



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Suélen dos Santos Saraiva

**Assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em
Santa Catarina: um olhar acerca das questões de cor/raça**

Florianópolis
2020

Suélen dos Santos Saraiva

Assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina: um olhar acerca das questões de cor/raça

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Saraiva, Suélen dos Santos

Assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina : um olhar acerca das questões de cor/raça / Suélen dos Santos Saraiva ; orientador, Antonio Fernando Boing, 2020.
182 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Parto Humanizado . 4. Desigualdade Racial em Saúde . 5. Equidade em Saúde. I. Boing, Antonio Fernando . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Suélen dos Santos Saraiva

Assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina: um olhar acerca das questões de cor/raça

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Juliana Jacques da Costa Monguilhott, Dra.
Instituto Federal de Santa Catarina

Profa. Carmem Regina Delziovo, Dra.
Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

Profa. Eleonora d' Orsi, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Antonio Fernando Boing Dr.
Orientador

Florianópolis, 2020

Dedico este trabalho à minha mãe, que mesmo sem nunca ter estudado foi a pessoa que me deu os ensinamentos mais importantes da minha vida.

E ao meu sogro, que me fez abrir os olhos e querer aprender mais sobre a sociedade desigual em que nós, negros, estamos inseridos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu anjinho particular que sempre me protege e me guia lá do céu, minha Mãe! Ela que mesmo sem nenhuma escolaridade, sempre me falou da importância da educação e me incentivou a ir atrás dos meus objetivos. Você sempre será meu maior exemplo!

Ao meu pai, que sempre se esforçou muito para me dar oportunidade de estudar. Muito obrigada! Eu te amo!

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhados, obrigada por sempre acreditarem em mim, vibrarem por todas as minhas vitórias e, por estarem sempre ao meu lado quando precisei. Mesmo longe, estamos sempre juntos. Amo vocês!

Ao meu amor, amigo, marido e companheiro de vida, Rubinei Machado. Iniciei a minha vida acadêmica por um “empurrãozinho” seu e, ainda hoje você segue sempre sendo meu maior incentivador. Obrigada pela parceria de todos esses anos, pelas noites em claro, pelas correções. Esta conquista é nossa! Me sinto grata por termos escolhido trilhar nossas vidas juntos.

Agradeço à Nathiele Costenaro pela amizade! Obrigada por estar sempre ao meu lado!

À minha companheira de projeto Yaná Tomasi. Obrigada por dividir comigo momentos de dúvidas e de felicidade! Você foi uma grata surpresa que a UFSC me trouxe!

Ao IFSC, por ter proporcionado o afastamento integral de minhas atividades laborais para que eu pudesse me dedicar ao doutorado.

Obrigada aos colegas do Curso Técnico de Enfermagem do IFSC, por sempre me apoiarem quando precisei. Vocês são especiais! Um agradecimento especial às professoras Marciele Misiak e Juliana da Nóbrega pela amizade e parceria. Sinto gratidão em dizer que o IFSC colocou em minha vida pessoas incríveis.

Agradeço carinhosamente os membros da banca – Prof^ª Eleonora d’Orsi, Prof^ª Carmem Delzivo, Prof^ª Juliana Monguilhot, Prof^ª Vanessa Jardim e Prof^ª Tatiane Baratieri, pela disponibilidade. Me sinto imensamente grata em poder contar com colaboração de todas para a qualificação do meu estudo.

Ao professor Antonio Boing, obrigada pela confiança depositada em mim, pela disponibilidade e por compartilhar comigo seu conhecimento. Foi muito bom trabalhar ao lado de uma pessoa a quem eu admiro!

E, por fim, agradeço às instituições públicas de ensino que foram a base da minha vida acadêmica. Tenho orgulho em dizer que todas as oportunidades que eu recebi ao longo de minha vida me trouxeram a este momento.

Tributo a Martin Luther King

(Ronaldo Bôscoli / Wilson Simonal)

*Sim, sou um negro de cor
Meu irmão de minha cor
O que te peço e luta sim, luta mais
Que a luta está no fim*

*Cada negro que for
Mais um negro vira
Para lutar
Com sangue ou não
Com uma canção
Também se luta irmão
Ouvir minha voz*

*Lutar por nos
Luta negra demais
Luta negra demais
E lutar pela paz
E Lutar pela paz
Luta negra demais
Para sermos iguais
Para sermos iguais*

RESUMO

Ao passo que as mulheres foram buscando sua mudança de status na sociedade, emergiu a necessidade de adaptações nas políticas públicas de saúde. A saúde da mulher, que por muito tempo teve foco somente na reprodução, agora tem a necessidade de incorporar questões mais amplas que reconheçam a mulher como sujeito de suas vontades e principalmente do seu corpo. Sabe-se que as condições de saúde estão diretamente relacionadas às características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos. E dessa forma, estes fatores influenciam o acesso e a qualidade da assistência recebida. Neste cenário, têm-se as desigualdades em saúde, que podem se estruturar através de tratamentos desiguais relativos à classe social, gênero e raça. A saúde materno-infantil produz importantes indicadores utilizados para o acompanhamento da saúde da população. Sabendo-se que iniquidades raciais interferem nos desfechos de saúde dos indivíduos, sobretudo mulheres, o objetivo deste trabalho foi analisar a associação entre as características de cor/raça das puérperas e a adequação da assistência ao pré-natal e ao parto realizada pela Atenção Primária à Saúde (APS) e na rede hospitalar vinculada a este nível atenção no Estado de Santa Catarina (SC) em 2019. Para isto, foi realizado um recorte transversal em um estudo de base longitudinal com uma amostra de 3.580 puérperas de qualquer idade, residentes em SC e que realizaram parto em um dos 31 hospitais participantes da pesquisa no ano de 2019. O índice de *adequação do pré-natal* foi composto pelo número de consultas e semana de início do pré-natal e por quatro subíndices: adequação das orientações profissionais; adequação dos exames realizados; adequação das condutas clínicas e adequação da realização de imunização. A *adequação ao parto* considerou separadamente a adequação ao parto vaginal e cesáreo. Primeiramente, estimou-se as prevalências das variáveis independentes em estudo e, posteriormente, realizou-se análises bivariadas entre a variável cor/raça e os desfechos de interesse. As análises de associação para cada um dos desfechos em estudo foram realizadas por meio de Regressão Logística. A prevalência de ao menos uma consulta de pré-natal foi de 99,4%, a maior parte autorreferiu ser branca (63,4%), com 20 a 35 anos de idade (75,3%) e com 10 a 12 anos de estudo (52,5%). A adequação do pré-natal foi observada em apenas 4,6% das gestantes considerando todas as dimensões, enquanto a adequação do parto nas maternidades foi de 28,8%. As análises bivariadas não apontaram diferença significativa entre as categorias de cor/raça e as adequações em estudo. E, o mesmo ocorreu nas análises de associação brutas e ajustadas. Os resultados apontam para uma assistência quase que universal de realização de pré-natal, porém isto não se reflete na qualidade da assistência que se mantém baixa independentemente da cor/raça das gestantes. Cabe ressaltar que apesar de os resultados deste estudo não identificarem desigualdades raciais relativas à assistência no pré-natal e parto na rede pública de SC em 2019, elas permeiam a sociedade e as instituições de saúde. Por fim, identificou-se a necessidade de incentivar e capacitar os profissionais para que cumpram minimamente os protocolos de atendimento e forneçam uma assistência que além de equitativa seja de qualidade.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Parto Humanizado; Desigualdade Racial em Saúde; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The need for adaptations in public health policies arose as women sought to change their position in society. The health of women, which for a long time focused only on reproduction, now has the need to incorporate broader issues that recognize women as the subject of their wills and especially their bodies. It is known that health conditions are directly related to the socioeconomic and demographic characteristics of individuals, and thus influence their access and the quality of care received. In this context, there are health inequalities, which can be structured through unequal treatments related to social class, gender and race. Maternal and child health produces important indicators used to monitor the health of the population. Knowing that racial inequities interfere in the health outcomes of individuals, especially women, the goal of this study was to analyze the association between the color/race characteristics of the puerperal women and the adequacy of prenatal and childbirth care provided by Primary Care to Health (PHC) and the hospital network linked to this level of care in the State of Santa Catarina (SC) in 2019. For this study, a transversal cut was made in a longitudinally based study with a sample of 3,580 puerperal women of any age, living in SC and who delivered at one of the 31 hospitals participating in the research in 2019. The prenatal adequacy index was composed of the number of consultations and the week during which prenatal care started. In addition, four subindices: adequacy of professional guidelines; adequacy of the tests performed; adequacy of clinical conduct and adequacy of immunization. Adequacy at delivery separately considered adequacy for vaginal and cesarean delivery. Firstly, the prevalence of the independent variables under study was estimated and, subsequently, bivariate analyzes were performed between the color/race variable and the outcomes of interest. Association analyzes for each of the outcomes under study were performed using Logistic Regression. The prevalence of at least one prenatal visit was 99.4%, most self-reported being white (63.4%), aged 20 to 35 years (75.3%) and aged 10 to 12 years study (52.5%). The adequacy of prenatal care was observed in only 4.6% of pregnant women considering all dimensions, while the adequacy of delivery in maternity hospitals was 28.8%. The bivariate analysis showed no significant difference between the color / race categories and the adaptations under study and the same occurred in the crude and adjusted association analysis. The results show an almost universal assistance for the performance of prenatal care, but this is not reflected in the quality of care that remains low regardless of the color/race of the pregnant women. It is noteworthy that although the results of this study do not identify racial inequalities related to prenatal care and childbirth in the public SC in 2019, the racial inequalities permeate society and health institutions. Finally, the need to encourage and train professionals to minimally comply with the service's protocols and provide equitable and quality assistance was identified.

Keywords: Prenatal Care; Humanizing Delivery; Racial Inequality in Health; Health Equity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Fluxograma dos estudos selecionados	37
Figura 5.1 - Localização dos hospitais de coleta de dados do estudo de Avaliação da Rede Cegonha em Santa Catarina, 2019.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estratégia de busca de acordo com o recurso utilizado.....	35
Quadro 2 – Perguntas utilizadas para a construção do construto de adequação pré-natal.	48
Quadro 3 - Perguntas utilizadas para a construção do construto de adequação do parto.	50
Quadro 4 – Perguntas utilizadas para caracterização socioeconômica da amostra.	50

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

PHPN - Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

APS - Atenção Primária à Saúde

SC - Santa Catarina

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SISPRENATAL - Sistema de Informação do Pré-Natal

APNCU - Índice de adequação de cuidado pré-natal

MeSh - Medical Subject Headings

DeCS - Descritores da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

ESF - Estratégia de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutorado em Saúde Coletiva investiga as desigualdades raciais da assistência à saúde no itinerário de cuidado do pré-natal ao parto e denomina-se “*Assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina: um olhar acerca das questões de cor/raça*”. Estrutura-se em sete capítulos a saber: introdução, revisão de literatura, pergunta de pesquisa, objetivos, métodos, resultados e considerações finais.

Na *introdução* destacamos os principais aspectos da evolução da política de saúde materno-infantil, a importância do cuidado humanizado para a efetividade da assistência e os principais métodos de mensuração utilizados para verificar a qualidade do pré-natal e, por fim, definimos os objetivos desta tese.

A *revisão de literatura* abordou os aspectos sociais e reprodutivos das mulheres. As políticas de saúde materno-infantil, trazendo todo o histórico desde quando as mulheres eram vistas como responsáveis somente por gerar filhos até chegar à Rede Cegonha. A desigualdade em saúde, com destaque especial às desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e ao parto, além do o racismo institucional.

A sessão de *métodos* descreveu o delineamento da pesquisa de base, que abrangeu o desenho do estudo, os sujeitos de pesquisa, local de estudo, o método de amostragem, treinamento e coleta dados, o recorte transversal na pesquisa de base, as variáveis em estudo, o processamento e análise de dados além dos aspectos éticos.

Os *resultados* foram apresentados através de dois artigos científicos. O primeiro intitulado “*Desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e parto: revisão sistemática de literatura*”, que será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública. E o segundo intitulado “*Análise da assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina segundo cor/raça*”, será submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 SAÚDE DAS MULHERES: ASPECTOS SOCIAIS E REPRODUTIVOS	18
2.2 EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL	20
2.3 ÍNDICES PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	24
2.4 DESIGUALDADES EM SAÚDE	29
2.4.1 Racismo Institucional.....	32
2.4.2 Desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e parto: revisão sistemática de literatura.....	34
3 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 OBJETIVO GERAL.....	42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5 MÉTODOS	43
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	43
5.2 LOCAL DO ESTUDO	43
5.3 AMOSTRAGEM.....	44
5.4 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO EM ESTUDO	44
5.5 TREINAMENTO E COLETA DE DADOS.....	45
5.6 VARIÁVEIS	46
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	51
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	51

6 RESULTADOS	53
6.1 ARTIGO 1 - DESIGUALDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PARTO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	54
6.2 ARTIGO 2 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA A MULHERES DURANTE O PRÉ-NATAL E O PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA CATARINA SEGUNDO COR DA PELE/RAÇA	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE 1 – Protocolo de busca sistemática capítulo de revisão	115
APÊNDICE 2 – Quadro síntese dos artigos da revisão sistemática do capítulo de revisão	118
ANEXO 1 - Questionário para avaliação da Rede Cegonha em Santa Catarina - 2019.....	125
ANEXO 2 - Formulário para coleta de dados da caderneta de Pré-Natal da gestante – Projeto de Avaliação da Rede Cegonha em Santa Catarina - 2019	161
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	168
APÊNDICE 3 – Quadro complementar - Síntese de resultados sobre estudos com desfechos relacionados ao pré-natal.....	170
APÊNDICE 4 – Quadro complementar - Síntese de resultados sobre estudos com desfechos relacionados ao parto.	174

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde que versam sobre o cuidado à saúde das mulheres abrangem uma gama de objetivos, que vão desde ações voltadas para questões meramente reprodutivas até outras mais amplas que visam a saúde feminina como um todo (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007). Ao longo do tempo as políticas de saúde para as mulheres passaram por inúmeras transformações pautadas nas mudanças ocorridas na sociedade.

Apesar das mudanças e avanços na atenção do pré-natal, parto e nascimento, a redução da morbimortalidade materna e neonatal permanece como um desafio. Além disso, o aumento observado no número de cesarianas desnecessárias nos últimos anos no país colocam em pauta a discussão sobre o modelo hegemônico de atenção obstétrica e neonatal existente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Sabe-se que a incorporação de práticas acolhedoras conduz a uma assistência pré-natal de qualidade e humanizada. Esse fato melhora o acesso aos serviços e as ações que integram de promoção, prevenção e assistência ao binômio mãe-bebê em todos os níveis de assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Ainda, levar em consideração questões socioeconômicas e culturais no atendimento à saúde materno-infantil resulta na compreensão do binômio com um todo. E essa compreensão reflete-se no estabelecimento de novas bases de cuidado que incluem os direitos sexuais e reprodutivos, além de serem capazes de valorizar a especificidade e a subjetividade da saúde da mulher (VIELLAS et al., 2014).

Sob essa nova perspectiva de necessidades de cuidado surgiu a Rede Cegonha, que é uma estratégia de assistência à saúde materno-infantil integrada. Ela põe em foco os direitos de cidadania previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), busca o direito à diversidade étnica, racial, cultural e de gênero com vistas para a equidade no atendimento, além de incentivo à participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa nova estratégia visa garantir uma assistência que permita ao binômio experienciar a maternidade e o nascimento de forma segura e digna. Além de reafirmar a ideia de que o parto é um processo fisiológico e que representa uma experiência única para todos envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Neste contexto, estratégias que visem a avaliação da assistência materno infantil, são importantes ferramentas para o acompanhamento das ações e serviços propostos. No entanto, quando se verificam os métodos existentes para avaliação da qualidade da assistência pré-natal identifica-se que os mesmos levam em conta basicamente o número de consultas e a

idade gestacional no momento do início do acompanhamento. E apenas essas informações não refletem a complexidade deste tipo de avaliação (KOTELCHUCK, 1994; SHIN; SONG, 2019). Estudos têm demonstrado a necessidade de se avaliar a adequação ao pré-natal por características mais profundas que consideram componentes subjetivos de qualidade (ANVERSA et al., 2012; HALPERN et al., 1998).

Na sociedade dispare em que se vive, questões socioeconômicas, de gênero e raciais estão associadas às desigualdades em saúde. Alguns trabalhos já realizados no país (HALPERN et al., 1998; VIELLAS et al., 2014) apontam que gestantes com melhores condições socioeconômicas consultam mais e possuem maior adequação de pré-natal, enquanto as com menor renda possuem piores resultados de adequação e acesso.

Neste cenário, as desigualdades raciais vinculadas à qualidade da assistência no pré-natal e parto merecem destaque. As gestantes negras apresentam acesso desigual na assistência à saúde, o que lhe imputa menor chance de adequação de cuidado no período gravídico-puerperal (DOMINGUES et al., 2015; THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018; VIELLAS; MARTINELLI, 2019). O que se reflete diretamente em seus desfechos de saúde e, conseqüentemente, em piores indicadores de saúde materno-infantil. Estudo nacional apontou que as mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade, recebem menos orientações, peregrinam mais, além de terem menos acesso ao direito ao acompanhante (LEAL et al., 2017). Ademais, os bebês de gestantes negras têm maior risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil (COX et al., 2011).

Nesta perspectiva, cabe destacar ainda que as mulheres são expostas à condições mais desfavoráveis de vida e saúde quando comparadas aos homens (SOARES, 2007). Com isto, emerge ainda a situação de que em mulheres, sobretudo nas negras, atuam simultaneamente diversos sistemas de subordinação (ASSIS, 2018). A interseccionalidade destes sistemas, potencializa suas vulnerabilidades e torna-se importante fator na determinação de sua saúde.

A garantia de uma assistência com equidade e universal é um grande desafio, pois o Brasil é um país com vasto território geográfico que apresenta contextos sociais, econômicos e culturais diversos. Essa diversidade também se reflete na qualidade do atendimento pré-natal onde as regiões de baixa renda possuem maiores índices de inadequação da assistência (LEAL et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Com isto, emerge a necessidade de avaliar a existência de associação entre características de cor/raça e o recebimento de assistência

adequada durante o pré-natal e parto no Estado de Santa Catarina. Para isso, foram construídos índices de adequação ao pré-natal e parto pautados em critérios mais amplos baseados nas recomendações de órgãos de saúde nacionais e internacionais, com o intuito de contemplar todas as especificidades relativas à adequação deste tipo de assistência (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 2011, 2014b; SAÚDE, 1996).

A utilização de critérios mais amplos permite verificar todo itinerário terapêutico entre o cuidado pré-natal e parto, identificar fragilidades na rede de assistência, além de ampliar o olhar para questões relacionadas ao viés racial neste tipo de atendimento.

Diante do exposto, o objetivo da presente tese foi analisar a associação entre características de cor/raça das puérperas e a adequação da assistência ao pré-natal e parto realizada pela rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e a rede hospitalar vinculada a este nível de atendimento no Estado de Santa Catarina.

Com isso, espera-se que os resultados desta tese possam subsidiar gestores públicos na discussão e desenvolvimento de ações específicas, de acordo com sua relevância, com vistas à equidade do atendimento no pré-natal e parto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE DAS MULHERES: ASPECTOS SOCIAIS E REPRODUTIVOS

Primeiramente, para entender o que é *ser mulher* na sociedade faz-se necessário compreendê-la como sujeito social a qual por muito tempo foi, e ainda é submetida, a relações sociais estabelecidas por gênero. Como resultado tais relações colocaram homens e mulheres em lugares distintos onde naturalizou-se a mulher como a responsável por gerar/cuidar dos filhos e do trabalho doméstico (FONSECA, 1999). Segundo Paim (1998, p.35):

Ser mulher, nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito. [...] A gravidez e a maternidade são vividas não apenas como processo corporal, mas como a atribuição de um status superior à mulher – em relação às mulheres sem filhos [...].

Foucault (1982) disserta sobre o controle da sexualidade e reprodução como uma forma de controle populacional que visa garantir uma sexualidade socialmente útil. O corpo da mulher estava à disposição da reprodução e das relações de poder pautadas pela desigualdade de gênero. As mulheres eram condicionadas ao papel de mãe, essa relação estava intrínseca ao “ser mulher” e era reforçada no decorrer de sua vida (GRISCI, 1995). Neste sentido, Costa *et al.* (2006) descrevem que a mulher e a criança eram vistas como um ser quase único, sendo o papel econômico e social da mulher restrito as atividades femininas no espaço doméstico ficando em um papel de subordinação.

No final do século XVI a saúde das populações era vista como uma área política e econômica atrelada as relações mercantis (CATÃO, 2011). Porém, com o surgimento da Medicina Social emergiram um conjunto de políticas com foco no controle social que visavam a higiene, a criação de crianças com boas condições de vida pautadas na responsabilização do indivíduo e na medicalização da família (NETO et al., 2008). Com o advento da sociedade industrial o modelo tradicional de maternidade foi aos poucos perdendo lugar para um modelo mais moderno, onde a mulher além de desempenhar seu papel como mãe e responsável pelo cuidado doméstico, começa a desempenhar conjuntamente outros papéis (SCAVONE, 2001).

Historicamente, o percurso da evolução na saúde das mulheres acompanha seu progresso referente aos Direitos Humanos e Igualdade de Gênero. Fleury e Ouverney (2012)

apontam que a política de saúde está inserida no campo da política social e, deste modo, a saúde deve ser considerada como um dos direitos inerentes à condição de cidadania.

Dessa forma, as mulheres iniciaram um grande movimento em busca de seus direitos sociais. Neste tocante, podem-se citar alguns acontecimentos que marcaram tal percurso: a Carta das Nações Unidas em 1945; a I Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1975, que reconheceu o direito da mulher à integridade física, autonomia de decisão sobre o próprio corpo e o direito à decisão sobre a maternidade (UNITED NATIONS, 1975); a Convenção Internacional sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, em 1979 (UNITED NATIONS, 1994); a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, que instaurou uma agenda de reivindicações para efetivação de políticas públicas e medidas para a superação das descriminalizações e opressões vividas pelas mulheres como a interrupção voluntária da gestação (VIOTTI, 1995); a Declaração do Milênio no ano 2000 que estabeleceu dentre diversas metas promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, além de melhorar a saúde materna (UNITED NATIONS, 2000); e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que definiram um conjunto de metas para promover a igualdade de gênero entre 2000 e 2015 (UNITED NATIONS, 2015a).

Segundo o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (NAÇÕES, 1994, pg.62), saúde reprodutiva é:

[...] é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio.

Por muito tempo e, por vezes, ainda hoje a saúde da mulher foi vista meramente com objetivo reprodutivo onde a maternidade fazia parte da identidade da mulher e era algo inerente à natureza feminina e a sua realização como sujeito (COSTA et al., 2006). Porém, os inúmeros esforços garantidos em lei e incentivados pelas políticas públicas de saúde têm transformado esse cenário. No entanto, é imprescindível que os gestores que criam e operacionalizam estas políticas estejam cientes de que as mulheres não são um segmento

homogêneo (VIEGAS; VARGA, 2016). Sendo assim, toda ação política voltada à esta área deve levar em consideração as especificidades desta população para que possibilite um novo olhar sobre a saúde da mulher de forma integral (NETO et al., 2008).

2.2 EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

A história da saúde materno-infantil no país passou por inúmeras transformações, visto que no início a posição na sociedade das mulheres e crianças era diferente (VICTORA et al., 2011). Inicialmente as parteiras tradicionais eram o meio mais utilizado para o nascimento. As mesmas prestavam assistência ao parto domiciliar baseadas em saberes e práticas empíricas (BRASIL, 2013). No entanto, ao longo do tempo, estas práticas foram modificadas, e hoje, na maior parte dos casos, o parto se tornou um evento hospitalar, por muitas vezes cirúrgico (MEDEIROS et al., 2019). Envolvendo uma gama maior de profissionais qualificados que podem ser responsáveis pela assistência ao nascimento como médicos, obstetras e enfermeiras obstetras (NORMAN; TESSER, 2015).

A evolução não ocorreu apenas na forma de assistência ao parto, mas de forma mais ampla nos sistemas de saúde do Brasil, os quais acompanharam as alterações no perfil das condições de saúde e determinantes sociais (FERNANDES; VILELA, 2014). Inicialmente, o Estado adotava programas diretamente atrelados a cuidados médicos que visavam somente as funções biológicas quando se tratava de saúde das mulheres. Em 1940, o Departamento Nacional da Criança (DNCR) foi criado com ações em âmbito público e privado voltados à crianças e adolescentes e a mães para questões gestacionais e de amamentação (CASSIANO et al., 2014; NETO et al., 2008). No período de atuação do DNCR, houve duas vertentes quanto à assistência materno-infantil a saber: uma via a reprodução com uma ação social e outra como defesa e conservação da vida (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Dessa forma, Cassiano *et. al* (2014) apontaram que o governo possuía enfoque na redução da mortalidade infantil e, utilizava como estratégia o crescimento populacional. Os mesmos autores afirmam que o Estado imputava à gestante e sua família a responsabilidade pelo seu autocuidado. Acreditava ainda que apenas ações de melhoria sanitária seriam suficientes para alterações nos indicadores de saúde materno-infantil, o que não ocorreu. E, neste contexto, a estratégia de crescimento populacional utilizada anteriormente, agravou

ainda mais o quadro atual de saúde do país. O DNCR não apresentou bons resultados e, no fim da década de 1960, foi extinto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A saúde das mulheres mudou de status e se tornou uma área programática do governo. Houve a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) que tinha como propósito a redução da morbimortalidade infantil e materna com a melhora da qualidade da assistência, estímulo o aleitamento e os cuidados à criança menor de 5 anos (MINISTÉRIO DA SAUDE DO BRASIL, 2011a). Além disto, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) foi criado com foco na classificação e assistência aos riscos reprodutivos, além de diagnóstico e tratamento de esterilidade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Apesar da criação dos programas supracitados, o foco continuava somente no período gestacional. As ações de saúde reprodutiva ainda eram pautadas no excesso de intervenções médicas dispensáveis principalmente relacionadas a realização de cesarianas e esterilizações desnecessárias. Diante disto, os movimentos feministas passaram a criticar fortemente os programas de saúde existentes e a reivindicar a participação nos processos de decisão relativos à políticas de saúde das mulheres (PAVANATTO; ALVES, 2015).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) no início da década de 1980. Este programa buscava aumentar a cobertura e efetividade da assistência pública de saúde fornecida às mulheres e crianças. Posteriormente, este programa foi dividido em dois: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (MINISTÉRIO DA SAUDE DO BRASIL, 2011a).

O PAISM significou uma quebra de paradigma assistencial sendo o precursor de uma série de mudanças na assistência à saúde das mulheres. Pautava-se na integralidade e autonomia corporal e, propunha incluir a assistência das mulheres em todos os seus ciclos de vida (FERNANDES; VILELA, 2014; MINISTERIO DA SAÚDE, 2004). Ratttner (2014) ressalta que o programa emergiu motivado pela pressão advinda dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos individuais e atendimento integral à saúde.

Fernandes e Vilela (2014) relataram que neste período existia um esforço do governo em promover a assistência com equidade e integralidade. Operacionalizar o atendimento integral e tratar as mulheres dentro deste conceito, estava diretamente atrelado a uma quebra de paradigma assistencial dos profissionais (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Os mesmos autores afirmaram ainda que apesar da política ser bem estruturada as diferenças na

implantação e efetivação do programa nas regiões do país formavam um dificultador e, este fato impedia o real sucesso do programa como transformador para a saúde das mulheres.

No final da década de 80 e com a realização de 8ª Conferência de Saúde e a promulgação da Constituição Cidadã houve mudanças profundas na organização, descentralização e administração de recursos. O sistema público de saúde brasileiro que antes baseava-se na caridade, que excluía e tratava de forma desigual do usuários, torna-se um sistema de bem-estar social onde a saúde é um direito universal e garantido à todos como um dever do Estado (BARROS; SOUSA, 2016; VICTORA et al., 2011). Este sistema, gerou a necessidade de uma nova configuração administrativa nos serviços, baseada na gestão com comando único em cada esfera de governo, com financiamento público e instrumentos de participação da sociedade (FLEURY; OUVENEY, 2012).

As necessidades de mudança de um modelo tecnocrático para um modelo humanista com enfoque assistencial fizeram com que outras estratégias fossem buscadas. Com isto iniciou-se um movimento mundial com enfoque na humanização da assistência ao parto e nascimento que colocou em evidencia a reformulação das práticas assistenciais que buscavam o mínimo de intervenção externa nos processos de parturição (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Com isso, no ano 2000, por meio da Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído como um novo modelo de atenção a gestação e ao parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Esse programa se apresentava com objetivo de melhorar o acesso, cobertura, acompanhamento e assistência à gestante no parto e puerpério e, ao recém-nascido e seus familiares com dignidade e de forma acolhedora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O PHPN estabeleceu alguns indicadores mínimos de atendimento para o acompanhamento da gestante e do bebê como tempo de início de pré-natal; número mínimo de consultas (incluindo a consulta de puerpério); realização de exames laboratoriais e vacinação; além da criação do SISPRENATAL para monitoramento financeiro e de indicadores de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Além disto, este programa reconhece a importância do acompanhante e o incorpora como direito durante o trabalho de parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Propõe diretrizes importantes na busca da redução da mortalidade materna e neonatal, porém, não se observou uma melhora na qualidade

da assistência como esperado. Os problemas com a estrutura física, de pessoal e financeiros se mantiveram (CASSIANO et al., 2014; DIAS; DESLANDES, 2006).

A política de saúde da mulher, possui muitas nuances em seus componentes de cuidado e bases conceituais, fazendo com que, mesmo após a instituição de diversas ações, ainda permaneça como um desafio para a política de saúde nacional (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Dessa forma, o governo manteve-se na busca contínua de estratégias que minimizassem os problemas vivenciados pela área de saúde-materno infantil.

Nesta busca, em 2004, o governo federal relançou o PAISM como Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Desta vez, a política incluiu novas ações e diretrizes baseadas no enfoque de gênero, classe e etnia que visam discutir as relações de poder dentro do serviço (RATTNER, 2014). Este novo olhar torna-se um compromisso do governo de acordo com a adesão de estados e municípios à esta nova lógica assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). No entanto, mesmo após a incorporação do PAISM como política, principalmente os problemas relativos à forma de trabalho se mantiveram. Surge então como estratégia de superação à fragmentação da assistência, o trabalho em forma de rede. Esta lógica de assistência baseia-se na dependência coordenada de todas as instâncias envolvidas com um objetivo único (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Anos mais tarde, a Portaria nº4279/2010 do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde no SUS (RASs). Essa Rede consiste em uma nova forma de organizar o sistema por meio de ações integradas que permitem atender a população de uma forma mais resolutiva tendo como base e coordenadora do cuidado a Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2011).

Diante desta nova perspectiva de cuidado em rede, em 2011, a saúde materno-infantil passa novamente por uma reestruturação estratégica na busca pela melhoria de seus indicadores. E, através da Portaria nº1459/MS é instituída a Rede Cegonha, que propõe:

“...construções e reformas em diversos serviços desde a atenção básica até o atendimento hospitalar de maior complexidade, tem como eixos estruturantes o Pré-Natal; Parto e Nascimento Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, pg. s/n).

A Rede Cegonha institucionaliza um modelo de atenção à saúde materno-infantil construído e pensado por profissionais de saúde, estudiosos da área e representantes de

movimentos sociais desde a década de 1990. Tal modelo constitui-se em uma rede de cuidados com finalidade de assegurar atenção com acesso facilitado; humanizada; garantia de acolhimento de qualidade com classificação de risco e vulnerabilidade; vinculação da gestante à maternidade de referência; transporte seguro; segurança na assistência ao parto; nascimento seguro e crescimento saudável até os 24 meses de vida; além de planejamento reprodutivo adequado (BRASIL, 2011). Assim, a Rede Cegonha busca articular os pontos de atenção à saúde em uma rede de cuidados integrais e, para isso procura operacionalizar as políticas já existentes articulando as pactuações necessárias para efetivação das ações programadas, passando por todo os pontos do itinerário de cuidado desde a UBS, passando pelos centros de parto normal e maternidades (FERNANDES; VILELA, 2014).

Adicionalmente, a Rede Cegonha garante às gestantes e as crianças assistência humanizada e de qualidade de acordo com as boas práticas de atenção na assistência materno-infantil baseada em evidências científicas, lhes permitindo vivenciar a gestação de forma segura e digna, respeitando o processo fisiológico e natural das mulheres (IBGE, 2017). Ainda sobre a Rede, ressalta-se que tem como princípios o respeito a diversidade cultural, étnico racial e de gênero baseada na proteção dos direitos humanos; a promoção da equidade; e garantia dos direitos sexuais e de reprodução (CASSIANO et al., 2014; IBGE, 2017). E na busca do estabelecimento de ações de atenção pautadas nos preceitos da humanização faz-se necessário a observação de todos estes princípios, pois os mesmos permeiam o processo de saúde-doença da população de forma distinta além de potencializar as desigualdades de acesso e qualidade de assistência no serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Cabe ainda ressaltar que *“adotar a equidade de gênero como um conceito ético associado aos princípios de justiça social e de direitos humanos não implica em desmerecer ou desvestir de direitos os homens para privilegiar as mulheres”* (DA FONSECA, 2005, pg. 458). Pelo contrário, trata-se apenas em instituir meios que possam mitigar as iniquidades prementes em na sociedade, além de tratar de forma integral à mulher, pautada nas suas necessidades individuais, independentemente de serem relacionadas ou não com a reprodução.

2.3 ÍNDICES PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Os fatores sociodemográficos têm grande influência na saúde da população, e para a saúde materno-infantil não é diferente. A atenção pré-natal de qualidade é essencial na busca

da redução de desfechos negativos à saúde do binômio. Iniciar os cuidados pré-natal precocemente traz benefícios tanto para a gestante quanto para o bebê e está diretamente relacionado à melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil (SILVA et al., 2013).

O primeiro passo para a melhor adequação da assistência pré-natal é a sua avaliação, pois por meio dela é possível identificar as fragilidades e potencialidades do atendimento (KOTELCHUCK, 1994). Para a mensuração deste tipo de assistência foram criados índices que permitem a verificação da adequação pré-natal. Alguns destes índices são bastante usados, como o de Kessner publicado em 1973 e o *Adequacy of Prenatal Care Index* (Índice de Adequação do Cuidado Pré-Natal) proposto por Kotelchuck na década de 1990, assim como as avaliações baseadas nas recomendações do Ministério da Saúde (KOTELCHUCK, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O índice de Kessner é um dos principais índices de adequação do cuidado pré-natal utilizado nos Estados Unidos. Este índice combina duas medidas considerando o momento de início do pré-natal e o número de consultas realizadas, ajustado pelo tempo de início da gestação, possui três níveis de adequação: pré-natal adequado, intermediário e inadequado (KOTELCHUCK, 1994).

Para o pré-natal ser considerado *adequado* o acompanhamento deve iniciar antes do final do primeiro trimestre e apresentar um determinado número de consultas de acordo como o tempo gestacional, a saber: uma ou mais consultas para uma gestação de 13 semanas ou menos; duas ou mais consultas para gestação de 14 a 17 semanas; três ou mais consultas para gestação de 18 a 21 semanas; quatro ou mais consultas para gestação de 22 a 25 semanas; cinco ou mais consultas para gestação de 26 a 29 semanas; seis ou mais consultas para gestação de 30 a 31 semanas; sete ou mais consultas para gestação de 32 a 33 semanas; oito ou mais consultas para gestações de 34 a 35 semanas; ou nove ou mais consultas para gestação de 36 semanas ou mais (SHIN; SONG, 2019).

Em contraponto, é considerado *inadequado* se não houver nenhuma consulta de 14 a 21 semanas; se houver uma consulta ou menos de 22 a 29 semanas; duas ou menos de 30 a 31 semanas; três ou menos consultas de 32 a 33 semanas; e quatro ou menos consultas a partir de 34 semanas; o cuidado *intermediário* é aquele que não se enquadra em nenhuma das categorizações apontadas anteriormente (KOTELCHUCK, 1994; SHIN; SONG, 2019).

Apesar de ter como nome índice de “*adequação*”, sua medida nada indica sobre o conteúdo ou adequação clínica do pré-natal. Ou seja, a “*adequação*” apenas quantifica a

utilização da assistência pré-natal sem de fato qualificá-la (KOTELCHUCK, 1994). Mesmo apresentando esta fragilidade, este índice tem sido amplamente adotado em pesquisas de planejamento e alocação de recursos na saúde pública. Porém seus resultados podem induzir conclusões incorretas sobre a adequação do pré-natal.

Devido às fragilidades encontradas no índice de Kessner foi desenvolvido o Índice de Adequação de Cuidado Pré-Natal (APNCU). Este índice busca caracterizar o pré-natal em duas dimensões independentes e distintas: adequação do início do pré-natal e cuidado e adequação dos serviços recebidos (KOTELCHUCK, 1994).

Nagahama e Santiago (2006, pg. 174-175) explicam os critérios de adequação do APNCU:

a) Adequação do início do cuidado pré-natal ou mês em que o cuidado pré-natal foi iniciado: considera que quanto mais precoce, mais adequado o cuidado pré-natal. Estabelece a distribuição da gestação em quatro grupos: meses 1 e 2; 3 e 4; 5 e 6; e 7 a 9. A adequação do início do cuidado pré-natal corresponde a: *ótimo*: 1º ou 2º mês; *adequado*: 3º ou 4º mês; *intermediário*: 5º ou 6º mês; *inadequado*: 7º mês ou mais tarde, ou sem assistência pré-natal.

b) Adequação dos cuidados recebidos ou porcentagem de visitas recebidas ajustadas para o mês de início da assistência pré-natal e para a idade gestacional da ocorrência do parto. A medida da adequação dos cuidados recebidos corresponde à razão entre o número de visitas recebidas do número esperado de visitas. O número esperado de visitas é baseado no padrão de visitas pré-natais para gestações não complicadas recomendado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) 10: uma visita por mês até 28 semanas, duas visitas por mês até 36 semanas e uma visita por semana até o nascimento. A adequação dos cuidados recebidos (proporção do número de visitas recomendado pelo ACOG recebidas desde o início do cuidado pré-natal até o término da assistência pré-natal ou nascimento) corresponde a: *ótimo*: maior ou igual 110%; *adequado*: 80-109%; *intermediário*: 50-79%; *inadequado*: menos que 50%.

Sendo assim, o APNCU faz uma combinação com do início da assistência (mês) e a adequação da utilização do cuidado pré-natal (número de consultas) determinando como: *ótimo* - início até o 4º mês e realização de 110% ou mais das visitas recomendadas; *adequado* - iniciado até o 4º mês e realização de 80-109% das visitas recomendadas; *intermediário* - iniciado até o 4º mês e realização de 50-79% das visitas recomendadas; *inadequado* - iniciado após o 4º mês ou realização de menos que 50% das visitas recomendadas (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996; KOTELCHUCK, 1994; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Índices que verificam a adequação do pré-natal pautados basicamente no elevado número de consultas são questionáveis. Revisão sistemática realizada por Villar *et al.* (2009) com objetivo de avaliar os efeitos dos programas de cuidados pré-natais para mulheres de

baixo risco verificou que reduzir o número de consultas pré-natal não foi associado a um aumento em nenhum dos desfechos maternos e perinatais negativos analisados. Em outras palavras, o estudo apontou que um maior número de consultas não determina a qualidade de atenção.

Como já mencionado no capítulo anterior, o Brasil instituiu no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de reorganizar a assistência à saúde das mulheres. Em seu componente de *Incentivo à assistência pré-natal* é estimulado o acompanhamento adequado e estabelecido critérios mínimos para a adequação da qualidade pré-natal como cadastramento da gestante no SISPRENATAL; início do atendimento até o 4º mês de gestação; mínimo de 6 consultas de pré-natal; realização de exames (ABO-Rh, anti-HIV e HB/Ht, na primeira consulta; VDRL, urina, glicemia de jejum, na primeira consulta e na trigésima semana); consulta de puerpério; vacinação antitetânica segundo esquema do MS; atividades educativas e classificação de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Rede Cegonha surge para dar continuidade à PHPN buscando operacionalizar as políticas anteriores, porém com o intuito do trabalho em rede de cuidados integrais onde aponta-se critérios de adequação da qualidade do pré-natal. A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que *institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*, descreve os componentes que fazem parte dessa Rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011):

- i) O componente *pré-natal* inclui captação precoce da gestante com consulta na Unidade Básica de Saúde; acesso ao pré-natal de alto risco quando necessário; realização de exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, além do acesso aos resultados; vinculação da gestante ao local do parto; apoio logístico para o transporte para o local das consultas e para o parto; implementação de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.
- ii) O componente de *parto e nascimento* busca garantir a suficiência de leitos obstétricos e neonatais; atenção baseada em evidências científicas com base no "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" da OMS; acolhimento com classificação de risco; garantia de acompanhante durante todas as etapas do período gravídico puerperal.
- iii) O componente *puerpério e atenção integral à saúde da criança* abrange a promoção ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável; acompanhamento do binômio com visita domiciliar na primeira semana pós-parto;

busca ativa de crianças vulneráveis e a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites; promoção, orientação e oferta de métodos contraceptivos. Em seu último componente, o sistema logístico, organiza o acesso ao transporte seguro para as gestantes puérperas e aos recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha.

