

Determinantes e condicionantes de saúde em um pré-natal de alto risco da Região dos Caetés do estado do Pará

Health determinants and conditions in a high risk prenatal in the Caetés Region of the state of Pará

Rivânia da Silva Lima ¹

Amanda Cristina Ribeiro da Costa ²

RESUMO

Este artigo objetivou verificar os determinantes e condicionantes de saúde de usuárias acompanhadas em um pré-natal de alto risco em um hospital do município de Bragança, no Estado do Pará. A pesquisa possui caráter exploratório, descritivo e abordagem quanti-qualitativa. Os resultados apontam a ameaça ou violação de direitos vivenciados pelas participantes. Destacam-se dificuldades de acesso aos serviços públicos, alimentação desregulada, desemprego ou precarização do trabalho. Conclui-se que para além das causas da gestação de alto risco, o contexto social e o acesso a rede de serviços dificultam um progresso satisfatório no pré-natal e culminam em um prejuízo na condição de saúde das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes e Condicionantes de Saúde, Vulnerabilidades, Mulheres, Gestação de Alto Risco.

ABSTRACT

This article aimed to verify the health determinants and conditions of users followed in a high-risk prenatal care in a hospital in the city of Bragança, in the State of Pará. The research has an exploratory, descriptive character and a quantitative and qualitative approach. The results point to the threat or violation of rights

¹ Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização pelo programa de residência multiprofissional em saúde da mulher e da criança pela UFPA. Telefone: +55 (91) 9 8144-5946
Email: lima.rivania@yahoo.com.br

² Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em Psicologia (Teoria e pesquisa do comportamento) pela UFPA. Professora da Faculdade de Serviço Social da UFPA. E-mail: amandacostaufpa@gmail.com

experienced by the participants. Difficulties in accessing public services, unregulated food, unemployment or precarious work stand out. It is concluded that, in addition to the causes of high-risk pregnancy, the social context and access to the network of services hinder satisfactory progress in prenatal care and culminate in a loss in their health condition.

Keywords: *Determinants and health conditions, Vulnerabilities, Women, High risk pregnancy.*

INTRODUÇÃO

Este estudo objetivou verificar os determinantes e condicionantes de saúde de mulheres atendidas em um pré-natal de alto risco. O interesse pela construção da pesquisa empreendida e que resulta neste artigo, se deu a partir da experiência de uma das autoras como residente multiprofissional em Serviço Social, pela Universidade Federal do Pará (UFPA) no Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria (HSAMZ) localizado no município de Bragança, Estado do Pará, sendo referência na Região dos Caetés.

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu Art. 196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Além disso, é importante destacar o artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, o qual faz referência a importância da análise totalizante do contexto em que o sujeito se encontra inserido.

Logo, pode-se afirmar que a saúde tem estreita relação com o acesso aos serviços públicos, sendo determinantes e condicionantes: a moradia, o saneamento básico, a renda, escolaridade, raça, formas de lazer, transporte público, entre outros (BRASIL, 1990). No entanto, é necessário compreender esses fatores a partir de mediações sobre a forma como o país distribui e acumula suas riquezas e a interferência disto na realidade social, no acesso a bens fundamentais e no processo saúde-doença.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Por assim dizer, os determinantes sociais e condicionantes podem ser compreendidos a partir do sistema sócio metabólico do capital como expressões da questão social, discutida por Iamamoto (2013) como:

A “questão social” condensa múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (p. 330).

Quando se debruça sobre a questão de gênero, a partir de uma perspectiva da historicidade, nota-se que, em meados do século XX, a saúde da mulher era condicionada à saúde reprodutiva, ou seja, avaliações e possíveis tratamentos giravam em torno da maternidade. Isto se devia aos lugares sociais historicamente reservados às mulheres, quais sejam: filha, esposa, mãe. Com o crescimento e fortalecimento do movimento feminista, se exigia então que a saúde da mulher fosse cuidada em todos os ciclos da vida, não somente no período reprodutivo, observando-se a garantia de seus direitos reprodutivos (MAIA, 2010).

Verifica-se então que a história das mulheres foi e ainda é atravessada cotidianamente por desigualdades de classe, raça e gênero que incidem nas relações sociais, estas que, em muitos casos, ainda são responsáveis exclusivamente pelo cuidado com a família e pela sua função estritamente materna, cabendo a mesma o trabalho improdutivo na perspectiva do capital (VASCONCELOS, 2009).

