



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MILLANI SOUZA DE ALMEIDA

**CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES NEGRAS E BRANCAS NO BRASIL:
INDICADOR DE ADEQUAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS**

Salvador
2017

MILLANI SOUZA DE ALMEIDA

**CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES NEGRAS E BRANCAS NO BRASIL:
INDICADOR DE ADEQUAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, cuidado e administração em saúde”, linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Dr.^a Enilda Rosendo do Nascimento

Co-orientadora: Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Salvador
2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

M645 Souza de Almeida, Millani
CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES NEGRAS E BRANCAS NO BRASIL:
INDICADOR DE ADEQUAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS / Millani Souza de
Almeida. -- Salvador, 2017.
96 f.

Orientadora: Enilda Rosendo do Nascimento.
Coorientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Dissertação (Mestrado - Enfermagem) -- Universidade Federal
da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017.

1. Direitos Reprodutivos. 2. Pré-natal. 3. Saúde da Mulher
. 4. Saúde Pública . 5. Racismo. I. Rosendo do Nascimento,
Enilda. II. de Almeida Cardoso Coelho, Edméia. III. Título.

MILLANI SOUZA DE ALMEIDA

**CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES NEGRAS E BRANCAS NO BRASIL:
INDICADOR DE ADEQUAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, cuidado e administração em saúde”, linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovada em 27 de Janeiro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Enilda Rosendo do Nascimento 

Doutora em Enfermagem e Professora titular da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão 

Doutora em epidemiologia e Professora da Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva 

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Isa Maria Nunes 

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, **Francisco Figueredo de Almeida** e à minha mãe, **Evanice Rosa de Souza Figueredo**, por terem me mostrado que a busca pelo conhecimento é o caminho mais nobre que se pode trilhar. Minha eterna gratidão por terem sonhado comigo, sendo o meu suporte em todos os momentos, em especial nesse período de dedicação ao mestrado, um passo a mais na jornada. Com muito amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o autor da minha vida, dono de tudo o que tenho e sou, que me conduziu até aqui com sua imensa graça e misericórdia. A ELE seja a honra e toda a glória! Ele plantou em mim sonhos e me capacitou para alcança-los, hoje, enfermeira, dedico minha profissão para servi-lo.

Ao meu pai, Francisco Figueredo de Almeida e minha mãe, Evanice Rosa de Souza Figueredo, pelo amor incondicional e exemplo de perseverança. Obrigada por todo o apoio e suporte, por terem sonhado e acreditado junto comigo, me direcionando, aconselhando, encorajando e fortalecendo em cada novo desafio.

À minha irmã, Francyraine, por todo o apoio e amor, e por ter me presenteado com o meu sobrinho amado, Elmo Neto, o qual tive oportunidade de acompanhar e cuidar desde as primeiras batidas do coraçãozinho.

Ao meu namorado, André Lessa, por todo amor, apoio e compreensão. Por todas as orações, palavras de ânimo e fortalecimento, elas foram fundamentais durante essa caminhada.

À minha avó, Maria Rosa, pelas orações e amor. Sua força e perseverança são exemplo para mim e suas palavras doces me animaram e deram fôlego para continuar a jornada. Sou grata a Deus por ter você ao meu lado.

À professora Dr^a. Enilda Rosendo do Nascimento pelas orientações, direcionamentos, compreensão, competência e conhecimento compartilhado. Seus ensinamentos foram fundamentais para que eu pudesse trilhar esse caminho. Muito obrigada.

À professora Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pela longa jornada de aprendizado ao seu lado, por todo o carinho, compreensão, disponibilidade e oportunidade de aprendizado desde a graduação. Suas orientações e conhecimento compartilhado contribuíram muito na minha formação e me possibilitaram trilhar caminhos que me trouxeram até aqui. Meu carinho e sincera gratidão.

À professora Isa Maria Nunes, pela oportunidade de aprendizado, por todo o carinho e atenção. Pelo conhecimento compartilhado através da monitoria na disciplina de saúde da mulher e por ter me oportunizado a primeira tutoria de iniciação científica, fortalecendo ainda mais o meu desejo por atuar na docência. Agradeço por toda a confiança e investimento em minha formação. Meu carinho e sincera gratidão.

À professora Dr^a Maria Enoy Neves Gusmão pela disponibilidade e sugestões relevantes para a construção deste trabalho.

À professora Dr^a Mirian Santos Paiva, pelo exemplo de dedicação à docência e pela contribuição em minha formação, em especial por sua disponibilidade para contribuir e enriquecer este trabalho.

À Mariana Matias Santos, minha companheira de aventuras, pelo prazer da amizade, por estar sempre presente, mesmo em terras distantes! Sou grata pelas conversas, pelo ombro amigo

nos momentos difíceis, pelas orações e conhecimento compartilhado na longa jornada que se iniciou ainda na graduação.

A todos os amigos que me acompanharam nessa jornada, pelo companheirismo, os risos, as alegrias e a compreensão.

À CAPES e ao CNPQ respectivamente, pela concessão da bolsa que viabilizou a minha permanência na pesquisa e pelo financiamento do projeto que deu origem a esta dissertação.

A todas as integrantes do Centro de Pesquisa sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem, local onde trilhei meus primeiros passos no caminho da pesquisa. Em especial, agradeço ao grupo de Gênero, Raça e Etnia pela oportunidade de aprendizagem e compartilhamento de conhecimentos.

Agradeço também, de forma especial, a todas as mulheres, que me inspiraram nessa jornada, que permanecem na luta mesmo diante das intempéries, que semeiam mesmo nos mais áridos terrenos. A vocês, minha gratidão.

RESUMO

ALMEIDA, Millani Souza. Cuidado pré-natal a mulheres negras e brancas no Brasil: indicador de adequação e fatores associados. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