A mesma portaria traz ainda os indicadores de atenção da matriz diagnóstica de avaliação de Rede Cegonha que aponta quais pontos devem ser observados: número de nascidos vivos e percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; cobertura de equipes de Saúde da Família; tipo de parto (percentual de partos cesáreos e partos normais, cesárea em primípara, idade da mãe); percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; percentual de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; percentual de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada e percentual de gestantes com todos os exames preconizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A partir dos Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco ou Risco Habitual (BRASIL, 2013), o Ministério da Saúde traça dez passos para um Pré-Natal de Qualidade na Atenção Primária à Saúde: iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce); garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; direito assegurado à solicitação, realização e avaliação do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal; promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes em todos os aspectos; garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário; é direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação; garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário; estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do *Plano de Parto*; toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação); as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Em continuidade, a portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b) “*redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”. Esta portaria juntamente com a recomendação da OMS sobre “*Boas*

práticas de atenção a parto e ao nascimento” trazem alguns direcionamentos relativos à ações de assistência para a gestante, recém-nascido e puérpera, tais como: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por pelo menos uma hora; garantir à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto um acompanhante de sua livre escolha e, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; incentivar a mulher a se movimentar durante o trabalho de parto e, a adotar posições de sua escolha durante o parto, caso não haja restrições médicas; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b; SAÚDE, 1996).

Portanto, as adequações de pré-natal e parto vão muito além do número de consultas e tempo de início do acompanhamento adequados à idade gestacional. Esse índice implica na ocorrência de várias circunstâncias específicas em todos os seus componentes e na busca de um atendimento integral e humanizado ao binômio (SILVA et al., 2013).

2.4 DESIGUALDADES EM SAÚDE

Os perfis epidemiológicos de saúde-doença na sociedade estão atrelados, historicamente, ao produto social, fruto das desigualdades em saúde (BARATA, 2009). A conferência de Alma-Ata (1978) pode ser citada como um importante marco na busca da equidade em saúde. Em seu documento “Saúde para todos no ano 2000” traz forte referência à influência da desigualdade social sobre os problemas de saúde da população (CONASS, 2015).

O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas no ano 2000 publicou um documento destacando que o direito à saúde não deve ser entendido apenas como direito de ser saudável, mas sim como um direito inclusivo não somente a cuidados médicos essenciais, mas também pautados nos determinantes de saúde mais amplos, que incluem saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2000). O direito à saúde como enfoque social permite a ampliação da cidadania na sociedade incorporando novos padrões para seu desenvolvimento (BARROS; SOUSA, 2016).

Os espaços de cidadania devem ser vistos como espaços de igualdade, buscando a redução das diferenças e do tratamento desigual. Os indivíduos mais vulneráveis necessitam de mais recursos quando comparados aos menos vulneráveis. É nisto que se baseia o princípio da equidade onde os interesses coletivos são priorizados em detrimento dos individuais e, onde os indivíduos recebem tratamento diferenciado, de acordo com as suas necessidades (BARROS; SOUSA, 2016; PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005). A equidade pode ser analisada como equidade vertical, que é entendida como desigualdade entre os desiguais, acesso prioritário a serviços para grupos com maiores necessidades e, também, como equidade horizontal, definida como igualdade entre iguais, aqueles mais vulneráveis por sua condição social precisam de um tratamento que reduza e/ou elimine as diferenças pré-existentes (BARATA, 2009; BARROS; SOUSA, 2016). O estudo de Granja, Zoboli e Fracolli (2013) buscou identificar o sentido de equidade para os gestores do SUS e encontrou algumas vertentes como: tratar todos de forma igualitária; tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados, de acordo com a condição socioeconômica; e tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os grupos específicos, segundo critério de risco. Esses resultados apontam que o conceito é entendido pelos gestores, porém sua efetivação é bastante complexa.

Rita Barata (2009) em seu livro *“Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde”* disserta sobre quatro teorias que podem fornecer elementos para compreensão do processo saúde-doença na população. A teoria estruturalista, que aponta a renda como fator determinante do estado de saúde, sendo a falta desta um fator de produção de doença e redução de saúde; teoria psicossocial, que vê a desvantagem social como importante influência para aparecimento de estresse e doenças; teoria da determinação social, na qual a classe e a reprodução social representam os principais determinantes do perfil da saúde e doença; teoria ecossocial, que avalia como impraticável isolar o biológico, do social e do psíquico. A autora aponta ainda que essas quatro teorias tratam de condições de estrutura e conjuntura das populações, do mesmo modo que os indivíduos constroem sua vida, também produzem as doenças e os meios de combatê-las.

As relações sociais estão entremeadas por situações de desigualdade, a absoluta é vista como aquela ligada à disparidades de renda e entre grupos sociais; enquanto a relativa traz comparações associadas à condições de vida (BARROS; SOUSA, 2016). Estas diferenças

injustas estão atreladas à grupos específicos, geralmente relacionadas à condições socioeconômicas, étnicas e de gênero (MARMONT; BELL, 2016; SCHNEIDER et al., 2002).

A desigualdade em saúde expressa a desigualdade social existente e, pode ser identificada através das diferenças na prevalência e incidência do aparecimento de problemas de saúde entre indivíduos ou coletividades (MACKENBACH; KUNST, 1997). Para que se possa iniciar um enfrentamento das iniquidades no campo da saúde e a construção de políticas de ação, faz-se necessário analisar os seus determinantes e sua distribuição social e geográfica (SCHNEIDER et al., 2002; SOARES, 2007). No entanto, a igualdade no acesso aos serviços de saúde não é o suficiente para reduzir as desigualdades no processo saúde-doença entre diferentes grupos sociais (PAIM, 2006; PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

Na maior parte da sociedade as desigualdades de gênero são persistentes e os desequilíbrios se refletem nas leis, políticas e práticas sociais. A palavra gênero na língua portuguesa possui inúmeros sentidos. Para a saúde o conceito de gênero é utilizado para ressaltar características próprias de grupos sociais e para determinar as diferenças entre masculino e feminino, dando ênfase na determinação destas relações na saúde da população (BARATA, 2009). Esse tipo de desigualdade aponta para a existência de diferentes tipos de exposições e riscos de adoecimento/morte para homens e mulheres o que ratifica a importância de se analisar e discutir esse tipo de enfoque principalmente nas ciências sociais e de saúde.

O status socioeconômico é um desafio para as políticas públicas de saúde. Há evidências de que pessoas de níveis socioeconômicos mais baixos têm menor expectativa de vida, maior risco e carga de doenças do que aqueles de níveis mais altos (MARMONT; BELL, 2016; SCHNEIDER et al., 2002). A saúde das mulheres e os indicadores de saúde reprodutiva sofrem influência direta das desigualdades sociais. Tomasi *et al* (2017) conduziram um estudo sobre qualidade da assistência pré-natal com enfoque nas desigualdades e verificaram que mulheres de maior renda têm mais acesso a orientações e exames preconizados, além de possuir maior chance de possuir um pré-natal adequado.

O livro “*Saúde Brasil 2006 - uma análise à desigualdade em saúde*” publicado pelo MS traz informações quanto às desigualdades socioeconômicas na saúde materno-infantil. O manuscrito aponta uma forte tendência ao pré-natal inadequado em gestantes jovens quando comparadas as faixas-etárias mais velhas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Além disto, o livro revela também que quanto mais anos de estudo e maior renda, mais acesso à informação e melhores condições de acesso ao serviço de pré-natal. Tal achado é semelhante ao

apresentado por Berquó e Lago (2016) que relataram que o número de consultas de pré-natal, cesariana, parto com presença de acompanhante e de consulta no puerpério aumentaram com a melhora da classe econômica, com a posse de plano de saúde e também com o aumento nos anos de estudo.

Outro ponto relevante é que um importante percentual de gestantes é submetidas à práticas intervencionistas desnecessárias durante o trabalho de parto e nascimento, o que pode ocasionar uma experiência negativa de parto à parturiente e sua família, além de estar diretamente relacionada com a equidade na assistência gravídica-puerperal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Dessa forma, estratificar as informações de saúde por cor/raça, na maioria das vezes, revela que pessoas pretas e pardas, quando comparadas às brancas, apresentam piores condições de saúde. Leal et al. (2005) observaram que mulheres com cor da pele preta e parda tinham maior chance de sofrer agressão, interromper a gravidez precocemente e peregrinar; quando a cor vem atrelada a baixa escolaridade e trabalho sem remuneração essas chances pioram. Thephilo et al. (2017) seguem a mesma linha indicando que mulheres pretas/pardas apresentam piores condições socioeconômicas e pior assistência no pré-natal e nascimento. Otimizar os recursos disponíveis para a atenção integral das mulheres é um importante recurso para a efetividade da assistência à saúde, além disto, colabora para a redução das desigualdades que persistem tanto em nível estadual quanto municipal (SOARES, 2007).

2.4.1 Racismo Institucional

A problemática da discriminação racial já é percebida há bastante tempo. A luta contra todas as formas de discriminação foi fortalecida institucionalmente através da Carta da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, promovida pela Organização das Nações Unidas e ratificada no Brasil pelo Decreto nº 65.810, que promulga a carta e propõe-se há: “*promover e encorajar o respeito universal dos direitos humanos e liberdades fundamentais para todos, sem discriminação de raça, sexo, idioma ou religião*” (BRASIL, 1969, s/n). No entanto, mesmo após mais de 50 anos, os problemas de discriminação racial, bem como todos os outros supracitados ainda permeiam as relações sociais.

A hierarquia racial, legitimada pelo Estado, dificulta a inclusão do negro em diversas dimensões: da inserção no mercado de trabalho à ocupação de terras e acesso a bens e serviços (LÓPEZ, 2012). No campo da saúde, este problema não é diferente, pois as desigualdades raciais se refletem em todos os meios da sociedade. Com isto, torna-se imperativo reconhecer o racismo como determinante no acesso e qualidade da assistência à saúde experimentada pela população negra em todas as fases de sua vida, independente da sua classe social (WERNECK, 2016). As relações de poder também permeiam as instituições de saúde, onde não só a hierarquia de classes (profissional x usuário) mas também a de raças podem influenciar no acesso e na qualidade do atendimento (ASSIS, 2018; KALCKMANN et al., 2007; SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011). E, da questão étnico-racial, emerge o chamado racismo institucional que pode ser conceituado como: *“o fracasso coletivo de uma organização em oferecer um serviço apropriado e profissional a pessoas devido à sua cor”*(BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, pg. 97). As discussões sobre racismo na atualidade tem sido abordadas nas mais diversas formas, porém o olhar sobre o racismo institucional é mais complexo, ao ponto que relaciona-se à aceitação das instituições como reprodutoras do racismo (LÓPEZ, 2012).

O racismo institucional atua de forma sutil, potencializando as vulnerabilidades, uma vez que está atrelado a execução de políticas ou ações institucionais desiguais (KALCKMANN et al., 2007). Diante do fato de que a saúde é um direito constitucional, políticas que garantam a promoção da igualdade racial e a superação do racismo devem ser instituídas e seguidas. Com este intuito, o Ministério da Saúde instituiu em 2007 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, um importante marco na melhoria das condições de saúde desta população (BRASIL, 2007a). Esta Política visa principalmente sensibilizar os trabalhadores da saúde acerca da necessidade da equidade na assistência em saúde. E, neste sentido, quando o olhar se volta às mulheres negras, é importante tratar as interseccionalidades relacionadas à assistência, principalmente às que versam sobre as questões raciais e de gênero.

Como relatado anteriormente, o gênero também é um fator relevante nas desigualdades de acesso aos serviços de saúde (BARATA, 2009). Interage com os processos raciais discriminatórios, tornando a mulher mais propensa a essas experiências negativas quando comparada ao homem, mesmo que negro (PINHEIRO et al., 2006). Ainda neste contexto, reconhece-se a mulher negra como possuidora de intersecções de vulnerabilidades que

influenciam negativamente no recebimento de ações e serviços de saúde, além de determinar o seu processo saúde-doença (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012; THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

“...frequentemente, ou por engano pensamos que a interseccionalidade é apenas sobre múltiplas identidades, no entanto, a interseccionalidade é, antes de tudo uma lente analítica sobre a interação estrutural e seus efeitos políticos e legais. A interseccionalidade nos mostra como e quando mulheres negras são discriminadas e estão mais vezes posicionadas em avenidas identitárias que, farão delas vulneráveis à colisão das estruturas e fluxos modernos”(AKOTIRENE, 2019, pg. 63)

Identificar o racismo institucional e suas interseccionalidades torna-se complexo, ao passo que vivemos em uma sociedade desigual, onde as mulheres, são atingidas por diversos sistemas de subordinação ao mesmo tempo (ASSIS, 2018). As mulheres negras possuem pior acesso à condições dignas de saúde quando comparadas à mulheres brancas devido ao tratamento desigual, que apresenta-se ainda mais prevalente em situações de maior vulnerabilidade, como no pré-natal e parto (GÓES, 2013; KALCKMANN et al., 2007).

O período gravídico puerperal é um momento único na vida da mulher e de sua família. Desta forma, toda esta trajetória deve ser pautada em uma assistência integral, de qualidade e humanizada. No entanto, o viés racial pode frustrar estas expectativas devido ao tratamento injusto recebido nos serviços de saúde que, por muitas vezes, não contemplam os direitos reprodutivos das mulheres negras.

2.4.2 Desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e parto: revisão sistemática de literatura

Neste capítulo foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre o tema central deste projeto de tese: “*desigualdades de cor/raça na assistência ao pré-natal e parto*”. Para isso foi construído um protocolo para busca sistemática de literatura de acordo com as recomendações da biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina e do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA Checklist*. Esta revisão foi atualizada e registrada no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob o protocolo CRD42020156520 e será apresentada de forma completa como artigo no capítulo de resultados desta tese.

O desfecho de desigualdades de cor/raça no atendimento materno foi considerado quando os artigos apresentavam informações de diferenças entre recebimento de atendimentos e/ou ações de saúde por cor/raça materna ocorridos no pré-natal ou no parto. Não foram incluídos materiais que traziam as diferenças relacionadas a povos/etnias (ex: aborígenes, diferentes tribos africanas, etc.) por suas especificidades e consequente dificuldade de comparação.

A busca incluiu apenas estudos originais, com delineamento transversal ou longitudinal, de base populacional que apresentavam como sujeitos em estudo gestantes/puérperas de qualquer faixa-etária, publicados entre 2009 e 2019 e sem restrição de idioma. As teses, dissertações e monografias foram excluídas, mantendo-se apenas os artigos. Também foram excluídos os estudos que apresentavam a criança como sujeitos de interesse e que não traziam como desfecho principal resultados negativos ou positivos do atendimento da gestante.

A busca foi realizada nas bases bibliográficas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science* e *Lilacs* (*Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) em novembro de 2019. Para a confecção das chaves de busca optou-se por utilizar os termos controlados *MeSH* (*Medical Subject Headings*), com exceção da *Lilacs* onde foram utilizados os *Descritores em Ciências da Saúde* (*DeCS*). Quando do excesso de resultados de material não ligado ao tema de busca foi realizado um filtro com enfoque nos títulos, resumos e termos (*DeCS* e *MeSH*). Para cada base de dados foi criada uma estratégia de busca específica conforme suas especificidades que pode, ser observada através do Quadro 1.

Quadro 1- Estratégia de busca de acordo com o recurso utilizado

Base	Estratégias de busca	Total
<u>Scopus</u>	(((TITLE-ABS-KEY (race) OR TITLE-ABS-KEY (racism) OR TITLE-ABS-KEY ("race factors") OR TITLE-ABS-KEY ("Race Relations")))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Maternal Health") OR TITLE-ABS-KEY ("prenatal care") OR TITLE-ABS-KEY (midwifery) OR TITLE-ABS-KEY (pregnancy)))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Socioeconomic Factors") OR TITLE-ABS-KEY ("Healthcare Disparities") OR TITLE-ABS-KEY ("health equity")))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Epidemiologic Methods") OR TITLE-ABS-KEY (epidemiology) OR TITLE-ABS-KEY ("Public Health")))))	169
<u>Web os Science</u>	(TÓPICO: (race) OR TÓPICO: (racism) OR TÓPICO: ("race factors") OR TÓPICO: ("Race Relations")) AND (TÓPICO: ("Maternal Health") OR TÓPICO: ("prenatal care") OR TÓPICO: (midwifery) OR TÓPICO: (Pregnancy)) AND (TÓPICO: ("Socioeconomic Factors") OR TÓPICO: ("Healthcare Disparities") OR TÓPICO: ("Health Equity")) AND (TÓPICO: ("Epidemiologic Methods") OR TÓPICO: (Epidemiology) OR TÓPICO: ("Public Health"))	344

<u>Lilacs</u>	(tw:((tw:(race)) OR (tw:(raça)) OR (tw:(raça))OR (tw:(racismo)) OR (tw:(racism)) OR (tw:(“race factors”)) OR (tw:(“Factores Raciales”)) OR (tw:(“Fatores Raciais”)) OR (tw:(“Relações Raciais”)) OR (tw:(“Race Relations”)) OR (tw:(“Relaciones Raciales”)))) AND (tw:((tw:(“Maternal Health”)) OR (tw:(“saúde materna”)) OR (tw:(“salud materna”)) OR (tw:(“prenatal care”)) OR (tw:(“cuidado pré-natal”)) OR (tw:(“atención prenatal”)) OR (tw:(midwifery)) OR (tw:(tociologia)) OR (tw:(parteria)) OR (tw:(gravidez)) OR (tw:(embarazo)) OR (tw:(Pregnancy)))) AND (tw:((tw:(“Socioeconomic Factors”)) OR (tw:(“fatores socioeconômicos”)) OR (tw:(“factores socioeconómicos”)) OR (tw:(“Health Status Disparities”)) OR (tw:(“desigualdades em saúde”)) OR (tw:(“desigualdades en la salud”)) OR (tw:(“Health Equity”)) OR (tw:(“equidade em saúde”)) OR (tw:(“equidad en salud”)))) AND (tw:((tw:(“Epidemiologic Methods”)) OR (tw:(“Métodos Epidemiológicos”)) OR (tw:(“Métodos epidemiológicos”)) OR (tw:(epidemiology)) OR (tw:(epidemiología)) OR (tw:(epidemiologia)) OR (tw:(“Public Health”)) OR (tw:(“Salud Pública”)) OR (tw:(“Saúde Pública”))))	132
<u>PUBMED</u>	((((((race[Title/Abstract]) OR racism[Title/Abstract]) OR "race factors"[Title/Abstract]) OR "Race Relations"[Title/Abstract])) AND (((("Maternal Health"[Title/Abstract]) OR "prenatal care"[Title/Abstract]) OR midwifery[Title/Abstract]) OR Pregnancy[Title/Abstract])) AND (((("Socioeconomic Factors"[Title/Abstract]) OR "Healthcare Disparities"[Title/Abstract]) OR "Health Equity"[Title/Abstract])) AND (((("Epidemiologic Methods"[Title/Abstract]) OR Epidemiology[Title/Abstract]) OR "Public Health"[Title/Abstract]))	11

Para a seleção dos estudos, primeiramente, verificou-se a duplicidade dos materiais nas bases com o auxílio do software *Mendeley* e, posteriormente, foi procedida a leitura dos títulos e resumos dos artigos. Em seguida foi realizada a leitura completa dos materiais. Para a organização dos resultados de busca foram coletadas informações de título, autores, ano, local e periódico de publicação, bem como informações sobre tipos de estudo, desfechos, exposições, amostra, tipo de método de análise e resultados das associações encontradas. Os títulos das referências dos artigos selecionados foram analisados a fim de identificar outros artigos que não entraram na revisão por meio da estratégia de busca.

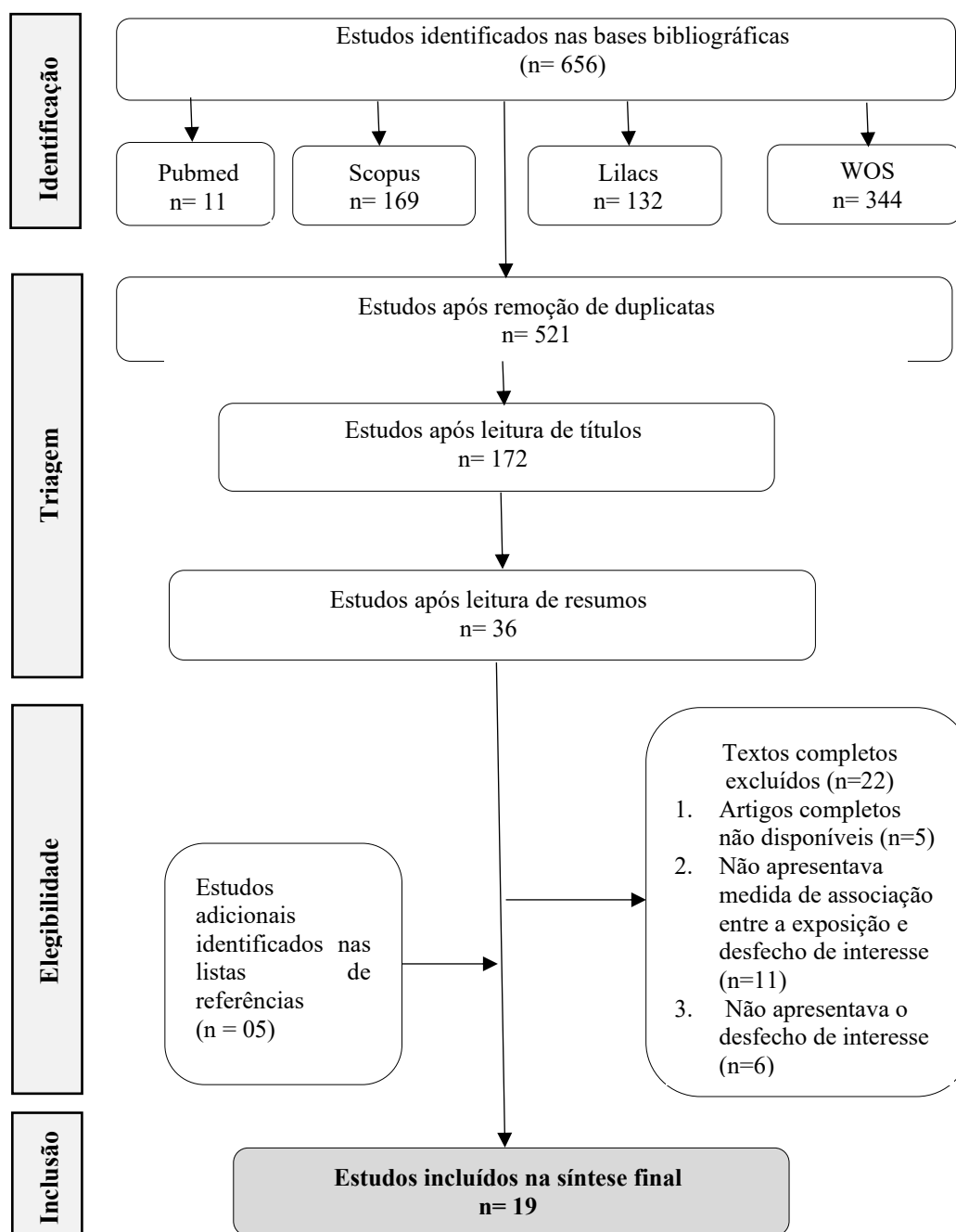


Figura 2.1 - Fluxograma dos estudos selecionados

Após a busca nas quatro bases bibliográficas escolhidas foram encontrados 656 estudos. Após a remoção das duplicatas restaram 521. Posteriormente, com a leitura dos títulos foram reduzidos para 172. Ao final da leitura dos resumos obtiveram-se 36 artigos completos cujo universo reduziu-se a 19 artigos incluídos na revisão após a análise dos conteúdos (figura 2.1).

2.4.2.1 Características dos estudos

Os 19 estudos selecionados (Quadro 2) foram publicados entre 2009 e 2019 conforme a estratégia de busca. Os anos que apresentaram maior concentração de publicações foram 2014 e 2016 (3 estudos em cada ano). A maior parte dos estudos foi realizada com populações americanas (BERGGREN et al., 2012; BRYANT et al., 2009; BUTWICK et al., 2016; COX et al., 2011; GROBMAN et al., 2015; JANEVIC et al., 2014; KRANS; DAVIS; PALLADINO, 2013; LIU; TRONICK, 2012b; MARCHI et al., 2010; PENFIELD et al., 2017; SPARKS, 2009; YEE et al., 2016, 2017). O Brasil foi o segundo país com a maior quantidade de trabalhos publicados (DINIZ et al., 2014; DOMINGUES et al., 2014, 2015; LEAL et al., 2014, 2017b; VICTORA et al., 2010). A maior parte dos estudos apresentou delineamento longitudinal e com populações que variaram de 411 (YEE et al., 2016b) a 961.381 indivíduos (JANEVIC et al., 2014).

Do total de estudos selecionados, 7 tinham como desfecho desigualdades de atendimento no pré-natal (COX et al., 2011; DOMINGUES et al., 2015; KRANS; DAVIS; PALLADINO, 2013; LIU; TRONICK, 2012a; SPARKS, 2009a; VICTORA et al., 2010; YEE et al., 2016), dez desigualdades de atendimento no parto (BRYANT et al., 2009; BUTWICK et al., 2016; DINIZ et al., 2014; GROBMAN et al., 2015; JANEVIC et al., 2014, 2018; LEAL et al., 2014; PENFIELD et al., 2017; YEE et al., 2017) e dois apresentavam informações sobre os dois desfechos de interesse (BERGGREN et al., 2012; LEAL et al., 2017).

Existem critérios diferentes quanto à identificação étnico-racial nos países onde foram desenvolvidos os artigos em estudo. Nota-se que a maior diferença ocorre entre EUA e Brasil, principalmente nas categorias “*parda*” e “*hispanica*”. No Brasil a categoria “*parda*”, é a categoria referente à mestiços, resultante da miscigenação entre as demais categorias (OSORIO, 2003). Já a categoria “*hispanica*” diz respeito à origem étnica, que ocorre principalmente pela forte imigração existente neste país. Além disto, os estudos apresentaram as categorias de análise “*caucasiano*” e “*branco*” que podem ser consideradas sinônimos, o mesmo ocorre ainda entre as categorias “*preta*” e “*afro-americana*”.

2.4.2.2 Síntese das desigualdades no pré-natal

Um total de oito artigos trataram sobre desigualdades no pré-natal com desfechos diversos. Gestantes não brancas apresentaram chance de inadequação maior e de adequação

menor quando comparadas às brancas (DOMINGUES et al., 2015; KRANS; DAVIS; PALLADINO, 2013; LEAL et al., 2017). Quando as diferenças entre o público e o privado foram analisadas, não houve diferenças entre as categorias de cor da pele (VICTORA et al., 2010). Gestantes hispânicas com diabetes possuíam prevalência 1,31 (IC_{95%} 1,10 - 1,56) vezes maior de receber atendimento adequado quando comparadas às brancas (BERGGREN et al., 2012).

Gestantes brancas que apresentaram pré-natal inadequado possuíam até 4 vezes maior chance (OR: 4,37) de prematuridade quando comparadas à adequação da assistência (COX et al., 2011; SPARKS, 2009b). Já quando comparadas as categorias de cor da pele em estudo realizado nos EUA as pretas que apresentavam diabetes gestacional possuíam menor razão de prevalência de prematuridade (BERGGREN et al., 2012).

Nos EUA, quanto ao atendimento de saúde bucal durante o período pré-natal, mulheres afro-americanas apresentaram chance 1,34 (IC_{95%} 1,20 - 1,49) vezes maior de não receber atendimento quando comparadas as europeias americanas (MARCHI et al., 2010).

2.4.2.3 Síntese das desigualdades no parto

Dos artigos participantes da revisão, 12 trataram sobre desigualdades no parto. O artigo de Grobman et al. (2015) com o desfecho de morbidade materna encontrou diferenças na ocorrência de hemorragia pós-parto e infecção periparto onde as puérperas não-brancas mostraram-se com maior chance de acometimento. Dos artigos que estudaram as desigualdades relativas ao parto, o maior percentual de artigos investigou a diferença entre a cor/raça quanto a realização de cesarianas (BUTWICK et al., 2016; COX et al., 2011; JANEVIC et al., 2014; LEAL et al., 2014; PENFIELD et al., 2017; YEE et al., 2017). Destes estudos, 50% apresentaram maior chance ou risco de ocorrência nas gestantes não-brancas (BUTWICK et al., 2016; COX et al., 2011; YEE et al., 2017). O estudo de Yee *et al* (2017), identificou chance significativamente maior de realização de cesáreas em gestantes pretas mesmo que nulíparas (OR: 1,47 IC_{95%} 1,60–1,59).

Gestantes não-brancas, com exceção das asiáticas, apresentaram menor risco de sofrer laceração perineal quando comparadas as brancas (BERGGREN et al., 2012; GROBMAN et al., 2015). O mesmo ocorreu com a episiotomia, onde as gestantes pretas, pardas, hispânicas e asiáticas apresentaram menor chance de serem submetidas a este procedimento quando

comparadas com as brancas (JANEVIC et al., 2018; LEAL et al., 2014, 2017). Porém, quando foi verificada a questão da realização de anestesia para a realização de episiotomia, as mulheres pretas têm 50% menor chance de receber analgesia (LEAL et al., 2017).

Gestantes pretas e pardas apresentaram menos vinculação à maternidade (OR:1,2 IC_{95%}:1,10 - 1,37) e peregrinaram mais (OR:1,3 IC_{95%}:1,15 - 1,54) (LEAL et al., 2017). Quando foi observada a presença de acompanhante, as pretas também apresentaram maior chance de não possuir acompanhante em nenhum momento do parto (OR entre 1,4 e 1,7) (DINIZ et al., 2014; LEAL et al., 2017).

Os resultados mostraram que gestantes pretas recebem menos anestesia no momento do trabalho de parto e, com exceção das amarelas também receberam menos procedimentos não-farmacológicos para alívio durante o parto vaginal, porém não há diferenças significativas em relação às brancas (LEAL et al., 2014, 2017). Apesar de todas as categorias de cor da pele estudadas apresentarem maior chance de sofrerem a manobra de Kristeler quando comparadas à branca, estas diferenças também não apresentaram-se significativas (LEAL et al., 2014).

As sínteses dos resultados desta revisão apontam importante desigualdade nos desfechos apresentados relacionadas as categorias de cor/raça. A maior parte dos estudos demonstra que gestantes brancas recebem melhor assistência à saúde, o que se reflete em menos chance de ocorrência de desfechos negativos. Em algumas análises as puérperas pretas apresentaram menor chance de realização de intervenções desnecessárias como episiotomia e laceração perineal grave. Porém, em contraponto, quando da ocorrência da episiotomia, recebem menos anestesia para sua realização. O atendimento de saúde bucal também foi diferente entre as categorias de cor da pele, sendo que os não-brancos apresentaram menor chance de realização deste tipo de atendimento especializado. O acesso ao direito de acompanhante, protegido por lei no Brasil, também merece destaque já que apesar de ser uma ação simples, ocorre de forma desigual de acordo com as características de cor da pele da gestante. A conclusão advinda destes resultados faz emergir a discussão do porquê estas diferenças ocorrem? Quais situações, pensamentos, barreiras estão por trás destas diferenças no acesso e assistência? A superação destas iniquidades deve ser o cerne das políticas afirmativas de fortalecimento da democracia e da justiça social. Combater o racismo institucional imbricado nas instituições e serviços, não só do Brasil, mas no mundo, deve ser meta para promover a equidade e igualdade social (BRASIL, 2007a).

3 PERGUNTAS DE PESQUISA

Esta tese foi desenvolvida para responder as seguintes perguntas de pesquisa:

- A assistência pré-natal realizada no serviço de Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina é adequada?
- A assistência ao parto realizada na rede hospitalar vinculadas à Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina é adequada?
- Existe associação entre cor/raça e a adequação da assistência ao pré-natal realizada na rede de Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina?
- Existe associação entre cor/raça e a adequação da assistência ao parto prestada na rede de assistência hospitalar vinculada ao serviço de Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre as características de cor/raça das puérperas e a adequação da assistência ao pré-natal e ao parto realizada pela Atenção Primária à Saúde (APS) e na rede hospitalar vinculada a este nível atenção no Estado de Santa Catarina em 2019.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar os indicadores da assistência ao pré-natal recebida pelas gestantes na rede de Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina;

- Descrever e analisar os indicadores da assistência ao parto recebida na rede hospitalar vinculada a Atenção Primária à Saúde do Estado de Santa Catarina;

- Analisar associação entre cor/raça e os indicadores de adequação ao pré-natal e parto do Estado de Santa Catarina.

5 MÉTODOS

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

Os dados da presente tese são provenientes da pesquisa “*Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina*” e que teve seu início no Estado de Santa Catarina em 2018. A referida pesquisa foi contemplada em edital do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), sob o termo de outorga N° 2017TR1364. Além disto, foi firmada uma parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC) para desenvolvimento da pesquisa.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa de base teve como objetivo analisar a Rede Cegonha nos componentes pré-natal e puerpério/saúde da criança em Santa Catarina com dois enfoques: estudo epidemiológico e estudo avaliativo. O Estado de Santa Catarina situa-se na Região Sul do país e, faz divisa com os estados do Rio Grande do Sul e Paraná. Tem economia baseada na indústria, no extrativismo, na pecuária e em atividades relacionadas ao comércio, prestação de serviços e turismo. Apresentou, em 2010, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) equivalente a 0,77 o que corresponde ao terceiro mais alto entre as unidades federativas do país (IBGE, 2017). A renda per capita domiciliar média em 2019 foi de 1.769,00 reais e a taxa de analfabetismo entre maiores de 16 anos igual a 4,13% (IBGE, 2019a, 2019b). O Estado em questão possui mais de 6 milhões de pessoas (49,6% são homens e 50,4% mulheres) distribuídas em 295 municípios.

Em 2019 nasceram vivas 97.589 crianças e a taxa de mortalidade infantil registrada foi de 9,67 por 1000 nascidos vivos (DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2020), enquanto a razão de mortalidade materna foi de 27,67 por 100.000 nascidos vivos (DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2020). Em dezembro de 2017, a rede assistencial do Estado contava com 200 hospitais gerais dos quais 32 eram públicos, 135 filantrópicos e 33 privados (DATASUS, 2019).

Quanto à Atenção Básica, em 2019 as 1804 equipes de Saúde da Família de Santa Catarina cobriam 79,1% da população do Estado (SAGE, 2019). Além disso, 80,3% da

população era coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e havia um total de 305 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019).

5.3 AMOSTRAGEM

A presente tese utilizou dados provenientes da primeira etapa da pesquisa de base “*Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Primária à Saúde: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina*”, sendo assim, sua amostra populacional seguiu os procedimentos amostrais deste estudo. O cálculo da amostra foi realizado no programa estatístico Stata 14. Foi calculada com nível de confiança de 95%, utilizando como tamanho de população 50 mil mulheres, margem de erro de 1,6%, prevalência estimada de 50% e, acrescentando 5% para recompor perdas. Obtendo uma amostra final calculada de 3.665 puérperas que deveriam ser entrevistadas na pesquisa.

5.4 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO EM ESTUDO

A presente tese é oriunda de um recorte transversal do referido estudo longitudinal de base que foi constituído em duas etapas distintas. Em um primeiro momento as puérperas foram entrevistadas em ambiente hospitalar para a coleta de informações quanto o atendimento no pré-natal e parto. Adicionalmente, as informações da caderneta de gestante foram coletadas para a verificação do preenchimento de informações quanto ao atendimento pré-natal. No segundo momento, cerca de seis meses após o parto, foram coletadas informações por meio de contato telefônico para verificar a assistência do binômio no período puerperal. O recorte transversal utilizou dados da primeira etapa do estudo de base.

A população de referência foi constituída por puérperas de qualquer idade residentes em Santa Catarina que tiveram parto de filhos nascidos vivos ou natimortos com peso ao nascer maior ou igual a 500g e/ou 22 semanas ou mais de gestação em hospitais do Estado de janeiro a agosto de 2019. Para determinar quais hospitais seriam considerados para o estudo selecionaram-se aqueles em que no ano de 2016 realizaram 500 partos ou mais financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado.

As puérperas que não residiram durante todo o pré-natal no Estado, que realizaram parto extra-hospitalar, que não possuíam condições físicas/emocionais para responder aos

questionamentos, ou que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal fora da rede pública foram excluídas do estudo.

5.5 TREINAMENTO E COLETA DE DADOS

Os entrevistadores selecionados para conduzir as coletas de dados possuíam ao menos segundo grau completo, 18 anos de idade e dedicação integral ao projeto. A primeira etapa envolveu 35 entrevistadores, enquanto na segunda etapa 7 entrevistadores foram os responsáveis pelas ligações. A equipe técnica do projeto coordenou o trabalho de campo e todos os envolvidos na coleta dos dados foram treinados em técnicas apropriadas de entrevista e no entendimento e domínio das perguntas do questionário do presente estudo.

O questionário face-a-face foi testado em 5% dos indivíduos da amostra que corresponderam aos mesmos critérios de seleção e exclusão indicados anteriormente. O entendimento das perguntas por parte do entrevistado, o tempo de coleta de dados e a adequação da estrutura do questionário foram avaliados de acordo com os relatos dos supervisores no intuito de realizar ajustes necessários aos itens citados. Toda a logística da pesquisa e coleta de dados foi testada nesse momento.

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada em 31 hospitais espalhados por 30 cidades do estado (Figura 5.1). A coleta se deu por meio de entrevista estruturada contendo 365 questões divididas em 11 blocos temáticos (informações iniciais, identificação; fatores comportamentais, assistência pré-natal, satisfação e discriminação no pré-natal, parto e nascimento, satisfação e discriminação no parto e nascimento, características do ambiente de moradia, socioeconômico, demográfico, caderneta da gestante) (Apêndice 1 e 2).

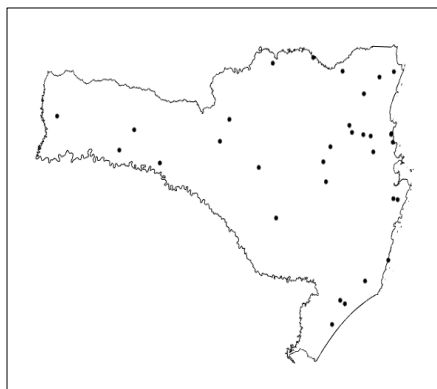


Figura 5.1 - Localização dos hospitais de coleta de dados do estudo de Avaliação da Rede Cegonha em Santa Catarina, 2019. Fonte: autores

Os dados foram coletados com o auxílio de tablet utilizando o software REDCap. As entrevistas ocorreram em até 48 horas pós-parto nas unidades hospitalares nas quais o parto foi realizado. A coleta de dados da primeira fase ocorreu de janeiro a agosto de 2019. A segunda etapa do seguimento dos sujeitos de pesquisa se deu por telefone e teve início em setembro e término em dezembro de 2019. Nesta etapa também se utilizou o tablet como ferramenta de coleta.

Para o controle de qualidade dos dados em cada etapa do estudo (linha de base e seguimento) uma amostra aleatória de 10% dos entrevistados foi contatada novamente para aplicação de um questionário reduzido. Ao final foi verificado a completude e consistência das respostas através do índice de Kappa de Cohen que variou de 0,680 a 1,000 (PERROCA; GAIDZINSKI, 2003).

Por recusas foram consideradas aquelas que optaram por não participar do estudo ou que desejaram se retirar dele em qualquer momento. Perda de seguimento foi considerada quando a puérpera declarou não ter telefone ou quando não foi possível contatá-la por telefone ao menos em cinco momentos distintos, inclusive no período noturno e final de semana.

Como já explanado anteriormente, a presente tese utilizou informações provenientes da primeira onda de coleta de dados, no intuito de verificar a adequação do pré-natal e parto, de acordo com os respectivos objetivos desta pesquisa.