Esta realidade se torna ainda mais adensada em períodos gestacionais, uma vez que os aspectos sociodemográficos como moradia, escolaridade, profissão, renda, cor/raça e idade, são considerados fatores importantes para se definir uma gestação de alto risco (CARVALHO *et al.*, 2021).

Além dos aspectos sociodemográficos, as características individuais também contribuem para a definição de gravidez de risco, especialmente aquelas associadas à questão física como, idade superior a 35 anos ou inferior a 15 anos, altura inferior a 1,45m, anormalidades nos órgãos reprodutivos, entre outros. Existem também os riscos relacionados à história reprodutiva em que a gestante pode ter vivenciado aborto, morte perinatal, hemorragia, infertilidade, dentre outros (NOVAES *et al.*, 2018).

As doenças pré-existentes, são aquelas que já estavam instaladas antes do processo gestacional como hipertensão arterial, problemas cardiológicos, pulmonares, nefrológicos, epilepsia, doenças infecciosas e autoimunes (NOVAES *et al.*, 2018).

Vale ressaltar, que o número de mulheres que evoluem à óbito relacionado à gestação ainda é alarmante, principalmente em países com escassa distribuição de renda, e precariedades na oferta de serviços de saúde pública. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no ano 2019 houve cerca de 58 (cinquenta e oito) óbitos a cada 100.000 (cem mil) recém-nascidos no Brasil, com destaque para crescente mortalidade para a região norte do país (BRASIL, 2021).

Portanto, faz-se necessário conhecer os determinantes e condicionantes sociais que provocam o agravamento na saúde de mulheres gestantes de alto risco. Por sua vez, a instituição que oferta o pré-natal deve dispor de uma equipe multiprofissional, sendo estes: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Nutrição em que se busca um trabalho articulado e sensível à saúde física e mental das usuárias (CARVALHO *et al.*, 2021).

No que concerne ao Serviço Social, o/a assistente social como trabalhador/a da saúde intervém de modo a reconhecer o/a usuário/a por meio de uma concepção ampliada de saúde, fazendo as devidas mediações dos determinantes socioeconômicos, políticos e culturais que devem ser considerados.

Nesse sentido, o/a profissional deve atuar conjuntamente com a equipe multiprofissional buscando maneiras de promover condutas que considerem o/a usuário a partir de uma perspectiva de totalidade, de forma humanizada, proporcionando o diálogo, autonomia, informação, respeito, reconhecendo-o/a como sujeito de direitos.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada e que subsidiou a elaboração deste artigo, se deu do tipo exploratória e por meio de uma abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa fora exploratória, pois foi de interesse alcançar uma visão ampla sobre os determinantes e condicionantes de saúde relacionados à gestação de alto risco, a fim de que os resultados

obtidos e analisados contribuam para a construção de estudos avançados. Realizou-se também uma pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento teórico através de conteúdos, legislações e autores que tratam sobre a temática (GIL, 2008).

A abordagem quanti-qualitativa é a indicada para pesquisas que tendem a se aproximar do método marxiano de investigação, uma vez que se considera necessária a mediação de dados objetivos e subjetivos para tentar explicar/conhecer os fenômenos investigados, à guisa de desvendar o real, mas ao mesmo tempo consubstanciar processos interventivos (PRATES, 2012). Ou seja, conforme o pensamento de Netto (2011), um método investigativo que se atenta através da reprodução mental perpassando por mediações, em vista de se aproximar da realidade e da totalidade do seu objeto de estudo.

O formulário utilizado nas entrevistas para a coleta de dados foi desenvolvido com base no Manual Técnico para Gestação de Alto Risco elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 2010. A população a que este estudo se aplicou foi de mulheres gestantes com idade entre 20 a 41 anos acompanhados no pré-natal de alto risco do hospital. A amostra ocorreu por acessibilidade, não probabilística, onde coletou-se as informações necessárias da população que esteve acessível no período da coleta de dados (GIL, 2008).

