2011-2021	100,14%	112,23%	120,62%	48,90%	70,10%
Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal e captação precoce	2011-2019	46,32%	34,93%	33,47%	41,94%	36,74%
Proporção de consultas de puerpério até 42 dias pós-parto	2011-2017	18,52% (2015-2016)*	163,79%	98,67% (2011-2016)*	44,57% (2015-2017)*	2,72%
Proporção de gestante com 6 ou mais consultas de pré-natal	2011-2021	61,98%	50,94%	49,46%	50,01%	45,72%
Taxa de cesárea	2011-2019	47,55%	44,93%	29,74%	34,41%	34,43%
Razão de mortalidade materna (óbitos por cada 100 mil nascidos vivos)	2011-2019	132,54	-	79,30	-	100,10
Proporção de gestantes com sífilis	2011-2021	0,38%	0,14%	0,13%	0,03%	0,03%

Fonte: os autores/**Legenda:** *Único período disponibilizado pela Superintendência de Vigilância em Saúde da SES (SUVISA).

Tabela 3. Descrição dos indicadores de saúde infantil da Regional Nordeste I de Goiás por período e município.

Indicador	Período	Campos Belos	Divinópolis de Goiás	Cavalcante	Teresina de Goiás	Monte Alegre de Goiás
Taxa de mortalidade infantil (óbitos para cada mil nascidos vivos)	2011-2019	14,25	18,84	15,86	13,44	14,01

Continua na próxima página...

Continuação...

Taxa de mortalidade neonatal precoce (óbitos para cada mil nascidos vivos)	2011-2019	6,30	11,59	7,93	5,38	7,01
Taxa de mortalidade neonatal tardia (óbitos para cada mil nascidos vivos)	2011-2019	0,99	1,45	0,79	-	3,00
Taxa de mortalidade pós-neonatal (óbitos para cada mil nascidos vivos)	2011-2019	6,96	5,80	7,14	8,06	4,00
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	-	-	91,45%	73,50%	92,13%	65,60%
Número de consultas de puericultura	2011-2017	569	183 (2016-2017)*	2454	877	239
Número de Nascidos Vivos	2011-2017	2361	146 (2016-2017)*	986	285	799
Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer	2011-2019	9,28%	7,83%	12,37%	8,60%	12,71%
Proporção de partos prematuros	2011-2019	11,07%	13,62%	11,58%	6,18%	11,91%
Proporção de recém-nascidos com Apgar de 1º minuto menor que 6	2011-2019	2,58%	3,04%	3,57%	1,34%	2,90%
Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto menor que 6	2011-2019	0,50%	0,72%	0,87%	1,08%	0,90%
Taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos)	2013-2014 e 2017-2021	2,61	4,37	1,74	7,09	-

Fonte: os autores **Legenda:** *Único período disponibilizado pela Superintendência de Vigilância em Saúde da SES (SUVISA).

Também foi analisado o comportamento de alguns indicadores materno-infantis entre os grupos raça-cor na regional Nordeste I (Tabela 4).

Tabela 4: Análise dos indicadores materno-infantis por grupo raça/cor na Regional Nordeste I de Goiás. Dados referentes ao período de 2011 a 2020.

Raça / Indicador	Branca	Parda	Preta	Amarela	Indígena	Ignorado	p-valor
Tempo de gestação							
Pré-termo	12,02	10,65	11,02	12,90	25,00	19,79	
Termo	83,05	82,29	80,00	77,42	25,00	72,73	0,00
Pós-termo	3,08	5,36	6,71	6,45	50,00	5,35	
Peso ao nascer							
Menor ou igual 2499 g	6,47	9,93	10,06	12,90	25,00	17,38	0,00
Maior que 2499 g	93,53	90,03	89,94	87,10	75,00	82,35	
Apgar de 1º minuto							
Menor ou igual a 6	3,08	2,67	3,35	3,23	-	4,81	0,49
Maior que 6	96,46	96,46	95,93	96,77	100,00	93,85	
Apgar de 5º minuto							
Menor ou igual a 6	0,62	0,71	0,36	-	-	1,34	0,61
Maior que 6	98,92	98,4	98,92	100,00	100,00	97,06	
Adequação do pré-natal							
Inadequado	52,70	56,61	63,23	48,39	50,00	58,02	0,00
Adequado	47,30	43,39	36,77	51,61	50,00	41,98	
Tipo de parto							
Cesariana	67,33	39,12	37,25	51,61	75,00	45,19	0,00
Vaginal	32,2	60,31	62,16	48,39	25,00	53,21	