A despeito da alta cobertura do pré-natal no Brasil, análises sobre o cuidado adequado identificam baixos percentuais de acesso das mulheres a esse tipo de serviço. Fatores de ordem socioeconômica e demográfica, com destaque para a raça/cor, têm caracterizado as desigualdades de acesso das mulheres ao cuidado pré-natal adequado, embora não haja consenso na literatura de que as mulheres negras têm o pior acesso ao cuidado adequado. Tem-se como objetivo geral comparar a utilização do cuidado pré-natal adequado entre mulheres negras e brancas no Brasil, e como objetivos específicos caracterizar as mulheres usuárias do cuidado pré-natal segundo a raça/cor e outros fatores sociodemográficos; estimar a magnitude da adequação global do cuidado pré-natal; verificar a associação entre o índice padronizado de adequação do cuidado pré-natal e a raça/cor e verificar associação entre os indicadores de processo do cuidado pré-natal adequado e a raça/cor. Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, de base populacional, realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. A amostra foi constituída por 1851 mulheres com 18 anos ou mais de idade, residentes no Brasil. Construiu-se um índice de adequação do cuidado pré-natal com base nas mensurações do escore Z, classificados em três níveis: adequado, intermediário e inadequado. O pré-natal adequado foi definido tomando como referência as recomendações mínimas propostas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e pelo Manual técnico de atenção ao pré-natal de alto risco, sendo que os índices de adequação do pré-natal compuseram as variáveis dependentes. A variável raça/cor foi constituída pelos grupos negra e branca e considerada como variável independente principal e as características sociodemográficas das mulheres como covariáveis. A análise estatística foi realizada mediante obtenção das medidas de tendência central (média e mediana), desvio-padrão, frequência (absolutas e percentuais), prevalência e *odds ratio*. A verificação da associação entre as variáveis dependentes e independentes foi realizada mediante a análise bivariada tabular e por meio da regressão logística multinível, estimando-se, desta forma, o *odds ratio* (OR) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Em todas as análises estatísticas adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Os resultados apontaram que mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes da 12ª semana, realizar mais de 6 consultas, realizar teste HIV, realizar VDRL, realizar exame das mamas e receber orientações quanto à gestação, parto e aleitamento materno. Os achados também evidenciaram associação entre a raça/cor e a idade, escolaridade, renda, ocupação, paridade e utilização do serviço público. Encontramos 10,8% de adequação global do cuidado pré-natal e associação estatisticamente significativa entre a raça/cor das mulheres e o índice de adequação pré-natal (OR= 0,45; IC95%:0,30-0,67). Conhecer os grupos vulneráveis e seu perfil de utilização dos serviços de saúde é ferramenta fundamental para o planejamento de ações direcionadas à eliminação das desigualdades. Este estudo poderá contribuir para formulação de políticas de atenção às mulheres com base nas reais condições do acesso ao cuidado adequado, segundo a raça/cor, assim como elucidar quais os fatores que concorrem para a baixa cobertura do pré-natal adequado.

Palavras chave: direitos reprodutivos, pré-natal, saúde da mulher, saúde pública, racismo.

ABSTRACT

ALMEIDA, Millani Souza. Prenatal care for black and white women in Brazil: adequacy indicator and associated factors. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017

Despite the wide coverage of prenatal care in Brazil, analyses on adequate care have identified low percentages of women's access to this type of service. Socio-economic and demographic aspects, with emphasis to race/color, have characterized the inequalities of women's access to adequate prenatal care, although there is not a consensus in literature that black women have poorer access to adequate prenatal care. The general objective is to compare the use of adequate prenatal care among black and white women in Brazil, and as specific objectives to characterize women users of prenatal care according to race/color and other socio-demographic factors; estimate the magnitude of the global adequacy of prenatal care; verify the association between the standardized index for prenatal care adequacy and race/color and verify the association between the indicators of adequate prenatal care process and race/color. A population based study with a quantitative cross-sectional approach, performed with data from the National Health Survey. The sample was formed by 1851 women, ages 18 and above, resident in Brazil. An index of prenatal care adequacy was established based on score Z measurements, classified in three levels: adequate, intermediate and inadequate. Adequate prenatal care was defined taking as reference the minimum recommendations proposed by the Prenatal and Birth Humanization Program and the technical manual for high risk prenatal care, whereby the prenatal care adequacy indexes formed the dependent variables. The race/color variable was established by groups of black and white women and considered as the main independent variable and the socio-demographic characteristics of the women as co-variables. The statistical analysis was performed by obtaining the Measures of Central Tendency (mean and median), standard deviation, frequency (absolute and percentages), prevalence and odds ratio. The verification of the association between dependent and independent variables was performed using tabular bivariate analysis and through multilevel logistic regression, estimating, in this manner, the *odds ratio* (OR) and respective confidence interval of 95%. For all the statistical analysis, the level of significance of 5% ($p \leq 0.05$) was used. The results point out that black women have less chance of beginning prenatal care before 12 weeks of gestation, have 6 or more consultations, carry out the HIV test, perform VDRL exam, breast exams or receive guidance in relation to gestation, childbirth or breast-feeding. The findings also evidence the association between race/color and age, schooling, income, occupation, parity and the use of public service. A 10.8% of global adequacy of prenatal care was observed and statistically significant association between race/color of women and the prenatal care adequacy index (OR=0.45; CI 95%: 0.30-0.67). To understand the vulnerable groups and their profile in the use of the health services is a fundamental tool for planning actions guided towards the elimination of inequalities. The present study can contribute towards formulating policies for attention to women based on actual conditions of access to adequate care, according to race/color, as well as clarifying which factors contribute towards the low coverage of adequate prenatal care.

Key-words: reproductive rights, prenatal, women's health, public health, racism.

RESUMEN

ALMEIDA, Millani Souza. Cuidado prenatal a las mujeres negras y blancas en Brasil: indicador de adecuación y factores asociados. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017

A pesar de la alta cobertura prenatal en Brasil, análisis sobre el cuidado adecuado identifican bajos porcentuales de acceso de las mujeres a ese tipo de servicio. Factores socioeconómicos y demográficos, con destaque para la raza/color, viene caracterizando las desigualdades de acceso de las mujeres al cuidado prenatal adecuado, sin embargo no hay consenso en la literatura sobre que las mujeres negras tengan el peor acceso al cuidado adecuado. El objetivo general es comparar la utilización del cuidado prenatal adecuado entre mujeres negras y blancas en Brasil, y como objetivos específicos caracterizar las mujeres usuarias del cuidado prenatal según la raza/color y otros factores sociodemográficos; estimar la magnitud de la adecuación global del cuidado prenatal; verificar la asociación entre el índice patrón de adecuación del cuidado prenatal y la raza/color y verificar asociación entre los indicadores de proceso del cuidado prenatal adecuado y la raza/color. Estudio de abordaje cuantitativa, transversal, de base poblacional, realizado con datos de la “*Pesquisa Nacional de Saúde*”. La muestra fue constituida por 1851 mujeres con 18 años o más de edad, que vivían en Brasil. Se construyó un índice de adecuación del cuidado prenatal, con base en las mensuraciones del score Z, clasificados en tres niveles: adecuado, intermediario e inadecuado. El prenatal adecuado fue definido tomando como referencia las recomendaciones mínimas propuestas por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento y por el Manual técnico de atención al prenatal de alto risco, siendo que los índices de adecuación del prenatal compusieron las variables dependientes. La variable raza/color fue constituida por los grupos negra y branca y considerada como variable independiente principal y las características sociodemográficas de las mujeres como covariables. El análisis estadístico fue realizado mediante obtención de las medidas de tendencia central (media y mediana), desvío- patrón, frecuencias (absolutas y porcentuales), prevalencia y *odds ratio*. La verificación de la asociación entre las variables dependientes e independientes fue realizada mediante el análisis bivariada tabular y por medio de la regresión logística multinivel, estimando, de esta manera, el *odds ratio (OR)* y su respectivo intervalo de confianza de 95%. En todos los análisis estadísticos se adoptó el nivel de significancia de 5% ($p \leq 0,05$). Los resultados demostraron que mujeres negras poseen oportunidad reducida de iniciar el prenatal antes de la 12ª semana, realizar más de 6 consultas, realizar teste VIH, realizar VDRL, realizar examen de las mamas y recibir orientaciones respecto al embarazo, parto y amamantamiento. Los resultados también evidenciaron que la asociación entre la raza/color y la edad, escolaridad, renta, ocupación, paridad y utilización del servicio público. Encontramos 10,8% de adecuación global del cuidado prenatal y asociación estadísticamente significativa entre la raza/color de las mujeres y el índice de adecuación prenatal (OR= 0,45; IC95%:0,30-0,67). Conocer los grupos vulnerables y su perfil de utilización de los servicios de salud es herramienta fundamental para el planeamiento de acciones direccionadas a la eliminación de las desigualdades. Este estudio podrá contribuir para formulación de políticas de atención a las mujeres, con base en las condiciones reales del acceso al cuidado adecuado, según la raza/color, así como elucidar cuales son los factores que contribuyen para la baja cobertura del prenatal adecuado.