5.6 VARIÁVEIS

O presente trabalho possui dois desfechos distintos: a adequação da assistência ao pré-natal e a adequação da assistência ao parto. Para a construção das variáveis *adequação de pré-natal* (Quadro 2) e *adequação de parto* (Quadro 3) foram utilizadas variáveis de adequação mínima para as referidas assistências baseadas nas recomendações do PHPN, Rede Cegonha, Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de baixo risco, Boas Práticas de Atenção à Gestação e ao Parto, e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 2011, 2014b; SAÚDE, 1996).

Para a composição do índice de *adequação do pré-natal* foram construídos quatro subíndices dicotômicos nominais (sim/não): adequação das orientações profissionais; adequação dos exames realizados; adequação das condutas clínicas e adequação da realização de imunização.

A variável de *adequação de orientações* avaliou a temática das orientações oferecidas pela equipe de saúde para gestantes durante as consultas de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011b). A adequação de orientações foi constatada para aquelas que haviam recebido ao menos em uma consulta orientação sobre cada um dos temas descritos no quadro 2.

Quanto à *adequação de exames*, considerou-se assistência adequada quando as gestantes fizeram pelo menos em um momento cada um dos exames listados no quadro 2, podendo ser exames laboratoriais, testes rápidos ou de imagem (BRASIL, 2013). Além disto, em adição as informações prestadas pela puérpera, foram consideradas as informações contidas na caderneta da gestante. Quando a não realização do exame citopatológico a análise levou em consideração a necessidade de realização do mesmo (gestante que havia realizado a menos de 1 ano).

A *adequação de imunização* se deu quando a puérpera referiu ou havia anotação na caderneta de gestante de pelo menos uma dose das vacinas hepatite B e antitetânica, ou ainda aquelas que relataram que já estavam imunizadas (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As práticas assistenciais oferecidas pelos profissionais de saúde foram verificadas através da variável de *adequação das condutas clínicas* que utilizou como base a periodicidade das ações conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Foi considerada adequada a conduta de profissionais que aferiram a pressão arterial e pesaram as gestantes em todas as consultas; verificaram a altura uterina, batimentos cardíacos e examinaram as mamas das gestantes em todas as consultas ou mais de uma vez durante o pré-natal; e realizaram a mensuração da altura da gestante pelo menos uma vez durante todo o acompanhamento. Para este desfecho também se considerou as informações registradas na caderneta da gestante em adição às autorreferidas.

Para todas as variáveis que consideraram a informação contida na caderneta, não necessitavam realizar algum procedimento em análise, e/ou possuíam duas possibilidades de exames para adequação (teste rápido e laboratorial), ou ainda possuíam necessidades de periodicidades distintas construiu-se uma nova variável que levou em consideração todas estas especificidades.

Por fim, o índice de *adequação do pré-natal* foi composto pelos subíndices supracitados em adição das variáveis de semana de início do pré-natal (≤ 12 semanas/ > 12 semanas) e número de consultas de pré-natal (< 6 consultas/ ≥ 6 consultas) autorreferidas e registradas na caderneta

(BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011b). Considerou-se pré-natal adequado aquela que apresentou: início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional e pelo menos 6 consultas de pré-natal, além de apresentar todos os subíndices de adequação como adequados.

Quadro 2 – Perguntas utilizadas para a construção do construto de adequação pré-natal.

Adequação Pré-natal	
Pergunta	Tipo de variável resposta
Com quantas semanas de gravidez a Sra. realizou sua primeira consulta de pré-natal?	Coletada de forma contínua e transformada em variável dicotômica ordinal (≤ 12 semanas/ > 12 semanas) Caderneta: coletada forma contínua, transformada em dicotômica (≤ 12 semanas/ > 12 semanas)
Quantas consultas de pré-natal a Sra. realizou no decorrer desta gravidez?	Coletada de forma contínua e transformada em variável dicotômica ordinal (até 5 consultas/ 6 ou mais) Caderneta: coletada forma contínua, transformada em dicotômica (até 5 consultas/ 6 ou mais)
<p><u>Orientações</u> <i>Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientou a Sra. sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade do bebê? - Orientou a Sra. quanto ao manejo da amamentação (posição do bebê para mamar, pega adequada, preparo das mamas para a amamentação)? - Explicou a Sra. os sinais de risco na gravidez que devem fazer a Sra. procurar um serviço de saúde? - Explicou como começa o trabalho de parto? - Explicou sobre coisas que a Sra. poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê? - Orientou a Sra. sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez? - Orientou a Sra. sobre os riscos do fumo durante a gravidez? - Orientou a Sra. sobre os riscos de utilizar remédios durante a gravidez, sem orientação médica? - Informou sobre a possibilidade de a Sra. visitar as opções de maternidade para a realização do parto? 	Variáveis dicotômicas nominais (sim/não)
<p><u>Exames</u> <i>Algum médico (a) ou profissional da saúde solicitou que a Sra. realizasse estes exames durante o pré-natal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame de sangue completo (hemograma)? - Tipagem sanguínea e fator Rh? - Exame de urina no laboratório? - Exame de glicose no laboratório (para saber se tem açúcar elevado no sangue)? 	<p>Variável dicotômica nominal (sim/não) Caderneta: coletada forma contínua, transformada em dicotômica (sim/não) Variável politômica nominal (Não quis realizar/ Não foi informada sobre a necessidade/ Havia realizado há menos de 1 ano)</p>

Continuação - Quadro 2 – Perguntas utilizadas para a construção do construto de adequação pré-natal.

<p><u>Exames</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame de sangue para saber se tem a doença transmitida pelo gato ou alimentos crus (Toxoplasmose IGM)? - Exame para hepatite B? - Teste rápido de HIV - Exame para diagnóstico do HIV realizado no laboratório? - Teste rápido de sífilis? - Exame para diagnóstico de sífilis realizado no laboratório? - Ultrassom obstétrico? - Exame Papanicolau ou preventivo de colo do útero? - Por qual motivo não fez? 	<p>Variável dicotômica nominal (sim/não)</p> <p>Caderneta: coletada forma contínua, transformada em dicotômica (sim/não)</p> <p>Variável politômica nominal (Não quis realizar/ Não foi informada sobre a necessidade/ Havia realizado há menos de 1 ano)</p>
<p><u>Imunização</u></p> <p><i>A Sra. realizou as vacinas antitetânica e hepatite B durante o pré-natal?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacina dupla adulto (dT- difteria e tétano)? - Da hepatite B? 	<p>Variável dicotômica nominal (sim/não)</p> <p>Caderneta: coletada forma contínua, transformada em dicotômica (sim/não)</p>
<p><u>Condutas clínicas</u></p> <p><i>Durante as consultas deste pré-natal, os profissionais de saúde?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mediram altura uterina - Aferiram pressão arterial - Verificaram peso materno - Verificaram a altura materna - Verificaram os batimentos cardíacos do bebê - Examinaram as mamas da gestante 	<p>Variável dicotômica nominal (sim/não)</p> <p>Caderneta: coletada forma contínua, transformada em dicotômica (sim/não)</p>

Em relação ao desfecho de *adequação ao parto* (Quadro 3), devido à algumas especificidades dos tipos de parto, optou-se por realizar dois subíndices dicotômicos nominais (sim/não): adequação de parto cesáreo e adequação de parto vaginal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, 2014b; SAÚDE, 1996). Para a adequação de parto cesáreo considerou-se a busca por atendimento da gestante na maternidade de referência (peregrinação da gestante), possuir acompanhante durante o processo de parto, se a puérpera havia amamentado e, se a amamentação ocorreu em até 1 hora pós-parto.

No parto vaginal foram considerados todos os critérios já apontados ao parto cesáreo e além disto foram adicionadas informações quanto: recebimento de medidas para alívio de dor, escolha da posição para a expulsão do bebê, se foi amarrada e/ou se subiram em sua barriga em algum momento do trabalho de parto (manobra de Kristeller) e, se sofreu episiotomia. O índice de adequação ao parto foi composto pela junção das adequações de parto vaginal e cesáreo. Considerada assistência adequada ao parto quando as gestantes/parturientes/puérperas não peregrinaram, possuíram acompanhante durante o processo de parto, amamentaram ainda dentro da primeira hora pós-parto (caso não houvesse nenhum impedimento de saúde),

receberam medidas de alívio da dor, puderam escolher a posição de expulsão do bebê, não foram amarradas, não sofreram episiotomia e manobra de Kristeller. Na análise da variável *acompanhante* foram consideradas as situações em que a gestante não possuía nenhuma pessoa que pudesse ser sua acompanhante ou não desejou tê-lo.

Quadro 3 - Perguntas utilizadas para a construção do construto de adequação do parto.

Adequação Parto	
Pergunta	Tipo de variável resposta
Antes de ser internada nesta maternidade a Sra. procurou atendimento em outra maternidade?	Variável dicotômica nominal (sim/não)
A Sra. teve a presença de um acompanhante durante o parto?	Variável dicotômica nominal (sim/não)
*A Sra. recebeu alguma medida para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	Variável dicotômica nominal (sim/não)
*Durante o parto a Sra. passou por alguma destas experiências ou intervenções: - Amarraram suas mãos, braços ou pernas? - Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? - Seu períneo (vagina) foi cortado durante o parto? - Pôde escolher a posição no momento da expulsão/na hora de ter o bebê?	Variável dicotômica nominal (sim/não)
A Sra. já colocou o recém-nascido no peito? Quanto tempo após o parto o recém-nascido foi colocado no seu peito para mamar?	Coletada como politômica e transformada em dicotômica nominal (até 1ª hora de vida/ Mais de 1 hora).

*Somente para parto vaginal

Para caracterizar os sujeitos em estudo foram utilizadas variáveis socioeconômicas e demográficas (Quadro 4): renda; cor da pele/raça; situação conjugal; idade e escolaridade.

Quadro 4 – Perguntas utilizadas para caracterização socioeconômica da amostra.

Variáveis socioeconômicas e demográficas	
Pergunta	Tipo de variável resposta
A Sra. considera que sua cor da pele/raça/etnia é:	Coletada como variável politômica nominal (branca/ parda/ preta/ indígena/ amarela), e transformada em politômica nominal (branca/ /parda/ preta)
A Sra. mora com marido ou companheiro?	variável dicotômica nominal (sim/não)
Qual a sua data de nascimento?	Coletada em formato de data e transformada em variável politômica ordinal (13 a 19 anos/ 20 a 35 anos/ 36 a 46 anos)
<u>Escolaridade</u> Até que grau de escolaridade a Sra. estudou? Até que ano/série a Sra. estudou neste grau de escolaridade com aprovação?	Coletadas como contínua e transformadas em politômica ordinal (≤ 9 anos/ 10-12 anos/ ≥ 13 anos)

Continuação - Quadro 4 – Perguntas utilizadas para caracterização socioeconômica da amostra

<p><u>Renda per capita</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerando todas as suas fontes de renda, quanto a Sra. recebeu no último mês? - No último mês, quanto receberam em reais as outras pessoas que moram na casa? - Quantas pessoas dependem dessa renda, já somando a Sra. mas não o(s) bebê(s)? 	<p>Coletada de forma contínua e transformada em variável politômica ordinal (terceis de renda)</p>
---	--

A variável cor da pele/raça autorreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena) é a variável independente de interesse em estudo. Porém para a presente análise foram consideradas apenas as categorias “*branca*”, “*parda*” e “*preta*”, as demais categorias não foram analisadas devido à baixa quantidade na amostra (amarela: 60 e indígena: 25).

5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, foram estimadas as prevalências das variáveis independentes em estudo. Em sequência, foram realizadas análises bivariadas a variável independente de interesse (cor da pele/raça) com todos os desfechos em estudo utilizando os Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) para a comparação das proporções.

Em um segundo momento, para testar as associações entre os desfechos de adequação e a variável independente em estudo, foram realizadas análises de Regressão Logística. Este tipo de análise é a mais apropriada quando a variável dependente é categórica binária (HAIR et al., 2009). Dessa forma estimou-se os modelos brutos e ajustados para cada uma das associações estudadas além das suas razões de chance (OR) com seus respectivos IC_{95%} e *p valor*. O ajuste do modelo foi realizado por todas as variáveis socioeconômicas analisadas independentemente de seu nível de significância na análise bruta. Para a análise ajustada consideraram-se como estatisticamente significativos os resultados observados com valores de $p \leq 0,05$. Todas as análises foram realizadas no software estatístico *Stata* versão 14.1.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo de base foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o parecer No 1.599.464 e, seguiu integralmente as normas definidas pela Resolução CNS nº 510/2016. Para as participantes foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) e, para as menores de idade foi solicitado o

consentimento dos pais ou responsáveis. Foi de livre escolha das puérperas participar ou não da pesquisa. Foi fornecido às participantes o telefone e o endereço de trabalho do coordenador da pesquisa para que eventuais contatos pudessem ser realizados.

Aos sujeitos de pesquisa foi facultado o direito de, a qualquer momento, mesmo após a entrevista, solicitar sua exclusão do estudo. Os dados das participantes ficarão arquivados em local de acesso restrito no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

6. RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro artigo **“Desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e parto: revisão sistemática de literatura”**, será submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva, Qualis B1 em Saúde Coletiva (quadriênio 2013-2016). O segundo artigo intitulado **“Análise da assistência a mulheres durante o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina segundo cor da pele/raça”**, será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, Qualis A2 em Saúde Coletiva (quadriênio 2013-2016).

6.1 ARTIGO 1

DESIGUALDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PARTO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

AUTORES:

Suélen dos Santos Saraiva¹

Yaná Tamara Tomasi²

Antonio Fernando Boing³

1 – Departamento de Saúde e Serviços, Curso Técnico em Enfermagem, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

2 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

3 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Investigar existência de desigualdades raciais na assistência à saúde de gestantes durante o pré-natal o parto. **Métodos:** Realizou-se uma busca sistemática em quatro bases bibliográficas. Incluiu-se artigos originais com delineamento transversal ou longitudinal, retrospectivos ou prospectivos e de base populacional com gestantes de qualquer faixa-etária e crianças até um ano de idade publicados entre 2011 e 2020 que tratavam sobre a assistência em saúde no pré-natal e parto de acordo com a cor da pele/raça da gestante/puérpera. **Resultados:** Foram selecionados 24 estudos, destes, 8 versavam sobre o pré-natal, 15 sobre o parto e um trazia informações de ambos os períodos. Os principais desfechos relacionados à assistência pré-natal foram adequação do pré-natal, parto prematuro e mortalidade infantil. Já em relação ao parto, foram via de parto, uso de anestesia, e episiotomia. As gestantes pretas apresentaram menor chance de receber assistência adequada de pré-natal e utilizar ocitocina durante o trabalho de parto. Também possuem maior chance de parto prematuro e cesariana. **Conclusão:** As desigualdades na assistência relativas à cor da pele das gestantes permeiam o itinerário de assistência do pré-natal ao parto e estão associados à piores desfechos em saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal, Fatores Raciais e Desigualdades em Saúde.

RACIAL INEQUALITIES IN PRENATAL AND CHILDBIRTH CARE: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Objective: To investigate the existence of racial inequalities in health care for pregnant women during prenatal care and childbirth. **Methods:** A systematic search was performed on four bibliographic bases. Original articles with cross-sectional or longitudinal design, retrospective or prospective and population-based with pregnant women/postpartum women of any age group and children up to one year of age published between 2011 and 2020 were included. They dealt with health care in prenatal care and delivery according to the skin color / race of the pregnant woman / puerperal woman. **Results:** 24 studies were selected, of these, 8 were about prenatal care, 15 about childbirth and one brought information from both periods. The main outcomes related to prenatal care were adequacy of prenatal care, premature birth and infant mortality. Regarding childbirth, they were via delivery, use of anesthesia, and episiotomy. Black pregnant women were less likely to receive adequate prenatal care and use oxytocin during labor. They also have a greater chance of premature delivery and cesarean delivery. **Conclusions:** The inequalities in assistance related to the skin color of pregnant women permeate the itinerary of assistance from prenatal to childbirth and are associated with worse outcomes in maternal and child health.

Keywords: Prenatal Care; Race Factors e Healthcare Disparities.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no período gravídico puerperal envolve uma série de cuidados que visam a qualidade da assistência obstétrica. As práticas assistenciais relacionadas à atenção a mulheres e crianças têm passado por uma série de mudanças que emergem da necessidade de um cuidado mais humanizado e de maior autonomia à gestante^{1,2}. Para uma assistência adequada no pré-natal e parto, exigem-se ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, a fim de detectar precocemente possíveis problemas de saúde e potencializar o vínculo com a gestante/puérpera³.

Assim, esforços pelo atendimento qualificado têm buscado não só a adequação da assistência de forma quantitativa como também qualitativa. A adequação dos cuidados no pré-natal e parto é utilizada como indicador de qualidade da assistência à saúde-materno infantil⁴, sendo que estudos indicam que a assistência ao pré-natal e parto adequadas estão relacionadas

a menores chances de parto prematuro^{5,6} e baixo peso ao nascer⁷ além de menores taxas de óbito infantil⁷⁻¹⁰ e materno¹¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2017 cerca de 295 mil mulheres morreram no mundo por causas relacionadas a complicações na gravidez e parto, e que neste mesmo ano houve 18 óbitos neonatais por 1000 nascidos vivos¹². Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹³ têm como meta a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil até 2030, porém, apesar de avanços obtidos, estas taxas ainda apresentam-se aquém do esperado no Brasil.

Tais indicadores, além de estarem ligados à qualidade do serviço de saúde, também estão fortemente vinculados à características socioeconômicas maternas^{14,15}. Sabe-se que agravos de saúde atingem de forma diferenciada determinados grupos da sociedade¹⁶, e, neste contexto de desigualdades em saúde, emergem as iniquidades raciais. Estudos¹⁷⁻¹⁹ têm demonstrado a influência das disparidades raciais nos desfechos em saúde. O planejamento de políticas voltadas à saúde materno-infantil deve contemplar não somente as questões de gênero, mas sua relação com as questões raciais, visto que as intersecções destas características potencializam os resultados negativos em saúde.²⁰ Mulheres não-brancas, além de serem mais acometidas por patologias obstétricas²¹, também morrem mais por complicações na gravidez e puerpério²².

A relevância da presente revisão se justifica uma vez que os resultados possibilitarão identificar de forma sistematizada a existência e o grau de magnitude de desigualdades raciais no itinerário de cuidado da gestante desde o pré-natal até o parto. Adicionalmente, será possível conhecer as implicações deste tipo de atendimento desigual no processo saúde-doença tanto da mulher quanto da criança até um ano de idade.

Desta forma, esta revisão sistemática objetivou identificar se existem desigualdades na assistência de saúde no itinerário de cuidado da gestante do pré-natal ao parto relacionadas a sua cor da pele e seu grau de magnitude, além de conhecer sua relação com os desfechos na saúde materno-infantil.

MÉTODO

Esta revisão sistemática de literatura foi desenvolvida para responder a seguinte pergunta de pesquisa: existem desigualdades relacionadas à cor da pele no atendimento de pré-natal e parto de gestantes/puérperas?

Protocolo e registro

Este estudo caracteriza-se por uma revisão sistemática de literatura sobre desigualdades de cor da pele/raça na assistência ao pré-natal e parto. Para isso, construiu-se um protocolo de busca sistemática em bases bibliográficas de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Checklist)*, sendo registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob o protocolo CRD42020156520.

Critérios de elegibilidade e exclusão

Foram avaliados artigos que possuíam como populações de interesse gestantes, puérperas ou crianças até um ano de idade. Quanto à exposição, os artigos deveriam versar sobre a assistência em saúde fornecida em serviços de saúde no pré-natal e parto de acordo com a cor da pele/raça da gestante puérpera. Como desfechos foram considerados todos relacionados à assistência à gestante durante o pré-natal e à puérpera no pós-parto.

Incluiu-se nesta revisão artigos originais com delineamento transversal ou longitudinal, retrospectivos ou prospectivos, e de base populacional com gestantes/puérperas de qualquer faixa-etária e crianças até um ano de idade publicados entre 2011 e 2020 em inglês ou português. Os excluídos foram os que não traziam como desfecho principal resultados do

atendimento recebido e que traziam como exposição categorias vinculadas a povos e/ou etnias, além daqueles que utilizaram a cor da pele apenas como variável de ajuste. Teses, dissertações e monografias não foram incluídas. Estudos ecológicos, revisões de literatura, estudos de caso e estudos com análises qualitativas também foram excluídos.

Estratégia de busca

Para a realização da busca foram utilizadas as bases bibliográficas Pubmed, Scopus, Web of Science e Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) em junho de 2020. Na confecção das chaves de busca foram utilizados os termos controlados Medical Subject Headings (MeSH), com exceção da Lilacs onde foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Além disso, utilizou-se a palavra livre “race” ou “raça” no intuito de contemplar número maior de artigos relacionados ao tema de interesse na busca. Os filtros utilizados tiveram foco nos títulos, resumos e termos de indexação. Para cada base de dados foi criada uma estratégia de busca específica conforme suas especificidades (Quadro 1). Adicionalmente, as referências dos artigos selecionados foram analisadas com o intuito de identificar outros artigos que preenchiam os critérios de inclusão e que não haviam sido identificados nas bases bibliográficas.

Seleção dos estudos e extração dos dados

Os estudos foram selecionados por dois revisores independentes em três etapas (SSS; YTT). Na primeira, os títulos foram identificados, posteriormente os resumos foram lidos e em seguida os textos completos. Em todas as etapas os artigos foram selecionados por consenso entre os revisores. Além disso, verificou-se a duplicidade dos materiais com o auxílio do software *Mendeley*

Para organização dos resultados foi criada uma ficha de extração de dados que continha informações sobre título, autores, ano e local da publicação, bem como informações sobre delineamento de estudo, número amostral, população (gestantes/puérperas/crianças), exposição

(assistência no pré-natal ou parto), desfecho (resultados da assistência), categorias de análise (cor/raça), análise estatística, variáveis de ajuste e medida de associação (odds ratio, risco relativo, coeficiente da regressão e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) ou *p valor*).

RESULTADOS

Caracterização dos estudos

A busca nas bases bibliográficas resultou em 565 referências, sendo 94 na Pubmed, 145 na Scopus, 7 na Lilacs e 319 na Web Of Science (Quadro 1). Após a remoção das duplicatas restaram 445 e, posteriormente à leitura dos títulos, foram reduzidos para 175. Na sequência, após a leitura dos resumos obtiveram-se 61 artigos completos para a leitura e, após análise completa do conteúdo, foram reduzidos para 17. Os principais motivos para exclusão foram: não apresentar medida de associação e não possuir o desfecho ou a exposição de interesse. Com a verificação das referências dos artigos selecionados foram recuperados sete artigos adicionais, totalizando 24 artigos para análise (Figura 1).

Dos 24 artigos incluídos após a busca sistemática na literatura e leitura completa, 15 eram estudos de coorte e 9 transversais. Destes, 8 tratavam de desfechos relativos ao pré-natal, 15 ao parto e um teve como desfecho ambos os momentos (Tabela 1). O biênio que apresentou maior concentração de publicações foi o de 2017-2018 com 7 estudos. Dos estudos selecionados, 19 foram realizados utilizando dados de populações americanas²³⁻³³ As amostras estudadas variaram de 411³⁴ até 4.467.021³⁵ (Tabela 1). A adequação global da assistência para gestante/puérpera foi o desfecho mais estudado nos artigos relativos ao pré-natal^{19,36,37}. Nos estudos relativos à assistência no parto, o desfecho mais frequente foi o que investigava variáveis relativas a via de parto (cesariana e vaginal).^{23,28,31,33,38,39}

Aproximadamente um quinto dos estudos (16,0%) não realizaram análises ajustadas por fatores de confusão ao analisar a relação dos desfechos com a cor/raça. As principais variáveis

utilizadas nos ajustes foram sociodemográficas e comportamentais maternas, além do histórico reprodutivo. As Tabelas 2 e 3, apontam os desfechos tanto do pré-natal quanto do parto. Pelo elevado número de opções de categoria de cor da pele/raça, para melhor representação gráfica optou-se por apresentar apenas duas categorias (branca x preta), visto que foram as mais prevalentes entre os artigos avaliados

Síntese das desigualdades raciais no pré-natal

A análise dos estudos que investigavam a associação da assistência pré-natal com a cor da pele da gestante teve como os desfechos mais estudados a mortalidade infantil (n=2), parto prematuro (n=2) e adequação da assistência (n=3). Dentre os artigos que investigavam a adequação da assistência no pré-natal, dois foram realizados com dados do Brasil e um com dados dos Estados Unidos da América (EUA). Os dois artigos nacionais utilizaram como critério de adequação o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação; número adequado de consultas para idade gestacional; pelo menos um de cada um dos exames da rotina do pré-natal e orientação sobre a maternidade de referência^{19,36}, já o artigo americano utilizou somente o início no primeiro trimestre³⁷.

Mesmo após ajuste para fatores de confusão (sociodemográficos e reprodutivos), gestantes não-brancas (pretas, pardas e hispânicas) permaneceram com piores resultados de adequação no pré-natal^{19,36,37}. Tanto no estudo nacional¹⁹ (OR: 1,62; IC_{95%}: 1,38-1,91) quanto no internacional³⁷ (β : 0,032; IC_{95%}: 0,020-0,045) elas apresentaram maior chance de inadequação de pré-natal quando comparadas às brancas. No entanto, quando se verificou a adequação (OR: 0,74; IC_{95%}: 0,62–0,89), a direção do resultado foi contrária³⁶ (Tabela 2).

A inadequação global do pré-natal juntamente com o número de consultas foram importantes preditores de parto prematuro em gestantes pretas^{30,40} (Tabela 2). Gestantes pretas (OR: 1,83; IC_{95%}: 1,75–1,91) que realizaram até 7 consultas pré-natal apresentaram maior chance de parto prematuro quando comparadas com as brancas (OR: 1,58; IC_{95%}: 1,52–1,64)⁴⁰.

Ambos os estudos apontaram que não possuir nenhum cuidado pré-natal aumenta a chance de parto prematuro, porém em apenas um dos estudos houve diferença significativa entre as categorias de cor/raça indicando pior resultado para as pretas em relação às brancas (OR: 2,04; IC_{95%}: 1,92–2,17 vs OR: 1,63; IC_{95%}: 1,55–1,72)⁴⁰.

Esta mesma tendência de piores resultados para gestantes não-brancas também foi identificada para a mortalidade infantil³⁰. Quando a mortalidade infantil pós-neonatal por doenças cardíacas congênitas foi estudada, bebês à termo filhos de mães pretas que receberam cuidados pré-natais adequados possuíam significativamente maior risco de morrer (RR:1,59, IC_{95%}: 1,16-2,16) quando comparados aos com o mesmo grau de assistência³⁵ (Tabela 2). O estudo realizado no Mississippi³⁰, apontou que filhos de mulheres pretas apresentavam maior chance de óbito infantil quando a gestante não realizou nenhuma consulta (OR: 5,4; IC_{95%}: 4,2–7,0), recebeu atendimento intermediário (OR: 1,4; IC_{95%}: 1,2–1,8) ou intensivo (OR: 2,3; IC_{95%}: 2,0–2,6) em comparação ao pré-natal adequado de acordo com o índice *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU). No entanto, não houve diferença significativa entre as categorias de cor da pele no mesmo nível de assistência recebida.

De acordo com a tabela 2, as gestantes pretas apresentam como resultado da baixa qualidade da assistência ao pré-natal, maior chance de parto prematuro, mortalidade infantil e pós-neonatal, baixo peso ao nascer, vinculação à maternidade, não recebimento de orientações sobre trabalho de parto e complicações na gestação.^{30,40}

Síntese das desigualdades raciais no parto

A análise dos estudos que investigavam a associação da assistência pré-natal com a cor da pele da gestante teve como os desfechos mais estudados a mortalidade infantil (n=2), parto prematuro (n=2) e adequação da assistência (n=3). Dentre os artigos que investigavam a adequação da assistência no pré-natal, dois foram realizados com dados do Brasil e um com dados dos Estados Unidos da América (EUA). Os dois artigos nacionais utilizaram como

critério de adequação o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação; número adequado de consultas para idade gestacional; pelo menos um de cada um dos exames da rotina do pré-natal e orientação sobre a maternidade de referência^{19,36}, já o artigo americano utilizou somente o início no primeiro trimestre³⁷.

Mesmo após ajuste para fatores de confusão (sociodemográficos e reprodutivos), gestantes não-brancas (pretas, pardas e hispânicas) permaneceram com piores resultados de adequação no pré-natal^{19,36,37}. Tanto no estudo nacional¹⁹ (OR: 1,62; IC_{95%}: 1,38-1,91) quanto no internacional³⁷ (β : 0,032; IC_{95%}: 0,020-0,045) elas apresentaram maior chance de inadequação de pré-natal quando comparadas às brancas. No entanto, quando se verificou a adequação (OR: 0,74; IC_{95%}: 0,62–0,89), a direção do resultado foi contrária³⁶ (Tabela 2).

A inadequação global do pré-natal juntamente com o número de consultas foram importantes preditores de parto prematuro em gestantes pretas^{30,40} (Tabela 2). Gestantes pretas (OR: 1,83; IC_{95%}: 1,75–1,91) que realizaram até 7 consultas pré-natal apresentaram maior chance de parto prematuro quando comparadas com as brancas (OR: 1,58; IC_{95%}: 1,52–1,64)⁴⁰. Ambos os estudos apontaram que não possuir nenhum cuidado pré-natal aumenta a chance de parto prematuro, porém em apenas um dos estudos houve diferença significativa entre as categorias de cor/raça indicando pior resultado para as pretas em relação às brancas (OR: 2,04; IC_{95%}: 1,92–2,17 vs OR: 1,63; IC_{95%}: 1,55–1,72)⁴⁰.

Esta mesma tendência de piores resultados para gestantes não-brancas também foi identificada para a mortalidade infantil³⁰. Quando a mortalidade infantil pós-neonatal por doenças cardíacas congênitas foi estudada, bebês à termo filhos de mães pretas que receberam cuidados pré-natais adequados possuíam significativamente maior risco de morrer (RR:1,59, IC_{95%}: 1,16-2,16) quando comparados aos com o mesmo grau de assistência³⁵ (Tabela 2). O estudo realizado no Mississippi³⁰, apontou que filhos de mulheres pretas apresentavam maior chance de óbito infantil quando a gestante não realizou nenhuma consulta (OR: 5,4; IC_{95%}: 4,2–

7,0), recebeu atendimento intermediário (OR: 1,4; IC_{95%}: 1,2–1,8) ou intensivo (OR: 2,3; IC_{95%}: 2,0–2,6) em comparação ao pré-natal adequado de acordo com o índice *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU). No entanto, não houve diferença significativa entre as categorias de cor da pele no mesmo nível de assistência recebida.

De acordo com a tabela 2, as gestantes pretas apresentam como resultado da baixa qualidade da assistência ao pré-natal, maior chance de parto prematuro, mortalidade infantil e pós-neonatal, baixo peso ao nascer, vinculação à maternidade, não recebimento de orientações sobre trabalho de parto e complicações na gestação.^{30,40}

DISCUSSÃO

Dos 24 estudos selecionados 15 eram estudos de coorte e 9 transversais. Destes, 8 traziam informações de desfechos relativos ao pré-natal, 15 eram relativos ao parto e um trazia informações de ambos os desfechos. Os principais desfechos relacionados à assistência pré-natal foram adequação do pré-natal, parto prematuro e mortalidade infantil. Já em relação ao parto foram via de parto, uso de anestesia e episiotomia.

A condução dos artigos que avaliaram a assistência pré-natal levou em consideração critérios distintos para essa classificação. Este fato advém por não haver na literatura evidência científica robusta que indique qual o melhor índice para a mensuração da adequação⁴¹, o que dificulta a comparação de resultados e a formulação de recomendações globais. No entanto, independentemente do método de mensuração, as gestantes não-brancas apresentaram pior adequação de cuidados pré-natais. Apesar da melhora da atenção pré-natal no mundo⁴² a adequação da qualidade da assistência ainda é um ponto que merece ser bastante debatido. Para além disto, apesar de o país ter um sistema de saúde público universal e equitativo as disparidades prevalecem. O direito à saúde é considerado um bem social para todos os indivíduos, porém observa-se que para mulheres não-brancas esta não é uma realidade pois,

mesmo quando comparadas à populações semelhantes em outras características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas^{19,36}, as diferenças se mantêm.

O tipo de parto foi o desfecho mais estudado entre os artigos revisados. Os estudos internacionais^{31,43-45}, com exceção do artigo que utilizou dados de gestantes adolescentes do Relatório Nacional de Estatísticas Vitais dos EUA de 2006,^{46,33} apontaram que a chance de realização de parto cesáreo foi maior em parturientes não-brancas. Resultado inverso foi obtido nos estudos brasileiros participantes desta revisão, onde as gestantes brancas são mais submetidas a cesarianas.^{19,39,47} As características socioeconômicas maternas influenciam diretamente na realização de cesarianas,^{39,47} porém no caso brasileiro, diferentemente dos outros países, a maior taxa de cesarianas ocorre no setor privado, entre mulheres com maior escolaridade e brancas.⁴⁸ Isto demonstra que ter mais acesso a bens e serviços no país pode expor as gestantes a intervenções desnecessárias, como as cesarianas eletivas.⁴⁹ Através de estratégias como a Rede Cegonha, o país tem buscado melhorar o diálogo acerca das boas práticas de cuidado no pré-natal e nascimento, trazendo elementos que estimulam a não realização de intervenções desnecessárias e a autonomia da gestante com vistas para o atendimento humanizado.⁵⁰

Os artigos que avaliaram a associação do pré-natal com desfechos negativos no bebê demonstraram que a desigualdade sofrida pela mãe influencia desde o ventre até o seu nascimento³⁰. A maior probabilidade de parto prematuro, mortalidade infantil e pós-neonatal foram reflexo da baixa adequação do cuidado pré-natal recebido por gestantes pretas e pardas^{30,40}. Este tipo de resultado aponta a importância de considerar a desigualdade racial como uma determinante de saúde. Identificar a fragilidade do processo de cuidar no pré-natal e parto é de extrema relevância no intuito de avaliar as ações existentes, possibilitar que os profissionais envolvidos repensem suas práticas e permitir que novas ações com vistas para a mudança deste

cenário de desigualdades possam ser efetivadas. O acesso ao serviço de saúde não deve ser apenas amplo, mas, sobretudo, precisa ser de qualidade e equânime.

As desigualdades raciais e de gênero possuem seu cerne pautado nas relações de poder existentes na sociedade, e a sua intersecção é mais explícita em mulheres pretas⁵¹. Este tipo de relação potencializa a desigualdade e determina o processo saúde doença de mulheres. Os resultados apresentados indicam que, muitas vezes pelo racismo institucional imbricado na assistência à saúde, as mulheres negras têm seu acesso à condições dignas de saúde dificultado, e recebem atendimento desigual devido à sua cor de pele⁵¹.

Primeiramente, os resultados apontaram para a necessidade da criação de indicadores globais de adequação ao pré-natal e parto. A utilização de diferentes critérios que verificam a qualidade da assistência dificulta a comparação dos resultados. Ainda assim, os resultados demonstraram a necessidade de melhorar qualitativamente as práticas de assistência obstétrica tanto no pré-natal quanto no parto. Pois, independentemente da cor da pele da gestante, porém geralmente pior para os não-brancos, procedimentos de intervenção desnecessária ao parto continuam sendo praticados e os protocolos mínimos do pré-natal não são seguidos em sua completude. Em continuidade, deve-se buscar reduzir as desigualdades de acesso e assistência existentes entre gestantes/puérperas vinculadas à sua cor da pele. Essa prática ainda remete ao processo histórico de disparidades sociais, que apesar de tantas transformações, permanece presente na sociedade.

As limitações do presente estudo, podem ser identificadas pela não incorporação de teses, dissertações e monografias, além de estudos ecológicos, revisões de literatura, estudos de caso e estudos com análises qualitativas. Ainda, os principais autores não foram consultados para que fosse verificada a indicação de outros artigos a serem incorporados no resultado da busca.

Esta revisão permitiu identificar as desigualdades raciais existentes na assistência do itinerário de cuidado de gestantes do pré-natal ao parto, e suas implicações para a saúde materno-infantil. Recomenda-se que os próximos estudos busquem identificar as políticas afirmativas existentes, suas fragilidades e, proponham uma reestruturação visando a redução das desigualdades encontradas.