Tratando-se dos cuidados éticos, a entrevista semiestruturada foi aplicada nos meses de agosto à outubro do ano 2019, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Núcleo de Medicina Tropical (NMT) da UFPA (Número do Parecer: 3.377.753), de acordo com a Resolução 466/12, com a assinatura da carta de anuência pelo responsável, atestando formalmente a autorização da instituição concedente a pesquisa de campo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cada participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a organizar e sistematizar tal seção, esta foi dividida por categorias, com base no Manual Técnico para Gestação de Alto Risco elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 2010, objetivando conhecer os determinantes e condicionantes de saúde deste grupo, sendo assim, divididos em fatores individuais, contexto social e acesso a rede de serviços.

Eixo A: Fatores individuais

Buscou-se neste eixo conhecer os fatores como idade, raça, as causas da gestação de alto risco, doenças pré-existentes, planejamento da gravidez, conhecimento sobre os métodos contraceptivos, bem como a história reprodutiva, considerando a quantidade de gestações, abortos e natimortos.

Tabela 1 – Faixa etária, Raça.

Faixa etária, raça		
Idade	20-41	
Raça	Quantidade	Percentual
Negra	27	90
Branca	3	10
Total	30	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

Como pode-se observar na **Tabela 1**, entre as participantes, 90% fazem parte da população negra. Conforme o Estatuto da Igualdade Racial, são considerados negros pessoas que se auto declaram pardas ou pretas, e 10% se auto declararam brancas (BRASIL, 2010).

É de grande importância a discussão de raça relacionada ao racismo institucional, provocado principalmente por órgãos da saúde. Lopez (2012) reflete sobre a realidade vivenciada pela população negra, especificamente mulheres gestantes que possuem menor atenção durante o pré-natal e no momento do parto, chegando a receberem menor quantidade de anestesia durante a cirurgia obstétrica por serem consideradas resistentes a dores em comparação as mulheres brancas.

Tabela 2 – Causas da Gestação de Alto Risco

Causas	Quantidade
Asma	1
Depressão	1
Coágulo sanguíneo no útero	1
Deslocamento da placenta	1
Diabetes gestacional	2
Doença renal em estágio final	1
Fator idade	7 (36 a 41 anos)
Gravidez ectópica	1
Gravidez gemelar	1
Gravidez gemelar com morte de um dos gêmeos	1
Hipertensão arterial	2
Histórico gestacional - Aborto espontâneo	7
Histórico gestacional - Morte perinatal	6
Sangramento vaginal	2
Síndrome dos ovários policísticos	2

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

De acordo com a **Tabela 2**, observa-se que 07 das participantes possuem idade de 36 a 41 anos, idade considerada avançada para uma gestação, pois há a maior probabilidade da incidência de problemas nos óvulos, devido a redução da fertilidade e da frequência de doenças crônicas (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Tabela 3 – Doenças pré-existentes, Gravidez planejada e Métodos Contraceptivos.

Doenças pré-existentes	Quantidade	Percentual
Sim	8	26,67
Não	22	79,33
Gravidez Planejada		
Sim	15	50
Não	15	50
Conhecimento sobre métodos contraceptivos		
Sim	27	90
Não	3	10
Total	30	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

É necessário informar que algumas usuárias apresentavam uma complexidade de fatores de risco, por exemplo, além da causa da gestação de alto risco, as gestantes apresentavam em conjunto outros fatores, como doenças pré-existentes, 26,67% delas

conviviam com doenças como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), Inflamação da Glândula Tireoide, Diabete e Hipertensão Arterial, dentre outras.

Com relação a gravidez planejada, 50% afirmaram que não houve o planejamento, enquanto o restante planejou a gravidez. 90% afirmaram que dispõem de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e apenas 10% não. Das 07 participantes com gestação tardia, 06 delas vivenciavam uma gestação não planejada, sendo que o planejamento reprodutivo é o ideal para o conhecimento de todos os métodos contraceptivos, evitando também intercorrências negativas no processo da gestação, ou seja, antes de engravidar a mulher deve ter acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica, para que esteja bem fisicamente e emocionalmente (BRASIL, 2010).

Tabela 4 – Quantidade de Gestações, abortos e natimortos.