Palabras clave: derechos reproductivos, prenatal, salud de la mujer, salud pública, racismo.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1 – Variáveis do estudo, suas definições operacionais e categorização. Salvador, 2015. – 37

Figura 1 – Distribuição do índice de adequação do cuidado pré-natal de acordo com curva normal padrão. Brasil. 2011 à 2013. – 42

Artigo 1 – Adequação do pré-natal no Brasil: criação de um indicador padronizado e associação com raça/cor das mulheres

Figura 1 – Distribuição do índice de adequação do cuidado pré-natal de acordo com curva normal padrão. Brasil. 2011 à 2013. – 49

Tabela 1 – Distribuição de mulheres que realizaram pré-natal no Brasil segundo características sociodemográficas. Brasil. 2013. – 50

Tabela 2 – Distribuição das mulheres que realizaram pré-natal no Brasil segundo índice de adequação pré-natal global. Brasil. 2013. – 51

Tabela 3 – Associação entre índice padronizado de adequação do cuidado pré-natal e raça/cor de mulheres, ajustado por idade, escolaridade e estado civil. Brasil, 2013. – 52

Artigo 2 – Desigualdades raciais na utilização do cuidado pré-natal adequado

Tabela 1 – Comparação entre mulheres negras e brancas atendidas no pré-natal, segundo variáveis sociodemográficas. Brasil, 2013. – 65

Tabela 2 – Associação e correlação intraclasse entre os indicadores de cuidado pré-natal adequado e raça/cor de mulheres que realizaram o pré-natal. Brasil, 2013. – 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
GEM	Centro de Estudos e Pesquisas Sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package of Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory test

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES	21
2.3 ACESSO E ADEQUAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL	26
2.4 DESIGUALDADES NO ACESSO: GÊNERO E RACISMO	30
3 MÉTODOS	34
3.1 DESENHO DO ESTUDO	34
3.2 FONTE DE DADOS	34
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E DESENHO AMOSTRAL	35
3.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	35
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE	40
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	42
4 RESULTADOS	43
4.1 ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL: CRIAÇÃO DE UM INDICADOR PADRONIZADO E ASSOCIAÇÃO COM RAÇA/COR DAS MULHERES	44
4.2 DESIGUALDADES RACIAIS NA UTILIZAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL ADEQUADO	59
5 CONCLUSÕES	79
REFERÊNCIAS	83
ANEXO A - Questionário de moradores do domicílio da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013	92

1 INTRODUÇÃO

O acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva é um dos direitos previstos na Constituição brasileira, cabendo ao Estado disponibilizá-lo a toda à população, sem distinção de raça, cor, classe social, origem nacional ou qualquer outra condição. A assistência qualificada à reprodução gera grande impacto na saúde e vida das mulheres e de uma população, de modo que indicadores de saúde, como as taxas de mortalidade materna e de fecundidade feminina são mundialmente utilizados para medir o grau de desenvolvimento social (OMS, 2016).

Nos últimos anos, o acesso das mulheres ao cuidado pré-natal no Brasil tem aumentado, ampliando a cobertura de 87,1% em 1998, para valores muito próximos de 100% em 2011, no entanto, quando considerados os critérios relacionados à qualidade da assistência, há redução de cerca de 38% na cobertura desse serviço (BRASIL, 2012^a). Apesar do grande avanço demonstrado na cobertura da atenção pré-natal ao longo dos anos, os indicadores de saúde no país apontam para as falhas nesse serviço, trazendo à discussão aspectos relacionados ao cuidado adequado dispensado às mulheres.

O termo “cuidado pré-natal adequado” está relacionado ao êxito dos efeitos desejados sobre a saúde das mulheres no período peri e pós gestacional, e diz respeito à critérios de adequação predefinidos e passíveis de serem aplicados nos diferentes contextos socioculturais e sanitários. Embora não exista uma definição uniforme, se guarda as várias interpretações e variedades de critérios que compõe a adequação pré-natal de acordo com os diferentes autores e a base utilizada para defini-los (REIS et al, 2015; DOMIGUES et al, 2015; POIGLIANE et al, 2104).

Tendo em vista o impacto da atenção pré-natal na vida das mulheres e crianças e seu reflexo nos indicadores de saúde dos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu critérios mínimos de procedimentos e intervenções direcionadas às gestantes. Baseando-se nessas definições, o Ministério da Saúde do Brasil divulgou por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHNPN), Rede cegonha e Manuais técnicos de atenção ao pré-natal, as atividades preconizadas para o acompanhamento pré-natal adequado. Nesse sentido, a adequação do cuidado pré-natal segundo esses documentos, inclui a realização da primeira consulta até a 12^a semana de gestação, mínimo de seis consultas, realização de exames laboratoriais básicos, exames clínicos-obstétricos, ultrasonografia,

vacina antitetânica, atividades educativas, recebimento de orientação quanto à maternidade de referência e consulta puerperal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

O reconhecimento de que o cuidado pré-natal adequado reduz as causas evitáveis da morte materna já é um consenso, porém as desigualdades na distribuição e utilização desse cuidado comprometem esse fim e expõe a incompatibilidade entre o padrão de crescimento na cobertura da atenção pré-natal e as taxas de mortalidade feminina/materna registradas no Brasil. Em escala mundial, desde 1990 até 2015, a razão de mortalidade materna teve diminuição lenta, de pouco mais da metade necessária para alcançar as metas previstas pelos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) (OMS, 2015). Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que aproximadamente 289.000 mulheres morreram em todo o mundo em decorrência de complicações relacionadas à gestação e ao parto no ano de 2013, sendo que a maioria dos óbitos aconteceu em países de baixa renda por causas evitáveis.