Por fim, nota-se que os estudos participantes da revisão identificaram desigualdades raciais na assistência materno-infantil. Este tipo de resposta demonstra a importância da criação e/ou efetivação de políticas afirmativas que sejam baseadas em evidências científicas que visem uma assistência mais humanizada e equitativa e, conseqüentemente, possam refletir melhores indicadores de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. De Santana WN, Azevêdo JAF de, Holanda VR de, Gomes AL do V, Albuquerque GPM de. Plano de Parto como instrumento das Boas Práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* 2019. Mar 17;33:1–10.
2. WHO. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Organização Mundial da Saúde. 2016;10.
3. WHO. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. 2015.
4. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(3):1–11.
5. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007;47(2):122–7.
6. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 Aug;203(2):122.e1-122.e6.
7. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998 Jul;14(3):487–92.
8. Kassab SB, Melo AMC, Coutinho SB, Lima MC, Lira PIC. Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna TT - Determinants of neonatal death with emphasis on health care dur. *J pediatr (Rio J)*. 2013;89(3):269–77.
9. Lansky S, Friche A de AL, da Silva AAM, Campos D, Bittencourt SD de A, de Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: Neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cadernos de Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1):192–207.
10. Ribeiro AM, Lima MDC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer Risk factors for neonatal mortality among children with low birth weight. 2008;43(2):246–55.
11. Leite RMB, Araújo TVB de, Albuquerque RM de, Andrade ARS de, Duarte Neto PJ. [Risk factors for maternal mortality in an urban area of Northeast Brazil]. *Cadernos de saude publica*. 2011;27(10):1977–85.
12. WHO. *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. 2020.
13. United Nations. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. 2015. p. 1–49.
14. Viana R da C, Novaes MRCG, MP Calderon I. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. *Comun ciênc saúde*. 2011;141–52.
15. Maia LT de S, Souza WV de, Mendes A da CG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012 Nov;28(11):2163–76.
16. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. *Temas em S. Fiocruz*, editor. Rio de Janeiro; 2009. 120 p.
17. Howell EA, Zeitlin J. Quality of Care and Disparities in Obstetrics. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2017 Mar;44(1):13–25.
18. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos: Sobre populações brasileiras: Revisão sistemática na base PubMed. *Physis*. 2012;22(3):895–

- 918.
19. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2017;33:e00078816.
 20. Ministério da Saúde. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília; 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
 21. Rosendo T, Roncalli A, Azevedo G. Prevalence of Maternal Morbidity and Its Association with Socioeconomic Factors: A Population-based Survey of a City in Northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2017 Nov 23;39(11):587–95.
 22. Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres. *Relatório Anual Socioeconômico da Mulher*. Brasília; 2018.
 23. Ada ML, Hacker MR, Golen TH, Haviland MJ, Shinker SA, Burris HH. Trends in provider-initiated versus spontaneous preterm deliveries, 2004–2013. *Journal of Perinatology*. 2017 Nov 27;37(11):1187–91.
 24. Aseltine RH, Yan J, Fleischman S, Katz M, DeFrancesco M. Racial and Ethnic Disparities in Hospital Readmissions After Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2015 Nov 20;126(5):1040–7.
 25. Yee LM, Costantine MM, Rice MM, Bailit J, Reddy UM, Wapner RJ, et al. Racial and ethnic differences in utilization of labor management strategies intended to reduce cesarean delivery rates. In: *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 1285–94.
 26. Berggren EK, Boggess KA, Funk MJ, Stuebe AM. Racial disparities in perinatal outcomes among women with gestational diabetes. *Journal of Women's Health*. 2012 May 1;21(5):521–7.
 27. Blakeney ELELEL, Herting JR, Bekemeier B, Zierler BKBK. Social determinants of health and disparities in prenatal care utilization during the Great Recession period 2005-2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019 Oct 29;19(1).
 28. Butwick AJ, Blumenfeld YJ, Brookfield KF, Nelson LM, Weiniger CF. Racial and ethnic disparities in mode of anesthesia for cesarean delivery. *Anesthesia and Analgesia*. 2016 Feb 1;122(2):472–9.
 29. Cabacungan ET, Nguí EM, McGinley EL. Racial/Ethnic Disparities in Maternal Morbidities: A Statewide Study of Labor and Delivery Hospitalizations in Wisconsin. *Maternal and Child Health Journal*. 2012 Oct 22;16(7):1455–67.
 30. Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. Prenatal Care Utilization in Mississippi: Racial Disparities and Implications for Unfavorable Birth Outcomes. *Maternal and Child Health Journal*. 2011 Oct 27;15(7):931–42.
 31. Janevic T, Loftfield E, Savitz DA, Bradley E, Illuzzi J, Lipkind H. Disparities in Cesarean Delivery by Ethnicity and Nativity in New York City. *Maternal and Child Health Journal*. 2014 Jan 1;18(1):250–7.
 32. Liu CH, Tronick E. Do Patient Characteristics, Prenatal Care Setting, and Method of Payment Matter When it Comes to Provider-Patient Conversations on Perinatal Mood? *Maternal and Child Health Journal*. 2012 Jul 18;16(5):1102–12.
 33. Penfield CACA, Lahiff M, Pies C, Caughey ABAB. Adolescent Pregnancies in the United States: How Obstetric and Sociodemographic Factors Influence Risk of Cesarean Delivery. *American Journal of Perinatology*. 2017 Jan 1;34(2):123–9.
 34. Yee LM, Liu LY, Sakowicz A, Bolden JR, Miller ES. Racial and ethnic disparities in use of 17-alpha hydroxyprogesterone caproate for prevention of preterm birth Presented

- orally (abstract no. 18) at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, Feb. 1-6, 2016. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016 Mar 1;214(3):374.e1-374.e6.
35. Collins JW, Soskolne G, Rankin KM, Ibrahim A, Matoba N. African-American:White Disparity in Infant Mortality due to Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatrics*. 2017 Feb 1;181:131–6.
 36. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Da Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2015;37(3):140–7.
 37. Blakeney ELEL, Herting JR, Bekemeier B, Zierler BKBK. Social determinants of health and disparities in prenatal care utilization during the Great Recession period 2005-2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019 Oct 29;19(1).
 38. Grobman WA, Bailit JL, Rice MM, Wapner RJ, Reddy UM, Varner MW, et al. Racial and Ethnic Disparities in Maternal Morbidity and Obstetric Care. *Obstetrics & Gynecology*. 2015 Jun 28;125(6):1460–7.
 39. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Aug;30(suppl 1):S17–32.
 40. Lee H, Okunev I, Tranby E, Monopoli M. Different levels of associations between medical co-morbidities and preterm birth outcomes among racial/ethnic women enrolled in Medicaid 2014-2015: Retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020 Jan 13;20(1).
 41. Rowe S, Karkhaneh Z, MacDonald I, Chambers T, Amjad S, Osornio-Vargas A, et al. Systematic review of the measurement properties of indices of prenatal care utilization. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020 Dec 18;20(1):171.
 42. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services TT - Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev saúde pública (Online)*. 2020;54:8.
 43. Butwick AJ, Blumenfeld YJ, Brookfield KF, Nelson LM, Weiniger CF. Racial and ethnic disparities in mode of anesthesia for cesarean delivery. In: *Anesthesia and Analgesia*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 472–9.
 44. Bryant AS, Washington S, Kuppermann M, Cheng YW, Caughey AB. Quality and equality in obstetric care: racial and ethnic differences in caesarean section delivery rates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2009;23(5):454–62.
 45. Yee LM, Costantine MM, Rice MM, Bailit J, Reddy UM, Wapner RJ, et al. Racial and Ethnic Differences in Utilization of Labor Management Strategies Intended to Reduce Cesarean Delivery Rates. *Obstetrics & Gynecology*. 2017 Dec;130(6):1285–94.
 46. Penfield CA, Lahiff M, Pies C, Caughey AB. Adolescent Pregnancies in the United States: How Obstetric and Sociodemographic Factors Influence Risk of Cesarean Delivery. *American Journal of Perinatology*. 2017 Jan 1;34(2):123–9.
 47. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública*. 2011 Aug;45(4):635–43.
 48. Ferrari AP, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva TT - Association between prenatal and parturition in the supplementary health network and elective cesarean section. *Rev bras epidemiol*. 2016;19(1):75–88.
 49. Berquó E, Lago TDG do. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais

- diferenciais étnico-raciais. *Saude e Sociedade*. 2016;25(3):550–60.
50. Ministério da Saude do Brasil. Portaria n° 1.459, de 24 de junho 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. O. 1459 Brasil; 2011 p. 15.
 51. Góes EF. Desigualdades Sociorraciais e de saúde em mulheres no Estado da Bahia , Pnad 2008. In: III Seminário Internacional Enlaçado Sexualidades. Salvador - BA; 2013.

Quadro 1: Estratégia de busca de acordo com o recurso utilizado.

Base	Estratégias de busca	Total de artigos
Scopus	(((TITLE-ABS-KEY (race) OR TITLE-ABS-KEY (racism) OR TITLE-ABS-KEY ("race factors") OR TITLE-ABS-KEY ("Race Relations"))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Maternal Health") OR TITLE-ABS-KEY ("prenatal care") OR TITLE-ABS-KEY (midwifery) OR TITLE-ABS-KEY (pregnancy)))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Socioeconomic Factors") OR TITLE-ABS-KEY ("Healthcare Disparities") OR TITLE-ABS-KEY ("health equity"))))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Epidemiologic Methods") OR TITLE-ABS-KEY (epidemiology) OR TITLE-ABS-KEY ("Public Health")))))	145
Web of Science	(TÓPICO: (race) OR TÓPICO: (racism) OR TÓPICO: ("race factors") OR TÓPICO: ("Race Relations")) AND (TÓPICO: ("Maternal Health") OR TÓPICO: ("prenatal care") OR TÓPICO: (midwifery) OR TÓPICO: (Pregnancy)) AND (TÓPICO: ("Socioeconomic Factors") OR TÓPICO: ("Healthcare Disparities") OR TÓPICO: ("Health Equity")) AND (TÓPICO: ("Epidemiologic Methods") OR TÓPICO: (Epidemiology) OR TÓPICO: ("Public Health"))	319
Lilacs	(tw:((tw:(race)) OR (tw:(raça)) OR (tw:(raça))OR (tw:(racismo)) OR (tw:(racism)) OR (tw:(“race factors”)) OR (tw:(“Factores Raciales”)) OR (tw:(“Factores Raciais”)) OR (tw:(“Relações Raciais”)) OR (tw:(“Race Relations”)) OR (tw:(“Relaciones Raciales”)))) AND (tw:((tw:(“Maternal Health”)) OR (tw:(“saúde materna”)) OR (tw:(“salud materna”)) OR (tw:(“prenatal care”)) OR (tw:(“cuidado pré-natal”)) OR (tw:(“atención prenatal”)) OR (tw:(midwifery)) OR (tw:(tocologia)) OR (tw:(parteria)) OR (tw:(gravidez)) OR (tw:(embarazo)) OR (tw:(Pregnancy)))) AND (tw:((tw:(“Socioeconomic Factors”)) OR (tw:(“fatores socioeconômicos”)) OR (tw:(“factores socioeconómicos”)) OR (tw:(“Health Status Disparities”)) OR (tw:(“desigualdades em saúde”)) OR (tw:(“desigualdades en la salud”)) OR (tw:(“Health Equity”)) OR (tw:(“equidade em saúde”)) OR (tw:(“equidad en salud”)))) AND (tw:((tw:(“Epidemiologic Methods”)) OR (tw:(“Métodos Epidemiológicos”)) OR (tw:(“Métodos epidemiológicos”)) OR (tw:(epidemiology)) OR (tw:(epidemiología)) OR (tw:(epidemiologia)) OR (tw:(“Public Health”)) OR (tw:(“Salud Pública”)) OR (tw:(“Saúde Pública”))))	7
PUBMED	(((((race[Title/Abstract] OR racism[Title/Abstract] OR "race factors"[Title/Abstract] OR "Race Relations"[Title/Abstract])) AND (((("Maternal Health"[Title/Abstract] OR "prenatal care"[Title/Abstract] OR midwifery[Title/Abstract] OR Pregnancy[Title/Abstract])) AND (((("Socioeconomic Factors"[Title/Abstract] OR "Healthcare Disparities"[Title/Abstract] OR "Health Equity"[Title/Abstract])) AND (((("Epidemiologic Methods"[Title/Abstract] OR Epidemiology[Title/Abstract] OR "Public Health"[Title/Abstract]))	94

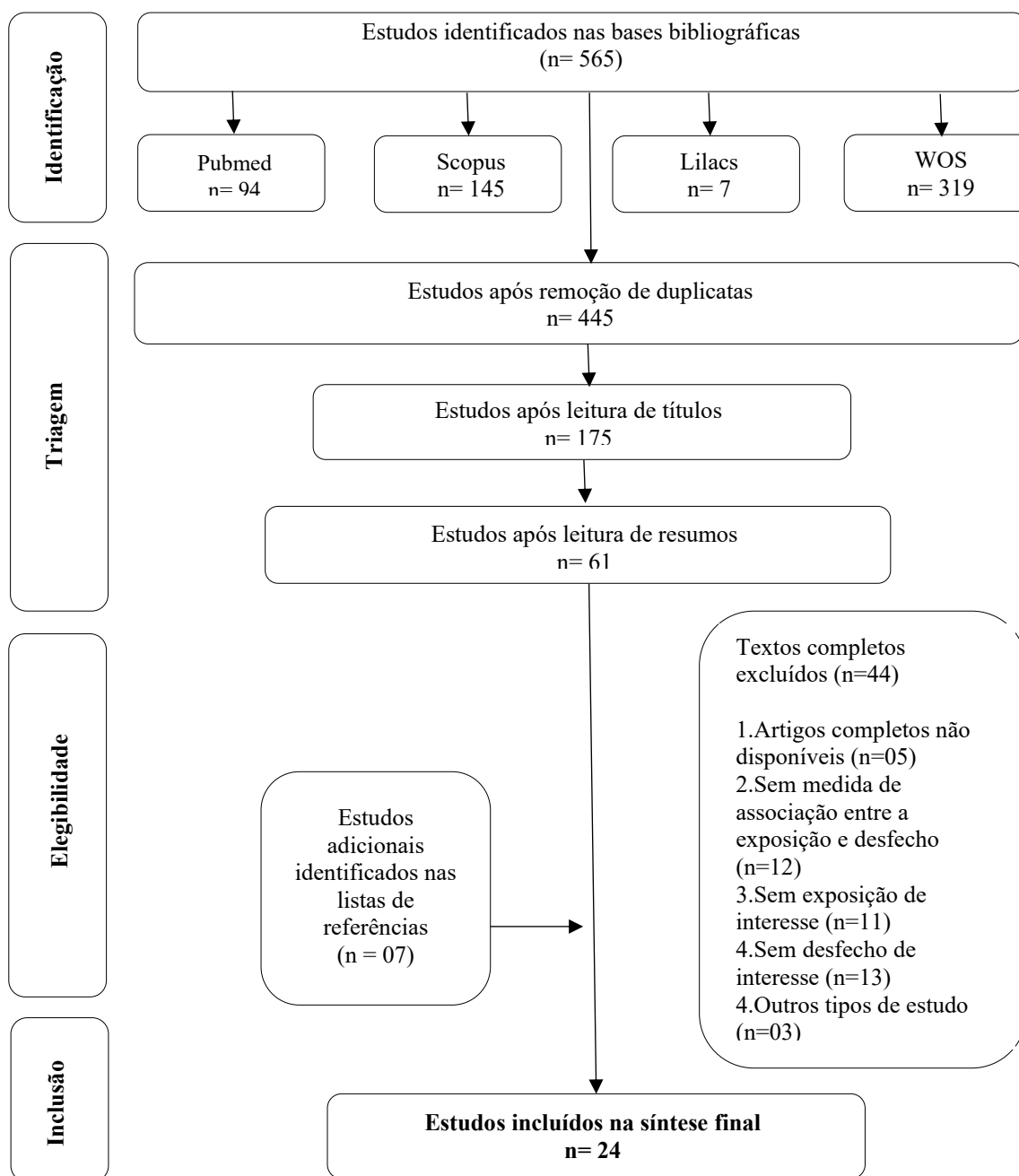


Figura 3: Fluxograma dos estudos selecionados

Tabela 1 – Distribuição dos estudos sobre desigualdades na assistência ao pré-natal e parto segundo características bibliográficas e metodológicas, 2011 a 2020.

Variáveis	Desfechos		
	Total n (%)	Pré-natal n (%)	Parto n (%)
Biênio			
2011-2012	5 (20,8)	3 (33,3)	2 (12,5)
2013-2014	4 (16,7)	-	4 (25,0)
2015-2016	6 (25,0)	2 (22,2)	4 (25,0)
2017-2018	7 (29,2)	2 (22,2)	6 (37,5)
2019-2020	2 (8,3)	2 (22,2)	-
Países			
Brasil	5 (20,8)	2 (22,2)	4 (25,0)
EUA	19 (79,2)	7 (77,8)	12 (75,0)
Tipos de estudo			
Transversal	9 (37,5)	5 (55,5)	5 (31,3)
Coorte	15 (62,5)	4 (45,5)	11 (68,7)
Medida de associação			
Odds Ratio	17 (70,8)	6 (66,7)	12 (75,0)
Risco Relativo	4 (16,7)	1 (11,1)	3 (18,7)
Razão de Prevalência	2 (8,3)	1 (11,1)	1 (6,3)
Coefficiente de regressão	1 (4,2)	1 (11,1)	-
Tamanho amostral			
Mínimo - máximo	411 - 4.467.021	411 - 4.467.021	929 – 961.381
Mediana	50.054	457.200	62.267
Total	24 (100,0)	9 (36,0)	16 (64,0)

Tabela 2 – Significância estatística e direção de associação entre desfechos negativos da revisão entre assistência ao pré-natal e cor da pele/raça de gestantes/puérperas, 2011-2020.

Variáveis	Cor da pele ¹	Direção da associação ⁵	Frequência que a associação foi observada	Estatisticamente significativa (IC95% ou p<0,05)
Mortalidade infantil	Preta	³ Maior	50,0% (1)	100,0% (1)
		² Maior	50,0% (1)	-
Parto prematuro	Preta	² Maior	50,0% (1)	-
		⁴ Maior	50,0% (1)	100,0% (1)
Adequação PN	Preta	² Maior	66,7% (2)	100,0% (2)
		³ Menor	33,3% (1)	100,0% (1)
Tratamento para DM gestacional	Preta	³ Maior	100% (1)	-
Não adesão ao tratamento com 17OHP-C ⁶	Preta	³ Maior	100% (1)	-
Baixo peso ao nascer	Preta	² Maior	100% (1)	100,0% (1)
Consulta de Saúde Mental	Preta	³ Maior	100% (1)	-
Não ter vinculação à maternidade	Preta	² Maior	100% (1)	100% (1)
Não recebeu orientações sobre o trabalho de parto	Preta	Maior	100% (1)	100% (1)
Não recebeu orientações sobre complicações na gestação	Preta	Maior	100% (1)	100% (1)

¹Cor da pele de referência: branca

²Inadequação assistência

³Adequação assistência

⁴Número de consultas como critério de adequação

⁵Maior ou menor associação para ocorrência do desfecho (RP, ODDS, β)

⁶Medicamento recomendado para prevenção de parto prematuro

Tabela 3 – Significância estatística e direção de associação entre desfechos negativos da revisão entre assistência ao parto e cor da pele/raça de gestantes/puérperas, 2011-2020.

Variáveis	Cor da pele ¹	Direção da ² associação	Frequência que a associação foi observada	% Estatisticamente significativa (IC95% ou p<0,05)
Peregrinação	Preta	Maior	100,0% (2)	50,0% (1)
Não possuir acompanhante	Preta	Maior	100,0% (2)	100,0% (2)
Parto eletivo	Preta	Menor	50,0% (1)	-
		Maior	50,0% (1)	-
Ocitocina	Preta	Menor	100,0% (2)	50,0% (1)
Laceração Perineal	Preta	Menor	100,0% (2)	100,0% (2)
Episiotomia	Preta	Menor	75,0% (3)	66,7% (2)
		Negativa	25,0% (1)	100,0% (1)
Anestesia	Preta	Maior	60,0% (3)	100,0% (3)
		Menor	40,0% (2)	-
Parto Cesáreo	Preta	Maior	50,0% (3)	100,0% (3)
		Menor	50,0% (3)	100,0% (3)
Início primeira hora	Preta	Maior	100,0% (1)	-
Apenas leite materno ao recém-nascido	Preta	Maior	100,0% (1)	-
Alojamento conjunto	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Amamentação livre	Preta	Maior	100,0% (1)	100,0% (1)
Uso de chupeta no hospital	Preta	Menor	100,0% (1)	100,0% (1)
Hospital forneceu fórmula láctea	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Recebeu orientações sobre amamentação	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Ensinaram a pega	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Recebeu suporte telefônico (sim)	Preta	Maior	100,0% (1)	-
Readmissão pós-parto vaginal	Preta	Maior	100,0% (1)	100,0% (1)
Readmissão pós-parto cesáreo	Preta	Maior	100,0% (1)	100,0% (1)
Hemorragia pós-parto	Preta	Maior	100,0% (1)	100,0% (1)
Indução de parto	Preta	Menor	100,0% (1)	100,0% (1)
Infecção periparto	Preta	Maior	100,0% (1)	100,0% (1)
Alimentação durante o trabalho de parto	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Movimentação durante o trabalho de parto	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Partograma	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Cateter venoso	Preta	Menor	100,0% (1)	-
Amniotomia	Preta	Maior	100,0% (1)	-
Litotomia	Preta	Menor	100,0% (1)	100,0% (1)
Kristeler	Preta	Maior	100,0% (1)	-

¹Cor da pele de referência: branca

²Maior ou menor associação para ocorrência do desfecho (RP, ODDS, β)

6.2 ARTIGO 2

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA A MULHERES DURANTE O PRÉ-NATAL E O PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA CATARINA SEGUNDO COR DA PELE/RAÇA

Título curto: Assistência a mulheres no pré-natal e parto em SC segundo cor/raça

AUTORES

Suélen dos Santos Saraiva¹

Antonio Fernando Boing²

Yaná Tamara Tomasi³

1 – Departamento de Saúde e Serviços, Curso Técnico em Enfermagem, Instituto Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

2 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

3 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Testar a associação entre cor da pele/raça de puérperas e adequação da assistência recebida durante o pré-natal e parto no Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Estudo transversal com 3.580 puérperas que realizaram pré-natal e parto no Estado de Santa Catarina pelo SUS em 2019. As mulheres foram entrevistadas até 48 horas após o parto nos hospitais participantes do estudo. Primeiramente foram criados índices de adequação da assistência recebida no pré-natal e no parto e estimadas suas prevalências. Em seguida foram calculadas as razões de chances brutas e ajustadas dos desfechos segundo cor/raça por meio de regressão logística. **Resultados:** a adequação de imunizações foi a que apresentou maior prevalência (88,9%), seguida de exames realizados (51,4%), procedimentos clínicos executados pelos profissionais de saúde (23,0%) e orientações recebidas (20,0%). Apenas 4,6% das puérperas receberam pré-natal adequado considerando-se todas as dimensões, enquanto para o parto este valor foi de 28,8%. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma adequação analisada segundo cor/raça. **Conclusão:** observou-se baixa adequação global do pré-natal e do parto e não houve diferença na assistência de acordo com a cor da pele/raça das puérperas.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Parto Humanizado; Desigualdade Racial em Saúde; Equidade em Saúde.

ANALYSIS OF WOMEN'S ASSISTANCE DURING PRENATAL AND CHILDREN IN THE UNIFIED HEALTH CARE SYSTEM IN SANTA CATARINA ACCORDING TO COLOR / RACE ISSUES

ABSTRACT

Objective: to evaluate the association between skin color/race of puerperal women and the adequacy of care received during prenatal care and childbirth in the Unified Health System (SUS). **Methods:** cross-sectional study with 3,580 puerperal women who underwent prenatal care and childbirth in the State of Santa Catarina by SUS in 2019. Women were interviewed up to 48 hours postpartum in the hospitals participating in the study. Firstly, adequacy indices of care received during prenatal care and childbirth were created and their prevalence was estimated. Subsequently, the odds ratios were calculated and adjusted for outcomes according to color / race through logistic regression. **Results:** the adequacy of immunizations was the most prevalent (88.9%), followed by examinations (51.4%), clinical procedures performed by health professionals (23.0%) and guidelines received (20.0%). Only 4.6% of the puerperal women received adequate prenatal care considering all dimensions, while for birth assistance this value was 28.8%. There were no statistically significant differences in any adequacy analyzed according to color / race. **Conclusion:** there was a low global adequacy of prenatal care and childbirth and there was no difference in care according to the skin color / race of the puerperal women.

Keywords: Prenatal Care; Humanizing Delivery; Racial Inequality in Health; Health Equity.

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal oferecida com qualidade e no tempo adequado às gestantes é importante ferramenta para a prevenção de desfechos adversos na gestação, parto e puerpério. O acesso a uma adequada assistência pré-natal está associado a menor prevalência de parto prematuro¹⁻⁴, de *near miss* neonatal⁵ e de baixo peso ao nascer (BPN)⁶, a menor risco de óbito neonatal^{3,5} e de morte materna⁷.

No Brasil a assistência à saúde das mulheres durante o período gravídico-puerperal tem apresentado importantes avanços desde os anos 1990. No entanto, a adequação desta assistência permanece baixa⁸⁻¹². Além disso, disparidades raciais no acesso e na qualidade da assistência recebida ainda são observadas e representam importante desafio a ser enfrentado pela sociedade¹³⁻¹⁷. Pesquisas conduzidas no país^{14,17} têm revelado que gestantes pretas e pardas possuem importante desvantagem, apresentando maior probabilidade de realizar pré-natal inadequado^{13,14,17-19}, menor número de consultas¹⁴ e exames^{14,17}, além de receberem menos orientações dos profissionais de saúde¹⁷. Quanto ao processo de parto, apresentam pior assistência à saúde¹⁹, peregrinam mais em busca de maternidade^{13,17}, recebem menos anestesia

para episiotomia¹³ e têm menor presença de acompanhante no processo de parto^{13,14}. Tais desvantagens são refletidas nas altas taxas de morbimortalidade materna^{20,21} e infantil de gestantes/puérperas negras²¹.

Sabe-se que saúde é resultante da organização social e de um conjunto de condições individuais e coletivas que influenciam na realidade política, cultural, ambiental e socioeconômica dos indivíduos estando atrelada as desigualdades nos níveis de vida da população^{22,23}. A sociedade desigual existente no país é reflexo do contexto histórico da escravidão e domínio de conceitos que influenciam o pensamento sobre inferioridade entre raças, principalmente em relação a pessoas negras²². Reconhecer o racismo como determinante social de saúde possibilita ampliar o olhar étnico-racial sobre a população, principalmente das mulheres, independente da sua classe social²⁴ e, sobretudo, verificar sua interferência no processo saúde-doença¹⁹.

O processo de adoecimento da população está vinculado as práticas raciais discriminatórias existentes nas instituições que prestam assistência à saúde e, que se manifestam por meio de normas, práticas e comportamentos que saem do âmbito individual e passam para o estrutural, o chamado racismo institucional^{22,24}. Diante desse problema, em 2007 o Governo Federal criou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra²⁵, que tem como eixo estruturante a promoção da saúde da população negra, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a redução das desigualdades étnico-raciais. Com isso, o MS²⁶ reconhece a população negra como detentora de pior acesso e assistência à saúde. Indicando-a como possuidora de intersecções de vulnerabilidades que influenciam negativamente no recebimento de ações e serviços de saúde, influenciando, diretamente, em sua condição de saúde^{19,27}. Nesse contexto, a saúde da mulher e dos recém-nascidos negros merecem especial destaque, principalmente, pelas especificidades do seu perfil de morbimortalidade.

Os trabalhos que investigam desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e parto geralmente utilizam parâmetros que analisam um conjunto restrito de quesitos^{8,28,29} para verificar sua adequação. Porém, esta análise deve ser realizada por meio de múltiplos critérios³⁰ que reflitam os diversos fatores envolvidos neste processo. Além disso, é essencial que pesquisas sobre o tema empreguem em suas análises parâmetros condizentes com os protocolos nacionais, pois assim é possível investigar as condutas clínicas assistenciais no pré-natal oferecido pelo SUS e as condutas assistenciais no pré, intra e pós-parto imediato.

Identificar diferenças de acesso aos serviços de saúde de acordo com a cor da pele/raça é fundamental para o planejamento e a avaliação de políticas públicas que busquem equidade, universalidade e qualidade de atendimento no SUS³¹. Assim, verificar a adequação da assistência no pré-natal e parto oferecidos pelo SUS, com foco em critérios mais abrangentes de adequação e desigualdades raciais, torna-se importante estratégia para verificar os direitos de acesso e a qualidade do serviço oferecido às mulheres, sobretudo negras³².

O presente estudo tem como objetivo analisar a associação da adequação da assistência recebida no parto e no pré-natal quanto às orientações profissionais, realização de exames, recebimento de imunização e conduta clínica no SUS no Estado de Santa Catarina (SC) de acordo com a cor da pele/raça das gestantes/parturientes.

MÉTODO

Realizou-se estudo transversal com puérperas de qualquer faixa etária que realizaram parto em hospitais de SC no período de janeiro a agosto de 2019 e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (i) ter residido SC durante toda a gestação; (ii) ter realizado todas as consultas do pré-natal no SUS no estado; (iii) ter realizado o parto em alguma das 31 maternidades do Estado em 2016 que apresentaram mais de 500 partos pelo SUS; (iv) ter filho nascido vivo, natimorto ou morrido após 48 horas pós-parto, com mais de 500 gramas e pelo menos 22 semanas de gestação.

Para cálculo da amostra foi considerada margem de erro de 1,6%, intervalo de confiança de 95% e população de 50 mil. Considerou-se prevalência do fenômeno de 50% e adicionou-se 5% ao valor esperado para compensar as possíveis perdas e recusas. Com isto, a amostra final calculada foi de 3.665 puérperas. A coleta de dados se deu em 31 maternidades distribuídas em 30 municípios de todas as regiões do estado. Os partos realizados nestas maternidades corresponderam, em 2016, a 86,2% dos financiados pelo sistema público de saúde em Santa Catarina.

Para a coleta de dados, 35 entrevistadores de nível superior completo ou em andamento foram treinados. Foi realizado estudo piloto com 5% da amostra para testar a logística da pesquisa e verificar a necessidade de ajustes no questionário. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário fechado e com o auxílio de tablets por meio da plataforma REDCap. As entrevistas foram realizadas face-a-face em até 48 horas após o parto. Dados da caderneta da gestante e do prontuário hospitalar também foram coletados. Para o controle de qualidade, sub-amostra de 10% das entrevistadas foi selecionada de forma aleatória para responder por

telefone a um questionário reduzido. O Kappa de Cohen³³ foi calculado para a análise de concordância e apontou boa reprodutibilidade, com coeficiente variando de 0,680 a 1,000.

As variáveis de desfecho analisadas no presente estudo compreenderam a adequação da assistência realizada nos períodos do pré-natal, parto e pós-parto imediato. Para sua construção foram utilizados indicadores baseados em recomendações instituídas pelo MS por meio de portarias³⁴⁻³⁷ e manuais^{38,39} (Quadro 1). Em relação ao pré-natal, foram compostos quatro índices: (1) adequação das orientações profissionais; (2) adequação dos exames realizados; (3) adequação das condutas clínicas; (4) adequação da realização de imunização.

A *adequação das orientações profissionais* considerou as orientações oferecidas pela equipe de saúde durante as consultas de pré-natal^{35,40}. Foram considerados adequados os casos em que a gestante recebeu ao menos em uma consulta orientação sobre cada um dos temas descritos no Quadro 1. Para a *adequação dos exames realizados* foi considerada adequada quando a gestante fez pelo menos em um momento cada um dos exames listados no Quadro 1. Foram consideradas, em adição às informações autorreferidas, as informações registradas na caderneta e os testes rápidos, quando indicados.

A variável de *adequação das condutas clínicas* se baseou na periodicidade das ações conforme indicado pelo MS³⁹, a saber: aferição da pressão arterial e verificação do peso da gestante em todas as consultas; mensuração da altura uterina, batimentos cardíacos e exame de mamas em todas ou mais de uma vez durante o pré-natal; e verificação da altura da gestante pelo menos uma vez durante todo o período pré-natal. Também se considerou informações registradas na caderneta da gestante quando existentes. Quanto à *adequação da realização de imunização*, foi considerada adequada aquela que autorreferiu o recebimento de pelo menos uma dose das vacinas hepatite B e antitetânica ou as tinha registrada na caderneta da gestante ou ainda aquelas que relataram que já estavam imunizadas⁴⁰. Por fim, a variável de *adequação do pré-natal* foi composta pelos índices supracitados somados à semana de início do pré-natal^{35,39,40} e número de consultas de pré-natal⁴⁰ autorreferidas e/ou registradas na caderneta. A adequação do pré-natal se deu pela adequação de todos os subíndices acrescidos pelo início do pré-natal até 12 semanas de gestação e a adequação do número de consultas (≤ 6 consultas). As variáveis de adequação de orientações, exames, conduta clínica, imunização e de pré-natal levaram em consideração somente as gestantes que realizaram pré-natal.

Para *adequação do parto*,^{35,37} primeiramente verificou-se a adequação da cesariana. Para tal, considerou-se a gestante que necessitou buscar atendimento em mais de uma maternidade na hora do parto - peregrinação da gestante, se possuía acompanhante no processo

de parto, se já havia amamentado e se a amamentação ocorreu em até 1 hora pós-parto. Já para a adequação de parto vaginal foram observados todos os critérios da cesariana acrescidos de: recebimento de medidas de alívio de dor, escolha da posição para a expulsão do bebê, se a parturiente foi amarrada, se subiram em sua barriga em algum momento do trabalho de parto e se sofreu episiotomia. A *adequação do parto* se deu pela junção da adequação das duas vias de parto citadas, conforme o realizado pela mulher.

A variável independente de interesse foi cor da pele/raça autorreferida (branca, parda ou preta). A categoria amarela (n=60) e indígena (n=25) não foram analisadas em função da baixa quantidade na amostra. As variáveis de ajuste foram faixa-etária da puérpera, anos completos de estudo, renda familiar *per capita* e residir com companheiro. A presença de acompanhante nas consultas não foi utilizada como ajuste somente na análise sobre adequação do parto.

Primeiramente foi realizada análise descritiva das variáveis independentes segundo as adequações em estudo. Em seguida, as prevalências dos desfechos foram calculadas juntamente com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Na sequência foram estimadas as razões de chance (OR) por meio de regressão logística. Os IC_{95%} e valores de p foram apresentados para os modelos brutos e ajustados de todos os desfechos em estudo. Todas as análises foram realizadas no Stata 14.1.

A pesquisa foi aprovada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Todas as participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo os preceitos éticos descritos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O estudo apresentou taxa de resposta de 97,7% com 3.580 mulheres entrevistadas. Destas, 99,4% realizaram ao menos uma consulta pré-natal. Conforme a Tabela 1, a maior parte das gestantes autorreferiu ser branca, com 20 a 35 anos de idade e com 10 a 12 anos de estudo. Oito em cada dez puérperas moravam com companheiro, 61,0% tiveram acompanhante durante as consultas, 94,0% possuíam acompanhante no momento do parto e 57,2% apresentaram parto por via vaginal (Tabela 1).

A adequação global ao pré-natal foi observada em apenas 4,6% das gestantes, enquanto a do parto foi de 28,8%. As maiores prevalências de adequações foram encontradas para realização de exames (51,4%) e de imunização (88,9%). Durante o pré-natal, aproximadamente

2 a cada 10 mulheres receberam ao menos uma vez orientação sobre temáticas recomendadas pelo MS e passaram por procedimentos clínicos preconizados da forma adequada (Tabela 1).

As puérperas que se autorreferiram pretas apresentaram as piores medidas pontuais de prevalências de adequação em exames em relação às brancas (48,7% vs 52,7%) e parto (25,9% vs 29,1%) (Tabela 1). Em contraponto, as brancas apresentaram menores percentuais de adequação em orientações em relação às pretas (19,3% vs 22,0%), imunização (88,5% vs 90,4%) e condutas clínicas (21,6% vs 24,1%). Na adequação ao parto, as puérperas pardas (28,8%) e pretas (25,9%) apresentaram valores próximos, mas pontualmente menores quando comparadas às brancas (29,1%).

As puérperas com menor faixa-etária apresentaram pior adequação de exames (43,5%; IC_{95%}: 39,0-48,1) e parto (22,5%; IC_{95%}: 18,9-26,5) quando comparadas com as puérperas de faixa-etária intermediária (52,5%; IC_{95%}: 50,5-54,4 e 29,8%; IC_{95%}: 28,1-31,6). Quando comparadas as prevalências das mulheres de maior faixa de idade com as mais jovens, identificou-se que a adequação de exames foi 1,3 vez menor na faixa de menor idade.

Observou-se que a diferença na adequação de exames e parto foi significativa entre os grupos de escolaridade. Na adequação de exames, as puérperas de maior escolaridade apresentaram prevalência cerca de 1,3 vez menor (60,4%; IC_{95%}: 55,8-64,8) quando comparadas às de menor faixa (45,6%; IC_{95%}: 42,8-48,5), enquanto no parto essa diferença foi de 1,5 vez menor (39,6%; IC_{95%}: 35,2-44,3 vs 25,6%; IC_{95%}: 23,2-28,2) entre as referidas categorias.

O menor tercil de renda apresentou menor adequação de exames, imunização e parto. Na adequação de exames observou-se gradiente de redução da prevalência de adequação de acordo com a redução da renda, chegando a ser 1,3 vez maior no maior tercil de renda (57,9%; IC_{95%}: 54,9-60,8) em comparação com o menor (45,0%; IC_{95%}: 42,0-48,0). A Tabela 1 aponta também que puérperas que moravam com companheiro, que possuíam acompanhante durante as consultas e foram submetidas à cesariana apresentaram melhores desempenhos de adequação de exames quando comparadas com seus opostos. As puérperas possuíam acompanhante durante o parto, também apresentaram maior prevalência de adequação no pré-natal. A prevalência de adequação ao parto variou de acordo com a renda, faixa-etária e via de parto.

A Tabela 2 apresenta as razões de chance brutas e ajustadas para cada um dos desfechos em estudo segundo cor da pele/raça. Em nenhuma das adequações as diferenças entre as chances dos desfechos segundo a exposição foram estatisticamente significativas, seja na análise bruta ou na ajustada. Mesmo sem apresentar diferença significativa, cabe destacar que

as razões de chance da adequação de exames entre as puérperas pardas (OR:0,89; IC_{95%}: 0,76 – 1,05) e pretas (OR:0,84; IC_{95%}: 0,65 - 1,08) indicaram menor chance de receber assistência adequada para esses grupos. O mesmo ocorreu na adequação ao parto, onde pardas (OR:0,98; IC_{95%}: 0,82 – 1,17) e pretas (OR:0,91; IC_{95%}: 0,69 - 1,20) também apresentaram menor chance de adequação quando comparadas às puérperas brancas. Por outro lado, para adequação de orientações, de condutas clínicas, imunização e pré-natal as puérperas negras apresentaram medidas pontuais de OR indicando melhores chances de adequação. As autorreferidas pretas chegaram a apresentar *odds* de 1,39 (IC_{95%}: 0,88 - 2,20) na adequação de imunização e 1,28 (IC_{95%}: 0,96 - 1,72) na adequação de orientações quando comparadas com brancas (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo trazem questões relevantes sobre a qualidade da assistência no pré-natal e no parto na Atenção Primária à Saúde (APS) e nas maternidades públicas do estado. As baixas adequações encontradas para pré-natal e parto indicaram problemas no cumprimento dos protocolos assistenciais, que apesar de muito discutidos ainda não são padronizados e universais⁴¹. Adicionalmente, na análise dos desfechos de acordo com as categorias de cor da pele/raça não foram encontradas diferenças significativas para nenhuma das adequações em análise.

Diversas pesquisas^{8,12,13,42,43} destacaram a importância de analisar adequações relativas à assistência à gestante no ciclo gravídico puerperal de acordo com suas características reprodutivas e socioeconômicas. Dessa forma, as características de cor da pele/raça foram utilizadas, neste estudo, como marcador de iniquidades na assistência de saúde¹⁸. Porém, no presente estudo, assim como no realizado por Víctora *et al.*⁴⁴ com dados da região Sul do país, não foram identificadas associações significativas entre adequação de pré-natal e cor da pele da gestante. Estes autores apontaram ainda que, apesar de não haver diferença após ajuste para nível socioeconômico, as mulheres negras e pobres apresentaram menores prevalências de atendimento com maior qualidade quando comparadas com as brancas, independente se o atendimento foi no setor público ou privado⁴⁴.

O resultado da adequação pré-natal merece destaque, não só pela inexistência de diferença no resultado da associação entre as categorias de cor da pele/raça, mas também pela baixa prevalência de adequação. Apenas 4,6% das gestantes participantes receberam o cuidado adequado durante o pré-natal. Este valor foi menor do que o encontrado por pesquisadores que analisaram dados nacionais^{12,14,45-47} e internacionais^{48,49} sobre adequação do pré-natal. Porém,

assemelha-se ao resultado encontrado (3,4%) por Leal *et al.*⁵⁰ em pesquisa feita nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do país. O estudo supracitado apresentou os critérios de adequação que mais se aproximaram dos utilizados na presente análise, porém comparações diretas não podem ser empregadas por diferenças metodológicas. Ainda assim, os dados demonstram que, ao analisar os critérios mínimos propostos pelo Ministério da Saúde³⁴⁻³⁹, os resultados refletem baixa prevalência de adequação.

Ao analisar a associação entre as categorias de cor da pele/raça e os desfechos que compõe a adequação global do pré-natal, não foram identificadas diferenças significativas, tanto nas análises brutas quanto nas ajustadas. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Tomasi *et al.*⁴⁵, que identificou que cor da pele não esteve associada à qualidade da conduta clínica e das orientações no pré-natal. Apesar da importância de ambos os desfechos, ressalta-se que menos de um quarto das puérperas receberam atendimento adequado quanto a orientações e conduta clínica. Essas proporções de adequação foram menores do que as encontradas em outros estudos realizados no país^{9,51}. Tais ações são condições sensíveis ao cuidado e dizem respeito diretamente à conduta dos profissionais responsáveis pelo atendimento de pré-natal. Não impactam em custo adicional para o serviço de saúde e deveriam ser realizadas rotineiramente na prática assistencial destes profissionais. Estes resultados apontam a relevância de se abordar a importância de orientações e condutas clínicas do pré-natal na formação e capacitação dos profissionais de saúde para melhorar o atendimento pré-natal⁵² com vistas à efetividade da assistência.

Medidas pontuais de adequação de exames indicam que gestantes brancas apresentam maior chance de adequação quando comparadas às demais categorias, apesar de não apresentar diferença significativa. O mesmo foi observado em análise realizada com dados de maternidades do Estado do Rio de Janeiro (RJ)¹⁸. Outro estudo⁴⁷ do mesmo estado identificou não haver diferença na solicitação de exames de gestantes negras comparadas com as demais categorias de cor da pele, porém o mesmo não ocorreu em relação à realização dos mesmos. Já para a adequação de imunização, puérperas pretas e pardas apresentaram melhor indicador pontual de adequação quando comparadas com as brancas neste estudo. Este fato pode indicar boa disponibilidade e facilidade de acesso na realização da vacinação, já que estudo⁴⁷ realizado na cidade do RJ identificou que gestantes que realizam o pré-natal na UBS tinham o dobro de adequação de vacinação.

O exame citopatológico apresentou menor proporção de realização (45,4%) entre as gestantes estudadas. Isto influenciou negativamente o indicador de adequação de exames. O

mesmo já foi relatado na região Sul do país^{53,54}. Apesar de os procedimentos de solicitação de exames e vacinas já estarem incorporados nas práticas profissionais, ainda existem lacunas, como no caso do citopatológico, que precisam de atenção. Sabe-se que programas de rastreamento se baseiam em momentos oportunos para aumentar sua cobertura. Desta forma, seguir o protocolo³⁹ de atendimento e aproveitar o momento da consulta de pré-natal como uma oportunidade de prevenção é de extrema relevância. Mesmo que as adequações de imunização e exames tenham apresentado alta prevalência, o serviço de saúde deixou de realizar atividades básicas como orientações e procedimentos clínicos, fazendo com que a adequação global do pré-natal fosse prejudicada.