Quantidade de Gestações	Gestantes	Percentual	Abortos	Percentual	Natimortos	Percentual
1	4	13,33	0	0	0	0
2	15	50	6	42,9	4	57,1
3	4	13,33	1	7,1	1	14,3
4	2	6,67	2	14,3	0	0
5 ou mais	5	16,67	5	35,7	2	28,6
Total	30	100	14	100	7	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

Tratando-se da quantidade de gestações, 16,67% são multigestas – mulheres que vivenciam de cinco a mais gestações. Na pesquisa realizada, identificou-se que a 26ª participante com idade de 36 anos se encontrava na oitava gestação, com um histórico reprodutivo de 03 abortos. Existem estudos que apontam um maior risco de morte materna para as mulheres nesta condição, principalmente quando associados ao fator idade, condição socioeconômica desfavorável, bem como a uma assistência à saúde ineficaz (SOARES; SCHOR; TAVARES, 2008).

Esta participante, em uma gestação de alto risco, devido à perda de líquido e doenças pré-existentes como hipertensão arterial e IST, trouxe em sua fala a dificuldade para acessar o serviço de Atenção Básica do SUS.

Eu moro no ramal do bananal, eu tenho que vir andando, eu vou para o meu posto de saúde andando e volto pra casa também andando e como a minha gravidez ela tá muito avançada prende as minhas pernas, eu chego em casa pedindo a Deus pra eu chegar, é difícil, muito difícil mesmo (26º participante, 2019).

Para um progresso satisfatório da gestação de alto risco, também é necessário o uso de medicamentos prescritos, sendo este também um fator que quando não cumprido, pode trazer prejuízos à gestação, ocorrendo, conseqüentemente, a não garantia do direito à saúde. De acordo com Boing (2013) alguns medicamentos são ofertados pelo SUS. Os que não são ofertados acabam demandando que a população usuária utilize a rede privada para poder acessar tais medicamentos, trazendo sofrimento para aqueles com poucos recursos.

O meu marido pesca, meu remédio não é dado é comprado e uma caixa de remédio é 65 reais e aí as vezes eu tenho e as vezes eu não tenho aí só tomo quando ele tem dinheiro pra comprar, mas se ele não tiver eu não posso tomar (25º participante, 2019).

Eixo B: Contexto social

No contexto social, objetivou-se conhecer as particularidades de cada gestante. Os itens analisados foram: ser residente no mesmo município que realiza o acompanhamento; se é proveniente da zona urbana ou rural; estado civil; abandono parental; presença parental; apoio familiar; condições de alimentação; habitação; grau de escolaridade; trabalho; renda familiar; acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou Benefício de transferência de renda do Programa Bolsa Família (PBF).

A situação de gestantes que não residem no município onde fazem o acompanhamento é preocupante. A falta de suporte necessário da rede de serviços no seu local de moradia interfere no cotidiano, como mostra a fala da 14º participante: “eu tive que mudar da cidade onde eu morava que lá não tem essa assistência do atendimento de alto risco”.

Tabela 5 – Aspectos do contexto social.

	Quantidade	Percentual
Reside no município de acompanhamento do pré-natal		
Sim	22	73,33
Não	8	26,67
Proveniente da zona		
Urbana	17	56,67
Rural	13	43,33
Estado civil		
Casada	7	23,33
Solteira	4	13,33
Divorciada	0	0
Viúva	0	0
União Estável	19	63,33
Genitor		
Presente	28	93,33
Ausente	2	6,67
Genitor faz uso do álcool		
Sim	13	43,33
Não	15	50
Genitor faz uso de cigarro		
Sim	6	20
Não	22	73,33
Genitor faz uso de substâncias ilícitas		
Sim	0	0
Não	28	93,33
Recebe apoio familiar		
Sim	29	96,67
Não	1	3,33
Total	30	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

Nas ações desenvolvidas com as famílias no serviço do pré-natal, estimulou-se a participação do companheiro durante as consultas e a realização do pré-natal do parceiro por parte dos genitores (BRASIL, 2016). Verificou-se que 63,33% convivem em união estável e 23,33% são casadas. Dentre as mulheres que possuem parceiros, 93,33% delas afirmaram que os mesmos são presentes no processo gestacional.

De acordo com Holanda *et al.* (2018), a interação entre o casal tem sua relevância para a segurança destes em relação ao desenvolvimento da gestação, a escolha do parto,

preparação para o pós-parto, cuidados com o bebê e, conseqüentemente, a promoção do fortalecimento dos vínculos afetivos.

A 20ª participante traz em sua fala a dificuldade que o casal encontra para participarem das consultas e o filho mais novo do casal torna-se o acompanhante: *“tem vezes que falta o dinheiro pra pagar a passagem que é oito reais. Meu marido até que queria vir comigo hoje, mas só que ele mandou o pequeno por causa da passagem”*.