Fonte: os autores

DISCUSSÃO

A partir dos resultados, observa-se que apesar de a proporção de gestantes cadastradas no pré-natal ser próxima de 100%, mais da metade dessas usuárias (57,07%) não fizeram um acompanhamento adequado da gestação (realização de 6 ou mais consultas pré-natais e captação precoce) na Regional Nordeste I. A situação é semelhante após o parto, pois a proporção de consultas de puerpério não chega a 50%. No município de Teresina de Goiás, a captação tardia das gestantes é comum, pois as gestantes costumam esperar o ventre se tornar visível, principalmente em zonas rurais²¹.

No período de 2011 a 2019, a proporção de gestantes com acompanhamento adequado no pré-natal (6 ou mais consultas) foi igual a 51,55%. Quando se avalia o número de gestantes que iniciaram o

pré-natal ainda no primeiro trimestre (captação precoce) e fizeram 6 ou mais consultas pré-natais, a porcentagem de mulheres com esses dois aspectos atendidos cai para 40,76%. Esses dados evidenciam o fato de que boa parte das gestantes da região não está fazendo um pré-natal adequado e, mesmo dentro do grupo de gestantes com 6 ou mais consultas pré-natais, o acompanhamento é iniciado de forma tardia, o que pode prejudicar a qualidade do pré-natal e os desfechos maternos e fetais.

Há muitos anos considera-se que a taxa de cesariana aceitável deve estar entre 10 e 15%²². No entanto, a taxa encontrada na regional Nordeste I (2011-2019) foi acima do ideal (40,88%). O excesso de cesáreas faz parte da realidade brasileira e compõe o “paradoxo perinatal brasileiro”, no qual o excesso de intervenções hospitalares desnecessárias durante o parto e nascimento trazem resultados maternos e perinatais insatisfatórios, como prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna¹⁵.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a morte de até 10 bebês a cada mil nascidos vivos é a média aceitável para uma região. A taxa de mortalidade infantil na regional Nordeste I (2011-2019) foi igual à 14,98 e, portanto, atingiu uma taxa acima do ideal. Dentre os fatores de risco para a mortalidade infantil estão a prematuridade, baixo peso ao nascer e escore de Apgar baixo²³.

Além disso, a regional analisada possui mortalidade neonatal de 8,52 óbitos por mil nascidos vivos, diferente da meta brasileira até 2030, que é de 5 óbitos por mil nascidos vivos²⁴. As assistências no pré-natal e no parto possuem forte associação com os desfechos perinatais, sendo que a prematuridade, baixo peso ao nascer e fatores maternos, como peregrinação para o parto e baixa escolaridade, aumentam as chances de morte neonatal¹⁵.

O Brasil é o décimo país com o maior número de nascimentos prematuros²⁵, atingindo a marca de 11% de partos prematuros em 2018, com base nos dados disponibilizados no DATASUS. A Regional Nordeste I de Goiás teve valor maior que o nacional. As famílias mais pobres são as mais vulneráveis para a prematuridade e um pré-natal adequado é uma importante medida para reduzir estes partos precoces²⁵. Os municípios da regional Nordeste I, em especial Cavalcante e Monte Alegre, possuem muitas famílias vivendo com menos de meio salário mínimo²⁶.

As consultas de puericultura são importantes para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido até o final da adolescência, sendo que até os dois anos de idade o Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos 9 consultas²⁷. O número de consultas de puericultura está abaixo do esperado na regional Nordeste I. O município de Cavalcante, por exemplo, é o que mais teve consultas de puericultura na regional. No entanto, ainda não seriam suficientes para o acompanhamento completo de todos os nascidos vivos do município pelo menos até os dois anos de idade.