Fatores de ordem social e econômica potencializam as limitações para as mulheres inseridas nas camadas sociais desfavorecidas, contribuindo para a dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde, no entanto, para além dos aspectos relacionados às más condições socioeconômicas, as desvantagens impostas às mulheres negras ultrapassam esses indicadores, expondo-as também à assistência inadequada (DOMINGUES et al, 2015). Usuárias prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), as mulheres negras se situam entre os percentuais de menores níveis socioeconômicos, e ocupam uma posição de maior vulnerabilidade porque vivenciam, no mínimo, a tripla discriminação de gênero, raça e classe, o que fortalece as barreiras de acesso que interferem em seu processo de adoecimento e morte (GOES, 2011).

Ao investigar a adequação da assistência pré-natal, a literatura aponta que mulheres de cor da pele preta ou parda, com baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos, vivenciam menor adequação na assistência (FONSECA et al, 2014; CESAR ET AL, 2011); são elas, portanto, as mais afetadas pelas complicações decorrentes da ausência do cuidado, além de estarem mais expostas à peregrinação em busca de assistência para o parto (VIELLAS et al, 2014).

Pesquisas de base populacional utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios do ano de 2008 (PNAD) abordando a utilização dos serviços sanitários e auto-avaliação do estado de saúde na população feminina têm apontado para a persistência das iniquidades nos serviços, como resultado das desigualdades de saúde geradas a partir das relações de poder que estruturam as vulnerabilidades e constituem formas de discriminação,

determinando efeitos negativos sobre a oferta, o acesso e a qualidade no cuidado à saúde (DOMINGUES, 2013; GOES, 2011).

Frente às desigualdades que se apresentam quanto ao acesso aos bens e serviços de saúde relacionados às questões de gênero e raça/cor, as Políticas de Promoção da Igualdade tem mostrado avanço, no entanto os dados que delinham a realidade do setor saúde no Brasil ainda apresentam uma configuração de oportunidades de acesso e grau de adequação diferente para mulheres brancas e negras (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; FONSECA et al, 2014). Ao identificar as desigualdades sociais e raciais das mulheres no acesso ao cuidado pré-natal adequado, esse estudo busca mostrar a influência dos aspectos sociodemográficos na utilização do serviço de saúde no âmbito da atenção pré-natal e por consequência seu impacto nos desfechos para a saúde das mulheres, ao impor-lhes maiores dificuldades ou facilidades quanto à acessibilidade aos serviços adequados em função do lugar social que ocupam.

Nesse sentido, optou-se por realizar um estudo de base populacional, cuja vantagem em destaque é alcançar as mulheres sem a limitação de captar apenas aquelas que estão presentes no serviço por ocasião da entrevista, extrapolando assim os estudos pautados nas demandas. Ademais, lançando mão dessa fonte é possível ter acesso a informações atualizadas e confiáveis sobre as dimensões essenciais da saúde, como o acesso e acompanhamento adequado dos serviços.

Nessa perspectiva, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) possibilita o acesso a informações sobre cobertura e acompanhamento pré-natal segundo variáveis que atendem aos critérios mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Por meio desses é possível investigar a adequação do cuidado às mulheres no que concerne ao início do acompanhamento pré-natal, à realização de consultas e exames e às orientações recebidas pela gestante durante todo período gestacional.

Considerando os resultados de pesquisas que apontam iniquidades na utilização do serviço de saúde por mulheres negras no tocante ao cuidado pré-natal, este estudo apresenta o seguinte questionamento: Existe associação entre a adequação do cuidado pré-natal e a raça/cor das mulheres?

Visando responder à questão supracitada foi definido como objetivo geral: Analisar a utilização do cuidado pré-natal adequado entre mulheres negras e brancas. Na perspectiva de alcançar este objetivo definiram-se como objetivos específicos:

1. Caracterizar as mulheres segundo fatores sociodemográficos e raça/cor
2. Estimar a magnitude da adequação global do cuidado pré-natal no Brasil

3. Verificar a associação entre o índice padronizado de adequação do cuidado pré-natal e a raça/cor das mulheres
4. Verificar associação entre os indicadores de processo do cuidado pré-natal adequado e a raça/cor das mulheres

O reconhecimento de grupos vulneráveis e conhecimento sobre a utilização dos serviços de saúde por esses grupos no país é ferramenta fundamental para o planejamento de ações direcionadas tendo em vista a superação das dificuldades vivenciadas dentro do sistema de saúde e a implementação da integralidade, equidade e universalidade na prática diária dos serviços, dentre eles o acompanhamento pré-natal. Visamos contribuir para implementação de políticas públicas nesse âmbito, além de fomentar discussões e avanços na formação profissional no que tange à valorização das mulheres usuárias do serviço em suas especificidades e contexto de vida.

O interesse pela temática da saúde das mulheres e especificamente na atenção pré-natal se deu durante a minha trajetória acadêmica e a minha inserção no Centro de Estudos e Pesquisas Sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). A inserção no grupo de Gênero, raça e etnia, pertencente ao GEM, foi de extrema importância para que eu pudesse direcionar o olhar a grupos específicos de mulheres e compreender os multifatores que influenciam o acesso ao serviço de saúde, para essas mulheres. Durante a vivência na Iniciação Científica, inserida no projeto “Prevalência de Gravidez não planejada em área de cobertura da ESF, em Salvador-Ba”, tive a oportunidade de acompanhar gestantes que utilizavam o serviço pré-natal nas unidades de Saúde da Família de um Distrito Sanitário da cidade de Salvador e posteriormente, durante a experiência de graduação sanduíche na Espanha, pelo Programa Ciências Sem Fronteiras, pude acompanhar e participar de consultas de pré-natal, chamadas de “seguimiento del embarazo”, em um contexto diferente do qual vivemos no Brasil. Nesse processo, participando de atividades práticas no serviço e pesquisas sobre a realidade do serviço de pré-natal, nasceu o desejo por aprofundar conhecimentos sobre a temática, focando a realidade das mulheres negras e desfavorecidas socioeconomicamente, para entender as implicações dessas características sob o acesso ao serviço de saúde adequado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desfrutar da saúde de maneira integral é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano e sua implementação depende, dentre outros fatores, da ação do Estado na direção de proporcionar meios que permitam às pessoas viver da forma mais saudável possível. Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, destaca, por meio da Constituição Federal de 1988 e da Legislação do Sistema Único de Saúde (lei 8080/1990) a garantia desse direito mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, fomentando a universalidade e a equidade no acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o acesso diz respeito à capacidade de utilizar serviços de saúde de forma integral, oportuna, adequada e qualificada. Os serviços com essas características referem-se às ações populacionais e/ou individuais adequadas, sob a ótica cultural, étnica e linguística, que considerem as diferentes necessidades de saúde (OPAS, 2014). Para Giovanella e Fleury (1996) a discussão sobre acesso caminha na perspectiva da inter-relação entre os serviços de saúde e os usuários/os apresentando-o como um conceito geral que engloba as dimensões específicas na abordagem do ajuste entre essas/es e o sistema de cuidados em saúde.