Em relação ao estado civil, 13,33% se declararam solteiras, sendo que 6,67% vivenciam o abandono total do genitor onde não recebem nenhum auxílio financeiro e nem apoio emocional, se configurando em um abandono afetivo e material.

Em 2015, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) lançou a Cartilha Pai Presente e Certidões que traz dados coletados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do ano 2011, a qual mostra o quantitativo de alunos que não possuíam o nome do pai na certidão de nascimento. No Estado do Pará o número chegava a 505.247 e no Brasil totalizavam 5.494.267 (BRASIL, 2015).

O número de mães solo no Brasil é crescente, causando sobrecargas à mulher com o trabalho do cuidado, como afirma Almeida e Soares (2012). Percebe-se na fala de uma das participantes a realidade de vivenciar uma gestação de alto risco sozinha e sobre a sua dificuldade em permanecer no acompanhamento. Além do fator financeiro, há o emocional, sem um acompanhante, o qual poderia ser o genitor:

Mas a questão do acompanhante, sempre é só eu, desde o início, mesmo quando comecei a fazer hemodiálise, sempre foi só eu, aí agora com a gravidez continua sendo, eu acho que financeiro eu tenho um pouco de dificuldade porque tenho que fazer ultrassonografias que são caras e só é eu também (27ª participante, 2019).

Para o bem-estar, estabilidade emocional e auxílio financeiro à gestante, é imprescindível o apoio familiar e uma rede de apoio com vínculos fortalecidos. Mulheres que recebem atenção e carinho veem a gravidez como algo positivo, conforme afirmam Oliveira e Dessen (2012). Neste estudo, 96,67% afirmaram que recebem apoio familiar e 3,33% nenhum. De fato, este apoio tem a sua importância, mas é essencial que a gestante

também receba o suporte da rede de serviços públicos, como a oferta de creches no seu território, como exposto na seguinte fala:

Às vezes eu não posso vir para as consultas por causa da minha filha, eu não tenho com quem deixar, tenho que ficar esperando pelos outros, pelas vizinhas, as dores que eu sinto no meu rim, as vezes me atacam que eu não tenho nem como andar e tenho que ficar na rede deitada esperando pelos outros fazer as coisas por mim quando a minha mãe não tá (12º participante, 2019).

Tabela 6 – Aspectos do Contexto social

Alimentação por dia	Quantidade	Percentual
1	0	0
2	3	10
3	7	23,33
4 ou mais	20	66,67
Dificuldade financeira para se alimentar com frequência		
Sim	5	16,67
Não	25	83,33
Condições de habitação		
Própria	16	53,33
Alugada	1	3,33
Cedida	2	6,67
Agregada	11	36,67
Tipo de habitação		
Alvenaria	26	86,67
Madeira	4	13,33
Taipa	0	0
Total	30	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

Os resultados mostram que algumas gestantes apresentam insegurança alimentar, sendo este fator prejudicial para o desenvolvimento de uma gestação, tanto para a mãe quanto para o feto, visto que os dois necessitam de nutrientes e minerais saudáveis. Estes fatores, associados ainda pela condição de risco da gestação, podem intensificá-los.

Em relação as condições de habitação, elas são variáveis, mas ainda se apresentam como fator de risco quando menos de dois terços dessas mulheres possuem casa própria. As demais são dependentes de casas alugadas e cedidas. Essas condições implicam em

certa vulnerabilidade social das gestantes, apresentando-se como condições desfavoráveis para uma gestação de alto risco (CARVALHO *et al*, 2021).

Tabela 7 – Aspectos do contexto social

Escolaridade	Quantidade	Percentual
Fundamental completo	3	10
Fundamental incompleto	3	10
Médio completo	11	36,67
Médio incompleto	6	20
Superior completo	6	20
Superior incompleto	1	3,33
Profissão/Ocupação		
Carteira assinada	2	6,67
Concursada	1	3,33
Nunca trabalhei	8	26,67
Pretendo trabalhar	9	30
Sem carteira assinada	10	33,33
Renda mensal da família		
Nenhuma renda	0	0
Menos de 1 salário-mínimo	12	40
1 salário-mínimo	9	30
Até 2 salários-mínimos	4	13,33
De 2 até 4 salários-mínimos	3	10
Superior a 5 salários-mínimos	2	6,67
Benefício assistencial BPC		
Sim	2	6,67
Não	28	93,33
Benefício programa Bolsa Família		
Sim	16	53,33
Não	14	46,67
Total	30	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