A meta brasileira de cobertura vacinal é de 95% para a tetravalente²⁸. Dessa forma, pode-se concluir que a Regional Nordeste I de Goiás não atingiu a meta e, portanto, as regiões de baixa cobertura precisam identificar os indivíduos que não estão sendo vacinados. Além disso, as regiões de supercobertura vacinal (acima de 100%) precisam reavaliar os dados fornecidos²¹.

A incidência de 0,5 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos é aceitável, de acordo com a OMS²⁹. No entanto, observa-se que a regional analisada possui uma incidência 5 vezes maior. Como abordado anteriormente, a maioria das gestantes da regional nordeste I não realizaram um pré-natal adequado, sendo que este é essencial para prevenir a sífilis congênita²¹.

O Brasil se comprometeu a reduzir a mortalidade materna até 2030 para 30 mortes por 100.000 nascidos vivos²⁴. Entretanto, a mortalidade materna na regional Nordeste I de Goiás permanece elevada, sendo próxima de 95 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Isso pode advir da falta de acesso a serviços qualificados de saúde em tempo hábil. É possível que a mortalidade materna na região seja ainda maior, uma vez que os casos que ocorrem fora do período de gravidez, parto e puerpério não costumam ser reclassificados como óbito materno na base de dados, mesmo que seja comprovado ser um óbito materno após a investigação. Além disso, o estado de Goiás tem uma baixa proporção de óbitos investigados de mulheres em idade fértil⁷.

Ao fazer a análise comparativa entre os grupos de raça/cor, nota-se que mulheres indígenas tiveram as maiores porcentagens de cesáreas ($p=0,00$) e partos pré e pós-termo ($p=0,00$). Sendo este último bem alarmante. Além disso, as crianças indígenas são as que mais nasceram com baixo peso em

relação às outras raças/cores. As mulheres amarelas ocupam a segunda posição com maior porcentagem de parto prematuro ($p=0,00$). É importante salientar que a subnotificação dos dados sobre essas populações pode ter comprometido os resultados obtidos neste estudo. Faz-se necessário a realização de novas pesquisas prospectivas e *in loco*, devido à incompletude dos dados secundários, bem como medidas que reforcem a importância do preenchimento de todas as informações na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) pelos profissionais de saúde.

Também foi possível observar que mulheres pretas e pardas tiveram mais partos pós-termo ($p=0,00$) e vaginais do que mulheres brancas ($p=0,00$). Ao passo que mulheres brancas tiveram mais partos pré-termos ($p=0,00$) e cesarianas ($p=0,00$). A assistência ao parto no Brasil costuma ser intervencionista. Portanto, essa disparidade pode indicar pior assistência às mulheres pretas e pardas e o racismo estrutural⁶. Congruente a essa hipótese, mulheres pretas e pardas tiveram uma proporção maior de pré-natais inadequados do que mulheres brancas ($p=0,00$).

Além disso, as mulheres pretas e pardas tiveram mais filhos com baixo peso ao nascer do que mulheres brancas ($p=0,00$). O que é contraditório, tendo em vista que as cesarianas e partos pré-termos, condições mais comuns que resultam em baixo peso ao nascer, ocorreram mais entre mulheres brancas do que pretas e pardas. Acredita-se que a predominância de filhos com baixo peso ao nascer entre as mulheres pretas e pardas foi devido aos fatores socioeconômicos e a desnutrição materna que prejudicam o desenvolvimento pleno do feto. Novamente, o pré-natal adequado é essencial para prevenir esse quadro²³, além de medidas intersetoriais e políticas públicas que minimizem as iniquidades em saúde dessa população.

Durante a execução desta pesquisa houve dificuldade em conseguir acessar os dados específicos sobre as comunidades quilombolas, seja por falta de acesso aberto aos pesquisadores ou por falta de coleta, notificação ou publicação de dados de informação em saúde pelos agentes responsáveis (pesquisadores e/ou profissionais de saúde). Essa situação dificulta a análise adequada desta população e a formulação de estratégias efetivas para a melhora da saúde local.