A adequação da assistência ao parto também não diferiu de acordo com as categorias de cor da pele/raça. Para análise desta adequação, critérios sobre amamentação e tempo de início da amamentação foram considerados para ambas as vias de parto. Estudos internacionais analisaram a associação de ações relacionadas ao aleitamento materno no período pós-natal precoce⁵⁵ e de desfechos adversos da assistência obstétrica⁵⁶ de acordo com a cor da pele das gestantes. Ambas as pesquisas supracitadas não identificaram diferenças entre alguns de seus desfechos em estudo como: amamentação na primeira hora pós-parto, assistência quanto à pega da amamentação, e laceração perineal severa. A via de parto mostrou-se um importante fator para a amamentação na primeira hora de vida. As puérperas com parto cirúrgico apresentaram menor prevalência (55,0% *versus* 82,7%) deste ato quando comparadas com as de via vaginal. Boccolini *et al*⁵⁷ relataram resultado semelhante em maternidades no RJ entre 1999 e 2001, onde partos vaginais apresentaram melhores taxas (26,4%) de amamentação na primeira hora. Entretanto, a prevalência encontrada pelos autores foi aproximadamente três vezes menor do que a encontrada no presente estudo. Estes resultados relacionam-se diretamente às adequações de orientações e às práticas educativas realizadas no pré-natal que proporcionam mais autonomia nas decisões da puérpera, além de deixá-la mais preparada e incentivada à amamentar na primeira hora pós-parto⁵⁸.

A vinculação da gestante à maternidade de referência é garantida desde 2007³⁶, porém problemas na descontinuidade do atendimento e desarticulação na rede continuam ocorrendo^{59,60}. Este fato causa vulnerabilidade às gestantes devido à dificuldade de acesso ao atendimento e, por conseguinte, gera risco ao binômio. Cerca de 11,0% das gestantes não foram atendidas na maternidade de primeira escolha. Este valor é similar ao encontrado por Leal, *et al*.¹³, que identificaram que gestantes pretas e pardas tinham maior chance de peregrinar na busca de um lugar para parir.

A adequação ao parto apresentou prevalência de 28,8%, valor inferior ao encontrado em estudo de base hospitalar nacional⁶¹, onde as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em aproximadamente 50,0% das mulheres participantes. Apesar de não utilizarem critérios exatamente iguais, ambas análises trouxeram informações sobre práticas assistências no pré-natal, intra e pós-parto imediato. Cabe ressaltar que a adequação do parto vaginal levou em consideração um número maior de fatores, inclusive os considerados formas de violência, o que pode ter influenciado neste resultado.

A assistência ao parto tem passado por inúmeras modificações centradas em práticas obstétricas mais humanizadas⁶², que incluem construção de Centros de Parto Normal (CPN), redução das intervenções obstétricas desnecessárias e de cesarianas eletivas, além de maior autonomia da parturiente. Incentivado pelas novas diretrizes de cuidado incorporadas pela Rede Cegonha (RC), o Estado instituiu legislação específica que trata sobre implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica⁶³, reforçando a importância de um novo olhar sobre as condutas obstétricas no momento do parto.

Sabe-se que as características de adequação ao parto não estão relacionadas somente ao acesso no serviço, a equipamentos ou materiais, mas também se devem à conduta dos profissionais. A alta prevalência de parturientes que não receberam nenhum tipo de medida de alívio da dor (41,2%) e não puderam escolher a posição de expulsão (50,5%) durante o trabalho de parto vaginal contribuíram para a baixa prevalência adequação. Estudo realizado no território nacional⁶⁴ identificou resultados similares, onde apenas 5,1% das puérperas puderam escolher outra posição além da litotômica para parir e, somente 32,1% receberam alguma medida não farmacológica para alívio da dor.

A cor da pele da puérpera é um importante preditor de inadequação da assistência. O estudo de Leal *et al.*¹³ em amostra nacional demonstrou que puérperas pretas recebem menos anestesia para episiotomia, peregrinam mais e apresentam menor adequação ao pré-natal em comparação as brancas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva, baseada em evidências científicas, que sejam estimuladas boas práticas obstétricas⁶⁵, principalmente para as populações em maior vulnerabilidade, porém os resultados observados indicam ainda a prevalência do modelo biomédico hegemônico de assistência ao parto.

Outro ponto que merece destaque na adequação de parto é a presença de acompanhante, que foi relatada por 94,0% das entrevistadas. Estudo com dados da pesquisa Nascer no Brasil apontou que puérperas pretas e pardas apresentam menor chance de ter a presença de acompanhante em todos os momentos da internação para o parto⁶⁶, apesar de ter este direito

garantido por lei desde 2005⁶⁷. Além do cenário do parto, a RC reforça a necessidade de qualificar as orientações sobre o direito ao acompanhante durante todo o ciclo gravídico puerperal⁶⁸. A presença do acompanhante tem demonstrado ser uma intervenção segura e de baixo custo que melhora o cuidado oferecido à mulher e à criança, além de ser considerado preditivo de maior satisfação à gestante/parturiente^{69,70}.

Salienta-se que, apesar dos resultados encontrados, existem desigualdades raciais e sociais implícitas ou até mesmo explícitas na sociedade catarinense e brasileira. Mesmo apresentando o menor coeficiente de Gini do país em 2017⁷¹, o Estado de Santa Catarina possui diferenças claras de rendimentos salariais entre homens e mulheres⁷² e, quando verifica-se essas diferenças com viés racial⁷², elas são ainda maiores. Isso é um exemplo de que as desigualdades de gênero e de raça ocorrem rotineiramente na sociedade catarinense, porém no contexto de saúde, ao menos nestes desfechos em estudo no SUS, tal fenômeno não foi encontrado.

Sabe-se que o pré-natal adequado possibilita correta classificação de risco gestacional, sendo importante ferramenta para a redução da morbimortalidade materno-infantil^{45,73}. Dessa forma, possuir a porta de entrada no sistema de saúde bem estruturada e focada no atendimento equitativo é garantia de melhores desfechos para gestantes independentemente da cor da pele/raça. Apesar da baixa prevalência de adequações, houve igualdade entre as categorias de cor da pele/raça em relação à assistência utilizada. Isso pode ser reflexo da alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) existente em Santa Catarina⁷⁴, além da elevada adesão do Estado à estratégia da RC⁷⁵. A ESF tem importante papel na melhoria da equidade no acesso e redução das desigualdades de atendimento dos indivíduos⁷⁶. Já foi associada a importante redução na mortalidade por condições sensíveis à APS entre pretos e pardos quando comparados a brancos⁷⁷. A RC tem importante papel no estabelecimento de novas práticas obstétricas na assistência ao parto como o aumento da atuação da enfermagem obstétrica e maior garantia de cumprimento dos direitos da mulher.⁷⁸ A equidade observada no recorte racial pode estar relacionada à alta implementação deste programa no Estado, que possui a totalidade de seus municípios aderidos a essa estratégia⁷⁵, incentivando o cuidado humanizado, autonomia da gestante, redução de procedimentos desnecessários além de favorecer práticas assistenciais não discriminatórias.

Como limitações desse estudo destaca-se o fato de que as informações foram autorreferidas. No entanto, buscou-se minimizar o possível viés de memória por meio da inclusão de registros da caderneta da gestante com intuito de maior completude de dados. Adicionalmente, o fato de as entrevistas terem ocorrido no ambiente hospitalar pode ter

influenciado nas respostas sobre as práticas de atenção ao parto. Além disso, algumas mulheres podem associar suas respostas ao que é socialmente aceito ou ainda que o resultado da gravidez (positiva ou negativa) influencie suas percepções sobre o cuidado recebido. Ainda, não foram utilizadas variáveis qualitativas que pudessem levantar informações mais específicas sobre experiências discriminatórias. O estudo traz como fortaleza a construção de indicadores de adequação amplos, pautados em diversos critérios que envolvem a assistência do pré-natal e parto. O resultado possibilita uma visão ampla de todo itinerário de cuidado do pré-natal ao parto. Outro ponto que merece destaque foi o uso de amostra probabilística com ampla quantidade de participantes e representativa do estado.

Existem poucos relatos que se assemelham ao resultado do presente estudo. Assim, tais apontamentos podem ser vistos como uma exceção em relação à realidade de assistência à saúde vivida por mulheres negras no país, visto que esta iniquidade já foi observada por diversos autores^{13,18,79}. Contudo, ressalta-se a equidade na atenção prestada pelo estado na APS e nas maternidades participantes. Apesar da baixa prevalência de adequação, a assistência foi prestada sem diferenças entre as categorias de cor da pele/raça. Entretanto, também diante dos resultados encontrados, identifica-se que os esforços devem partir para a qualificação do processo de assistência que precisa ser adequado. Visto que a adequação do processo reflete-se na redução das desigualdades assistenciais entre gestantes além de influenciar em uma experiência de parto positiva.⁴¹

Adicionalmente, apesar de os resultados positivos quanto à equidade de assistência no cenário em análise, sabe-se que o racismo e desigualdades sociais permeiam as relações de cuidado que ocorrem nas instituições que fazem parte da rede de saúde. Dessa forma, torna-se imperativo um processo contínuo reparação das disparidades que se perpetuaram ao longo de anos. Além de dar continuidade à vigilância de indicadores de saúde, de modo a garantir a equidade na assistência, não só no pré-natal e parto, mas em todas as vertentes da saúde.

Ressalta-se a necessidade de maior incentivo aos profissionais para que se cumpram os requisitos mínimos de adequação deste tipo de assistência que, por hora, se faz importante para a redução de desfechos negativos de saúde materno infantil. Além disto, que mulheres, sobretudo negras, continuem sendo incentivadas ao início precoce dos cuidados pré-natais, tenham maior facilidade de acesso às consultas, exames e ao parto. E, diante disto, que as instituições de assistência à saúde concentrem seus esforços no cuidado equânime e de qualidade.

Referências

1. Yeoh PL, Hornetz K, Shauki NIA, Dahlui M. Evaluating the quality of antenatal care and pregnancy outcomes using content and utilization assessment. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;30(6):466–71.
2. Alexander G, Kotelchuck M. Quantifying the Adequacy of Prenatal Care: A Comparison of Indices. *Public Helth Reports*. 1996;111:11.
3. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007;47(2):122–7.
4. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 Aug;203(2):122.e1-122.e6.
5. Kale PL, Mello-Jorge MHP de, Silva KS da, Fonseca SC. Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil TT - Casos de near miss e óbitos neonatais: fatores associados aos recém-nascidos com ameaça à vida em. *Cad saúde pública*. 2017;33(4):e00179115–e00179115.
6. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998 Jul;14(3):487–92.
7. Leite RMB, Araújo TVB de, Albuquerque RM de, Andrade ARS de, Duarte Neto PJ. [Risk factors for maternal mortality in an urban area of Northeast Brazil]. *Cadernos de saude publica*. 2011;27(10):1977–85.
8. Polgliane RBS, Leal M do C, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET dos. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 Jul;19(7):1999–2010.
9. Carvalho RA da S, Santos VS, Melo CM de, Gurgel RQ, Oliveira CC da C. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*. 2016;25(2):271–80.
10. de Andrade Lima Coêlho M, Katz L, Coutinho I, Hofmann A, Miranda L, Amorim M. Profile of women admitted at an obstetric ICU due to non-obstetric causes. *Revista da Associacao Medica Brasileira*. 2012;58(2):160–7.
11. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016 Jun;24(2):252–61.
12. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Da Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2015;37(3):140–7.
13. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2017;33:e00078816.
14. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlithz AOC, Queiroz MR, Carvalho PC de A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no

- Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*. 2016 Sep 1;25(3):561–72.
15. Leal MDC, Gama SGN da, Cunha CB da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de saúde publica*. 2005;39(1):100–7.
 16. Jemal A, Bray F, Ferlay J. Global Cancer Statistics: 2011. *CA Cancer J Clin*. 2011;49(2):1,33-64.
 17. Viellas EF, Martinelli KG. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. 2019;19(1):53–62.
 18. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS da. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: A cor importa? *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2015;15(2):209–17.
 19. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Nov 1;23(11):3505–16.
 20. Howell EA, Zeitlin J. Quality of Care and Disparities in Obstetrics. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2017 Mar;44(1):13–25.
 21. Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, Washington AE. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 Apr;202(4):335–43.
 22. Sacramento AN do, Nascimento ER do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011 Oct;45(5):1142–9.
 23. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005 Oct;21(5):1595–601.
 24. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude e Sociedade*. 2016;25(3):535–49.
 25. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR. 2007.
 26. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; 2018. p. 426.
 27. Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da População Negra. 2º. Debates CN e NP e, editor. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. 23 p.
 28. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *American Journal of Public Health*. 1994 Sep;84(9):1414–20.
 29. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(1):173–9.
 30. Beeckman K, Louckx F, Masuy-Stroobant G, Downe S, Putman K. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. *BMC Health Services Research*. 2011 Dec 6;11(1):213.
 31. Pinheiro L, Fontoura N, Prata AC, Soares V. Retrato das desigualdades de raça e gênero. Brasília; 2006. (2ª edição).

32. Assis JF de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*. 2018;(133):547–65.
33. Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2003 Mar;37(1):72–80.
34. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 - Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000.
35. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. O. 1459 Brasil; 2011 p. 15.
36. Brasil P da R do. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 - Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2007 p. 6.
37. Ministério da Saúde G do M. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 - Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Internet]. Ministério da Saúde. 2014 [cited 2019 Sep 27]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
38. Ministério da Saúde. Manual Técnico - Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; vol. 1). Report No.: Caderno nº 5.
39. Brasil. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Editora do Ministério da Saúde, editor. Vol. 32. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica.; 2013. 318 p.
40. Ministério da Saúde. Programa Humanização do parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília; 2002.
41. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra; 2018. 2010 p.
42. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010;32(11):563–9.
43. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol T da S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(4):789–800.
44. Victora C, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros A, Barros F. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy and Planning*. 2010 Jul 1;25(4):253–61.
45. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(3):1–11.
46. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services TT - Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev saúde pública (Online)*. 2020;54:8.
47. Domingues RMSM, Leal M do C, Hartz ZM de A, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio

- de Janeiro, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013 Dec;16(4):953–65.
48. Shin D, Song WO. Influence of the Adequacy of the Prenatal Care Utilization Index on Small-For-Gestational-Age Infants and Preterm Births in the United States. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(6):838.
 49. Osterman MJK, Martin JA. Timing and Adequacy of Prenatal Care in the United States, 2016. In: *National Vital Statistics Reports*. 2018.
 50. Leal M do C, Theme-Filha MM, Moura EC de, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015 Mar;15(1):91–104.
 51. Carvalho VCP de, Araújo TVB de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007 Sep;7(3):309–17.
 52. Oliveira RLA de;, Fonseca CRB da;, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013;21(2):8.
 53. Cesar JA, Santos GB dos, Sutil AT, Cunha CF, Dumith S de C. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012 Nov;34(11):518–23.
 54. Terlan RJ, Cesar JA. Não realização de citopatológico de colo uterino entre gestantes no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Nov;23(11):3557–66.
 55. Ahluwalia IB, Morrow B, D'Angelo D, Li R. Maternity care practices and breastfeeding experiences of women in different racial and ethnic groups: Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System (PRAMS). *Maternal and Child Health Journal*. 2012 Nov;16(8):1672–8.
 56. Grobman WA, Bailit JL, Rice MM, Wapner RJ, Reddy UM, Varner MW, et al. Racial and Ethnic Disparities in Maternal Morbidity and Obstetric Care. *Obstetrics & Gynecology*. 2015 Jun 28;125(6):1460–7.
 57. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista de Saude Publica*. 2011;45(1):69–78.
 58. Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordioli E. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna : prevalência e fatores limitantes Breastfeeding in the first hour of life and modern technology : prevalence and limiting factors. *Einsten*. 2008;6(11):467–72.
 59. Leal M do C, Bittencourt SDDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB de. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Artigo Original Rev Saúde Pública*. 2017;51(12):9.
 60. Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Neto M, Peixoto-Filho FM, Gomes MA. Audit and feedback strategy: An experience of a Brazilian hospital for reducing episiotomy rate. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;131:E228.
 61. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Aug;30(suppl 1):S17–32.

62. Inagaki AD de M, Cardoso NP, Lopes RJPL, Ribeiro CJN, Feitosa LM, Oliveira SS. Retrato das práticas obstétricas em uma maternidade pública. *Cogitare Enfermagem*. 2019 Mar 13;24.
63. Catarina G do E de S. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. 17.097 Brasil; 2017 p. 1–2.
64. Monguilhott JJ da C, Brüggemann OM, Freitas PF, D’Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Revista de Saúde Pública*. 2018 Jan 16;52:1.
65. Saúde OM de. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Oms. 1996. p. 3.
66. Diniz CSG, d’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(suppl 1):S140–53.
67. Brasil P da R do. Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005 - Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. 11.108 Brasil; 2005.
68. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 - Instituiu a Rede Cegonha. 2011 p. 9.
69. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin P de S, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência Da Participação Do Companheiro No Pré-Natal: Satisfação De Primíparas Quanto Ao Apoio No Parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2018;27(2):1–10.
70. d’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Aug;30(suppl 1):S154–68.
71. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018. Vol. 27, Estudos e Pesquisas. 2018.
72. IBGE IB de G e E-. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua [Internet]. Rendimento de todas as fontes 2018. 2018. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?edicao=27257&t=downloads>
73. Lansky S, Friche A de AL, da Silva AAM, Campos D, Bittencourt SD de A, de Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: Neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cadernos de Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1):192–207.
74. Brasil. SAGE - Sala de apoio a gestão estratégica [Internet]. Ministério da Saúde. 2018. Available from: <http://189.28.128.178/sage>
75. Catarina S do E da S de S. Rede Cegonha [Internet]. 2019. p. s/n. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/redes-de-atencao-a-saude-profissionais/2283-rede-cegonha>
76. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):18–37.
77. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*. 2017;14(5):1–19.

78. Lima AEF, Silva LJ da, Maia MDL, Pereira AL de F, Zveiter M, Silva TMDA. Childbirth care after the implementation of the Carioca Stork Program: the perspective of nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2015 Nov 10;16(5):631.
79. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Filha MMT, da Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1).

Quadro 1- Adequações e variáveis de sua composição segundo protocolo de recomendação.

Desfechos	Variáveis do questionário utilizadas para a construção do desfecho	
Adequação do Pré-Natal	<ul style="list-style-type: none"> - Com quantas semanas de gravidez a Sra. realizou sua primeira consulta de pré-natal? ** - Quantas consultas de pré-natal a Sra. realizou no decorrer desta gravidez? ** - Variável de adequação das orientações - Variável de adequação dos exames - Variável de adequação das vacinas - Variável de adequação das condutas clínicas 	
<i>Adequação das orientações profissionais</i>	<i>Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde orientou a Sra. Quanto à(ao(s)):</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Importância da amamentação - Manejo da amamentação - Risco do uso de medicação sem prescrição médica - Risco do consumo de álcool - Risco do consumo de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de risco gestacional - Sinais do trabalho de parto - Direito de acompanhante no parto - Direito de visita à maternidade
<i>Adequação dos exames realizados**</i>	<i>Algum médico (a) ou profissional da saúde solicitou que a Sra. realizasse estes exames durante o pré-natal? A Sra. realizou?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Tipagem sanguínea e Rh - Exame de urina - Exame de glicemia de jejum - Sorologia para toxoplasmose - Citopatológico (se necessário) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorologia para hepatite B - Sorologia anti-HIV (teste rápido e laboratorial) - Ultrassonografia - Sorologia para sífilis (teste rápido e laboratorial)
<i>Adequação das condutas clínicas**</i>	<i>Durante as consultas deste pré-natal, os profissionais de saúde:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mediram altura uterina - Aferiram pressão arterial - Verificaram peso materno - Verificaram a altura materna 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificaram os batimentos cardíacos do bebê - Examinaram as mamas da gestante
<i>Adequação da realização de vacinas**</i>	<i>A Sra. realizou as vacinas antitetânica e hepatite B durante o pré-natal?</i>	
	- Imunização antitetânica	- Imunização hepatite B
Adequação do Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de ser internada nesta maternidade a Sra. procurou atendimento em outra maternidade? (peregrinação) - A Sra. recebeu alguma medida para aliviar a dor durante o trabalho de parto? * - Pôde escolher a posição no momento da expulsão/na hora de ter o bebê? * - Durante o parto amarraram suas mãos, braços ou pernas? * - Na hora do parto alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? * - Seu períneo (vagina) foi cortado durante o parto? * - A Sra. já colocou o recém-nascido no peito? - Quanto tempo após o parto o recém-nascido foi colocado no seu peito para mamar? 	

*não foi considerado para partos tipo cesáreo

**considerou informações autorreferidas e informadas na caderneta da gestante.

Tabela 1 - Distribuição da amostra e prevalência das adequações de recebimento de orientações, realização de exames, recebimento de imunização, assistência clínica, pré-natal e parto segundo variáveis descritivas. Santa Catarina, Brasil, 2019.

Variáveis	n (%)	Adequações (IC95%)					
		Orientações ¹	Exames ¹	Imunização ¹	Clínica ¹	Pré-natal ¹	Parto
Cor da pele/raça							
Branca ²	2.205 (63,4)	19,3 (17,7-21,0)	52,7 (50,6-54,8)	88,5 (87,0-89,8)	21,9 (20,2-23,7)	4,3 (3,6-5,3)	29,1 (27,2-31,0)
Parda	941 (27,1)	20,1 (17,6-22,8)	49,8 (46,6-53,1)	89,0 (86,7-91,0)	24,7 (22,0-27,6)	5,3 (4,0-6,9)	28,8 (26,0-31,8)
Preta	330 (9,5)	22,0 (17,8-26,9)	48,7 (43,0-54,3)	90,4 (86,5-93,3)	24,1 (19,7-29,0)	4,3 (2,6-7,2)	25,9 (21,4-31,0)
Faixa-etária							
13 a 19 anos	472 (13,4)	21,2 (17,8-25,2)	43,5 (39,0-48,1)	88,6 (85,1-91,3)	22,1 (20,6-28,5)	4,3 (3,6-5,1)	22,5 (18,9-26,5)
20 a 35 anos ²	2.653 (75,3)	19,8 (18,3-21,4)	52,5 (50,5-54,4)	88,9 (87,5-90,1)	24,3 (20,7-28,5)	3,6 (2,2-5,7)	29,8 (28,1-31,6)
36 a 46 anos	399 (11,3)	19,6 (16,0-23,8)	55,3 (50,3-60,2)	89,3 (85,7-92,1)	27,3 (23,4-32,2)	7,3 (5,1-10,3)	29,8 (25,5-34,6)
Escolaridade (anos)							
≥13 ²	458 (13,0)	21,8 (18,3-25,9)	60,4 (55,8-64,8)	87,5 (83,9-90,3)	26,0 (22,1-30,2)	5,9 (4,1-8,5)	39,6 (35,2-44,3)
10-12	1.853 (52,5)	19,3 (17,6-21,2)	52,8 (50,4-55,1)	88,7 (87,1-90,1)	23,3 (21,4-25,3)	4,2 (3,4-5,2)	28,4 (26,3-30,5)
≤9	1.218 (34,5)	20,1 (17,9-22,4)	45,6 (42,8-48,5)	89,8 (87,9-91,5)	21,6 (19,3-24,0)	4,7 (3,6-6,1)	25,6 (23,2-28,2)
Renda per capita							
Tercil mais rico ²	1.114 (32,8)	19,8 (17,6-22,3)	57,9 (54,9-60,8)	88,9 (86,8-90,7)	23,8 (21,4-26,4)	5,1 (3,9-6,5)	28,5 (25,9-31,3)
Tercil intermediário	1.147 (33,8)	18,7 (16,6-21,1)	51,3 (48,4-54,3)	89,5 (87,5-91,2)	22,2 (19,9-24,8)	4,0 (3,0-5,4)	32,0 (29,4-34,8)
Tercil mais pobre	1.134 (33,4)	21,2 (18,9-23,7)	45,0 (42,0-48,0)	88,3 (86,2-90,2)	23,8 (21,4-26,4)	4,6 (3,5-6,0)	27,1 (24,5-29,7)
Mora com companheiro							
Sim ²	2.864 (80,5)	19,3 (17,9-20,8)	52,9 (51,0-54,8)	89,2 (87,9-90,3)	22,0 (20,5-23,5)	4,7 (4,0-5,6)	29,4 (27,8-31,1)
Não	695 (19,5)	22,9 (19,9-26,2)	45,4 (41,7-49,3)	88,5 (85,8-90,8)	27,5 (24,3-31,0)	3,9 (2,7-5,7)	25,9 (22,8-29,4)
Acompanhante consultas							
Sim ²	2.143 (61,0)	21,6 (19,9-23,3)	53,7 (51,5-55,8)	88,8 (87,3-90,1)	24,0 (22,2-25,8)	5,2 (4,3-6,2)	30,0 (28,1-32,0)
Não	1.371 (39,0)	17,2 (15,3-19,3)	48,3 (45,6-51,0)	89,0 (87,1-90,6)	21,5 (19,4-23,8)	3,6 (2,7-4,7)	27,1 (24,8-29,5)
Tipo de parto							
Vaginal ²	2.044 (57,2)	19,0 (17,4-20,8)	48,8 (46,6-51,0)	88,9 (87,4-90,3)	22,9 (21,2-24,8)	4,4 (3,6-5,4)	19,6 (18,0-21,4)
Cesária	1.530 (42,8)	21,2 (19,2-23,3)	54,9 (52,3-57,4)	88,7 (86,9-90,3)	23,1 (21,1-25,4)	4,7 (3,8-5,9)	41,1 (38,7-43,6)
Acompanhante parto							
Sim ²	3.359 (94,0)	19,9 (18,6-21,3)	51,2 (49,5-53,0)	88,9 (87,7-89,9)	22,9 (21,5-24,4)	4,6 (4,0-5,4)	-
Não	214 (6,0)	20,7 (15,8-26,8)	54,1 (47,2-60,8)	88,5 (82,9-92,4)	24,8 (19,3-31,1)	3,3 (1,6-6,8)	-
Total	3580 (100)	20,0	51,4	88,9	23,0	4,6	28,8

¹Somente para as que realizaram pré-natal² Categoria de referência

Tabela 2 – Associação da cor da pele/raça quanto a adequações de recebimento de orientações, realização de exames, recebimento de imunização, assistência clínica, pré-natal e parto. Santa Catarina, Brasil, 2019.

Adequações	Bruta			Ajustada		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Adequação de orientações^a (n=3.133)						
<i>Cor da pele^c</i>			<i>0,238</i>			<i>0,175</i>
Parda	1,06	(0,86 - 1,29)	0,560	1,08	(0,88 - 1,32)	0,465
Preta	1,28	(0,96 - 1,72)	0,093	1,32	(0,98 - 1,77)	0,066
Adequação de exames^a (n=3.020)						
<i>Cor da pele^c</i>			<i>0,214</i>			<i>0,665</i>
Parda	0,89	(0,76 - 1,05)	0,170	0,95	(0,81 - 1,13)	0,577
Preta	0,84	(0,65 - 1,08)	0,181	0,90	(0,69 - 1,16)	0,420
Adequação clínica^a (n=3.092)						
<i>Cor da pele^c</i>			<i>0,310</i>			<i>0,160</i>
Parda	1,14	(0,95 - 1,38)	0,164	1,18	(0,98 - 1,43)	0,082
Preta	1,14	(0,86 - 1,52)	0,360	1,18	(0,89 - 1,58)	0,246
Adequação de imunizações^a (n= 2.838)						
<i>Cor da pele^c</i>			<i>0,369</i>			<i>0,385</i>
Parda	1,02	(0,78 - 1,33)	0,891	1,01	(0,77 - 1,33)	0,933
Preta	1,39	(0,88 - 2,20)	0,160	1,38	(0,87 - 2,19)	0,170
Adequação do pré-natal^a (n=3.105)						
<i>Cor da pele^c</i>			<i>0,449</i>			<i>0,323</i>
Parda	1,26	(0,87 - 1,82)	0,213	1,33	(0,92 - 1,93)	0,133
Preta	1,01	(0,56 - 1,84)	0,964	1,10	(0,60 - 2,00)	0,760
Adequação do parto^b (n=3.139)						
<i>Cor da pele^c</i>			<i>0,800</i>			<i>0,834</i>
Parda	0,98	(0,82 - 1,17)	0,830	1,03	(0,86 - 1,23)	0,777
Preta	0,91	(0,69 - 1,20)	0,508	0,94	(0,71 - 1,23)	0,643

^a Ajustado por: faixa-etária, escolaridade, renda per capita, mora com companheiro e acompanhante nas consultas.

^b Ajustado por: faixa-etária, escolaridade, renda per capita, mora com companheiro.

^c Categoria de referência: branca.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema público de saúde visa o atendimento universal, integral e equitativo para todos os usuários. A saúde materno-infantil é um eixo estruturante para o sistema de saúde. Dela emergem os indicadores de mortalidade materna e infantil, utilizados para verificar o acesso e a adequação da assistência de saúde e compará-los com outras regiões geográficas.

Os fatores sociodemográficos têm importante influência sobre as condições de vida da população. Aqueles que remetem a maiores condições de vulnerabilidade como gênero, renda e raça podem ser considerados fatores determinantes de saúde das populações. Para avaliar de forma mais ampla a qualidade da assistência prestada a gestante e ao recém-nascido no período gravídico-puerperal torna-se necessário levar em consideração estes fatores. Ademais, para realizar uma avaliação pautada na realidade nacional, faz-se necessário avaliar a assistência prestada de acordo com os protocolos e diretrizes nacionais e internacionais recomendados pelo órgão que regulamenta a saúde no país. Considerando estes apontamentos, a presente tese objetivou avaliar a associação entre as características de cor/raça das puérperas e a adequação da assistência ao pré-natal e ao parto realizada pela Atenção Primária à Saúde (APS) e na rede hospitalar vinculada a este nível atenção no Estado de Santa Catarina em 2019.

A partir dos resultados encontrados pode-se concluir que:

- Estudos realizados com dados nacionais ou internacionais identificaram um gradiente de pior assistência as gestantes/puérperas não-brancas. Além disto, observaram-se maiores prevalências de desfechos negativos à saúde do binômio mãe-bebê. Os principais achados relacionados à assistência pré-natal foram adequação do pré-natal, parto prematuro e mortalidade infantil. E, em relação ao parto foram via de parto uso de anestesia e episiotomia.
- A adequação de imunizações foi a mais prevalente entre os subíndices em estudo, seguido das adequações de exames, procedimentos clínicos e orientações, respectivamente. Apesar de não apresentar significância estatística, as gestantes negras apresentaram melhores adequações em todos os subíndices supracitados, com exceção da adequação de exames.
- O indicador de adequação ao pré-natal neste estudo utilizou critérios mais amplos que se basearam em protocolos e recomendações instituídas pelo Ministério da Saúde. Estes

critérios foram pautados em condutas, acesso, ou ações mínimas relacionadas à qualidade do pré-natal e, ainda assim, este índice se manteve baixo.

- As baixas prevalências dos subíndices de orientações e procedimentos clínicos que compõem a adequação de pré-natal, foram importantes preditores para o resultado desta adequação. Estas práticas estão diretamente ligadas às condutas assistenciais dos profissionais responsáveis pelo atendimento pré-natal. E, deveriam estar incorporadas à sua rotina, pois além de serem ações protocoladas não impactam financeiramente no serviço, assim como, não demandam de nenhum tipo de equipamento.
- Os subíndices de adequação de imunização e exames foram os mais prevalentes entre a população em estudo. Este fato demonstra a facilidade de acesso à essas ações de saúde. No entanto, cabe salientar que na adequação de imunizações, ação realizada na Unidade Básica de Saúde, a prevalência foi a mais elevada, o que pode apontar para uma melhor assistência neste serviço. Já a adequação de exames, apesar de apresentar melhor taxa em relação às demais, foi prevalente em apenas cerca da metade das puérperas. O que por sua vez, demonstra maior dificuldade de acesso a este tipo de atendimento. As puérperas negras, apesar de não haver diferença significativa, apresentaram piores resultados na prevalência desta adequação. No entanto, situação inversa ocorreu para imunização.
- A qualidade da assistência ao parto apresentou melhor desempenho quando comparada ao pré-natal. Porém, ainda assim apresentou baixa adequação. Na adequação ao parto foram considerados critérios distintos, incluindo boas práticas na assistência ao parto, de acordo com as especificidades de cada conduta (vaginal ou cesáreo). Mesmo com o incentivo à mudanças nas práticas obstétricas, muitas condutas desnecessárias continuam ocorrendo, o que se reflete na baixa adequação ao parto.
- Não houve associação entre as adequações em estudo e a cor/raça das puérperas. No entanto, ainda assim cabe informar que as puérperas negras apresentaram maior chance de realizar pré-natal adequado quando comparadas às brancas, enquanto para o parto este resultado foi inverso.

Como limitações deste estudo destaca-se o fato de que as informações utilizadas para as medidas de desfecho foram autorreferidas, o que pode ter ocasionado viés de memória. No entanto, para minimizar este possível viés foi realizada a inclusão das informações contidas na caderneta de pré-natal da gestante com o propósito de gerar maior completude de dados. Cabe

destacar o fato de que as entrevistas foram realizadas no hospital onde ocorreu o parto e, este fato pode ter influenciado no relato sobre essas práticas assistenciais. Adicionalmente, o resultado da gravidez (positivo ou negativo) pode ter influenciado a percepção sobre o cuidado ou algumas informações podem ter sido fornecidas com o intuito de serem socialmente aceitas. Ainda, o estudo não coletou variáveis qualitativas sobre experiências discriminatórias relacionadas a questões raciais.

No entanto, a presente tese traz como potencialidades a construção de indicadores de adequação ao pré-natal e parto amplos, pautados em critérios que envolvem recomendações e protocolos de saúde instituídos nacionalmente. Os achados permitem que gestores ou responsáveis pelas políticas acompanhem o resultado da assistência durante todo o itinerário de cuidado da gestante, do pré-natal ao parto. Adicionalmente, o estudo se utilizou de uma amostra probabilística ampla e representativa do estado.

Dentre os resultados apontados, ressalta-se a equidade na assistência recebida tanto na Atenção Primária à Saúde no estado como na rede de maternidades vinculadas. A assistência foi prestada de maneira equitativa para todas as gestantes/puérperas durante o pré-natal e parto. Entretanto, houve baixa adequação de cuidado para todas as participantes da pesquisa, independentemente de sua cor/raça. Este resultado pode ser visto como uma exceção já que há poucos relatos na literatura que abordem a não existência de desigualdades raciais neste tipo de assistência. Cabe informar, que apesar de não ser o objetivo central desta tese, os resultados apontam para um gradiente de melhor adequação de exames e parto para maiores faixas de idade, escolaridade e renda. O que pode ser um importante ponto de análise para estudos futuros.

Mesmo com os resultados positivos em relação à equidade da assistência, sabe-se que as desigualdades sociais e o racismo entremeiam as relações sociais, inclusive nas instituições de saúde. Com isto, reitera-se a necessidade de existir um processo contínuo de redução das disparidades que se perpetuaram ao longo de séculos na sociedade. No caso da saúde, deve-se verificar a necessidade de reestruturação e/ou criação de políticas afirmativas que ratifiquem a necessidade de tratamento equitativo e, adicionalmente, prevejam capacitação dos profissionais para a incorporação destes preceitos em sua prática assistencial.

Por fim, ressalta-se a necessidade de maior capacitação dos profissionais para a realização dos cuidados mínimos no itinerário de assistência do pré-natal e do parto. E, diante

disto, proporcionar maior adequação no atendimento, o que deve se refletir melhores indicadores de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- ADA, M. L. et al. Trends in provider-initiated versus spontaneous preterm deliveries, 2004–2013. **Journal of Perinatology**, v. 37, n. 11, p. 1187–1191, 27 nov. 2017.
- AHLUWALIA, I. B. et al. Maternity care practices and breastfeeding experiences of women in different racial and ethnic groups: Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System (PRAMS). **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 8, p. 1672–1678, nov. 2012.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Série Femi ed. São Paulo: Pólen, 2019.
- ALEXANDER, G.; KOTELCHUCK, M. Quantifying the Adequacy of Prenatal Care: A Comparison of Indices. **Public Helth Reports**, v. 111, p. 11, 1996.
- ANJOS, J. C. DOS; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013 TT - Regional differences and factors associated with the number of prenatal visits in Brazil: analysi. **Rev. bras. epidemiol**, v. 19, n. 4, p. 835–850, 2016.
- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789–800, 2012.
- ASELTINE, R. H. et al. Racial and Ethnic Disparities in Hospital Readmissions After Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 126, n. 5, p. 1040–1047, 20 nov. 2015.
- ASSIS, J. F. DE. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133, p. 547–565, 2018.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Temas em S ed. Rio de Janeiro: [s.n.].
- BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 635–643, ago. 2011.
- BARROS, F. P. C. DE; SOUSA, M. F. DE. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9–18, mar. 2016.
- BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra**. 2º ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
- BEECKMAN, K. et al. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 213, 6 dez. 2011.
- BERGGREN, E. K. et al. Racial disparities in perinatal outcomes among women with gestational diabetes. **Journal of Women’s Health**, v. 21, n. 5, p. 521–527, 1 maio 2012.
- BERQUÓ, E.; LAGO, T. D. G. DO. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 550–560, 2016.
- BLAKENEY, E. L. E. L. et al. Social determinants of health and disparities in prenatal care utilization during the Great Recession period 2005-2010. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, 29 out. 2019a.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 69–78, 2011.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPPIR. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011. v. 1

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica., 2013. v. 32

BRASIL. **SAGE - Sala de apoio a gestão estratégica**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>.

BRASIL, P. DA R. DO. **Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969 - Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial**, 1969.

BRASIL, P. DA R. DO. **Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005 - Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUSBrasil**, 2005.

BRASIL, P. DA R. DO. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 - Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**, 2007b.

BRYANT, A. S. et al. Quality and equality in obstetric care: racial and ethnic differences in caesarean section delivery rates. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 23, n. 5, p. 454–462, 2009.

BRYANT, A. S. et al. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 202, n. 4, p. 335–343, abr. 2010.

BUTWICK, A. J. et al. Racial and ethnic disparities in mode of anesthesia for cesarean delivery. **Anesthesia and Analgesia**, v. 122, n. 2, p. 472–479, 1 fev. 2016a.

CABACUNGAN, E. T.; NGUI, E. M.; MCGINLEY, E. L. Racial/Ethnic Disparities in Maternal Morbidities: A Statewide Study of Labor and Delivery Hospitalizations in Wisconsin. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 7, p. 1455–1467, 22 out. 2012.

CARVALHO, V. C. P. DE; ARAÚJO, T. V. B. DE. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 309–317, set. 2007.

CARVALHO, R. A. DA S. et al. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 2, p. 271–280, 2016.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.

CATÃO, M. DO Ó. Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade. In: **A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde**. [s.l.: s.n.]. p. 139–168.

CATARINA, G. DO E. DE S. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**Brasil, 2017.

CATARINA, S. DO E. DA S. DE S. **Rede Cegonha**. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/redes-de-atencao-a-saude-profissionais/2283-rede-cegonha>>.

CESAR, J. A. et al. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo

- transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 11, p. 518–523, nov. 2012.
- CHEN, X. K. et al. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 47, n. 2, p. 122–127, 2007.
- COLLINS, J. W. et al. African-American:White Disparity in Infant Mortality due to Congenital Heart Disease. **Journal of Pediatrics**, v. 181, p. 131–136, 1 fev. 2017.
- CONASS. A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos. In: **CONASS - Para entender a gestão do SUS - Direito à Saúde**. 1. ed. Brasília: [s.n.], p. 7.
- COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 75/76/77, p. 13–24, 2007.
- COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 363–380, 2006.
- COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 11, p. 563–569, 2010.
- COX, R. G. et al. Prenatal care utilization in mississippi: Racial disparities and implications for unfavorable birth outcomes. **Maternal and Child Health Journal**, v. 15, n. 7, p. 931–942, out. 2011a.
- D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S154–S168, ago. 2014.
- DA FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 450–459, 2005.
- DATASUS, M. DA S. **Sistema de Informação de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 30 out. 2019.
- DE ANDRADE LIMA COÊLHO, M. et al. Profile of women admitted at an obstetric ICU due to non-obstetric causes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 160–167, 2012.
- DE SANTANA, W. N. et al. Plano de Parto como instrumento das Boas Práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, p. 1–10, 17 mar. 2019.
- DEBIEC, K. E. et al. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 203, n. 2, p. 122.e1–122.e6, ago. 2010.
- DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 12, p. 2647–55, dez. 2006.
- DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S140–S153, 2014.
- DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascir no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 561–572, 1 set. 2016.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **TABNET - DIVE**. Disponível em: <<http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinasc/def/sinasc.def>>.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 4, p. 953–965, dez. 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study TT - Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. saúde pública**, v. 48, n. 5, p. 766–774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015.