A literatura científica discute o conceito de acesso de forma ampla e variada, explicitando, por meio das diversas abordagens sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, a pluralidade e complexidade que circundam esse tema. Essas variações, para além do tom conceitual, podem diferenciar-se também quanto ao enfoque, podendo variar de autor/a para autor/a, destacando como ponto central da discussão os aspectos individuais do/a usuário/a, as características da oferta ou ambos e/ou na relação entre as pessoas e os serviços.

Ao discorrer sobre o direito à saúde e os quatro elementos que fazem parte desse constructo, a OMS destaca o termo acessibilidade, sobre o qual se define que bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos/as e que a essa premissa estão atadas a não discriminação; acessibilidade física; acessibilidade econômica e acesso à informação. Donabedian (1973) também utiliza esse termo, mas o representa como o próprio acesso e o relaciona aos aspectos da oferta de serviços, referindo-se às ofertas como dotadas de características e recursos de saúde que poderão ou não atender às necessidades de saúde de

uma população. Esse autor usa duas dimensões da acessibilidade, que embora distintas, estão inter-relacionadas: a dimensão sócio-organizacional e a geográfica.

Entende-se como sócio-organizacional, a acessibilidade que inclui todas as características da oferta de serviços que sofrem influência das políticas, sejam elas formais ou informais. Por sua vez, a acessibilidade geográfica está relacionada aos aspectos geográficos que limitam ou impulsionam o uso dos serviços de saúde, cabendo destacar a distância percorrida entre os lugares, o tempo de locomoção entre eles, bem como os custos para locomover-se. O conceito de Donabedian enfatiza a acessibilidade como agente de exposição das características da oferta dos serviços que intervêm na relação entre o uso desses e as características das pessoas.

Para Travassos e Martins (2004) o conceito de utilização dos serviços abarca todo o contato do usuário com o serviço, seja ele direto ou indireto. Entende-se por contato direto as consultas médicas/hospitalizações e o contato indireto compreende a realização de exames diagnósticos e preventivos. Em revisão conceitual sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, essas autoras destacam Pineault e Daveluy (1986) e descrevem os determinantes do uso dos serviços de saúde por:

“[...] fatores relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.” (PINEAULT E DAVELUY, 1986 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

A análise de acesso feita por Andersen e Newman (1973), por sua vez, em seu clássico modelo de utilização de serviços destaca que “acessar” extrapola o limite de “entrar no serviço” e alcança a continuidade do tratamento, e nesse sentido, entende-se que o acesso se configura como um importante aspecto da oferta de serviços na explicação do padrão de utilização desses. Nesse modelo, há três fatores individuais que mediam a influência do

acesso sob o uso dos serviços de saúde: os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde.

Os fatores predisponentes são aqueles que existem em momento anterior ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços, bem definido por variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, dentre outras). Os fatores capacitantes dizem respeito aos meios que permitem às pessoas usarem os serviços, à exemplo da renda, cobertura de saúde (seja ela pública ou privada) e oferta de serviços. Já as necessidades de saúde referem-se à auto-percepção ou diagnóstico profissional da necessidade do indivíduo (ASIS; JESUS, 2012).

No tocante ao modelo de utilização de serviços de Andersen, destaca-se que este não se limita à explicação da utilização mediante a um único fator, os determinantes individuais, mas como sendo resultado da interação das pessoas com o sistema de saúde e o contexto social; além de ter em conta a experiência vivida ao se utilizar os serviços. Em investigação realizada com população quilombola, sobre fatores associados à utilização do serviço de saúde, Gomes e coautoras (2013) reiteraram que múltiplos aspectos guardam influência com o padrão de uso dos serviços, e nesse sentido seu estudo apontou as doenças como o principal motivo de utilização, predomínio de atendimentos ambulatoriais realizados pelo SUS; tempo de deslocamento das pessoas de até 30 minutos (de seus domicílios até o local do atendimento) e relato de discriminação por parte das/os usuárias/os. A pesquisa indicou ainda maior prevalência de utilização de serviços sanitários por pessoas do sexo feminino, com companheiro, que auto-avaliavam seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim e que estavam cadastrados no PSF; constatando assim, a influência de multifatores na forma de acessar e utilizar os serviços sanitários.

Em conformidade, Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) consideram a utilização dos serviços de saúde como a resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características sociodemográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico. Nesse sentido destaca-se que a utilização de serviços pode ser considerada uma expressão positiva do acesso, à medida que este gera impacto na saúde das populações e nos indicadores de saúde, a exemplo da redução de taxas de mortalidade por causas específicas (JESUS; ASSIS, 2010).

Em pesquisa realizada sobre o perfil de utilização dos serviços de saúde pela população brasileira, utilizando dados da PNAD de 2003 e 2008, encontrou-se que 96,4% das pessoas que procuraram os serviços de saúde foram atendidas. Para esse estudo, mulheres usuárias de plano de saúde e pessoas de cor branca compuseram o grupo de quem mais

buscou atendimento (público e privado); no entanto ao analisar apenas os atendimentos no SUS, a utilização mais frequente se deu entre pretas e pardas, e como já esperado, entre aquelas que não possuíam plano de saúde (SILVA et al, 2011). Esse e outros estudos (ANDRADE et al, 2013; CESAR et al, 2011) mostram que usar o SUS ou possuir plano de saúde está relacionado às questões socioeconômicas e pode dificultar ou facilitar o acesso ao serviço de saúde, vale ressaltar que utilização dos serviços sanitários no Brasil é desigual entre as classes socioeconômicas, favorecendo as camadas de renda mais elevada.