Apesar do incentivo ao conhecimento científico sobre a saúde da população negra ser declarado como objetivo na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ainda há dificuldade em acessar informações sobre a saúde dos povoados remanescentes de quilombolas³⁰. Esta precisa ser melhor estudada para que seja possível avaliar a qualidade da assistência prestada⁹. A falta de identificação da população quilombola no DATASUS é um obstáculo para a análise de dados sobre esses indivíduos. Dessa forma, sugere-se a criação da categoria quilombola na plataforma^{2,24}.

Os dados coletados do DATASUS são advindos da DNV. Os campos dessa declaração referentes ao histórico social e econômico da mãe, como raça, escolaridade e idade, são importantes para nortear políticas públicas de equidade em saúde, uma vez que dão visibilidade aos determinantes sociais da saúde^{31,32}. Como pode-se observar na tabela 4, as mulheres que tiveram sua raça/cor ignorada apresentaram altos percentuais em indicadores decisivos nas políticas públicas, como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, Apgar de 1º e 5º minuto menor que 6. Isso reflete, novamente, o problema trazido pela incompletude dos dados, dificultando a análise da realidade em pesquisas, bem como o planejamento de políticas.

CONCLUSÃO

A falta de adesão das gestantes e mães às consultas de pré-natal, puerpério e puericultura foi a principal falha observada na Regional Nordeste I, interferindo nos indicadores materno-infantis. A falta de vínculo entre equipes de saúde e usuárias do SUS, alta prevalência de famílias carentes e de residentes de zonas rurais na região podem justificar esse quadro. Quando comparadas às brancas e pardas, as mulheres negras apresentaram piores indicadores materno-infantis. As crianças indígenas são as que mais nasceram com baixo peso em relação às outras raças/cores e metade das mulheres indígenas tiveram partos pós-termo. As mulheres amarelas ocupam a segunda posição com maior porcentagem de parto prematuro. A incompletude nos registros das DNV não permitiu o conhecimento sobre raça/cor de muitas mulheres e crianças, dificultando a análise adequada de indicadores materno-infantis importantes para o planejamento das políticas públicas, como baixo peso ao nascer, prematuridade e índices de Apgar menores que 6.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2022 Nov 20]:218. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf
- 2 - Mota AN, Maciel ES, Quaresma FRP, de Araújo FA, Sousa LVA, Junior HM, et al. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. *J Hum Growth* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 20];31(2):302-309. Available from: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/11404>
- 3 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. Rio de Janeiro (RJ): IBGE [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 05]:15. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf
- 4 - Ministério da Saúde (BR). Painel de Indicadores do SUS - Temático Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007 [cited 2023 Oct 05]:28. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf
- 5 - Freitas Júnior RAO, Santos CAD, Lisboa LL, Freitas AKMSO, Garcia VL, Azevedo GD. Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Abr 29];42(2):100-109. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7ff6wC6j7TNt9yCxhrbQzhN/?format=pdf&lang=pt>
- 6 - Leal MC, 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 colet.* [Internet]. 2017 [cited 2021 Ago 21];33(13):1-17. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>
- 7 - Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Júnior PRB, Victora CG. Estimacão da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2014 [cited 2021 Ago 21];30(Suppl.1):S71-S83. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HhYmP94jxzwyfxZ9MWqVxrP/?format=pdf&lang=pt>
- 8 - Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2014 [cited 2021 Abr 29];22(3):307-313. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7wN9gtxYr3BRRx5bBgTRzBd/?lang=pt>

9 - Cardoso CS, Melo LO de, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [cited 2021 Abr 29];12(4):1037-1045. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110258>

10 - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (BR). Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Brasília (DF): SEPPPIR, 2004 [cited 2022 Nov 20]:14. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_igualdade_racial.pdf

11 - Fernandes CR. O que queriam os Kalungas? A transformação do olhar acadêmico sobre as demandas quilombolas do nordeste de Goiás. Interações [Internet]. 2015 [cited 2021 Abr 29];16(2):421-431. Available from: <https://www.scielo.br/j/inter/a/PVkzS6zMGL8MPR8ZCFfkYwB/?format=pdf&lang=pt>