EDMONDS, J. K. et al. Racial and ethnic differences in primary, unscheduled cesarean deliveries among low-risk primiparous women at an academic medical center: a retrospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 1, p. 168, 3 dez. 2013.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. DE G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4457–4466, 2014.

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. DE B. L.; PARADA, C. M. G. DE L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva TT - Association between prenatal and parturition in the supplementary health network and elective cesarean section. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 1, p. 75–88, 2016.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. O sistema único de saúde brasileiro. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, p. 74–83, 2012.

FONSECA, R. M. G. S. DA. MULHER, DIREITO E SAÚDE: repensando o nexco coesivo*. **Saúde e Sociedade**, v. 8, p. 32, 1999.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. DA. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: A cor importa? **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 209–217, 2015.

GÓES, E. F. **Desigualdades Sociorraciais e de saúde em mulheres no Estado da Bahia , Pnad 2008**. III Seminário Internacional Enlaçado Sexualidades. **Anais...Salvador - BA: 2013**

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. TEMAS LIVRES FREE THEMES O discurso dos gestores sobre a equidade : um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3759–3764, 2013.

GRISCI, C. L. I. Mulher - mãe. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 15, n. 1–3, p. 12–17, 1995.

GROBMAN, W. A. et al. Racial and Ethnic Disparities in Maternal Morbidity and Obstetric Care. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 6, p. 1460–1467, 28 jun. 2015.

HAIR, J. F. J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 487–492, jul. 1998.

HOLANDA, S. M. et al. Influência Da Participação Do Companheiro No Pré-Natal: Satisfação De Primíparas Quanto Ao Apoio No Parto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–10, 2018.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 5, p. 1–19, 2017.

HOWELL, E. A.; ZEITLIN, J. Quality of Care and Disparities in Obstetrics. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 44, n. 1, p. 13–25, mar. 2017.

IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>. Acesso em: 14 maio. 2018.

IBGE, I. B. DE G. E E.-. **PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?edicao=27257&t=downloads>>.

IBGE, I. B. DE G. E E.-. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual -**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7113#resultado>>.

IBGE, I. B. DE G. E E.-. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2019.pdf>.

INAGAKI, A. D. DE M. et al. Retrato das práticas obstétricas em uma maternidade pública. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 13 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018** Estudos e Pesquisas. [s.l: s.n.].

JANEVIC, T. et al. Disparities in cesarean delivery by ethnicity and nativity in New York City. **Maternal and Child Health Journal**, v. 18, n. 1, p. 250–257, jan. 2014.

JANEVIC, T. et al. Examining Trends in Obstetric Quality Measures for Monitoring Health Care Disparities. **Medical Care**, v. 56, n. 6, p. 470–476, 2018.

JEMAL, A.; BRAY, F.; FERLAY, J. Global Cancer Statistics: 2011. **CA Cancer J Clin**, v. 49, n. 2, p. 1,33-64, 2011.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos: Sobre populações brasileiras: Revisão sistemática na base PubMed. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 895–918, 2012.

KALCKMANN, S. et al. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? Institutional Racism: a challenge to equity in the National. p. 146–155, 2007.

KALE, P. L. et al. Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil TT - Casos de near miss e óbitos neonatais: fatores associados aos recém-nascidos com ameaça à vida em. **Cad. saúde pública**, v. 33, n. 4, p. e00179115–e00179115, 2017.

KASSAR, S. B. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna TT - Determinants of neonatal death with emphasis on health care dur. **J. pediatr. (Rio J.)**, v. 89, n. 3, p. 269–277, 2013.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 9, p. 1414–1420, set. 1994.

KRANS, E. E.; DAVIS, M. M.; PALLADINO, C. L. Disparate patterns of prenatal care utilization stratified by medical and psychosocial risk. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 4, p. 639–645, maio 2013.

LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: Neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, p. 192–207, 2014.

- LEAL, M. D. C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.
- LEAL, M. DO C. et al. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. suppl 1, p. S78–S88, 2005.
- LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, p. 17–32, 2014.
- LEAL, M. DO C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 1, p. 91–104, mar. 2015.
- LEAL, M. DO C. et al. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 33, p. e00078816, 2017a.
- LEAL, M. DO C. et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Artigo Original Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 12, p. 9, 2017b.
- LEAL, M. DO C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services TT - Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. saúde pública (Online)**, v. 54, p. 8, 2020.
- LEE, H. et al. Different levels of associations between medical co-morbidities and preterm birth outcomes among racial/ethnic women enrolled in Medicaid 2014-2015: Retrospective analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, 13 jan. 2020.
- LEITE, R. M. B. et al. [Risk factors for maternal mortality in an urban area of Northeast Brazil]. **Cadernos de saude publica**, v. 27, n. 10, p. 1977–85, 2011.
- LIMA, A. E. F. et al. Childbirth care after the implementation of the Carioca Stork Program: the perspective of nursing. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, p. 631, 10 nov. 2015.
- LIU, C. H.; TRONICK, E. Do patient characteristics, prenatal care setting, and method of payment matter when it comes to provider-patient conversations on perinatal mood? **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 5, p. 1102–1112, jul. 2012.
- LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, out. 2005.
- LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121–134, 20 mar. 2012.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.
- MACKENBACH, J. P.; KUNST, A. E. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. **Social Science and Medicine**, v. 44, n. 6, p. 757–771, 1997.
- MAIA, L. T. DE S.; SOUZA, W. V. DE; MENDES, A. DA C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2163–2176, nov. 2012.
- MARCHI, K. S. et al. Most pregnant women in California do not receive dental care: Findings from a population-based study. **Public Health Reports**, v. 125, n. 6, p. 831–842, 2010.
- MARMONT, M.; BELL, R. Annals of Epidemiology Social inequalities in health : a proper concern of epidemiology. **Annals of Epidemiology**, v. 26, n. 4, p. 238–240, 2016.
- MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de

- parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180233, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2004 Ano da Mulher**: Serie E. Legislação de Saúde. Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 - Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Âmbito do Sistema Único de Saúde**, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Humanização do parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** (D. de ações programáticas Estratégicas., Ed.)Serie C. **Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**: Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico - Pré-Natal e PuerpérioAtenção qualificada e humanizada**: Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2006: Uma Análise da Desigualdade em Saúde** (D. de A. de S. em S. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ed.). Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 - Institua a Rede Cegonha**, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: [s.n.].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**BrasíliaSecretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, , 2018.
- MINISTÉRIO DA SAUDE DO BRASIL. **Gestões e Gestores de políticas publicas de atenção à saude da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, 2011a.
- MINISTÉRIO DA SAUDE DO BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. OBrasil, 2011b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, G. DO M. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 - Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 27 set. 2019b.
- MONGUILHOTT, J. J. DA C. et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1, 16 jan. 2018.
- MORAES, L. M. V. DE et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA TT - Factors associated with the involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão State) and Ribe. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 34, n. 11, p. e00151217–e00151217, 2018.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651–657, set. 2005.

- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 173–179, 2006.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Audit and feedback strategy: An experience of a Brazilian hospital for reducing episiotomy rate. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 131, p. E228, 2015.
- NETO, E. T. DOS S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: Os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107–119, 2008.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Obstetizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1–7, 31 mar. 2015.
- NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252–261, jun. 2016.
- OLIVEIRA, R. L. A. DE; et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 8, 2013.
- ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES - COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, S. E C. **General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)**. [s.l: s.n.].
- OSORIO, R. G. **O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**. Brasília: [s.n.].
- OSTERMAN, M. J. K.; MARTIN, J. A. Timing and Adequacy of Prenatal Care in the United States, 2016. In: **National Vital Statistics Reports**. [s.l: s.n.]. v. 67.
- PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde : o caso do SUS. **Saude e Sociedade**, v. 15, p. 34–46, 2006.
- PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, p. 761–770, 2015.
- PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D. DE; DRACHLER, M. DE L. Equidade na alocação de recursos para a saúde : a experiência do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 275–286, 2005.
- PENFIELD, C. A. et al. Adolescent Pregnancies in the United States: How Obstetric and Sociodemographic Factors Influence Risk of Cesarean Delivery. **American Journal of Perinatology**, v. 34, n. 2, p. 123–129, 1 jan. 2017.
- PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 1, p. 72–80, mar. 2003.
- PILLEGI, M. C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna : prevalência e fatores limitantes Breastfeeding in the first hour of life and modern technology : prevalence and limiting factors. **Einsten**, v. 6, n. 11, p. 467–472, 2008.
- PINHEIRO, L. et al. **Retrato das desigualdades de raça e gênero: 2ª edição**. Brasília: [s.n.].
- POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999–2010, jul. 2014.
- RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 103–108, 2014.

- RIBEIRO, A. M. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer Risk factors for neonatal mortality among children with low birth weight. v. 43, n. 2, p. 246–255, 2008.
- ROSENDO, T.; RONCALLI, A.; AZEVEDO, G. Prevalence of Maternal Morbidity and Its Association with Socioeconomic Factors: A Population-based Survey of a City in Northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 39, n. 11, p. 587–595, 23 nov. 2017.
- ROWE, S. et al. Systematic review of the measurement properties of indices of prenatal care utilization. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 171, 18 dez. 2020.
- SACRAMENTO, A. N. DO; NASCIMENTO, E. R. DO. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1142–1149, out. 2011.
- SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <<https://sage.saude.gov.br/#>>.
- SAÚDE, O. M. DE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**Oms, 1996.
- SC, D. DE A. P. À S.-. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/8966_sc/apresentacao_25_06_19.pdf>.
- SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 47–59, fev. 2001.
- SCHNEIDER, M. C. et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. v. 12, n. 4, 2002.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: [s.n.].
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. DO. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281–1289, 2004.
- SHIN, D.; SONG, W. O. Influence of the Adequacy of the Prenatal Care Utilization Index on Small-For-Gestational-Age Infants and Preterm Births in the United States. **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 6, p. 838, 2019.
- SILVA, E. P. DA et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 5, p. 356–362, 2013.
- SOARES, V. M. N. Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 293–309, 2007.
- SPARKS, P. J. One size does not fit All: An examination of low birthweight disparities among a diverse set of racial/ethnic groups. **Maternal and Child Health Journal**, v. 13, n. 6, p. 769–779, 2009a.
- SPARKS, P. J. Do biological, sociodemographic, and behavioral characteristics explain racial/ethnic disparities in preterm births? **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 9, p. 1667–1675, maio 2009b.
- TERLAN, R. J.; CESAR, J. A. Não realização de citopatológico de colo uterino entre gestantes no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3557–3566, nov. 2018.
- THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, 1 nov. 2018.


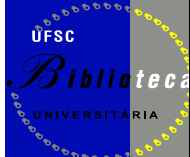
- TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1–11, 2017.
- UNITED NATIONS. World Conference of the International Women's Year . Mexico City (19 June to 2 July 1975). **First World Conference**, 1975.
- UNITED NATIONS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma Cairo** Nova York, EUA, 1994.
- UNITED NATIONS. **United Nations Millennium**, 2000.
- UNITED NATIONS. Relatório sobre os objetivos do desenvolvimento do milênio. **Time for Global Action for People and Planet**, p. 76, 2015a.
- UNITED NATIONS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**, 2015b.
- VIANA, R. DA C.; NOVAES, M. R. C. G.; MP CALDERON, I. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comun. ciênc. saúde**, p. 141–152, 2011.
- VICTORA, C. et al. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 25, n. 4, p. 253–261, 1 jul. 2010.
- VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 2011.
- VIEGAS, D. P.; VARGA, I. V. D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 619–630, set. 2016.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, 2014a.
- VIELLAS, E. F.; MARTINELLI, K. G. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes , Brasil , 2011-2012. v. 19, n. 1, p. 53–62, 2019.
- VILLAR, J. et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Review) Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. n. 1, p. 1–3, 2009.
- VIOTTI, M. L. R. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. p. 147–258, 1995.
- WASHINGTON, S. et al. Racial and Ethnic Differences in Indication for Primary Cesarean Delivery at Term: Experience at One U.S. Institution. **Birth**, v. 39, n. 2, p. 128–134, 2016.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.
- WHO, W. H. O. **Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice**. [s.l: s.n.].
- WHO, W. H. O. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. **Organização Mundial da Saúde**, p. 10, 2016.
- WHO, W. H. O. **World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. [s.l: s.n.].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: [s.n.].
- YEE, L. M. et al. Racial and ethnic disparities in use of 17-alpha hydroxyprogesterone caproate for prevention of preterm birth Presented orally (abstract no. 18) at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, Feb. 1-6, 2016. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 3, p. 374.e1-374.e6, 1 mar. 2016a.

YEE, L. M. et al. Racial and Ethnic Differences in Utilization of Labor Management Strategies Intended to Reduce Cesarean Delivery Rates. **Obstetrics & Gynecology**, v. 130, n. 6, p. 1285–1294, dez. 2017.

YEE, L. M. L. M. et al. Racial and ethnic disparities in use of 17-alpha hydroxyprogesterone caproate for prevention of preterm birth Presented orally (abstract no. 18) at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, Feb. 1-6, 2016. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 3, p. 374.e1-374.e6, 1 mar. 2016b.

YEOH, P. L. et al. Evaluating the quality of antenatal care and pregnancy outcomes using content and utilization assessment. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 6, p. 466–471, 2018.

APÊNDICE 1 – Protocolo de busca sistemática capítulo de revisão

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA SERVIÇO DE REFERÊNCIA PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO																						
PROTOCOLO PARA BUSCA SISTEMÁTICA DA LITERATURA Doutoranda: Suélen dos Santos Saraiva																							
1. QUESTÃO OU PROBLEMA DE PESQUISA Existem desigualdades de cor da pele /raça na assistência à saúde no pré-natal e parto?																							
1.1 OBJETIVOS DA REVISÃO Identificar publicações nacionais e internacionais que apresentem resultados de estudos que investigaram a existência de desigualdades de cor da pele /raça na assistência à saúde no pré-natal e parto?																							
2. BUSCA NA LITERATURA																							
2.1 SELEÇÃO DOS TÓPICOS (DESCRITORES E MESH TERMS)																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Tópico 1 Cor/raça</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> DeCS - Raça/ raça/ race* - Racismo/ Racismo/ Racism - Race Factors, Factores Raciales, Factores Raciais MeSH - Racism [MeSH Terms] - race factors [MeSH Terms] - Race Relations [MeSH Terms] </td> </tr> </tbody> </table>	Tópico 1 Cor/raça	DeCS - Raça/ raça/ race* - Racismo/ Racismo/ Racism - Race Factors, Factores Raciales, Factores Raciais MeSH - Racism [MeSH Terms] - race factors [MeSH Terms] - Race Relations [MeSH Terms]	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Tópico 2 Pré-natal, e parto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> DeCS - Saúde Materna/ Salud Materna/ Maternal Health - Cuidado Pré-Natal/ Atención Prenatal/ Prenatal Care - Gravidez/ Embarazo/ Pregnancy - Tocologia / partería/ midwifery MeSH - "Maternal Health" [MeSH Terms] - "prenatal care" [MeSH Terms] - midwifery [MeSH Terms] - Pregnancy [MeSH Terms] </td> </tr> </tbody> </table>	Tópico 2 Pré-natal, e parto	DeCS - Saúde Materna/ Salud Materna/ Maternal Health - Cuidado Pré-Natal/ Atención Prenatal/ Prenatal Care - Gravidez/ Embarazo/ Pregnancy - Tocologia / partería/ midwifery MeSH - "Maternal Health" [MeSH Terms] - "prenatal care" [MeSH Terms] - midwifery [MeSH Terms] - Pregnancy [MeSH Terms]	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Tópico 3 Desigualdades</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> DeCS -Fatores Socioeconômicos/ Factores Socioeconómicos/ Socioeconomic Factors -Desigualdades em Saúde/ Desigualdades en la Salud/ Health Status Disparities - Equidade em Saúde/ Equidad en Salud/ Health Equity MeSH -"Socioeconomic Factors" [MeSH Terms] -"Healthcare Disparities" [MeSH Terms] -"Health Equity" [MeSH Terms] </td> </tr> </tbody> </table>	Tópico 3 Desigualdades	DeCS -Fatores Socioeconômicos/ Factores Socioeconómicos/ Socioeconomic Factors -Desigualdades em Saúde/ Desigualdades en la Salud/ Health Status Disparities - Equidade em Saúde/ Equidad en Salud/ Health Equity MeSH -"Socioeconomic Factors" [MeSH Terms] -"Healthcare Disparities" [MeSH Terms] -"Health Equity" [MeSH Terms]															
Tópico 1 Cor/raça																							
DeCS - Raça/ raça/ race* - Racismo/ Racismo/ Racism - Race Factors, Factores Raciales, Factores Raciais MeSH - Racism [MeSH Terms] - race factors [MeSH Terms] - Race Relations [MeSH Terms]																							
Tópico 2 Pré-natal, e parto																							
DeCS - Saúde Materna/ Salud Materna/ Maternal Health - Cuidado Pré-Natal/ Atención Prenatal/ Prenatal Care - Gravidez/ Embarazo/ Pregnancy - Tocologia / partería/ midwifery MeSH - "Maternal Health" [MeSH Terms] - "prenatal care" [MeSH Terms] - midwifery [MeSH Terms] - Pregnancy [MeSH Terms]																							
Tópico 3 Desigualdades																							
DeCS -Fatores Socioeconômicos/ Factores Socioeconómicos/ Socioeconomic Factors -Desigualdades em Saúde/ Desigualdades en la Salud/ Health Status Disparities - Equidade em Saúde/ Equidad en Salud/ Health Equity MeSH -"Socioeconomic Factors" [MeSH Terms] -"Healthcare Disparities" [MeSH Terms] -"Health Equity" [MeSH Terms]																							
2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Idioma</th> <th>Sem restrição</th> <th>Incluir X</th> <th>Excluir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Período de publicação</td> <td>2009 - 2019</td> <td>Incluir X</td> <td>Excluir</td> </tr> <tr> <td>Área geográfica</td> <td>Sem restrição</td> <td>Incluir X</td> <td>Excluir</td> </tr> <tr> <td>Tipo de documento</td> <td>Artigos</td> <td>Incluir X</td> <td>Excluir</td> </tr> <tr> <td>Método</td> <td>Estudos observacionais e com delineamento transversal e/ou longitudinal, prospectivo e/ou retrospectivo, metanálise</td> <td>Incluir X</td> <td>Excluir</td> </tr> </tbody> </table>	Idioma	Sem restrição	Incluir X	Excluir	Período de publicação	2009 - 2019	Incluir X	Excluir	Área geográfica	Sem restrição	Incluir X	Excluir	Tipo de documento	Artigos	Incluir X	Excluir	Método	Estudos observacionais e com delineamento transversal e/ou longitudinal, prospectivo e/ou retrospectivo, metanálise	Incluir X	Excluir			
Idioma	Sem restrição	Incluir X	Excluir																				
Período de publicação	2009 - 2019	Incluir X	Excluir																				
Área geográfica	Sem restrição	Incluir X	Excluir																				
Tipo de documento	Artigos	Incluir X	Excluir																				
Método	Estudos observacionais e com delineamento transversal e/ou longitudinal, prospectivo e/ou retrospectivo, metanálise	Incluir X	Excluir																				

Método	Estudos qualitativos e revisão de literatura	Incluir	Excluir X
Método	Analisaram a assistência ao pré-natal e /ou parto	Incluir X	Excluir
População de estudo	Gestantes e/ou puérperas	Incluir X	Excluir
População de estudos	Recém-nascidos	Incluir	Excluir X
Resultados estudos	Apresentaram as medidas e a força de associação dos resultados encontrados.	Incluir X	Excluir

2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

<u>Tipo de fonte</u>	<u>Nome</u>
Base de dados	Scopus
Base de dados	Web of Science
Base de dados	Biblioteca Virtual em Saúde
Base de dados	PUBMED

2.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ACORDO COM O RECURSO UTILIZADO

<u>Base</u>	<u>Estratégias de busca</u>	<u>Total</u>
<u>Scopus</u>	(((TITLE-ABS-KEY (race) OR TITLE-ABS-KEY (racism) OR TITLE-ABS-KEY ("race factors") OR TITLE-ABS-KEY ("Race Relations")))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Maternal Health") OR TITLE-ABS-KEY ("prenatal care") OR TITLE-ABS-KEY (midwifery) OR TITLE-ABS-KEY (pregnancy)))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Socioeconomic Factors") OR TITLE-ABS-KEY ("Healthcare Disparities") OR TITLE-ABS-KEY ("health equity")))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Epidemiologic Methods") OR TITLE-ABS-KEY (epidemiology) OR TITLE-ABS-KEY ("Public Health")))))	169
<u>Web os Science</u>	(TÓPICO: (race) OR TÓPICO: (racism) OR TÓPICO: ("race factors") OR TÓPICO: ("Race Relations")) AND (TÓPICO: ("Maternal Health") OR TÓPICO: ("prenatal care") OR TÓPICO: (midwifery) OR TÓPICO: (Pregnancy)) AND (TÓPICO: ("Socioeconomic Factors") OR TÓPICO: ("Healthcare Disparities") OR TÓPICO: ("Health Equity")) AND (TÓPICO: ("Epidemiologic Methods") OR TÓPICO: (Epidemiology) OR TÓPICO: ("Public Health"))	344
<u>Lilacs</u>	(tw:((tw:(race)) OR (tw:(raça)) OR (tw:(raça))OR (tw:(racismo)) OR (tw:(racism)) OR (tw:(“race factors”)) OR (tw:(“Factores Raciales”)) OR (tw:(“Fatores Raciais”)) OR (tw:(“Relações Raciais”)) OR (tw:(“Race Relations”)) OR (tw:(“Relaciones Raciales”)))) AND (tw:((tw:(“Maternal Health”)) OR (tw:(“saúde materna”)) OR (tw:(“salud materna”)) OR (tw:(“prenatal care”)) OR (tw:(“cuidado pré-natal”)) OR (tw:(“atención prenatal”)) OR (tw:(midwifery)) OR (tw:(tociologia)) OR (tw:(parteria)) OR (tw:(gravidez)) OR (tw:(embarazo)) OR (tw:(Pregnancy)))) AND (tw:((tw:(“Socioeconomic Factors”)) OR (tw:(“factores socioeconómicos”)) OR (tw:(“factores socioeconómicos”)) OR (tw:(“Health Status Disparities”)) OR (tw:(“desigualdades em saúde”)) OR (tw:(“desigualdades en la salud”)) OR (tw:(“Health Equity”)) OR (tw:(“equidade em saúde”)) OR (tw:(“equidad en salud”)))) AND (tw:((tw:(“Epidemiologic Methods”)) OR (tw:(“Métodos Epidemiológicos”)) OR (tw:(“Métodos epidemiológicos”)) OR (tw:(epidemiology)) OR (tw:(epidemiología)) OR (tw:(epidemiologia)) OR (tw:(“Public Health”)) OR (tw:(“Salud Pública”)) OR (tw:(“Saúde Pública”))))	132

PUBMED	((((race[Title/Abstract] OR racism[Title/Abstract] OR "race factors"[Title/Abstract] OR "Race Relations"[Title/Abstract])) AND (((("Maternal Health"[Title/Abstract] OR "prenatal care"[Title/Abstract] OR midwifery[Title/Abstract] OR Pregnancy[Title/Abstract])) AND (((("Socioeconomic Factors"[Title/Abstract] OR "Healthcare Disparities"[Title/Abstract] OR "Health Equity"[Title/Abstract])) AND (((("Epidemiologic Methods"[Title/Abstract] OR Epidemiology[Title/Abstract] OR "Public Health"[Title/Abstract]))	11
--------	---	----

3. RESULTADOS:

Base	Total	Após remoção duplicatas	Após leitura títulos	Após leitura resumos	Após leitura na integra
SCOPUS	169	514	172	36	14
Web os Science	344				
Lilacs	132				
PUBMED	11				
Total	656				

4. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS:

Após seleção dos artigos, os mesmos foram lidos na integra e organizados em planilha com identificação das informações: base, periódico, título, autor, ano de publicação, delineamento, local do estudo, desfechos investigados, exposições investigadas, variáveis associadas, principais resultados, conclusões.

APÊNDICE 2 – Quadro síntese dos artigos da revisão sistemática do capítulo de revisão

Autores	País	Delineamento	Pop.	Exposição	Desfecho	Categorias	Idade	Variáveis de ajuste	Análise estatística	Medida	Valor	IC 95%
Penfield; et al, 2017	EUA	Coorte retrospectiva	604.287	Tipo de parto	Parto cesáreo	Branco	13-23* (15 anos)	Socioeconômica e reprodutiva	Logística	OR	0,60	0,54-0,65
						Preto					0,48	0,43-0,52
						Hispanico					0,55	0,50-0,60
						Asiático					0,69	0,46-1,04
Grobman, et al, 2015	EUA	Coorte retrospectiva	109.208	Cuidados obstétricos	Hemorragia pós-parto	Branco	Indiferente	Individuais, institucionais	Logística	OR	ref.	*
						Preto					1,87	1,65-2,12
						Hispanico					2,07	1,83-2,36
						Asiática					1,54	1,24-1,91
					Infecção pós-parto	Branco					ref.	*
						Preto					1,25	1,14-1,38
						Asiática					1,62	1,43-1,84
						Hispanico					1,45	1,32-1,59
					Laceração perineal	Branco					ref.	*
						Preto					0,76	0,62-0,93
						Hispanico					0,86	0,70-1,05
						Asiática					2,06	1,72-2,47
Yee, et al, 2017	EUA	Coorte retrospectiva	75.400	Tipo de parto (cesáreo)	Nulíparas	Branco	Indiferente	Idade, IG, comorbidade, institucionais	Logística	OR	ref.	*
						Preto					1,47	1,60-1,59
						Asiática					1,26	1,14-1,40
						Hispanico					1,17	1,07-1,27
					Múltiparas	Branco					ref.	*
						Preto					1,51	1,33-1,70
						Asiática					1,00	0,80-1,25
						Hispanico					1,12	0,98-1,27
Butwick, et al, 2016	EUA	Coorte retrospectiva	50.974	Tipo de parto	Parto cesáreo	Branco	Indiferente	Socioeconômicas, gestação, indicação de cesárea	Logística	OR	ref.	*
						Afro-americano					1,70	1,5-1,8
						Hispanico					1,10	1,0-1,3

Continuação: Quadro síntese dos artigos da revisão

Yee, et al, 2016	EUA	Coorte retrospectiva	411	Indicação de uso	Uso de 17OHP-C	Branco	>18 anos	Individuais e gestacionais	Logística	OR	ref.	*
						Preto					1,64	0,80-3,37
Janevic, et al, 2018	EUA	Transversal	818. 356	Parto, intervenção	Episiotomia	Branco	Indiferente	*	Poisson	RA	-6,57	-6,90-6,23
						Preto					-5,31	-6,29-4,33
						Hispânico					-4,94	-5,73-4,15
						Asiático					-4,97	-5,62-4,31
					Parto eletivo (<39 semanas)	Branco					-2,70	-3,7, -1,8
						Preto					1,30	0,1-2,6
						Hispânico					2,40	1,4-3,4
						Asiático					0,80	
Liu Ch, Tronick E, 2012	EUA	Transversal	3.597	Atendimento em saúde mental	Conversa sobre Saúde Mental	Branco	Indiferente		Logística	OR	ref.	*
						Preto					1,20	0,9-1,5
						Hispânico					1,00	0,8-1,3
						Asiático					0,70	0,5-0,9
Cox, et al, 2011	EUA	Coorte retrospectiva	292.776	APNCU (inadequação)	Parto prematuro	Branco	11-35 ou mais	Individuais, co-morbidades	Logística	OR	1,90	1,8-2,0
						Preto					2,00	1,9-2,0
Sparks, 2009	EUA	Coorte retrospectiva	9050	Kessner (inadequação)	Parto prematuro	Branco	Indiferente	Biológicas, sociodemográficas	Logística	OR	4,37	*
						Preto					1,81	*
Marchi, et al, 2010	EUA	Transversal	21.732	Saúde bucal	Atend. odontológico (não recebimento)	Afro-americano	15-35 ou mais	Socioeconômicas	Logística	OR	1,34	1,20-1,49
						Asiático EUA					1,36	1,18-1,56
						Asiático não EUA					1,13	0,91-1,40
						Latino EUA					1,36	1,23-150
						Latino não EUA					1,66	1,45-1,92

						Europeu americano					ref.	*
Berggren, et al, 2011	EUA	Coorte retrospectiva	33.179	Resultados adversos perinatais	Cuidado médico	Caucasiano	Indiferente	Carga de glicose e o uso de tabaco durante a gravidez	Poisson	RP	ref.	*
						Afro-americano					1,09	0,87-1,37
						Hispânicos					1,31	1,10-1,56
					Laceração perineal de 3º ou 4º grau	Caucasiano					ref.	*
						Afro-americano					0,38	0,11-1,34
						Hispânicos					0,52	0,26-1,04
					Parto prematuro	Caucasiano					ref.	*
						Afro-americano					0,92	0,63-1,35
						Hispânicos					0,58	0,42-0,81
Krans; Davis; Palladino, 2013	EUA	Coorte retrospectiva	786	Kotelchuck	Inadequado	Caucasiano	18 - 53 anos	*	Logística	OR	ref.	*
						Afro-americano, hispânico e asiático					1,18	0,80-1,74
						Caucasiano					ref.	*
					Adequado	Afro-americano, hispânico e asiático					0,94	0,61-1,44
						Branco					ref.	*
						Afro-americano					1,20	1,17-1,23
Janevic, et al, 2014	EUA	Transversal	961.381	Tipo de parto	Parto cesáreo	Indiferente	Sociodemográficas e comorbidades	Binomial	RR	1,27	1,24-1,30	
										Hispânicos	1,06	1,03-1,10
										Asiático		

Continuação: Quadro síntese dos artigos da revisão

Bryant, et al, 2009	EUA	Coorte retrospectiva	28 493	Assistência ao parto	Tipo de parto (cesariana)	Branco	Indiferente	Sociodemográficos, médicos e obstétricos	Logística	OR	ref.	*
						Preto					1,49	1,32-1,68
						Asiático					1,05	0,96-1,15
						Latino					1,19	1,05-1,34
Leal, et al, 2017	Brasil	Escore de propensão	6.689	Assistência pré-natal e parto	Leal, et al, 2017	Adequação Pré-natal (inadequado)	Indiferente	Logística (Escore de propensão)	OR	Branco	ref.	*
						Preto				1,62	1,38-1,91	
						Pardo				1,24	1,12-1,36	
						Vinculação à maternidade (sim)				Branco	ref.	*
						Preto				1,23	1,10-1,37	
						Pardo				1,04	0,97-1,11	
						Peregrinação (não)				Branco	ref.	*
						Preto				1,33	1,15-1,54	
						Pardo				1,07	0,96-1,18	
						Acompanhante (nenhum momento)				Branco	ref.	*
						Preto				1,67	1,42-1,97	
						Pardo				0,83	0,77-0,89	
						Tipo de parto (cesariana)				Branco	ref.	*
						Preto				0,65	0,58-0,72	
						Pardo						
						Episiotomia				Branco	ref.	*
						Preto				0,74	0,64-0,87	
						Pardo				0,70	0,63-0,78	
						Anestesia para episiotomia (não)				Branco	ref.	*
						Preto				1,49	1,06-2,08	
						Pardo				1,18	0,92-1,50	
						Ocitocina (sim)				Branco	ref.	*
						Preto				0,75	0,65-0,87	
						Pardo				0,77	0,69-0,86	
Peridural (sim)	Branco	ref.	*									
Preto	0,98	0,55-1,76										
Pardo	1,29	0,92-1,80										

Continuação: Quadro síntese dos artigos da revisão

Domingues, et al, 2015	Brasil	Transversal	23 894	Assistência pré-natal	Adequação pré-natal (adequado)	Branco	Indiferente	região de residência, idade, cor da pele, anos de estudo, classe econômica, trabalho, tipo de serviço pré-natal, situação conjugal e paridade	Logística	OR	ref.	*
						Pardo					0,91	0,81-1,02
						preto					0,74	0,62-0,89
Victoria, et al, 2010	Brasil	Transversal	4244	Assistência pré-natal	Adequação pré-natal (público adequado)	Branco	Indiferente	paridade, nº de consultas e idade gestacional na primeira consulta	Linear	B	ref.	*
						Pardo					0,09	*
						preto					0,08	*
				Adequação pré-natal (privado adequado)	Branco	Indiferente	ref.				*	
					Pardo		0,12				*	
					preto		0,14				*	
Diniz, et al, 2014	Brasil	Transversal	23789	Presença de acompanhante	Ausência total	Branco	12 anos ou mais	*	Logística	OR	ref.	*
						Pardo					1,27	1,04-1,56
						preto					1,36	0,96-1,95
					Ausência parcial	Branco					ref.	*
						Pardo					0,99	0,79-1,25
						preto					1,20	1,02-1,41
Leal, et al, 2014	Brasil	Transversal	6.740	Assistência ao parto	Alimentação durante o trabalho de parto	Branco	Indiferente	*	Logística	OR	ref.	*
						Pardo					0,76	0,58-1,00
						preto					0,79	0,59-1,05
						amarela					0,94	0,54-1,62
						Indígena					0,53	0,19-1,43

Continuação: Quadro síntese dos artigos da revisão

Leal, et al, 2014	Brasil	Transversal	6.740	Assistência ao parto	Movimentação durante o trabalho de parto	Branco	Indiferente	*	Logística	OR	ref.	*
						Pardo					0,91	0,79-1,06
						preto					0,92	0,75-1,14
						amarela					0,65	0,42-1,03
						Indígena					0,68	0,32-1,47
					Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	Branco					ref.	*
						Pardo					0,85	0,64-1,14
						preto					0,89	0,73-1,08
						amarela					1,16	0,68-1,98
						Indígena					0,80	0,25-2,58
					Partograma	Branco					ref.	*
						Pardo					1,01	0,83-1,24
						preto					0,96	0,71-1,31
						amarela					1,05	0,56-1,99
						Indígena					1,92	0,89-4,15
					Cateter venoso	Branco					ref.	*
						Pardo					1,05	0,81-1,35
						preto					0,95	0,71-1,26
						amarela					1,04	0,61-1,78
						Indígena					0,47	0,22-1,00
Episiotomia	Branco	ref.	*									
	Pardo	0,87	0,67-1,14									
	preto	0,77	0,57-1,03									
	amarela	0,76	0,39-1,46									
	Indígena	0,68	0,24-1,92									

Leal, et al, 2014	Brasil	Transversal	6.740	Assistência ao parto	Cesariana	Branco	Indiferente	*	Logística	OR	ref.	*
						Pardo					0,82	0,70-0,95
						preto					0,72	0,58-0,89
						amarela					0,87	0,53-1,43
						Indígena					0,35	0,18-0,69
					Ocitocina	Branco					ref.	*
						Pardo					0,96	0,81-1,12
						preto					0,86	0,70-1,06
						amarela					0,56	0,35-0,91
						Indígena					0,75	0,36-1,53
					Epidural	Branco					ref.	*
						Pardo					0,87	0,7-1,09
						preto					0,85	0,65-1,12
						amarela					1,25	0,75-2,09
						Indígena					0,80	0,28-2,29
					Amniotomia	Branco					ref.	*
						Pardo					1,26	1,07-1,47
						preto					1,07	0,86-1,33
						amarela					1,31	0,78-2,17
						Indígena					2,20	1,12-4,33
Litotomia	Branco	ref.	*									
	Pardo	0,82	0,52-1,29									
	preto	0,57	0,35-0,92									
	amarela	0,69	0,23-2,10									
	Indígena	3,70	0,63-21,78									
Kristeler	Branco	ref.	*									
	Pardo	1,18	0,94-1,47									
	preto	1,17	0,87-1,56									
	amarela	1,43	0,76-2,68									
	Indígena	1,37	0,59-3,18									

ANEXO 1 - Questionário para avaliação da Rede Cegonha em Santa Catarina - 2019

Início da entrevista: ___ h ___ min

Bom dia / boa tarde / boa noite. Meu nome é _____, sou entrevistadora de uma pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com a Secretaria Estadual de Saúde.

Nós gostaríamos de saber como foi sua experiência durante o pré-natal e a sua participação vai ajudar em melhorias na qualidade do atendimento da gestante e da criança em Santa Catarina. Não existem respostas certas ou erradas. As informações que a Sra. nos fornece serão analisadas conjuntamente com as informações prestadas por outras entrevistadas que participarão da pesquisa, ficando preservado o sigilo sobre as informações individualmente prestadas por você.

Agora vou lhe entregar o termo de consentimento que explica que a pesquisa trata da avaliação do pré-natal em Santa Catarina, trazendo informações detalhadas da pesquisa e contato da coordenação da pesquisa. A Sra. receberá uma cópia. Após a sua leitura a Sra. assina o documento concordando com a entrevista e podemos iniciar.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Durante sua gravidez residiu todo o tempo em Santa Catarina;
- Com nascidos vivos, natimortos ou mortos até 48h pós-parto que nasceram com ao menos 500g e 22 semanas de gestação;
- Pré-natal realizado no SUS ou não fez o pré-natal

Durante sua gravidez a Sra. residiu o tempo TODO em Santa Catarina?

- (1) Sim (SEGUIR COM O QUESTIONÁRIO)
- (2) Não (ENCERRAR O QUESTIONÁRIO)

Caso tenha realizado CONSULTAS de pré-natal, a Sra. as realizou no SUS?

- (1) Sim (SEGUIR com o questionário)
- (2) Não fez pré-natal (SEGUIR com o questionário)
- (3) Não (ENCERRAR o questionário)
- (9999) Não sabe ou não quer informar (ENCERRAR o questionário)

CASO A PUÉRPERA NÃO TENHA RESIDIDO EM SANTA CATARINA DURANTE A GESTAÇÃO OU NÃO TENHA FEITO O PRÉ-NATAL NO SUS, AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO.

Número do questionário: _____

Código do entrevistador: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

Hora de início ___ : ___

Cidade da entrevista:

- (1) Joinville
- (2) Florianópolis
- (3) São Jose
- (4) Lages
- (5) Itajaí
- (6) Blumenau
- (7) Chapeco
- (8) Balneário Camboriú
- (9) Jaraguá do Sul
- (10) Criciúma
- (11) Tubarão
- (12) Araranguá

- (13) Rio do Sul
- (14) Mafra
- (15) Brusque
- (16) Caçador
- (17) Curitiba
- (18) Xanxerê
- (19) Joaçaba
- (20) Içara
- (21) São Miguel D'oeste
- (22) São Bento Do Sul
- (23) Indaial
- (24) Ibirama
- (25) Canoinhas
- (26) Concórdia
- (27) Ituporanga
- (28) Imbituba
- (29) Videira
- (30) Timbó

Idade da puérpera?

_____ (Apenas números)

Menor de idade e desacompanhada?

- (1) Sim
- (2) Não

A puérpera possui alguma incapacidade de comunicação? (OBSERVAR)

- (1) Sim
- (2) Não

A puérpera necessitou do auxílio de outra pessoa para se comunicar? (OBSERVAR)

- (1) Sim
- (2) Não

1. A Sra. aceita participar da pesquisa?

- (1) Sim
- (2) Não

*Convide a puérpera a participar da pesquisa, caso ela se **RECUSE** preencha os dados abaixo.*

SE ACEITAR falar sobre o TCLE e solicitar sua assinatura

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual a Sra. concorda em participar da pesquisa, fique à vontade para fazer a leitura e, se assim desejar, assinar. Uma cópia ficará com a Sra.