Com relação a escolaridade e profissão, verificou-se que cerca de 40% delas não concluiu o Ensino Médio, o que pode prejudicar sua inserção no mercado de trabalho e o recebimento de salários que garantam suas necessidades básicas. Sobre as condições de trabalho, 70% das participantes ganha até um salário mínimo. Apenas uma participante possui estabilidade, sendo servidora pública concursada no seu município, e 6,67% executam atividades laborais formais com carteira de trabalho e previdência social

assinada, que traz também segurança com o vínculo empregatício e direito a licença maternidade remunerada.

As demais, 33,33% trabalham informalmente como lavradoras, diaristas, vendedoras, dentre outras atividades, 30% ainda pretendem trabalhar e 26,67% nunca exerceram nenhuma atividade laboral.

Falar sobre trabalho e mulheres, precisamente mães, leva o debate para outras discussões tão necessárias em uma sociedade movida ainda por um sistema patriarcal, no qual o papel cobrado de uma mulher quando se torna mãe é o do cuidado integral com o seu filho, mesmo quando inserida no mercado de trabalho.

Além disso, há o medo de perder o seu vínculo empregatício após o seu retorno, ou o receio de não ser contratada por ter um filho. A fragilização do vínculo construído enquanto era a cuidadora principal e a diminuição da amamentação são alguns fatores que provocam sofrimento em mulheres que se tornam mães (CAVALCANTI; BAÍA, 2017).

Eixo C: Acesso a rede de serviços.

Este tópico tem como interesse conhecer o acesso a rede de serviços das participantes, visto que ainda há limitações e desigualdades, quando associadas a empecilhos geográficos, desinteresse de governantes, acarretando o impedimento ou a facilidade para usufruir de serviços básicos.

Pode-se observar que apenas 6,67% das participantes possuem limites de acesso quando se trata da existência de Unidade Básica de Saúde em sua localidade. Sobre o recebimento de visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no seu domicílio, 30% não recebem, um trabalho tão importante para a família que não é usufruído. O ACS é o profissional que faz parte da comunidade, promove educação em saúde, prevenção de agravos e interfere na qualidade de vida dos sujeitos, observando situações de vulnerabilidade em relação ao saneamento básico, formas de violências, dentre outras atividades (BRASIL, 2009).

Tabela 8 – Acesso a rede de serviços

Unidade Básica de Saúde no seu território	Quantidade	Percentual
Sim	28	93,3
Não	2	6,7
Visita do agente comunitário de saúde		
Sim	21	70
Não	9	30
Centro de referência da assistência social		
Sim	18	60
Não	12	40
Transporte público		
Sim	21	70
Não	9	30
Condições do transporte público		
Bom	7	23,3
Ruim	14	46,7
Não tem acesso	9	30
Luz elétrica		
Sim	26	86,7
Sim, de forma ilegal	4	13,3
Coleta de lixo		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Abastecimento de água		
Companhia de Saneamento do Pará - COSANPA	7	23,3
Poço artesiano	22	73,3
Poço caipira	1	3,3
Total	30	100

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa de campo, 2019).

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) deve estar localizado próximo as famílias em território onde há a maior expressão de vulnerabilidades, promovendo serviços socioassistenciais à população de Proteção Social Básica, prevenção a violações de direitos, realizando busca ativa e uma de suas competências é a de acompanhar famílias que se encontram com insegurança alimentar, sendo esta a realidade de 16,67% de gestantes como se viu anteriormente (BRASIL, 2011). Neste estudo identificou-se que para 40% das participantes o CRAS não está disponível em seus territórios.

O prejuízo que a falta de acesso e as más condições do transporte público causam na mobilidade afeta a vida de inúmeras pessoas que necessitam se deslocar para

usufruírem basicamente do seu direito de ir e vir. A desigualdade social dentro de um contexto capitalista é refletida também nas condições do transporte coletivo. Entende-se aqui como um serviço público que interfere na condição de saúde, educacional e trabalhista.