12 - Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (BR). Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Plano de Ações do Quilombo Kalunga: municípios de Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás. Brasília (DF): Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos; 2016 [cited 2022 Nov 20]:37. Available from: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Plano-de-acoes-do-quilombo-Kalunga.pdf

13 - Ministério da Cidadania (BR). Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Comunidades Quilombolas. Brasília (DF): Ministério da Cidadania; 2015 [cited 2022 Mai 08]. Available from: <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidades-tradicionais/comunidades-quilombolas>

14 - Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2014 [cited 2021 Abr 29];19(2):365-371. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jXrTm9h5NWhFQbykXmLKYzp/?format=pdf&lang=pt>

15 - Lansky S, Friche AAL, da Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2021 Ago 21];30 (Suppl.1):S192-S207. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrMrGrGJvcVMKmJdqR/?format=pdf&lang=pt>

16 - Carvalho D, Meirinho D. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 05];14(3):656-80. Available from: <https://brapci.inf.br/index.php/res/download/148347>

17 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2023 Oct 05]:86.

Available from:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf

18 - Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, Santos RV. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 05];72(1):57-63. Available from:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/3MmDHLz6bNSwx9w6qVHbZSf/?format=pdf&lang=pt>

19 - Ministério da Saúde (BR). UNA-SUS/ UFMA. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. São Luís (MA): UNA-SUS/ UFMA; 2015 [cited 2022 Nov 20]:43. Available from:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf

20 - Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2012 [cited 2021 Abr 29];36(2):527-538. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>

21 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Planejamento Regional Integrado 2021. Campos Belos (GO): Ministério da Saúde; 2021; p.149.

22 - World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: WHO; 2015 [cited 2022 Jul 19]. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=8360F6385BCD526C07764708C67EECA2?sequence=3

23 - Florêncio V, Souza W, Lima A, Velasco W. Fatores associados à taxa de mortalidade infantil. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS [online]. Goiás, Brasil; 2021 [cited 2022 Jul 19]. Available from:

<https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/I%20I-%202021/Mortalidade%20-%20Fatores%20Associados%20a%20Taxa%20de%20Mortalidade%20Infantil.pdf>

24 - Ministério da Economia (BR). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. ODS 3 - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades - O que mostra o retrato do Brasil. Brasília (DF): Ministério da Economia; 2019 [cited 2022 Jul 19]; p.46. Available from:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf

25 - World Health Organization (WHO). Preterm birth. [online]. Genebra: WHO; 2022 [cited 2022 Dec 02]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

26 - Secretaria Municipal de Saúde (GO). Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Teresina de Goiás (GO): Secretaria Municipal de Saúde; 2021 [cited 2022 Dec 02]; p.38. Available from: https://acessoainformacao.teresinadegoias.go.gov.br/outras_informacoes/planomunicipal/id=27

27 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2022 Jul 19]; p.274. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

28 - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BA). Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim de imunização – Resultado das Coberturas das vacinas do Calendário Básico da Criança. Bahia (BA): Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2019 [cited 2022 Jul 19]; p.15. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2019-Boletim-calend%C3%A1rio-vacinal-da-crian%C3%A7a-1%C2%BA-Semestre-1.pdf>

29 - Lima BMC. Oficina de Comitê de Transmissão Vertical de Sífilis. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo - Coordenação Estadual de DST, AIDS e Hepatites Virais. Vitória-ES, 2019 [cited 2022 Jul 19]; p.55. Available from: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/S%C3%ADfilis/Oficina%20de%20Comit%C3%AA%20de%20Transmiss%C3%A3o%20Vertical%20de%20S%C3%ADfilis%202009-08-19.pdf>

30 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2022 Nov 20]; p.46. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

31- Pedraza DF. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura [Internet]. Ciênc Saúde Coletiva 2012 [cited 2023 Oct 05];10:2729-37. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JdcH5qb6C4Zd6p9YdmSppVK/abstract/?lang=pt>

32 - Baron R, Manniën J, te Velde SJ, Klomp T, Hutton EK, Brug J. Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study [Internet]. BMC Pregnancy Childbirth 2015 [cited 2023 Oct 05];15:261. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604767/>