Após a assinatura preencha as questões de identificação e vá para o BLOCO A

INFORMAÇÕES ADICIONAIS EM CASO DE RECUSA

RECUSA

- (1) Sim
- (2) Não

2. Idade da puérpera: _____ anos completos
(999) Não sabe ou não quer informar

3. Até que grau a Sra. estudou?

- (1) Fundamental/ Primeiro grau (8 anos)
- (2) Fundamental/ Primeiro grau (9 anos)
- (3) Médio/ Segundo grau
- (4) Superior/ Faculdade
- (5) Pós-graduação
- (6) Não estudou
- (999) Não sabe ou não quer informar

4. Até que ano/série a Sra. estudou, neste grau de escolaridade, com aprovação?

- (1) 1º ano
- (2) 2º ano
- (3) 3º ano
- (4) 4º ano
- (5) 5º ano
- (6) 6º ano
- (7) 7º ano
- (8) 8º ano
- (9) 9º ano
- (999) Não sabe ou não quer informar

5. Cor da pele da puérpera (*entrevistador – observar*):

- (1) Branca
- (2) Preta/negra
- (3) Parda
- (4) Amarela
- (5) Indígena

FINALIZE AS QUESTÕES DE RECUSA

COLETAR AS INFORMAÇÕES ABAIXO DO PRONTUÁRIO

6. TIPO DE GRAVIDEZ

- (1) Única
- (2) Gêmeo
- (3) Trigêmeo
- (4) Quadrigêmeo
- (5) Quíntuplo

7. RECÉM NASCIDO

- (1) Vivo
- (2) Natimorto
- (3) Óbito neonatal

8. GEMELAR 1

- (1) Vivo
- (2) Natimorto
- (3) Óbito neonatal

9. GEMELAR 2

- (1) Vivo
- (2) Natimorto
- (3) Óbito neonatal

10. GEMELAR 3

- (1) Vivo
- (2) Natimorto
- (3) Óbito neonatal

11. GEMELAR 4

- (1) Vivo

- (2) Natimorto
- (3) Óbito neonatal

11b. TIPO DE PARTO:

- (1) Normal
- (2) Cesariana

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO

12. O nome completo da Sra. é?

13. Qual o nome completo da sua mãe?

14. Qual sua data de nascimento? _____

15. Cor da pele/raça/ etnia da puérpera (*entrevistador – observar*):

- (1) Branca
- (2) Preta/negra
- (3) Parda
- (4) Amarela
- (5) Indígena

16. Qual a nome a Sra. pretende dar ao bebê?

17. Nome do GEMELAR 1

(888) Não se aplica

18. Nome do GEMELAR 2

(888) Não se aplica

19. Nome do GEMELAR 3

(888) Não se aplica

20. Nome do GEMELAR 4

(888) Não se aplica
<p>21. Na opinião da Sra. considera que a cor da pele/raça/etnia do(a) <nome do RECÉM NASCIDO> <i>é (ler as opções):</i></p> <p>(1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>22. Na opinião da Sra. considera que a cor da pele/raça/etnia do(a) <nome do(a) GEMELAR 1> <i>é (ler as opções):</i></p> <p>(1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>23. Na opinião da Sra. considera que a cor da pele/raça/etnia do(a) <nome do(a) GEMELAR 2> <i>é (ler as opções):</i></p> <p>(1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>24. Na opinião da Sra. considera que a cor da pele/raça/etnia do(a) <nome do(a) GEMELAR 3> <i>é (ler as opções):</i></p> <p>(1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>25. Na opinião da Sra. considera que a cor da pele/raça/etnia do(a) <nome do(a) GEMELAR 4> <i>é (ler as opções):</i></p> <p>(1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
INFORMAÇÕES DOS PAIS
<p>26. No momento, a Sra. está:</p> <p>(1) Casada no papel (2) Em união estável/ com companheiro(a) (3) Solteira (PULAR PARA QUESTÃO 28) (4) Divorciada/separada (PULAR PARA QUESTÃO 28) (4) Viúva (PULAR PARA QUESTÃO 28) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>27. A Sra. mora com marido ou companheiro?</p> <p>(1) Sim</p>

(2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
28. Quantas gravidezes anteriores a esta a Sra. teve? (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 ou mais (999) Não sabe ou não quer informar
29. A Sra. teve algum aborto? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 30) (999) Não sabe ou não quer informar
29b. Quantos abortos a Sra. teve? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais (999) Não sabe ou não quer informar
30. A Sra. considera que sua cor da pele/raça/etnia é (ler as opções): (1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar
31. A Sra. considera que a cor da pele/raça/etnia do PAI BIOLÓGICO do bebê é (ler as opções): (1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar
BLOCO B: FATORES COMPORTAMENTAIS
<i>Agora vamos falar um pouco sobre exercício físico que a Sra. possa ter praticado ANTES de engravidar. Queremos saber sobre exercícios sem contar aqueles feitos na escola, no trabalho ou nas tarefas da casa.</i>
32. Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular (ao menos 2x na semana) nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 35) (999) Não sabe ou não quer informar (PULAR PARA QUESTÃO 35)
33. Em média, quantas VEZES por semana? (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica
34. Em média, quanto tempo cada vez? _____ minutos (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica

<i>Agora vamos falar um pouco sobre exercício físico que a Sra. praticou DURANTE a gravidez. Queremos saber sobre exercícios sem contar aqueles feitos na escola, no trabalho ou nas tarefas da casa.</i>	
35.	<p>Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular (ao menos 2x na semana) DURANTE a gravidez?</p> <p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 45) (999) Não sabe ou não quer informar (PULAR PARA QUESTÃO 45)</p>
36.	<p>A Sra. fez estes exercícios nos <u>DO INÍCIO ATÉ OS TRÊS MESES</u> (até 13 semanas) de gravidez?</p> <p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 39) (999) Não sabe ou não quer informar (PULAR PARA QUESTÃO 39) (888) Não se aplica</p>
37.	<p>Em média, quantas VEZES por semana? _____ dias</p> <p>(1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
38.	<p>Em média, quanto TEMPO cada vez? _____ minutos</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
39.	<p>A Sra. fez estes exercícios do <u>QUARTO AO SEXTO MÊS</u> (14 a 27 semanas) de gravidez?</p> <p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 42) (999) Não sabe ou não quer informar (PULAR PARA QUESTÃO 42) (888) Não se aplica</p>
40.	<p>Em média, quantas VEZES por semana? _____ dias</p> <p>(1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
41.	<p>Em média, quanto TEMPO cada vez? _____ minutos</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
42.	<p>E <u>do SÉTIMO MÊS ATÉ O FINAL</u> (28 até 42 semanas) da gravidez, a Sra. fez estes exercícios?</p> <p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 45) (999) Não sabe ou não quer informar (PULAR PARA QUESTÃO 45) (888) Não se aplica</p>
43.	<p>Em média, quantas VEZES por semana? _____ dias</p> <p>(1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias</p>

<p>(6) 6 dias (7) 7 dias (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>44. Em média, quanto TEMPO cada vez? [_____] minutos (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>45. Qual o principal motivo levou a Sra NÃO se exercitar DURANTE A GRAVIDEZ? (1) Achou melhor não fazer durante a gravidez (2) Sentia-se enjoada e/ou com mal-estar (3) Falta de vontade, cansaço (4) Conselho do médico (5) Machucou ou tem problema de saúde que impede (6) Ausência de ambiente propício para atividades físicas (7) Não tinha tempo (8) outro (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<i>AGORA VAMOS FALAR SOBRE CIGARRO</i>
<p>46. A Sra. fuma ou já fumou? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 60) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>47. E nos TRÊS MESES ANTERIORES e esta gravidez a Sra. fumava? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 49) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>48. Quantos cigarros por dia? [_____] (999) Não sabe ou não quer informar ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>49. A Sra. fumou DURANTE esta gravidez? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 59) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>50. Do INÍCIO ATÉ OS TRÊS MESES (até 13 semanas) desta gravidez a Sra. fumava? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 53) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>51. Fumava todos os dias? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 53) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>52. Quantos cigarros por dia? [_____] (999) Não sabe ou não quer informar ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>53. Dos QUATRO AOS SEIS MESES (14 a 27 semanas) desta gravidez a Sra. fumava? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 56) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>54. Fumava todos os dias? (1) Sim</p>

<p>(2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 56) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>55. Quantos cigarros por dia? _____ (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>56. Dos <u>SETE MESES EM DIANTE (28 até 42 semanas)</u> desta gravidez a Sra. fumava? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 59) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>57. Fumava todos os dias? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 59) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>58. Quantos cigarros por dia? _____ (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p><u>SE MORA COM MARIDO/COMPANHEIRO</u> 59. O seu marido ou companheiro fumou durante esta gravidez? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 62) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>60. Ele fumava no mesmo ambiente em que a Sra. estava? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 62) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>61. Quantos cigarros por dia, em média, ele fumava na sua presença? Nº cigarros _____ (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>62. Havia outras pessoas na sua casa ou trabalho que fumavam? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 65) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>63. Elas fumavam no mesmo ambiente em que a Sra. estava? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 65) (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>64. Considerando todas as pessoas, quantos cigarros, em média, elas fumavam por dia na sua presença? Nº de cigarros _____ (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>

Agora vamos falar um pouco sobre o hábito de tomar bebidas de álcool

65. **A Sra. costumava tomar bebida de álcool regularmente (pelo menos 1x por semana) em algum momento durante a gravidez?**

- (1) Sim
- (2) Não (**PULAR PARA A QUESTÃO 70**)
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

66. **Esse consumo de bebida alcóolica ocorreu do INÍCIO ATÉ OS TRÊS MESES (até 13 semanas) desta gravidez?**

- (1) Sim
- (2) Não (**PULAR PARA A QUESTÃO 68**)
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

67. **Em média, quantos dias por semana a Sra. tomava alguma bebida alcóolica neste período?**

- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias
- (8) Menos de um dia por semana
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

68. **Esse consumo de bebida alcóolica ocorreu dos QUATRO MESES ATÉ O FINAL (14 até 42 semanas) desta gravidez?**

- (1) Sim
- (2) Não (**PULAR PARA A QUESTÃO 70**)
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

69. **Em média, quantos dias por semana a Sra. tomava alguma bebida alcóolica neste período? |____|**

- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias
- (8) Menos de um dia por semana
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE AMAMENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DESTA GRAVIDEZ

70. **A Sra. pretende amamentar seu filho no peito?**

- (1) Sim
- (2) Não (**PULAR PARA QUESTÃO 72**)
- (9999) Não sabe ou não quer informar

71. **Até que idade pretende dar o peito?**

- (1) Enquanto ele(a) quiser
- (2) Enquanto tiver leite
- (3) 1 mês
- (4) 2 meses
- (5) 3 meses
- (6) 4 meses

<p>(7) 5 meses (8) 6 meses (9) 12 meses (10) 18 meses (11) 24 meses (9999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>72. A Sra. planejou ter este filho(a): (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>BLOCO C: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL <i>“Agora vamos falar um pouco sobre o atendimento que a Sra. recebeu durante este pré-natal”</i></p>
<p>73. A Sra. fez pré-natal nessa gravidez? (1) Sim (PULAR PARA A QUESTÃO 75) (2) Não (9999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>74. Qual o PRINCIPAL motivo que levou a Sra a não fazer o pré-natal? (<i>Não ler as opções</i>) (1) Não sabia que estava grávida (2) Não queria essa gravidez (3) Não achou importante (4) Não sabia que precisava (5) Não tinha dinheiro (6) Não tinha quem a acompanhasse (7) O local de atendimento era distante ou de difícil acesso (8) Não consegui consulta (9) O atendimento era demorado (10) Não podia ir nos horários de atendimento (11) O profissional era homem (12) Não gostava dos profissionais do serviço (13) Dificuldade de transporte (14) Outro motivo (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p> <p style="text-align: center;"><u>SE NÃO REALIZOU PRÉ-NATAL, PULAR PARA QUESTÃO 212 – BLOCO E: PARTO E NASCIMENTO</u></p>
<p>75. Qual o nome do MUNICÍPIO em que foram realizadas a maioria das consultas de pré-natal nesta gravidez?</p> <p>Município: _____</p> <p>75b. Qual o nome da UNIDADE DE SAÚDE em que foram realizadas a maioria das consultas?</p> <p>Unidade: _____</p>
<p>76. Quantas consultas de pré-natal a Sra. realizou no decorrer desta gravidez?</p> <p>_____ (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>77. O seu marido/companheiro ou o pai do bebê acompanhou a Sra. nas suas consultas de pré-natal? (<i>ler as opções</i>) (1) Sim, em todas (2) Sim, em algumas (3) Não, em nenhuma (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>

<p>78. Com quantas semanas de gravidez a Sra. realizou sua primeira consulta de pré-natal?</p> <p style="text-align: center;"> _____ </p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar (PULE PARA A QUESTÃO 81)</p> <p style="text-align: center;">SE INICIOU APÓS A 12ª SEMANA LER A QUESTÃO 79</p>
<p>79. Qual o PRINCIPAL motivo de não ter iniciado o pré-natal mais cedo?</p> <p>(1) Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)</p> <p>(2) Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)</p> <p>(3) Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte, não podia deixar de trabalhar pois não iria receber)</p> <p>(4) Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não achava importante iniciar o pré-natal cedo)</p> <p>(5) Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas, não havia liberação do serviço)</p> <p>(6) Não sabia que estava grávida</p> <p>(888) Não se aplica</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>80. Nesta gravidez a Sra. recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>81. Quem atendeu a Sra. na maioria das consultas do pré-natal?</p> <p>(1) Médico</p> <p>(2) Enfermeira</p> <p>(3) Técnica de enfermagem</p> <p>(4) Doula/parteira</p> <p>(5) Outro</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>82. E nessas consultas de pré-natal a Sra. foi atendida?</p> <p>a. Somente por médico (1) Sim (2) Não</p> <p>b. Somente por Enfermeira (1) Sim (PULAR PARA 84) (2) Não</p> <p>c. Por médico e por enfermeira (1) Sim (2) Não</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>83. Quantas consultas a Sra. fez com o(a) médico(a)?</p> <p>Nº de consultas: ___</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p> <p style="text-align: center;">SE SOMENTE POR MÉDICO RESPONDER E PULAR PARA 85</p>
<p>84. Quantas consultas a Sra. fez com o(a) enfermeiro(a)?</p> <p>Nº de consultas: ___</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p> <p style="text-align: center;">SE SOMENTE POR ENFERMEIRO RESPONDER E PULAR PARA 86</p>
<p>85. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida sempre pelo(a) mesmo(a) MÉDICO(A)?</p> <p>(1) Sim, pelo mesmo</p> <p>(2) Não, por mais de um</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar ou não quer informar</p> <p style="text-align: center;">SE SOMENTE POR MÉDICO RESPONDER E PULAR PARA 87</p>
<p>86. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida sempre pelo(a) mesmo(a) ENFERMEIRA(A)?</p> <p>(1) Sim, pelo mesmo</p> <p>(2) Não, por mais de um</p> <p>(999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>87. Qual a cor da pele do profissional que mais lhe atendeu no pré-natal: (ler as opções)</p>

<p>(1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>88. A Sra. realizou consulta odontológica durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 91) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>89. Qual foi o PRINCIPAL motivo da(s) sua(s) consulta(s) ao dentista durante o pré-natal? (1) Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção (2) Dor de dente (3) Extração (arrancar dente) (4) Tratar o nervo/canal (5) Problema na gengiva (6) Tratamento de ferida na boca (7) Implante dentário (8) Aparelho nos dentes (ortodôntico) (9) Colocação/manutenção de prótese ou dentadura (10) Fazer radiografia (11) Outro (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>90. A Sra. participou de atividades educativas, oferecidas no SUS, sobre a sua saúde e/ou do bebê, como grupo de gestantes, durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 95) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>91. Ao longo deste pré-natal, em quantas dessas atividades educativas a Sra. participou? Nº de atividades _____</p>
<p>92. Esse grupo falou sobre SINAIS DE TRABALHO DE PARTO? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>93. Esse grupo falou sobre SINAIS DE RISCO NA GRAVIDEZ? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>94. Esse grupo falou sobre ALEITAMENTO MATERNO? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>95. Qual era o seu peso ao engravidar? _____ kg (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>96. Qual seu peso no final da gravidez, antes do nascimento? _____ kg (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>97. Qual é a sua altura? _____ cm (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<i>Acesso e deslocamento</i>
<p>98. Durante esta gravidez, quando o serviço no qual a Sra. realizou a maioria das consultas deste pré-natal estava aberto e a Sra. adoeceu, alguém deste serviço atendeu a Sra. no mesmo dia? (1) Sim (2) Não</p>

(3) Nunca precisou (999) Não sabe ou não quer informar
99. No serviço que a Sra. realizou a maioria das consultas deste pré-natal era fácil marcar suas consultas de pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos (999) Não sabe ou não quer informar
100. Na maioria das vezes, o seu deslocamento até o serviço de saúde no qual realizou a maioria das consultas deste pré-natal era realizado de que forma? (1) À pé/caminhando (2) De carro próprio (3) De carro, de carona (4) De táxi/uber (5) De ônibus (6) De bicicleta (7) Outro (999) Não sabe ou não quer informar
101. Considerando esse meio de transporte, quanto tempo, em média, a Sra. levava da sua casa até o serviço de saúde em que realizou a maioria das consultas de pré-natal? _____ minutos (999) Não sabe ou não quer informar
102. Chegar até esse serviço de saúde no qual a Sra. realizou a maioria das consultas deste pré-natal era (ler as opções): (1) Muito fácil (2) Fácil (3) Razoável (4) Difícil (5) Muito difícil (999) Não sabe ou não quer informar
INFORMAÇÕES RECEBIDAS NO PRÉ-NATAL <i>Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde:</i>
103. Orientou a Sra. sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade do bebê? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
104. Orientou a Sra. quanto ao manejo da amamentação (posição do bebê para mamar, pega adequada, preparo das mamas para a amamentação)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
105. Orientou a Sra. sobre a importância da realização de atividade física durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
106. Orientou a Sra. sobre os riscos de utilizar remédios durante a gravidez, sem orientação médica? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
107. Orientou a Sra. sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
108. Orientou a Sra. sobre os riscos do fumo durante a gravidez? (1) Sim (2) Não

(999) Não sabe ou não quer informar
109. Explicou a Sra. os sinais de risco na gravidez que devem fazer a Sra. procurar um serviço de saúde? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
110. Explicou como começa o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
111. Explicou sobre coisas que a Sra. poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
112. Informou sobre a possibilidade de a Sra. ter um acompanhante no momento do parto e no pós-parto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
113. Informou sobre a possibilidade de a Sra. visitar as opções de maternidade para a realização do parto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
<i>INTERCORRÊNCIAS DA GRAVIDEZ ATUAL</i> <i>Durante esta gravidez, algum médico ou profissional de saúde disse que A Sra. tinha:</i>
114. Problemas com o crescimento do bebê? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
115. Anemia (falta de ferro)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
116. Ameaça de parto prematuro? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
117. Pouco líquido amniótico (água do parto)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
118. Muito líquido amniótico (água do parto)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
119. Problema de sangue Rh negativo? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
120. Placenta baixa/prévia? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
121. Descolamento de placenta? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar

<p>122. Diabetes gestacional/açúcar alto no sangue por causa da gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>123. Eclâmpsia/pressão alta devido a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>124. Depressão? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>125. Ameaça de aborto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>126. Sangramento nos últimos 3 meses da gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>127. Sinais de sofrimento no bebê? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>128. Infecção pelo HIV/AIDS? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>129. Infecção urinária/cistite? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>130. Toxoplasmose (doença transmitida pelo gato ou alimentos crus) que precisou tratar? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>131. Gravidez de alto risco? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 134) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>132. Por essa gravidez de alto risco a Sra. foi encaminhada para outro serviço? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 134) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>133. A Sra. conseguiu ser atendida neste serviço? (ler as opções) (1) Não (2) Sim, com dificuldade (3) Sim, sem dificuldade (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p><i>AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE SÍFILIS</i> <i>A Sra. alguma vez durante esta gravidez fez:</i></p>
<p>134. TESTE RÁPIDO para diagnóstico de sífilis realizado na Unidade Básica de Saúde? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>135. Exame para diagnóstico de sífilis realizado no LABORATÓRIO (VDRL)?</p>

<p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA 137) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>136. Quantas vezes realizou exame para diagnóstico de sífilis no laboratório (VDRL)? _____</p>
<p>137. Durante a sua gravidez, algum médico ou profissional de saúde disse que a Sra. tinha sífilis? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 143) (999) Não sabe ou não quer informar (PULAR PARA QUESTÃO 143)</p>
<p>138. Qual foi o momento do diagnóstico de SÍFILIS? (1) Antes do pré-natal (2) Durante o pré-natal (3) Durante o parto (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>139. A Sra. realizou algum tratamento para SÍFILIS durante esta gravidez? (1) Sim (PULAR PARA QUESTÃO 141) (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>140. Por que não realizou tratamento para SÍFILIS NESTA GRAVIDEZ? (1) Resultado do exame para sífilis não ficou pronto durante o pré-natal (2) Medicamento não disponível no serviço (3) Medicamento não prescrito (4) Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço (5) Recusa da gestante ao tratamento (6) Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como “cicatriz sorológica” (7) Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina (8) Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu (9) Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência para realizar a dessensibilização) (10) Iniciou o pré-natal no final da gravidez/realizou apenas uma consulta. (11) Horário de atendimento dos serviços não possibilitou a administração do medicamento. (12) Outros motivos. (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p> <p style="text-align: center;">RESPONDER E PULAR PARA QUESTÃO 143</p>
<p>141. Onde foi realizado este tratamento para SÍFILIS? (Ler as opções) (1) Na unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal (2) Em outro local (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>142. Como foi o tratamento? (1) UMA injeção de Penicilina Benzatina/Benzetacil (2) DUAS injeções de Penicilina Benzatina/Benzetacil (3) TRÊS injeções de Penicilina Benzatina/Benzetacil (4) Outro esquema (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>

<p>143. Foi realizado algum exame para SÍFILIS em seu parceiro DURANTE ESTA GRAVIDEZ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 145) (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>144. Qual o resultado deste exame de SÍFILIS do parceiro?</p> <p>(1) Positivo para sífilis (2) Negativo para sífilis (PULAR PARA QUESTÃO 148) (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>145. Foi realizado algum tratamento para SÍFILIS em seu parceiro DURANTE ESTA GRAVIDEZ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 147) (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>146. Como foi o tratamento?</p> <p>(1) UMA injeção de Penicilina Benzatina/Benzetacil (2) DUAS injeções de Penicilina Benzatina/Benzetacil (3) TRÊS injeções de Penicilina Benzatina/Benzetacil (4) Outro esquema (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>147. Por que o PARCEIRO não realizou o tratamento para SÍFILIS DURANTE ESTA GRAVIDEZ?</p> <p>(1) Atraso nos resultados dos exames (2) Medicamento não disponível no serviço (3) Medicamento não prescrito (4) Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço (5) Recusa do parceiro ao tratamento (6) Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como “cicatriz sorológica” (7) Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina (8) Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu (9) Horário de atendimento dos serviços não possibilitou a administração do medicamento. (12) Outros motivos. (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>148. A Sra. foi orientada por algum profissional de saúde sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais DURANTE O TRATAMENTO da sífilis?</p> <p>(1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL <i>Durante as consultas de pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde...</i></p>
<p>149. Perguntou a data da sua última menstruação?</p> <p>(1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>150. Qual foi a data da última menstruação da Sra.?</p> <p>Data: ___ / ___ / _____ (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>151. Receitou medicamento para anemia (ferro/Sulfato Ferroso)?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>

(999) Não sabe ou não quer informar
152. A Sra. tomou o ferro/Sulfato Ferroso durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
153. Durante quanto tempo a Sra. tomou o ferro/Sulfato Ferroso? (1) Toda a gravidez (2) Até o TERCEIRO MÊS da gravidez (3) Do QUARTO MÊS AO SEXTO mês (4) Do SÉTIMO mês até o FINAL da gravidez (5) Outro (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica
154. Receitou Ácido Fólico? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
155. A Sra. tomou o Ácido Fólico durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
156. Receitou Vitamina D? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
157. A Sra. tomou a Vitamina D durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
158. Receitou Complexo vitamínico? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
159. A Sra. tomou o Complexo vitamínico durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
<i>ATIVIDADES CLÍNICAS REALIZADAS NO PRÉ-NATAL</i> <i>Durante as consultas deste pré-natal, os profissionais de saúde:</i>
160. Mediram a barriga da Sra. (altura uterina)? (Ler as opções) (1) Nenhuma vez (2) Algumas vezes (3) Todas as vezes (999) Não sabe ou não quer informar
161. Mediram a sua pressão arterial? (Ler as opções) (1) Nenhuma vez (2) Algumas vezes (3) Todas as vezes (999) Não sabe ou não quer informar
162. Verificaram os batimentos do coração do seu bebê? (Ler as opções) (1) Nenhuma vez (2) Algumas vezes (3) Todas as vezes (999) Não sabe ou não quer informar
163. Verificaram o seu peso? (Ler as opções)

<p>(1) Nenhuma vez (2) Algumas vezes (3) Todas as vezes (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>164. Examinaram as suas mamas? <i>(Ler as opções)</i> (1) Nenhuma vez (2) Algumas vezes (3) Todas as vezes (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>165. Mediram a sua altura pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>EXAMES REALIZADOS NO PRÉ-NATAL <i>Algum médico (a) ou profissional da saúde solicitou que a Sra. realizasse estes exames durante o pré-natal:</i></p>
<p>166. TESTE RÁPIDO, realizado na própria unidade de saúde para confirmar a gravidez na primeira consulta do pré-natal? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>167. Exame de sangue realizado em LABORATÓRIO para confirmar a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>168. Ultrassom para ver o bebê? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 170) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>169. Quantas vezes a Sra. fez ultrassom obstétrico? <input type="text"/> (888) Não se aplica</p>
<p>170. Exame para identificar o seu tipo de sangue (tipagem sanguínea ABO-Rh)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>171. Exame que se faz quando a mãe tem sangue fator Rh negativo e o pai positivo (Coombs indireto)? (1) Sim (2) Não: nenhum profissional de saúde solicitou (3) Não: foi solicitado mas não realizei (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>172. Exame de urina no laboratório? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 174) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>173. Quantas vezes a Sra. fez o exame de urina? <input type="text"/> (888) Não se aplica</p>
<p>174. Exame de glicose no laboratório (para saber se tem açúcar elevado no sangue)? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 176) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>175. Quantas vezes a Sra. fez o exame de glicose? <input type="text"/> (888) Não se aplica</p>
<p>176. Exame de sangue completo (hemograma)? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 178) (999) Não sabe ou não quer informar</p>

177. Quantas vezes a Sra. fez exame de sangue completo? _____ (888) Não se aplica
178. Exame de sangue para saber se tem a doença transmitida pelo gato ou alimentos crus (Toxoplasmose IGM)? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 180) (999) Não sabe ou não quer informar
179. Quantas vezes a Sra. fez este exame? _____ (888) Não se aplica
180. Exame para hepatite B? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 182) (999) Não sabe ou não quer informar
181. Quantas vezes a Sra. fez o exame de hepatite B? _____ (888) Não se aplica
182. TESTE RÁPIDO para diagnóstico do HIV realizado na Unidade Básica de Saúde? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
183. Exame para diagnóstico do HIV realizado no LABORATÓRIO? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 185) (999) Não sabe ou não quer informar
184. Quantas vezes realizou exame para diagnóstico do HIV no laboratório? _____ (888) Não se aplica
185. Exame Papanicolau ou preventivo de colo do útero? (1) Sim (PULAR PARA 187) (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
186. Por qual motivo não realizou o exame preventivo do colo do útero (Papanicolau)? <i>(ler as opções)</i> (1) Não quis realizar (2) Não foi informada sobre a necessidade (3) Havia realizado há menos de 1 ano (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica
187. A Sra. realizou algum exame de saúde relacionado ao seu pré-natal por plano de saúde ou com pagamento do próprio bolso? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 189) (999) Não sabe ou não quer informar
188. Qual o PRINCIPAL motivo que levou a Sra. a não realizar esse(s) exame(s) no SUS? (1) Porque demorava muito para agendar (2) Era muito longe para realizar (3) Não tinha tempo para me adequar ao horário do SUS (4) Achava que a qualidade do SUS era pior (5) Não consegui vaga (6) SUS não oferece (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar
VACINAS RECEBIDAS
189. A Sra. realizou vacinas durante o pré-natal?

<p>(1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 198) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>Se sim, a Sra. realizou a vacina:</p>
<p>190. Da gripe (Influenza)? (1) Sim (PULAR PARA QUESTÃO 192) (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>191. Porque a Sra. não realizou esta vacina? (Não ler as opções) (1) Não foi indicada durante o pré-natal (2) Não quis, medo de fazer mal para o bebê (3) Não quis, outro motivo (4) Já estava imunizada (5) Outro (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>192. Vacina dupla adulto (dT- difteria e tétano)? (1) Sim (PULAR PARA QUESTÃO 194) (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>193. Porque a Sra. não realizou esta vacina? (Não ler as opções) (1) Não foi indicada durante o pré-natal (2) Não quis, medo de fazer mal para o bebê (3) Não quis, outro motivo (4) Já estava imunizada (5) Outro (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>194. Da hepatite B? (1) Sim (PULAR PARA QUESTÃO 196) (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>195. Porque a Sra. não realizou esta vacina? (1) Não foi indicada durante o pré-natal (2) Não quis, medo de fazer mal para o bebê (3) Não quis, outro motivo (4) Já estava imunizada (5) Outro (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>196. dTpa (Difteria, tétano e coqueluche)? (1) Sim (PULAR PARA QUESTÃO 198) (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>197. Porque a Sra. não realizou esta vacina? (1) Não foi indicada durante o pré-natal (2) Não quis, medo de fazer mal para o bebê (3) Não quis, outro motivo (4) Já estava imunizada (5) Outro (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>198. Qual o PRINCIPAL motivo para a Sra. não realizar vacinas durante o pré-natal? (1) Não foram indicadas durante o pré-natal (2) Não quis, medo de fazer mal para o bebê (3) Não quis, acha que as vacinas não funcionam (4) Não quis, outro motivo</p>

- (5) Já estava imunizada
- (6) Outro
- (888) Não se aplica
- (999) Não sabe ou não quer informar

BLOCO D: SATISFAÇÃO E DISCRIMINAÇÃO NO PRÉ-NATAL

As próximas perguntas dizem respeito a como a Sra. avalia o atendimento recebido no PRÉ-NATAL.

Gostaria que a Sra. respondesse com as seguintes opções: Muito bom, Bom, Regular, Ruim e Muito ruim

199. À estrutura física e instalações da Unidade de Saúde? *(Ler as opções)*

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

200. Ao espaço disponível para a consulta médica e/ou de enfermagem? *(Ler as opções)*

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

201. Ao tempo de espera até ser atendido nas consultas? *(Ler as opções)*

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

202. À forma como os atendentes receberam a Sra. na Unidade de Saúde? *(Ler as opções)*

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

203. À limpeza dentro da Unidade de Saúde? *(Ler as opções)*

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

204. E com relação ao deslocamento, como a Sra. avalia o tempo gasto até sua unidade de saúde para atendimento do pré-natal? *(Ler as opções)*

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

De um modo geral, como o(a) Sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:

204. A capacitação da equipe de saúde para lhe tratar?

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

206. Ao respeito da equipe de saúde na maneira de atendê-la?

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

207. À clareza nas explicações da equipe de saúde?

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

208. À disponibilidade de tempo da equipe de saúde para a Sra. fazer perguntas sobre o seu acompanhamento e/ou tratamento?

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica

209. Quando desejou falar em privacidade com a equipe de saúde, a Sra. conseguiu em:

- (1) Nenhuma vez
- (2) Algumas vezes
- (3) Todas as vezes
- (4) Não precisou
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

210. Como se sente em relação à sua experiência no atendimento prestado na unidade de saúde durante o pré-natal?

- (1) Muito insatisfeita
- (2) Insatisfeita
- (3) Indiferente
- (4) Satisfeito
- (5) Muito satisfeito
- (999) Não sabe ou não quer informar
- (888) Não se aplica

211. Durante este PRÉ-NATAL a Sra. se sentiu discriminada ou tratada pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?

- | | | |
|-----------------------|---------|---------|
| a. Falta de dinheiro | () Sim | () Não |
| b. Classe social | () Sim | () Não |
| c. Raça/cor | () Sim | () Não |
| d. Tipo de ocupação | () Sim | () Não |
| e. Tipo de doença | () Sim | () Não |
| f. Preferência sexual | () Sim | () Não |

g. Religião/crença	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
h. Sexo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
i. Idade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
j. Por outro motivo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
(999) Não sabe ou não quer informar		
(888) Não se aplica		
BLOCO E: PARTO E NASCIMENTO		
Gostaria de saber sobre sua gravidez, seu pré-natal e tipo de parto		
212. Qual tipo de parto a Sra. teve? <i>(Ler as opções)</i>		
(1) Vaginal/ Normal (PULAR PARA QUESTÃO 214)		
(2) Cesariana		
(3) Vaginal com fórceps ou extrator (PULAR PARA QUESTÃO 214)		
(999) Não sabe ou não quer informar		
213. Em que momento foi decidido que a Sra. faria cesariana?		
(1) Durante o trabalho de parto		
(2) Quando o parto já havia iniciado		
(3) Durante o pré-natal		
(4) Antes de engravidar		
(888) Não se aplica, teve parto normal		
(999) Não sabe ou não quer informar		
214. A Sra. elaborou plano de parto em conjunto com o profissional que acompanhou seu pré-natal (é um documento feito pela gestante, onde fica registrado por escrito tudo aquilo que ela deseja em relação ao seu trabalho de parto, parto e nos cuidados com o recém-nascido)?		
(1) Sim		
(2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 216)		
(999) Não sabe ou não quer informar		
(888) Não se aplica		
215. O que estava planejado foi realizado?		
(1) Sim		
(2) Não		
(3) Em parte		
(999) Não sabe ou não quer informar		
(888) Não se aplica		
216. A Sra. teve a presença de um acompanhante durante o parto?		
(1) Sim (PULAR PARA A QUESTÃO 218)		
(2) Não		
217. Qual foi o motivo que a Sra. não teve acompanhante durante o parto?		
(1) Não sabia que podia ter acompanhante		
(2) Não quis acompanhante		
(3) Não deixaram		
(4) Não tinha acompanhante		
(5) Outros		
(888) Não se aplica		
(999) Não sabe ou não quer informar		
218. Qual o meio de transporte utilizado pela Sra. para chegar a esse hospital para realizar o parto?		
(1) SAMU		
(2) Bombeiros		
(3) Ambulância		
(4) Carro próprio		
(5) Carro de terceiros		
(6) Moto		
(7) Ônibus		
(8) Táxi/Uber		
(9) A pé		
(10) Carro da saúde		
(10) Outros		

(999) Não sabe ou não quer informar	
219. A Sra. realizou visita à maternidade antes do parto?	
(1) Sim	
(2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 221)	
(999) Não sabe ou não quer informar	
220. Quem agendou a sua visita à maternidade? (ler opções)	
(1) A equipe da UBS onde fez o pré-natal	
(2) A Sra. mesma ou alguém da família ou amigo	
(3) Outro(s).	
(888) Não se aplica	
(999) Não sabe ou não quer informar	
221. Principal motivo a Sra. não realizou a visita à maternidade?	
(1) A maternidade não permite visita antecipada da gestante	
(2) É necessário pagamento de taxa para visitar a maternidade	
(3) A maternidade só permite que a visita para as gestantes que fazem curso de gestantes na maternidade	
(4) Não sabia que podia	
(5) Não tinha tempo	
(6) Não tinha dinheiro	
(7) Era longe de casa e/ou trabalho	
(8) Já conhecia	
(9) Outro(s).	
(999) Não sabe ou não quer informar	
(888) Não se aplica.	
222. Antes de ser internada nesta maternidade a Sra. procurou atendimento em outra maternidade?	
(1) Sim	
(2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 224)	
(999) Não sabe ou não quer informar	
223. Em quantos lugares a Sra. procurou atendimento? <input type="text"/>	
(999) Não sabe ou não quer informar	
(888) Não se aplica.	
224. A Sra. recebeu alguma medida para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	
(1) Sim	
(2) Não (PULAR PARA 226)	
(999) Não sabe ou não quer informar	
(888) Não se aplica.	
225. Quais medidas para alívio de dor a Sra. recebeu? (ler opções):	
(a) Chuveiro/banheira com água morna	(1) Sim (2) Não
(b) Bola	(1) Sim (2) Não
(c) Massagem	(1) Sim (2) Não
(d) Cavalinho	(1) Sim (2) Não
(e) Banquinho para posição de cócoras	(1) Sim (2) Não
(f) Analgesia/ injeção para dor	(1) Sim (2) Não
(g) Outro	(1) Sim (2) Não
(999) Não sabe ou não quer informar	
(888) Não se aplica	

<p>226. Durante o parto a Sra. passou por alguma destas experiências ou intervenções (<i>ler opções</i>): <u>Pode ser marcada mais de uma opção</u></p> <p>a. Amarraram suas mãos, braços ou pernas (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p> <p>b. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p> <p>c. Seu períneo (vagina) foi cortado durante o parto (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p> <p>d. Pôde escolher a posição no momento da expulsão/na hora de ter o bebê (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>227. A Sra. já colocou o recém-nascido no peito? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 229) (3) Não posso amamentar (PULAR PARA QUESTÃO 229) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>228. Quanto tempo após o parto o recém-nascido foi colocado no seu peito para mamar? (1) Ainda na sala de parto (2) Na primeira hora de vida (3) Mais de 1 hora após o parto (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>BLOCO F: SATISFAÇÃO E DISCRIMINAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO</p>
<p><i>De um modo geral, como a Sra. avalia os processos envolvidos na realização do PARTO quanto:</i></p>
<p>229. À estrutura física e instalações na maternidade para seu atendimento? (<i>Ler as opções</i>) (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>230. E com relação ao deslocamento, como a Sra. avalia o tempo gasto até aqui para o PARTO? (<i>Ler as opções</i>) (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>231. Como se sente em relação à sua experiência no atendimento prestado durante o PARTO? (<i>Ler as opções</i>) (1) Muito satisfeita (PULAR PARA QUESTÃO 233) (2) Satisfeita (PULAR PARA QUESTÃO 233) (3) Razoavelmente satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>231. Qual o PRINCIPAL motivo durante seu atendimento para o PARTO que não lhe deixou satisfeita? (1) Falta de equipamentos necessários para seu atendimento (2) Espaço inadequado para o atendimento (3) A forma como foi recebida (4) A limpeza das instalações</p>

(5) O atendimento da equipe médica (6) O atendimento da equipe de enfermagem (7) Outro motivo (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica	
232. Durante este atendimento para o PARTO a Sra. se sentiu discriminada ou tratada pior do que as outras pessoas na maternidade, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?	
a. Falta de dinheiro b. Classe social c. Raça/cor d. Tipo de ocupação e. Tipo de doença f. Preferência sexual g. Religião/crença h. Sexo i. Idade j. Por outro motivo (999) Não sabe ou não quer informar	(1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim. (2) Não
<i>Por ocasião de cuidados de saúde referentes ao PRÉ-NATAL, PARTO e NASCIMENTO, com que frequência cada acontecimento, dos que seguem, costumaram ocorrer com a Sra.:</i>	
234. A Sra. foi tratada com menos gentileza que outras pessoas? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (999) Não sabe ou não quer informar	
Os médicos alguma vez:	
235. Agiram como se a Sra. não fosse inteligente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (999) Não sabe ou não quer informar	
236. Agiram como se tivessem medo da Sra.? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (999) Não sabe ou não quer informar	
237. Agiram como se fossem pessoas melhores que a Sra.? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (999) Não sabe ou não quer informar	
Os profissionais de enfermagem, alguma vez:	

238. Agiram como se a Sra. não fosse inteligente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

239. Agiram como se tivessem medo da Sra.?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

240. Agiram como se fossem pessoas melhores que a Sra.?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

Os recepcionistas ou atendentes, alguma vez:

241. Agiram como se a Sra. não fosse inteligente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

242. Agiram como se tivessem medo da Sra.?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

243. Agiram como se fossem pessoas melhores que a Sra.?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

244. A Sra. se sentiu tratada como menos respeito que as outras pessoas?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

245. A Sra. se sentiu tratada como se seu problema de saúde não tivesse importância?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

246. **A Sra. acha que recebeu serviços inferiores em relação as outras pessoas?**

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Quase sempre
- (5) Sempre
- (999) Não sabe ou não quer informar

BLOCO G - CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DE MORADIA

*Agora vamos falar um pouco sobre onde a Sra. mora
(ler as opções de resposta)*

247. **Na sua vizinhança, as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos
- (999) Não sabe ou não quer informar

248. **Sua vizinhança é bem unida, isto é, as pessoas são capazes de se unir em torno de interesses comuns?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos
- (999) Não sabe ou não quer informar

AMBIENTE PARA ATIVIDADE FÍSICA

249. **Sua vizinhança oferece muitas condições para que as pessoas sejam fisicamente ativas (por exemplo, possam fazer caminhada, andar de bicicleta)?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos
- (999) Não sabe ou não quer informar

250. **É agradável fazer caminhadas na sua vizinhança?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos
- (999) Não sabe ou não quer informar

251. **É fácil ir a pé aos lugares na sua vizinhança?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos
- (999) Não sabe ou não quer informar

252. **O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos
- (999) Não sabe ou não quer informar ou não quer informar