Outros estudos que utilizaram dados da PNAD dos anos de 1998 à 2008 para investigar aspectos relacionados à equidade na utilização e acesso aos serviços de saúde no Brasil, também destacaram a influência da característica mista (pública e privada) do sistema de saúde do país sobre as desigualdades vivenciadas na utilização dos serviços. Da mesma maneira, os autores reiteraram a estreita relação entre desigualdades socioeconômicas e a utilização dos serviços, indicando que indivíduos mais escolarizados, com renda fixa e brancos buscam mais os serviços sanitários, sejam eles preventivos ou curativos; o que contribui para fortalecer as iniquidades na distribuição de bens de consumo e serviços, uma vez que os grupos socialmente privilegiados são também aqueles que mais utilizam os serviços, (ANDRADE et al, 2011; VIACAVA et al, 2000)

Outro aspecto focado nas pesquisas brasileiras têm sido as desigualdades socioeconômicas e a qualidade da assistência relacionada ao acesso aos cuidados com a saúde (RODRIGUES, 2009; GOMES, 2013; GOES, 2011; ANDRADE et al, 2013). A análise do perfil de usuários do sistema de saúde, considerando os grupos vulneráveis, em especial para aqueles que utilizam o serviço público, é de fundamental importância, pois denuncia que as barreiras de acesso nem sempre resultam na falta de atendimento, mas podem se esconder nas desigualdades relacionadas à oportunidade de atenção de qualidade.

O SUS responde pela saúde de cerca de 190 milhões de pessoas enquanto que o segmento de planos securitários cobre cerca de 49,2 milhões (IBGE, 2010). Há de se considerar que embora proponha universalidade, igualdade e equidade, o sistema público de saúde no Brasil enfrenta um grande desafio para atender toda a sua demanda e ainda está muito distante da sua aplicabilidade ideal. A garantia do acesso universal e equitativo, bem como a utilização dos serviços, por vezes são violados por multifatores tais como as condições socioeconômicas e culturais e os eixos estruturantes da sociedade que funcionam articuladamente como determinantes de vulnerabilidades, à exemplo do racismo e sexismo (GOES; NASCIMENTO, 2013).

2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES

A saúde reprodutiva e sexual, da qual muitas mulheres desfrutam atualmente, fazem parte de um conjunto de direitos alcançados ao longo das décadas, fruto de conquistas históricas na luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. Os direitos reprodutivos estão fundamentados nos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva, e dão às mulheres a possibilidade de escolha sobre as questões relacionadas ao seu próprio corpo permitindo-lhes vivenciar a sexualidade dissociada da procriação (SOUSA, 2011).

Historicamente, a revolução francesa (1789) foi um divisor de águas na luta pela igualdade ao levantar princípios revolucionários de liberdade, igualdade, fraternidade e justiça social, funcionando como uma onda de ideais libertadores que influenciou diversos movimentos reivindicatórios dos diferentes seguimentos sociais ao redor do mundo (HEILBORN; ARÀUJO; BARRETO, 2010).

Em busca do acesso aos direitos até então negados pela sociedade, as mulheres buscaram inserir-se nesse movimento, porém a princípio não tiveram as suas causas assumidas como legítimas. Em sua obra “O enigma da igualdade”, Joan Scott (1999) discute que embora durante a revolução francesa a ideia de que todos os indivíduos poderiam ser considerados iguais, inclusive para os propósitos de participação política e representação legal, a “igualdade” que se via na prática era manipulada pelos interesses e épocas. Para os acontecimentos revolucionários na França de 1789, por exemplo, as diferenças de nascimento, posição e de status social entre homens não eram consideradas, no entanto, diferenças de cor e gênero sim; já que mulheres e pessoas negras tinham a sua liberdade de expressão e decisão tolhidas pelas normas sociais da época.

Foi a partir do século XIX que as manifestações públicas pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, evidenciando a luta pela igualdade de acesso à educação, ao voto e ao mercado de trabalho começaram a emergir. Nesse período, os direitos demandados pelas mulheres começaram a compor a bandeira de luta do então nascente movimento feminista na Europa e nos Estados Unidos. A partir da segunda metade do século XIX o movimento ganhou uma conformação ainda mais política e social, dirigida principalmente pelas mulheres européias e estadunidenses que iniciaram um movimento por seus direitos nesse âmbito (HEILBORN; ARÀUJO; BARRETO, 2010; SILVA 2015)

As diferenças de posições entre homens e mulheres, que atribuíam a essas um lugar inferior e desvalorizado em relação aos homens, começou a ser questionado pelo Movimento Feminista, que trouxe à pauta as desigualdades de gênero nas diversas esferas da sociedade, a

exemplo da educação, envolvimento na organização política, mercado de trabalho, produção de conhecimento científico e saúde. No campo dos cuidados com a saúde da mulher, o Movimento Feminista, a partir da década de 60, enfatizou a insatisfação com a imagem de “reprodutora” como função natural das mulheres, questionando o destino biológico e a construção histórica do lugar social designado para elas, e reivindicando a (re)apropriação do corpo e o reconhecimento dos problemas das mulheres como questões políticas (SCAVONE, 2004).

No Brasil, o movimento feminista não aconteceu de forma alheia ao contexto mundial. Enquanto movimento, tomou forma no território brasileiro no século XX, durante a luta pelo direito ao voto; mais adiante na ditadura militar (1964-85), muitas mulheres posicionaram-se como esquerdistas na busca por uma sociedade construída democraticamente. A constante transformação política que acontecia na mente das mulheres ocidentais mostrou força no Brasil nos anos 70, período marcado pela “segunda onda do feminismo”, o que resultou em profundas transformações na vida das brasileiras e crescimento das lutas por direitos reprodutivos (SILVA, 2015).

Os direitos reprodutivos foram tecidos dentro de uma conjuntura nacional e internacional. Em 1975 a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu esse, como o ano Internacional da Mulher, buscando reconhecer as desigualdades de gênero que colocava as mulheres em piores condições de vida e com pouco ou nenhum acesso ao poder. Em 1980 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma importante conquista no Brasil, fruto da árdua luta pela atuação feminina na política.

A luta pelos direitos reprodutivos em nosso país recebeu atenção por meio da implantação de políticas públicas para a saúde das mulheres, expressadas através do PAISM, o qual propunha o desenvolvimento de ações efetivas para a saúde feminina em todo o ciclo vital. Com uma abordagem ampla, esse programa valorizou todas as fases da vida da mulher e não apenas o ciclo gravídico-puerperal; a integralidade e equidade das ações também foi outro ponto de destaque do programa (BRASIL, 2011a). Sobre esse avanço, Negrão (2012) comenta que a criação do SUS e a instituição de mecanismos de controle social das políticas de saúde foram e são ferramentas fundamentais para que o movimento de mulheres politize os temas da saúde e dos direitos reprodutivos na agenda dos conselhos de saúde, ampliando o apoio da sociedade em sua defesa.