É possível afirmar que as más condições provocam uma queda na qualidade de vida da população que precisa utilizar o transporte coletivo para se locomover. Com isso se chega aos seguintes resultados: 70% possuem acesso ao transporte público e 30% não. Em relação as condições de oferta do serviço, 46,67% referem que o mesmo é ruim e 23,33% dizem ser um bom serviço. Algumas gestantes apresentaram em seus relatos intensas dificuldades com relação ao transporte coletivo que trazem consequências para a gestação e ao progresso do pré-natal.

Muitas das vezes a gente não tem o dinheiro da passagem e meu marido trabalha passa o dia todo fora não tem como vir e não tem como a gente vir de bicicleta, toda vez que venho com ele de bicicleta começo a sangrar, aí o transporte passa só dias de segunda, quarta e sexta só pela parte da manhã, a tarde não tem, mas mesmo assim a gente consegue vir (23ª participante, 2019).

A oferta de serviços de infraestrutura básica à população no Brasil ainda é desigual, trazendo impactos na qualidade de vida, principalmente quando se trata do acesso a coleta de lixo, água potável e consumo de energia elétrica. O direito ao acesso a estes serviços foi definido pela Lei nº. 11.445/2007 que tem como um dos seus princípios a universalização para garantir a mesma disponibilidade a todos.

Na saúde a prestação desses serviços podem diminuir a taxa de mortalidade infantil de recém-nascidos, visto que as condições do ambiente em que se vive pode estar relacionado com o quadro clínico das gestantes (CARVALHO *et al*, 2021). Esses serviços são representados através do uso de energia elétrica, coleta de lixo e abastecimento de água para consumo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto neste trabalho, buscou-se identificar os determinantes e condicionantes de saúde de mulheres atendidas em um pré-natal de alto risco no município paraense de Bragança, a partir da pesquisa empreendida. Percebe-se, conforme mostram os resultados, as violações vivenciadas pelas gestantes que implicam no processo do adoecimento e no desenvolvimento gestacional. Trata-se aqui tais violações como expressões da questão social, que devem ser postas em discussão, no intuito de se elaborar políticas, projetos e ações que sirvam para o acompanhamento satisfatório deste público.

Os dados apresentados na pesquisa mostram uma realidade presente no Brasil e na Região Amazônica, vivenciada por mulheres, que muitas vezes são invisíveis ao Estado. Apesar do direito a saúde ser universal, enfrentam dificuldades em seu cotidiano para alcançá-lo. Isto denota a necessidade de se lutar constantemente pela democratização da saúde, no atendimento integral aos usuários/as, na abrangência dos serviços oferecidos, que são pautas históricas do Movimento da Reforma Sanitária, mas que coadunam também com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, no que se refere à ampliação da cidadania e viabilização de direitos com equidade social.

Além disso, o estudo detectou a fragilidade do acompanhamento da rede de serviços no território em que as usuárias pertencem, as quais foram encaminhadas a outros municípios, devido a necessidade de um acompanhamento em um pré-natal de alto risco. No entanto, não recebem as condições necessárias para se manterem, prejudicando principalmente aquelas que não possuem recursos próprios.

Com isso, observou-se que algumas participantes enfrentam, além de uma gestação de alto risco, doenças pré-existentes, histórico reprodutivo delicado, alimentação desregulada, dificuldades em relação ao transporte público, problemas financeiros que fragilizam o acesso a medicamentos e a outros serviços. Convivem com o desemprego, a falta de acompanhamento de profissionais do SUS como ACS, territórios de moradia que não possuem serviços da Proteção Social Básica e acesso precário aos serviços públicos de saneamento básico, como a coleta de lixo.

Vale destacar que diante da experiência como residente neste programa de pós-graduação e inserida dentro deste serviço, nota-se que a equipe multiprofissional que atende as usuárias deve estar comprometida em realizar um trabalho humanizado, para que a atenção não esteja focalizada apenas no feto e seu desenvolvimento.

Evidencia-se a importância do profissional do Serviço Social dentro das equipes multiprofissionais dos serviços de pré-natal de alto risco, firmado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Conforme Bravo (2007) sua prática deve estar comprometida com o seu projeto ético político e com os princípios da Reforma Sanitária, sendo assim capaz de realizar acolhida, escuta qualificada, comunicação, articulação com equipes, direcionamentos estratégicos para a rede de serviços conforme for a necessidade, viabilizando prioritariamente o usufruto de direitos, entre outras atividades.