DISPONIBILIDADE DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

253. **Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Mais ou menos

(999) Não sabe ou não quer informar
254. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (fast-food) próximo à sua residência? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos (999) Não sabe ou não quer informar
SEGURANÇA DO AMBIENTE
255. A Sra. se sente segura andando de dia ou de noite na sua vizinhança? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos (999) Não sabe ou não quer informar
256. A violência é um problema na sua vizinhança? (1) Sim (2) Não (3) Mais ou menos (999) Não sabe ou não quer informar
VIOLÊNCIA PERCEBIDA NO AMBIENTE
257. Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve discussão violenta entre vizinhos? (1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (999) Não sabe ou não quer informar
258. Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve violência sexual ou estupro? (1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (999) Não sabe ou não quer informar
259. Nos ÚLTIMOS 6 MESES com que frequência houve roubo ou assalto? (1) Frequentemente (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (999) Não sabe ou não quer informar

BLOCO H- SOCIOECONOMICO <i>“Agora vou fazer algumas perguntas sobre nível educacional e de renda.”</i>
260. A Sra. sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA 263)
261. Até que grau de escolaridade a Sra. estudou? (1) Fundamental/ Primeiro grau (8 anos) (2) Fundamental/ Primeiro grau (9 anos) (3) Médio/ Segundo grau (4) Superior/ Faculdade (5) Pós-graduação (6) Não estudou (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar
262. Até que ano/série a Sra. estudou neste grau de escolaridade com aprovação? (1) 1º ano (2) 2º ano (3) 3º ano (4) 4º ano

<p>(5) 5º ano (6) 6º ano (7) 7º ano (8) 8º ano (9) 9º ano (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>263. Quem é o chefe da família (<i>ler as opções</i>)? (1) A Sra. mesma (PULAR PARA QUESTÃO 266) (2) Marido/companheiro(a) (PULAR PARA QUESTÃO 266) (3) Avós do bebê (4) Outro (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>264. Até que grau de escolaridade o chefe da família estudou? (1) Fundamental/ Primeiro grau (8 anos) (2) Fundamental/ Primeiro grau (9 anos) (3) Médio/ Segundo grau (4) Superior/ Faculdade (5) Pós-graduação (6) Não estudou (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>265. Até que ano/série o chefe de família estudou neste grau de escolaridade com aprovação? (1) 1º ano (2) 2º ano (3) 3º ano (4) 4º ano (5) 5º ano (6) 6º ano (7) 7º ano (8) 8º ano (9) 9º ano (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>266. Em relação à sua renda, a Sra. tem algum trabalho remunerado atualmente (últimos 30 dias)? (1) Sim (2) Não (PULAR PARA QUESTÃO 271) (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>267. Qual é a situação de trabalho da Sra.? (1) Trabalha com carteira assinada (2) Trabalha sem carteira assinada (3) Servidora pública (4) Autônoma (5) Outro (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>268. Durante este pré-natal a Sra. teve que faltar ao trabalho para ir às consultas de pré-natal? (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Quase nunca (4) Nunca (PULAR PARA QUESTÃO 271) (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>
<p>269. A Sra. sentiu algum tipo de pressão, mal-estar ou descontentamento por parte de seus colegas de trabalho por ter faltado devido a alguma consulta de pré-natal? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar (888) Não se aplica</p>

<p>270. A Sra. deixou de receber algum valor ou teve desconto devido à falta por causa de alguma consulta pré-natal?</p> <p>(1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>																														
<p>271. A Sra. recebeu durante algum momento de sua gravidez o Bolsa Família?</p> <p>(1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar</p>																														
<p>272.</p> <p>a. Considerando todas as SUAS fontes de renda, quanto a Sra. recebeu no último mês (aposentadoria, bolsa-família, aluguel, seguro desemprego, etc.)?</p> <p>R\$ _____,00 (999) Não sabe ou não quer informar</p> <p>b. Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a Sra. tem em casa. Na sua casa a Sra. tem? Quantos?</p> <table> <tr> <td>Máquina de lavar roupa?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Secadora de roupa?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Lava-louças?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>DVD?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Geladeira?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Freezer ou geladeira duplex?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Forno micro-ondas?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Computador ou notebook? (não considerar tablet)</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Televisão preto e branco?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Televisão colorida?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Automóvel (somente de uso particular)?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Motocicleta (somente de uso particular)?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Aparelho de ar-condicionado?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Banheiro?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)</td> </tr> <tr> <td>Na sua casa trabalha empregada ou trabalhe pelo menos 5 dias na semana)?</td> <td>(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999) ^{que}</td> </tr> </table> <p>c. A água utilizada na sua casa vem de onde?</p> <p>(1) Rede geral de distribuição (2) Poço ou nascente (3) Outro meio (999) Não sabe ou não quer informar</p> <p>d. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: (Ler alternativas)</p> <p>(1) Asfaltada/ pavimentada (2) Terra/ cascalho (999) Não sabe ou não quer informar</p>	Máquina de lavar roupa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Secadora de roupa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Lava-louças?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	DVD?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Geladeira?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Freezer ou geladeira duplex?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Forno micro-ondas?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Computador ou notebook? (não considerar tablet)	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Televisão preto e branco?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Televisão colorida?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Automóvel (somente de uso particular)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Motocicleta (somente de uso particular)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Aparelho de ar-condicionado?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Banheiro?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)	Na sua casa trabalha empregada ou trabalhe pelo menos 5 dias na semana)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999) ^{que}
Máquina de lavar roupa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Secadora de roupa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Lava-louças?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
DVD?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Geladeira?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Freezer ou geladeira duplex?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Forno micro-ondas?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Computador ou notebook? (não considerar tablet)	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Televisão preto e branco?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Televisão colorida?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Automóvel (somente de uso particular)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Motocicleta (somente de uso particular)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Aparelho de ar-condicionado?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Banheiro?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999)																													
Na sua casa trabalha empregada ou trabalhe pelo menos 5 dias na semana)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais) (999) ^{que}																													
<p>273. No último mês, quanto receberam EM REAIS as OUTRAS pessoas que moram na casa? (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bolsas, etc).</p> <p>Renda _____ (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>																														

<p>274. Quantas pessoas dependem dessa renda, já somando a Sra. mas não o(s) bebê(s)? Número de pessoas _____ (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>275. Quantas pessoas moram na sua casa com a Sra., contando o(s) bebê(s)? Número de pessoas _____</p>
<p>276. Quantos anos o PAI do bebê tem? Anos completos __ (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>277. Até que grau de escolaridade o pai do <nome do RN> estudou? (1) Fundamental/ Primeiro grau (8 anos) (2) Fundamental/ Primeiro grau (9 anos) (3) Médio/ Segundo grau (4) Superior/ Faculdade (5) Pós-graduação (6) Não estudou (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>278. Até que ano/série o pai do <nome do RN> estudou neste grau de escolaridade com aprovação? (1) 1º ano (2) 2º ano (3) 3º ano (4) 4º ano (5) 5º ano (6) 6º ano (7) 7º ano (8) 8º ano (9) 9º ano (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>BLOCO I- DEMOGRÁFICO</p> <p><i>“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu endereço e contatos telefônicos. Lembro a Sra. que este é um estudo de acompanhamento e nós gostaríamos de falar com a Sra. novamente dentro de dois meses. Para isso, precisamos destas informações detalhadas. Lembro a Sra. que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas a coordenação do projeto terá acesso a eles, ninguém mais.”</i></p>
<p>279. Qual a sua cidade de residência? _____ (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>280. Qual o seu endereço de residência? (nome do logradouro e número) _____ _____ (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>281. CEP: _____ (999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>282. A Sra. tem telefone residencial (fixo)?</p>

() -

(999) Preencher 999 quando não sabe ou não quer informar

283. A Sra. tem telefone celular?

() -

(999) Preencher 999 quando não sabe ou não quer informar

284. A Sra. tem endereço de e-mail?

(999) Preencher 999 quando não sabe ou não quer informar

285. A Sra. tem Facebook? Qual o seu nome na rede?

(999) Preencher 999 quando não sabe ou não quer informar

286. A Sra. tem telefone no trabalho?

() -

(999) Preencher 999 quando não sabe ou não quer informar

287. Alguém da sua casa tem telefone celular?

() -

(999) Preencher 999 quando não sabe ou não quer informar

288. Qual o nome dessa pessoa?

(999) Não sabe ou não quer informar

(888) Não se aplica

289. Qual é a relação desta outra pessoa com a Sra.?

(1) Companheiro

(2) Pai/mãe

(3) Avô/avó

(4) Tio/tia

(5) Irmão/irmã

(6) Outro

(888) Não se aplica

290. Alguém mais tem telefone celular na sua casa?

() -

(999) Preencher 999 quando não tiver a informação

291. Qual o nome dessa pessoa?

(999) Preencher 999 quando não tiver a informação

292. Qual é a relação desta outra pessoa com a Sra.?

- (1) Companheiro
- (2) Pai/mãe
- (3) Avô/avó
- (4) Tio/tia
- (5) Irmão/irmã
- (6) Outro
- (888) Não se aplica

293. **Qual o número do seu CPF?**

(999) Não sabe ou não quer informar

294. **Hora do término** ____:____

HORA_TERM

SOLICITE A CARTEIRA DE GESTANTE PARA REALIZAR O PREENCIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Agradeça a participação na entrevista e lembre que entraremos em contato por telefone para fazer perguntas sobre ela e seu bebê.

ANEXO 2 - Formulário para coleta de dados da caderneta de Pré-Natal da gestante – Projeto de Avaliação da Rede Cegonha em Santa Catarina - 2019

INSTRUÇÕES AO ENTREVISTADOR

Este formulário é composto por 59 questões, as quais devem ser extraídas da CADERNETA DE PRÉ-NATAL DA GESTANTE.

O entrevistador deverá solicitar a caderneta da gestante antes de iniciar a entrevista (para evitar que puérpera a consulte no decorrer da entrevista). Após o término da entrevista, o entrevistador deverá informar que precisa coletar algumas informações da caderneta da gestante e que a mesma será devolvida em até 30 minutos.

Se no decorrer da entrevista a puérpera pedir para conferir as respostas na caderneta de pré-natal da gestante, o entrevistador deverá enfatizar novamente que não existem respostas certas ou erradas, dessa forma, a puérpera deve responder de acordo com o que recorda.

IDENTIFICAÇÃO

Código do entrevistador: _____

Número do questionário: _____

295. Nº Cartão do SUS: _____

CADERNETA DE PRÉ-NATAL DA GESTANTE

Preencha as questões abaixo com as informações coletadas na CADERNETA DE PRÉ-NATAL DA GESTANTE.

IMPORTANTE: quando não houver a informação na caderneta, coloque código 999

296. **Data da última menstruação:** dia | | mês | | ano | |

(11/11/1111) Sem informação

297. **Peso inicial da mãe (kg):** _____ kg

(999) Sem informação

298. **Altura da mãe (cm):** _____ cm

(999) Sem informação

299. **Tipo de gestação:**

(1) Única

(2) Gemelar

b. Peso da mãe							
c. IMC							
d. Pressão arterial							
e. Altura Uterina							
f. Batimentos fetais (BCF)							
g. Edema							
h. Apresentação fetal							
308. Idade gestacional da PRIMEIRA consulta de pré-natal (em semanas): _____ (999) Sem informação							
309. Quantas vezes DURANTE TODO o pré-natal, os seguintes procedimentos foram verificados:							
a. Idade gestacional (semanas): _____ (999) Sem informação							
b. Peso da mãe: _____ (999) Sem informação							
c. IMC: _____ (999) Sem informação							
d. Pressão arterial: _____ (999) Sem informação							
e. Altura Uterina: _____ (999) Sem informação							
f. Batimentos fetais (BCF): _____ (999) Sem informação							
g. Edema: _____ (999) Sem informação							

h. Apresentação fetal: _____ (999) Sem informação
EXAMES REALIZADOS DURANTE O PRÉ-NATAL <i>(Preencher com o número de exames realizados; quando não identificado a realização de nenhum exame atribuir o valor de 0 – zero)</i>
310. Tipagem sanguínea (ABO-Rh) _____ (999) Sem informação
311. Glicemia de jejum _____ (999) Sem informação
312. Sífilis (Teste rápido) _____ (999) Sem informação
313. VDRL _____ (999) Sem informação
314. Anti-HIV _____ (999) Sem informação
315. Hepatite B (HbsAg) _____ (999) Sem informação
316. Toxoplasmose _____ (999) Sem informação
317. Hematócrito/Hemoglobina _____ (999) Sem informação
318. Exame de urina _____ (999) Sem informação
319. Coombs indireto _____ (999) Sem informação
320. Eletroforese de hemoglobina _____ (999) Sem informação
321. Ultrassonografia obstétrica _____ (999) Sem informação
322. Citopatológico _____ (999) Sem informação

<i>Se gestante de alto risco, marque a quantidade de vezes que realizou os seguintes exames. Se não for de alto risco, preencher com 888.</i>	
323. Teste de tolerância oral a glicose (TTG) _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
324. Tocardiografia _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
325. Eletrocardiograma (ECG) _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
326. Ultrassonografia com Doppler _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
327. Contagem de plaquetas _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
328. Uréia _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
329. Creatinina _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
330. Ácido Úrico _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
331. Dosagem de proteinúria _____	(888) Não se aplica (999) Sem informação
SUPLEMENTAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL IMPORTANTE: quando não houver a informação na caderneta, coloque código 999	

<p>332. Recebeu suplementação com Ácido Fólico</p> <p>(1) Sim (2) Não (999) Sem informação</p>
<p>333. Recebeu suplementação com Sulfato Ferroso</p> <p>(1) Sim (2) Não (999) Sem informação</p>
<p>TRATAMENTOS REALIZADOS NO PRÉ-NATAL <i>IMPORTANTE: quando não houver a informação na caderneta, coloque código 999</i></p>
<p>334. Realizou tratamento para sífilis durante o pré-natal?</p> <p>(1) Sim (2) Não (888) Não se aplica (999) Sem informação</p>
<p>335. Se sim, qual o número de doses do tratamento recebidas?</p> <p>(1) 1 dose (2) 2 doses (3) 3 doses (999) Sem informação</p>
<p>336. O parceiro realizou tratamento para sífilis durante o acompanhamento pré-natal?</p> <p>(1) Sim (2) Não (888) Não se aplica (999) Sem informação</p>
<p>337. Se sim, qual o número de doses do tratamento recebidas?</p> <p>(1) 1 dose (2) 2 doses (3) 3 doses (999) Sem informação</p>
<p>ATIVIDADES DURANTE O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL <i>IMPORTANTE: quando não houver a informação na caderneta, coloque código 9999</i></p>
<p>338. Participou de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal?</p> <p>(1) Sim</p>

(2) Não (999) Sem informação
339. Realizou visita à maternidade? (1) Sim (2) Não (999) Sem informação
INFORMAÇÕES DO PARTO E NASCIMENTO <i>IMPORTANTE: deve ser coletada do prontuário da puérpera</i>
340. Data de nascimento do BEBÊ ou GEMELARES: ____ / ____ / ____
341. Sexo do(a) <RECÉM NASCIDO>: (1) Masculino (2) Feminino (999) Sem informação
342. Sexo do(a) <GEMELAR 1>: (1) Masculino (2) Feminino (999) Sem informação
343. Sexo do(a) <GEMELAR 2>: (1) Masculino (2) Feminino (999) Sem informação
344. Sexo do(a) <GEMELAR 3>: (1) Masculino (2) Feminino (999) Sem informação
345. Sexo do(a) <GEMELAR 4>: (1) Masculino (2) Feminino (999) Sem informação
346. Peso ao nascer do(a) < RECÉM NASCIDO>: _____ kg (999) Não sabe informar

347. Peso ao nascer do(a) <GEMELAR 1>: _____kg (999) Sem informação
348. Peso ao nascer do(a) <GEMELAR 2>: _____kg (999) Sem informação
349. Peso ao nascer do(a) <GEMELAR 3>: _____kg (999) Sem informação
350. Peso ao nascer do(a) <GEMELAR 4>: _____kg (999) Sem informação
351. Qual o Ápgar (nota) que o(a) RECÉM NASCIDO recebeu no primeiro e no quinto minuto de vida? a) 1º Minuto _____ b) 5º Minuto _____ (999) Sem informação
352. Qual o Ápgar (nota) que o(a) GEMELAR 1 recebeu no primeiro e no quinto minuto de vida? a) 1º Minuto _____ b) 5º Minuto _____ (999) Sem informação
353. Qual o Ápgar (nota) que o(a) GEMELAR 2 recebeu no primeiro e no quinto minuto de vida? a) 1º Minuto _____ b) 5º Minuto _____ (999) Sem informação
354. Qual o Ápgar (nota) que o(a) GEMELAR 3 recebeu no primeiro e no quinto minuto de vida? a) 1º Minuto _____ b) 5º Minuto _____ (999) Sem informação
355. Qual o Ápgar (nota) que o(a) GEMELAR 4 recebeu no primeiro e no quinto minuto de vida? a) 1º Minuto _____ b) 5º Minuto _____ (999) Sem informação
356. Idade gestacional do (a) <RRCÉM NASCIDO> no momento do nascimento: _____ (semanas) (999) Sem informação

ENDEREÇO – deve ser retirado da caderneta/ prontuário da puérpera

357. **Endereço de residência**
(completo) _____

(999) Sem informação

358. **Telefone:** _____ (preencher 999 quando não houver informação)

359. **Telefone:** _____ (preencher 999 quando não houver informação)

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Estudo 1 – Entrevista com puérperas

Projeto de pesquisa: “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”

Eu, _____, estou sendo convidada a participar do estudo “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”. Foi-me esclarecido que os avanços nos serviços de saúde, em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento e reabilitação ocorrem por meio de pesquisas científicas. A partir de informações sobre o perfil do cuidado às parturientes e de seus filhos e filhas é possível aos planejadores em saúde proporem ações e políticas públicas mais condizentes com a realidade e potencialmente mais eficazes. A presente pesquisa pretende contribuir ao investigar qual o cuidado que gestantes estão tendo durante o pré-natal e crianças durante os primeiros dias de vida.

Também me foi esclarecido que estou sendo convidada a participar desta pesquisa na forma de entrevistada e, assim, que declare, por meio deste termo de compromisso, que me considero esclarecida quanto ao objetivo e aos procedimentos da pesquisa e aceito participar da mesma. Foi esclarecido que a minha participação é livre, bem como fica garantido o meu direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que isso me cause qualquer penalidade ou prejuízo. Fica também garantida a minha privacidade e o anonimato das informações. Foi esclarecido ainda que os dados obtidos serão utilizados em relatório conclusivo, bem como em publicações científicas, sendo que, em nenhum momento a minha identidade será revelada. Poderei me recusar ou retirar o consentimento, sem penalização, a qualquer momento, mesmo depois de entregue o questionário. Depois dessa entrevista de hoje, entre 45 e 60 dias receberei uma ligação telefônica para perguntar os cuidados que eu e meu(sua) filho(a) recebemos dos serviços de saúde depois de sair daqui do hospital.

Foi-me explicado que qualquer despesa decorrente da pesquisa e de danos que possam ocorrer será de responsabilidade dos pesquisadores. Esta pesquisa será coordenada pelo professor Antonio Fernando Boing, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Em caso de dúvida durante a pesquisa ou após responder o questionário poderei entrar em contato com a equipe pesquisadora pelo telefone (48) 3721-9388, pelo e-mail antonio.boing@ufsc.br, ou por um dos dois endereços abaixo:

Endereço profissional: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Pública - Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – 88040-970

Endereço residencial: Rua Vereador Ramon Filomeno, 357 – Itacorubi – Florianópolis – Santa Catarina – 88034-495

Também foi esclarecido que poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente na Universidade Federal de Santa Catarina - Prédio Reitoria II – R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC - 88040-400.

Estou ciente que duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por mim e pelo pesquisador responsável Antonio Fernando Boing e que devo guardar cuidadosamente a minha via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os meus direitos como participante da pesquisa “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”

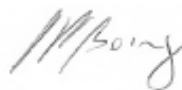
Foi esclarecido que o pesquisador responsável por essa pesquisa, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Isto posto, declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”, estando ciente e devidamente esclarecida dos direitos descritos neste termo de consentimento. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador responsável:



_____, ____/____/____.
Local, dia / mês / ano .

APÊNDICE 3 – Quadro complementar - Síntese de resultados sobre estudos com desfechos relacionados ao pré-natal.

Autores	País	Delineamento	População	Desfecho	Cor da pele/raça	Idade	Variáveis de ajuste	Análise estatística	Medida	Valor	IC 95%
Berggren, Erica K. et al, 2012	EUA	Coorte retrospectiva	1.018	Tratamento para DM gestacional	Branco	Indiferente	Sociodemográficas, co-morbidades e comportamentais	Poisson	RP	ref.	*
					Preto					1,18	0,94-1,48
					Hispanico					1,36	1,15-1,60
Blakeney, Erin et al, 2019	EUA	Transversal	678.235	Assistência pré-natal (acesso tardio)	Branco	Indiferente	Sociodemográficas, comunitárias, acesso à serviços	Linear	B	ref.	*
					Preto					0,032	0,020–0,045
					Hispanico					0,020	0,000–0,039
Collins, J W; et al, 2017	EUA	Transversal	4.467.021	Mortalidade pós-neonatal (doenças cardíacas congênitas)	Preto x branco Inadequado	Indiferente	*	Binomial	RR	1,02	0,62-1,65
					Preto x branco Intermediário					2,04	1,23-3,38
					Preto x branco Adequado					1,59	1,16-2,16
					Preto x branco Intensivo					1,47	1,09-1,98
Cox, Reagan G., et al 2011	EUA	Coorte retrospectiva	292.776	Parto prematuro	Branco Sem cuidado	11-35 ou mais	Idade materna, escolaridade, estado civil, local de residência, uso de tabaco e risco médico	Logística	OR	4,6	3,7–5,6
					Preto Sem cuidado					4,3	3,9–4,7
					Branco Inadequado					1,9	1,8–2,0
					Preto Inadequado					2,0	1,9–2,0
					Branco Intermediário					1,1	1,0–1,2
					Preto Intermediário					1,1	1,1–1,2

					Branco Adequado					ref.	*
					Preto Adequado					ref.	*
					Branco Intensivo					3,1	3,0-3,2
					Preto Intensivo					2,8	2,7-2,9
				Baixo peso ao nascer	Branco Sem cuidado					5,3	4,2-6,8
					Preto Sem cuidado					4,7	4,2-5,2
					Branco Inadequado					1,9	1,7-2,1
					Preto Inadequado					1,6	1,5-1,7
					Branco Intermediário					1,1	1,0-1,2
					Preto Intermediário					1,1	1,0-1,2
					Branco Adequado					ref.	*
					Preto Adequado					ref.	*
					Branco Intensivo					3,9	3,7-4,1
					Preto Intensivo					3,5	3,4-3,6
				Mortalidade infantil	Branco Sem cuidado					2,9	1,4-6,0
					Preto Sem cuidado					5,4	4,2-7,0
					Branco Inadequado					1,7	1,3-2,2
					Preto Inadequado					1,5	1,3-1,8
					Branco Intermediário					1,1	0,9-1,5
					Preto Intermediário					1,4	1,2-1,8
					Branco Adequado					ref,	*

					Preto Adequado					ref,	*
					Branco Intensivo					1,8	1,6–2,1
					Preto Intensivo					2,3	2,0–2,6
Lee, Hyewon; 2020	EUA	Coorte retrospectiva	457.200	Parto prematuro	15 e 44 anos	Sociodemográficas e co-morbidades	Logística	OR	Branco sem consultas	1,63	1,55–1,72
									Preto sem consultas	2,04	1,92–2,17
									Hispânicos sem consultas	1,58	1,34–1,87
									Branco até 7 consultas	1,58	1,52–1,64
									Preto até 7 consultas	1,83	1,75–1,91
									Hispânicos até 7 consultas	1,47	1,24–1,74
									Branco alto risco	1,45	1,4–1,5
									Preto alto risco	1,28	1,24–1,33
									Hispânicos alto risco	1,55	1,38–1,74
Liu Ch, Tronick E, 2012	EUA	Transversal	3.597	Conversa sobre Saúde Mental	Indiferente	*	Logística	OR	Branco	ref.	*
									Preto	1,20	0,9–1,5
									Hispânico	1,00	0,8–1,3
									Asiático	0,70	0,5–0,9
Leal, et al, 2017	Brasil	Transversal	6.689 (brancas e pretas)	Adequação Pré-natal (inadequado)	Indiferente	Escore de propensão	Logística	OR	Branco	ref.	*
									Preto	1,62	1,38-1,91
									Pardo	1,24	1,12-1,36
				13.318 (brancas e pardas)					Vinculação à maternidade	Branco	ref.
			Preto							1,23	1,10-1,37
			Orientações sobre o						Pardo	1,04	0,97-1,11
									Branco	ref.	*
			Preto	1,22					1,09-1,36		

				trabalho de parto	Pardo					1,06	0,99-1,14
				Orientações sobre complicações na gravidez	Branco					ref.	*
					Preto					1,21	1,08-1,35
					Pardo					1,04	0,97-1,12
Domingues, et al, 2015	Brasil	Transversal	23.894	Adequação pré-natal (adequado)	Branco	Indiferente	Socioeconômicas	Logística	OR	ref.	*
					Pardo					0,91	0,81-1,02
					preto					0,74	0,62-0,89
Yee, et al, 2016	EUA	Coorte retrospectiva	411	Indicação de uso de medicação prevenção de parto prematuro	Branco	>18 anos	Individuais e gestacionais	Logística	OR	ref.	*
					Preto					1,64	0,80-3,37

APÊNDICE 4 – Quadro complementar - Síntese de resultados sobre estudos com desfechos relacionados ao parto.

Autores	País	Delineamento	População	Desfecho	Cor da pele/raça	Idade	Variáveis de ajuste	Análise estatística	Medida	Valor	IC 95%
Ada, Melissa L. et al, 2017	EUA	Coorte retrospectiva	929	Parto prematuro eletivo	Branco	Indiferente	Sociodemográficas e reprodutivas	Log-binomial	RR	0,89	0,75–1,07
					Preto					0,66	0,45–0,97
Ahluwalia, Indu B. et al 2012	EUA	Coorte retrospectiva	49.135	Início primeira hora	Branco	Indiferente	Sociodemográficas e maternas	Logística	OR	1,36	1,16–1,58
					Preto					1,62	1,20–2,19
					Hispânico					1,07	0,85–1,35
				Apenas leite materno ao recém-nascido	Branco					2,45	2,19–2,92
					Preto					2,78	2,06–3,75
					Hispânico					2,14	1,70–2,70
				Alojamento conjunto	Branco					1,09	0,89–1,34
					Preto					0,75	0,52–1,07
					Hispânico					0,76	0,55–1,04
				Amamentação livre demanda	Branco					1,02	0,84–1,23
					Preto					1,72	1,28–2,31
					Hispânico					1,49	1,15–1,91
				Uso de chupeta no hospital	Branco					0,76	0,66–0,87
					Preto					0,58	0,44–0,77
					Hispânico					0,82	0,66–1,01
				Hospital forneceu fórmula láctea	Branco					0,89	0,75–1,06
					Preto					0,84	0,56–1,26
					Hispânico					0,67	0,50–0,90
				Recebeu orientações sobre amamentação	Branco					0,97	0,68–1,37
					Preto					0,62	0,34–1,12
					Hispânico					0,92	0,61–1,38
				Ensinaram a pega	Branco					0,72	0,59–0,88
					Preto					0,63	0,46–0,88
					Hispânico					0,81	0,62–1,05

				Recebeu suporte telefônico (sim)	Branco					1,19	0,95–1,48
					Preto					1,45	1,00–2,72
					Hispânico					1,09	0,85–1,41
Aseltine, Robert H, et al, 2015	EUA	Coorte retrospectiva	167.857	Readmissão pós-parto vaginal	Branco	Maiores de 14 anos	Sociodemográficas	Logística	OR	ref.	*
					Preto					1,6	1,36–1,89
					Hispânico					1,2	1,03–1,41
				Readmissão pós-parto cesáreo	Branco					ref.	*
					Preto					1,66	1,38–1,99
					Hispânico					1,29	1,07–1,54
Butwick, et al, 2016	EUA	Coorte retrospectiva	50.974	Anestesia geral para cesariana	Branco	Indiferente	Socioeconômicas, gestação, indicação de Cesária	Logística	OR	ref.	*
					Preto					1,70	1,5-1,8
					Hispânico					1,10	1,0-1,3
Cabacungan, Erwin T., et al, 2012	EUA	Coorte retrospectiva	206.428	Laceração Perineal	Branco	13-53 anos	Variáveis de parto	Logística	OR	ref.	*
					Preto					0,60	0,52-0,70
					Hispânico					0,95	0,85-1,07
					Asiático					1,53	1,34-1,75
					Nativo americano					1,00	0,75-1,33
				Hemorragia pós-parto	Branco					ref.	*
					Preto					0,80	0,73-0,88
					Hispânico					1,16	1,07-1,26
					Asiático					1,52	1,35-1,70
					Nativo americano					1,93	1,63-2,29
de Moraes, Lílian Machado Vilarinho, 2018	Brasil	Coorte retrospectiva	10.475	Peregrinação	Branco	Indiferente	Sociodemográficas e reprodutivas	Poisson	RR	ref.	*
					Preto					1,24	0,98 - 1,57
Grobman, William A., 2015	EUA	Coorte retrospectiva	109.208	Indução de parto	Branco	Indiferente	Sociodemográficas e reprodutivas	Logística	OR	ref.	*
					Preto					0,83	0,80–0,87
					Hispânicos					0,68	0,65–0,71

					Asiáticos					0,68	0,64–0,73
				Parto vaginal	Branco					ref.	
					Preto					0,84	0,80–0,88
					Hispânicos					0,96	0,91–1,01
					Asiáticos					0,83	0,78–0,89
				Episiotomia	Branco					ref.	
					Preto					0,49	0,45–0,54
					Hispânicos					0,62	0,57–0,68
					Asiáticos					1,78	1,63–1,94
				Hemorragia pós-parto**	Branco					ref.	
					Preto					1,87	1,65–2,12
					Hispânicos					2,07	1,83–2,36
					Asiáticos					1,49	1,21–1,84
				Infecção periparto	Branco					ref.	
					Preto					1,13	1,03–1,23
					Hispânicos					1,69	1,56–1,85
					Asiáticos					1,59	1,41–1,79
				Laceração Perineal Severa	Branco					ref.	
					Preto					0,79	0,65–0,95
					Hispânicos					0,84	0,70–1,01
					Asiáticos					1,97	1,66–2,34
				Anestesia geral para cesariana	Branco					ref,	
					Preto					1,41	1,24–1,61
					Hispânicos					0,95	0,81–1,10
					Asiáticos					1,05	0,82–1,34
Janevic, et al, 2014	EUA	Transversal	961.381	Parto cesáreo	Branco	Indiferente	Sociodemográficas reprodutivas e comorbidades	Binomial	RR	ref.	*
					Preto					1,20	1,17–1,23
					Hispânico					1,27	1,24–1,30
					Asiático					1,06	1,03–1,10
	EUA	Transversal	818. 356	Episiotomia	Branco	Indiferente	*	Poisson	RP	-6,57	-6,90–6,23

Janevic, et al, 2018				Parto eletivo <39 semanas)	Preto						-5,31	-6,29-4,33
					Hispânico						-4,94	-5,73-4,15
					Asiático						-4,97	-5,62-4,31
					Branco						-2,70	-3,7, -1,8
					Preto						1,30	0,1-2,6
					Hispânico						2,40	1,4-3,4
				Asiático							0,80	
Joyce K Edmonds, 2013	EUA	Coorte retrospectiva	4.483	Parto cesáreo	Branco	Indiferente	Sociodemográficas e reprodutivas	Logística	OR	ref.	*	
					Preto					1,43	1,07-1,91	
					Hispânico					1,14	0,89-1,47	
					Asiático					1,49	1,02-2,17	
Washington, Sierra, 2016	EUA	Coorte retrospectiva	11.034	Parto cesáreo	Branco			Logística	OR	ref.	*	
					Preto					1,54	1,30-1,83	
					Latina					1,21	1,03-1,43	
					Asiático					1,09	0,95-1,24	
Penfield; et al, 2017	EUA	Coorte retrospectiva	604.287	Parto cesáreo	Branco	13-23* (15 anos)	Socioeconômicas e reprodutivas	Logística	OR	0,60	0,54-0,65	
					Preto					0,48	0,43-0,52	
					Hispânico					0,55	0,50-0,60	
					Asiático					0,69	0,46-1,04	
Yee, et al, 2017	EUA	Coorte retrospectiva	75.400	Nulíparas	Branco	Indiferente	IG, co-morbidade, institucionais	Logística	OR	ref.	*	
					Preto					1,47	1,36-1,59	
					Asiática					1,26	1,14-1,40	
					Hispânico					1,17	1,07-1,27	
				Múltiparas (vaginal anterior)	Branco					ref.	*	
					Preto					1,51	1,33-1,70	
					Asiática					1,00	0,80-1,25	
					Hispânico					1,12	0,98-1,27	
Leal, et al, 2017	Brasil	Transversal	6.689	Peregrinação (não)	Branco	Indiferente	Escore de propensão	Logística	OR	ref.	*	
					Preto					1,33	1,15-1,54	
					Pardo					1,07	0,96-1,18	

				Acompanhante (nenhum momento)	Branco					ref.	*
					Preto					1,67	1,42-1,97
					Pardo					0,83	0,77-0,89
				Tipo de parto (cesariana)	Branco					ref.	*
					Preto					0,65	0,58-0,72
					Pardo						
				Episiotomia	Branco					ref.	*
					Preto					0,74	0,64-0,87
					Pardo					0,70	0,63-0,78
				Anestesia para episiotomia (não)	Branco					ref.	*
					Preto					1,49	1,06-2,08
					Pardo					1,18	0,92-1,50
				Ocitocina (sim)	Branco					ref.	*
					Preto					0,75	0,65-0,87
					Pardo					0,77	0,69-0,86
				Peridural (sim)	Branco					ref.	*
					Preto					0,98	0,55-1,76
					Pardo					1,29	0,92-1,80
										ref.	*
Diniz, et al, 2014	Brasil	Transversal	23789	Acompanhante (ausência total)	Branco	12 anos ou mais	*	Logística	OR	1,27	1,04-1,56
					Preto					1,36	0,96-1,95
					Pardo					ref.	*
				Acompanhante (ausência parcial)	Branco					0,99	0,79-1,25
					Preto					1,20	1,02-1,41
					Pardo					ref.	*
				Alimentação durante o trabalho de parto	Branco					0,76	0,58-1,00
					Pardo					0,79	0,59-1,05
					preto					0,94	0,54-1,62
					amarela					0,53	0,19-1,43
					Indígena					ref.	*
					Branco						
Leal, et al, 2014	Brasil	Transversal	6.740			Indiferente	Sociodemográficos das boas práticas durante o trabalho de parto	Logística	OR		

			Movimentação durante o trabalho de parto	Pardo				0,91	0,79-1,06
				Preto				0,92	0,75-1,14
				Amarela				0,65	0,42-1,03
				Indígena				0,68	0,32-1,47
			Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor	Branco				ref.	*
				Pardo				0,85	0,64-1,14
				Preto				0,89	0,73-1,08
				Amarela				1,16	0,68-1,98
				Indígena				0,80	0,25-2,58
			Partograma	Branco				ref.	*
				Pardo				1,01	0,83-1,24
				Preto				0,96	0,71-1,31
				Amarela				1,05	0,56-1,99
				Indígena				1,92	0,89-4,15
			Cateter venoso	Branco				ref.	*
				Pardo				1,05	0,81-1,35
				Preto				0,95	0,71-1,26
				Amarela				1,04	0,61-1,78
				Indígena				0,47	0,22-1,00
			Ocitocina	Branco				ref.	*
				Pardo				0,96	0,81-1,12
				Preto				0,86	0,70-1,06
				Amarela				0,56	0,35-0,91
				Indígena				0,75	0,36-1,53
			Epidural	Branco				ref.	*
				Pardo				0,87	0,7-1,09
				Preto				0,85	0,65-1,12
				Amarela				1,25	0,75-2,09
				Indígena				0,80	0,28-2,29
					Sociodemográficos das intervenções durante o trabalho				

			<table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Amniotomia</td> <td>Branco</td> <td></td> <td>ref.</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Pardo</td> <td></td> <td>1,26</td> <td>1,07-1,47</td> </tr> <tr> <td>Preto</td> <td></td> <td>1,07</td> <td>0,86-1,33</td> </tr> <tr> <td>Amarela</td> <td></td> <td>1,31</td> <td>0,78-2,17</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td></td> <td>2,20</td> <td>1,12-4,33</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Litotomia</td> <td>Branco</td> <td></td> <td>ref.</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Pardo</td> <td></td> <td>0,82</td> <td>0,52-1,29</td> </tr> <tr> <td>Preto</td> <td></td> <td>0,57</td> <td>0,35-0,92</td> </tr> <tr> <td>Amarela</td> <td></td> <td>0,69</td> <td>0,23-2,10</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td></td> <td>3,70</td> <td>0,63-21,78</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Kristeler</td> <td>Branco</td> <td></td> <td>ref.</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Pardo</td> <td></td> <td>1,18</td> <td>0,94-1,47</td> </tr> <tr> <td>Preto</td> <td></td> <td>1,17</td> <td>0,87-1,56</td> </tr> <tr> <td>Amarela</td> <td></td> <td>1,43</td> <td>0,76-2,68</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td></td> <td>1,37</td> <td>0,59-3,18</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Episiotomia</td> <td>Branco</td> <td></td> <td>ref.</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Pardo</td> <td></td> <td>0,87</td> <td>0,67-1,14</td> </tr> <tr> <td>Preto</td> <td></td> <td>0,77</td> <td>0,57-1,03</td> </tr> <tr> <td>Amarela</td> <td></td> <td>0,76</td> <td>0,39-1,46</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td></td> <td>0,68</td> <td>0,24-1,92</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Cesariana</td> <td>Branco</td> <td></td> <td>ref.</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Pardo</td> <td></td> <td>0,82</td> <td>0,70-0,95</td> </tr> <tr> <td>Preto</td> <td></td> <td>0,72</td> <td>0,58-0,89</td> </tr> <tr> <td>Amarela</td> <td></td> <td>0,87</td> <td>0,53-1,43</td> </tr> <tr> <td>Indígena</td> <td></td> <td>0,35</td> <td>0,18-0,69</td> </tr> </tbody> </table>	Amniotomia	Branco		ref.	*	Pardo		1,26	1,07-1,47	Preto		1,07	0,86-1,33	Amarela		1,31	0,78-2,17	Indígena		2,20	1,12-4,33	Litotomia	Branco		ref.	*	Pardo		0,82	0,52-1,29	Preto		0,57	0,35-0,92	Amarela		0,69	0,23-2,10	Indígena		3,70	0,63-21,78	Kristeler	Branco		ref.	*	Pardo		1,18	0,94-1,47	Preto		1,17	0,87-1,56	Amarela		1,43	0,76-2,68	Indígena		1,37	0,59-3,18	Episiotomia	Branco		ref.	*	Pardo		0,87	0,67-1,14	Preto		0,77	0,57-1,03	Amarela		0,76	0,39-1,46	Indígena		0,68	0,24-1,92	Cesariana	Branco		ref.	*	Pardo		0,82	0,70-0,95	Preto		0,72	0,58-0,89	Amarela		0,87	0,53-1,43	Indígena		0,35	0,18-0,69		
Amniotomia	Branco				ref.	*																																																																																																								
	Pardo				1,26	1,07-1,47																																																																																																								
	Preto				1,07	0,86-1,33																																																																																																								
	Amarela				1,31	0,78-2,17																																																																																																								
	Indígena			2,20	1,12-4,33																																																																																																									
Litotomia	Branco			ref.	*																																																																																																									
	Pardo			0,82	0,52-1,29																																																																																																									
	Preto			0,57	0,35-0,92																																																																																																									
	Amarela			0,69	0,23-2,10																																																																																																									
	Indígena			3,70	0,63-21,78																																																																																																									
Kristeler	Branco			ref.	*																																																																																																									
	Pardo			1,18	0,94-1,47																																																																																																									
	Preto			1,17	0,87-1,56																																																																																																									
	Amarela			1,43	0,76-2,68																																																																																																									
	Indígena			1,37	0,59-3,18																																																																																																									
Episiotomia	Branco			ref.	*																																																																																																									
	Pardo			0,87	0,67-1,14																																																																																																									
	Preto			0,77	0,57-1,03																																																																																																									
	Amarela			0,76	0,39-1,46																																																																																																									
	Indígena		0,68	0,24-1,92																																																																																																										
Cesariana	Branco		ref.	*																																																																																																										
	Pardo		0,82	0,70-0,95																																																																																																										
	Preto		0,72	0,58-0,89																																																																																																										
	Amarela		0,87	0,53-1,43																																																																																																										
	Indígena		0,35	0,18-0,69																																																																																																										