Outros acontecimentos importantes ligados às lutas e às questões históricas e culturais do ser mulher aconteceram ao redor do mundo, a exemplo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que resultou no Programa de Ação do Cairo (1994). A

CIPD trouxe discussões sobre as desigualdades de gênero, meio ambiente e os Direitos Humanos, e influenciou a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, nesta, acordos estabelecidos no Cairo foram reafirmados e avançou-se nas definições sobre direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos, ressaltando o empoderamento das mulheres sob a perspectiva da equidade de gênero (PORTELLA, 2007). O Brasil é signatário de todos os acordos decorrentes desses eventos, passando a adotar e politizar o conceito de saúde reprodutiva e sexual emanado dessas conferências e plataformas de ações internacionais.

Sobre a definição de saúde reprodutiva, vale ressaltar seu conceito definido pela Organização Mundial da Saúde, em 1988, e ampliada pela CIPD:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. Implica, por conseguinte, em que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. [...] Implícito nessa última condição está o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio.” (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

O reconhecimento da saúde sexual e reprodutiva como direito foi fundamental para a criação e qualificação de políticas públicas que contemplassem as necessidades das mulheres em seu caráter biológico, político e social. Nesse sentido, documentos sobre a saúde no Brasil reiteram a responsabilidade do Estado em garantir, por meio de ações e estratégias, condições de vida que favoreçam a vivência sexual e reprodutiva de forma saudável, além de fomentar o compromisso da população de modo responsável e mediante direitos previstos na Constituição (BRASIL, 2010).

Além das Políticas focadas nas questões de gênero, novos programas foram criados com vistas ao cuidado materno infantil, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano 2002, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, incrementar a qualidade e a capacidade da assistência obstétrica e neonatal, além de expandir a sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o melhor acesso à assistência. Notadamente, aumentar a cobertura e a qualidade do acompanhamento

pré-natal, da assistência ao parto e puerpério em todo o território brasileiro, tem sido o grande foco desse programa (NUNES e MENDES, 2015; BRASIL, 2002; LEAL et al, 2015).

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como fruto de um longo percurso cheio de lutas por direitos sociais e culturais, evidenciando um cenário de urgência de uma política de saúde específica para mulheres. Este documento incorporou, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, sobre os quais propunha a consolidação de avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, muitos deles já levantados pelo PAISM.

Nesse sentido, em sua elaboração contou com ampla participação social, a saber, o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadoras(es) da área, gestores do SUS, organizações não governamentais e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2011a). O documento enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, do planejamento reprodutivo, da atenção ao abortamento inseguro e do combate à violência doméstica e sexual, além de destacar a prevenção do câncer ginecológico, do tratamento do HIV/aids e das doenças crônicas não transmissíveis. Uma das características marcantes dessa Política foi o destaque aos grupos historicamente invisibilizados pelas políticas públicas, e nessa perspectiva, propõe-se a ampliação das ações voltadas para esses, nas suas especificidades e necessidades, a exemplo das demandas de raça.

No contexto nacional, ao longo das décadas muitas conquistas foram incorporadas à vivência reprodutiva das mulheres com direitos assegurados por lei, a exemplo da Lei do direito ao acompanhante, criada em 2005, que permite a presença de um acompanhante em todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; a criação da Lei nº 11.634/ 2007, que em resposta à problemática da peregrinação das mulheres em busca da maternidade para a realização do parto, passou a garantir às gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde, o direito de vincular-se à maternidade para receber toda a assistência necessária, primando por estabelecimentos de saúde de fácil acesso e adequados para as necessidades clínicas de cada parturiente (BRASIL, 2005; 2007)

Além disso, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.459/2011 instituiu a Rede Cegonha como estratégia para organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao nascimento e crescimento/desenvolvimento saudável das crianças, buscando garantir sempre o acesso, o acolhimento e a resolutividade (BRASIL, 2011b).

Reconhecendo-se o impacto da atenção qualificada à saúde sexual e reprodutiva nos indicadores de saúde em âmbito mundial, quatro dentre os oito objetivos do Milênio traçados pela Conferência do Milênio no ano 2000 possuíam relação direta com a saúde sexual e reprodutiva, à saber: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil (OMS, 2015). Essas metas foram definidas para que um conjunto de países, dentre eles o Brasil, pudesse melhorar o cenário do setor saúde em um período de 25 anos, 1995 à 2015. Os atuais indicadores revelam, no entanto, que nem todos os objetivos traçados foram efetivamente alcançados e dentre os fatores que dificultaram o avanço do Brasil rumo ao alcance das metas estabelecidas foi a persistente baixa qualidade na assistência pré-natal e no parto (LEAL et al, 2004; LEAL et al 2014).

No âmbito do SUS, a saúde sexual e reprodutiva constitui-se uma das prioridades da atenção básica e o acesso pré-natal de qualidade é um dos apontadores utilizados para a sua avaliação. Nesse sentido, destaca-se o cuidado pré-natal adequado como fator de proteção para a saúde da população feminina, por contemplar procedimentos preventivos, curativos e de promoção da saúde, realizados periodicamente. A assistência de qualidade pode evitar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis, gerando impacto nos indicadores de resultados maternos e neonatais (LEAL et al, 2015)

Sabe-se que há várias incoerências entre o que está preconizado pelas Políticas Públicas e o que é efetivamente realizado no dia-a-dia do sistema de saúde. É preciso, portanto, entender a origem das distorções e os motivos para o distanciamento entre a proposta e a realidade, resgatando o histórico das políticas de saúde no nosso país e avançando para identificar demandas e necessidades das mulheres, considerando os determinantes sociais e culturais da população e integrando as perspectivas de gênero e a integralidade nas práticas de saúde, para humanizá-las e oferecer melhorias na qualidade da atenção à saúde (NUNES; MENDES, 2015).

Para Sousa (2011) um modelo social que fomenta a desigualdade interrompe a possibilidade de livres escolhas das mulheres e as pressiona em múltiplas direções. É importante reiterar que os direitos reprodutivos são também direitos sociais, visto que estão intimamente relacionados às mudanças políticas, econômicas e da sociedade, as quais podem promover a autonomia e possibilitar a tomada de decisão na vida e saúde das mulheres.

2.3 ACESSO E ADEQUAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL

O acesso à assistência pré-natal é condição indispensável para que a gestação transcorra sem complicações e/ou riscos para a saúde materna e fetal, visto que esse serviço possui como principal objetivo monitorar e acompanhar a gravidez, a fim de identificar e intervir oportunamente nas situações de risco.

A despeito da alta cobertura do pré-natal no Brasil, as desigualdades de acesso na atenção oferecida ainda persistem (FONSECA et al, 2014), expondo principalmente as mulheres socialmente desfavorecidas aos desfechos maternos e perinatais negativos e, conseqüentemente mantendo os indicadores de saúde aquém do que está preconizado pelos critérios mundialmente estabelecidos para se alcançar um nível satisfatório de saúde e desenvolvimento nos países. Tendo em vista a diminuição desta incompatibilidade, países como a Costa Rica avaliam a cobertura pré-natal juntamente com os critérios de qualidade do serviço, estabelecendo um conjugado que oferece maior visibilidade às porcentagens fidedignas e aos reais impactos dessa assistência na saúde da mulher e criança (VARGAS; VARGAS, 2014).