Desta maneira, acredita-se ser necessário que o Estado se comprometa na erradicação das iniquidades em saúde, ofertando à população o acesso a bens e serviços públicos essenciais, se utilizando necessariamente da intersectorialidade e do controle social para a sua efetivação.

Além disso a discussão gera conhecimentos, com a pretensão de contribuir para o avanço de novos estudos, formulação e efetivação de políticas públicas e sociais para a intervenção com este público, especificamente mulheres, em uma perspectiva de garantia de direitos.

Recebido em abril de 2020 – Aprovado em dezembro de 2022

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Juliana Andrade; SOARES, Ana Cristina Nassif. Pensão alimentícia: a efetivação de direitos e deveres sociais. **Serviço Social & Realidade**. Franca, v. 21, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/2449/2157>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BOING, Alexandra Crispim *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 691-701, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/07.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Pai presente e certidões**. CNJ, 2 ed. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **O CRAS que temos, o CRAS que queremos**. Secretaria Nacional de Assistência Social, v. 1, Brasília, 2010/11. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Cras_que_temos.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

BRASIL. **Estatuto da igualdade racial**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010. Disponível em <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496308/000898128.pdf?sequence=1>>. Acesso em 20 dez. 2019.

BRASIL. **LEI Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Título I, Artigo 3. Câmara dos Deputados. Diário oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro Para Profissionais da Saúde**. 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019**. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância, Volume 52, nº 29 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Senado Federal. **Orientações Nutricionais: da gestação à primeira infância**. Secretaria de Gestão de Pessoas. Brasília: Senado Federal, Secretaria de Gestão de Pessoas. 2015.

- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. 3.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.
- CARVALHO, Lais Lages de et al. **Aspectos psicossociais da gestação de alto risco**: análise de mulheres grávidas hospitalizadas. *Psico*. Vol. 52, n. 4, p. 1-12, 2021, e36341. Disponível em:
<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/36341/27343>>. Acesso em: 04 fev. 2022.
- CAVALCANTI, Natália C. Silva Barros; BAÍÁ, Deylane Corrêa Pantoja. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**. Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em
<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499457316_ARQUIVO_Sermaenomundodotrabalho.pdf>. Acesso em 20 dez. 2019.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia. **Complicações maternas em gestantes com idade avançada**. *FEMINA*. V. 40, nº 5, p. 275-79, set./out. 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2019.
- HOLANDA, Sâmia Monteiro *et al.* Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto e Contexto**. (UFSC Impresso). Santa Catarina, v. 27, p. 1-15, 2018. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf>>. Acesso em 21 dez. 2019.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **Revista Ser Social**. V. 15, n. 33, p. 326-342, 2013. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/FaPa1Oy8kQ65voJ4T345.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2023.
- LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V.16, n.40, p. 121-34, jan./mar. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2019.
- MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/>>. Acesso em: 26 out.2020.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- NOVAES, Elisiane Soares *et al.* Risco gestacional e fatores associados em mulheres atendidas pela rede pública de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**. V. 17, n. 3, p. 1-8, Jul-Set. 2018, e45232. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Rosana-Rosseto-De-Oliveira-2/publication/329813840_RISCO_GESTACIONAL_E_FATORES_ASSOCIADOS_EM_MULHER>

ES_ATENDIDAS_PELA_REDE_PUBLICA_DE_SAUDE/links/5c1bd8c6299bf12be38ee437/RISCO-GESTACIONAL-E-FATORES-ASSOCIADOS-EM-MULHERES-ATENDIDAS-PELA-REDE-PUBLICA-DE-SAUDE.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

OLIVEIRA, Maíra Ribeiro de; DESSEN, Maria Auxiliadora. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**. Campinas. V. 29, n. 1, p. 81-88. jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n1/a09v29n1.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2019.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, V. 11, n. 1, p. 116-128, 2012. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; SCHOR, Néia; TAVARES, Carlos Mendes. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 254-263, dez. 2008. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14320/art_SOARES_Vidas_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em 21 dez. 2019.

VASCONCELOS, Márcia. Responsabilidades familiares. **Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, primeira Impressão. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 36-43, 2009. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/relatorios_dados_pesquisas_estatisticas/revista_do_observatorio_brasil_da_igualdade_de_ganero.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.