A mortalidade materna é inaceitavelmente alta no mundo, principalmente pelo fato de ser evitável na maioria dos casos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cada dia morrem 830 mulheres, devido a complicações na gestação e parto, e os principais cenários dessa tragédia são países em desenvolvimento, com baixa renda e maiores desigualdades (OMS, 2015). Em escala nacional a razão de mortalidade materna teve diminuição lenta e não alcançou a meta estabelecida pela Organização de Desenvolvimento do Milênio. Embora o Brasil tenha vivenciado grande expansão da oferta de atendimento pré-natal, a elevada incidência de sífilis congênita, bem como a hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, denunciam o comprometimento da qualidade do serviço (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde, com o propósito de ampliar e qualificar a atenção pré-natal no Brasil tem instituído políticas e programas de orientações em saúde com vistas à redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, que se apresentam como resultado das dificuldades de acesso e inadequação da assistência; nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Rede Cegonha e o Programa de Humanização no Parto e Nascimento ganham destaque na priorização da melhoria do acesso à saúde, da cobertura e da qualidade no acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério, entre outras necessidades de saúde.

Estudos realizados sobre a adequação do pré-natal (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; CESAR et al, 2011; VASCONCELOS-MOURA et al, 2014) têm destacado que a persistência de desigualdades sociais no acesso a esse tipo de serviço de saúde interferem no padrão de utilização pelas mulheres, especialmente quando esse padrão engloba frequência e qualidade. À respeito dessa inter-relação Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) destacam que a utilização dos serviços de saúde resulta da intersecção de determinantes que abrangem os fatores sociodemográficos e de saúde e a organização da oferta.

A adequação da assistência pré-natal consiste na qualificação dada a um conjunto de medidas adotadas pelos países para diminuir ao máximo as taxas de morbidade e mortalidade durante o período peri e pós-gestacional. Essas medidas baseiam-se principalmente nas recomendações globais da OMS, e especialmente para os países da América Latina, nos critérios da OPAS, embora possam apresentar variações relacionadas às especificidades de cada país. Nesse sentido, diversos estudos, nacionais e internacionais, têm relatado inadequação da assistência pré-natal (DOMINGUES et al, 2012; FONSECA et al, 2014; POLGLIANE et al, 2014; VEJA; BARRÓN; ACOSTA, 2013), revelando que embora em constante expansão, o processo de assistência considerado adequado ainda alcança uma pequena porcentagem de mulheres.

No Brasil, a assistência pré-natal adequada é definida com base nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, mediante o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHNPN) e Rede cegonha, que são documentos oficiais fundamentados nas definições e orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde.

A qualidade da assistência pré-natal, segundo as orientações da PHNPN, incluem a realização da primeira consulta até a 12^a semana de gestação, mínimo de seis consultas (sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), realização de exames laboratoriais como hemograma completo com ABO-Rh, glicemia de jejum, sorologia para sífilis (venereal disease research laboratory test, VDRL), exame de urina, testagem anti-HIV, exames clínicos-obstétricos (aferição de pressão arterial da gestante, medida da altura de fundo uterino, ausculta de batimentos fetais, exame clínico das mamas), vacina antitetânica, recebimento de orientação quanto à maternidade de referência para assistência ao parto e realização de uma consulta puerperal até 42 dias após o parto (BRASIL, 2002).

Estudos que propõe avaliar o cuidado pré-natal no Brasil têm destacado que à medida que se somam as ações referentes a uma assistência adequada, conforme o preconizado pela PHNPN há uma queda significativa no nível de adequação. Sobre isso, pesquisas realizadas nos

estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia expõe os baixos índices de cobertura de ações básicas (OLIVEIRA et al, 2013), evidenciam que ainda há pouca realização de exames laboratoriais, de complementação diagnóstica e especializados, e pouca participação de gestantes em grupos de educação em saúde e orientações em sala de espera (ANVERSA et al, 2012; DOMINGUES et al, 2012; NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007), além disso demonstram que embora a atenção pré-natal tenha avançado no Brasil, ainda se identificam fragilidades em toda a assistência, principalmente no que se refere ao rastreamento e tratamento de infecções durante a gestação, entre elas a sífilis (RAMALHO, 2016).

Seguir as diretrizes aumenta a garantia de uma gestação saudável, pois possibilita o manejo dos fatores de risco modificáveis e a detecção das morbidades típicas da gestação; por este motivo o cuidado pré-natal se configura como atividade preventiva e incide diretamente na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, bem como no aumento dos índices de natalidade (LEITE et al, 2011). Ademais, a pouca idade gestacional na primeira consulta revela a captação precoce das gestantes pelos serviços de saúde.

Existem evidências da relação entre o número de nascidos vivos e a quantidade de consultas de pré-natal realizadas pela mãe. Dados do IBGE (2009) evidenciam o aumento da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas pré-natais, respondendo por 54,5%, em 2006 comparado à 43,7%, no ano 2000; em contrapartida, numa escala de adequação do cuidado pré-natal, para as mulheres que estavam em condição de assistência totalmente inadequada, a proporção de nascidos vivos reduziu de 4,7% para 2,1% de 2000 para 2006. Corrêa e colaboradores (2014) reiteram a influência do cuidado adequado no pré-natal sobre os desfechos perinatais ao verificar uma relação direta deste com indicador “peso ao nascer”, em estudo realizado em Unidade de Saúde da Família na cidade de São Paulo.

Vale ressaltar que dentro dos termos do cuidado qualificado no âmbito do pré-natal se encaixa a educação em saúde, ferramenta fundamental que permite à gestante e à sua família utilizar os conhecimentos adquiridos para detectar com discernimento os sinais e alarmes durante a gestação, além de fortalecer os fatores protetores para a gestante e a criança.

Em pesquisa feita na Costa Rica sobre o acompanhamento pré-natal, detectou-se que para a maioria das mulheres investigadas as orientações/informações contínuas não eram oferecidas, gerando comprometimento na qualidade do serviço (VARGAS; VARGAS, 2014). Em conformidade com este estudo, uma investigação realizada em países da África

Subsariana, destacou a importância da educação em saúde na prevenção de complicações na gestação (PELL et al, 2013).

A literatura científica tem demonstrado que o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência sofrem influência importante das variáveis sociais e demográficas e, portanto, o conhecimento a respeito do perfil das usuárias bem como as limitações enfrentadas por elas no acesso ao serviço adequado é essencial para a formulação de políticas direcionadas.

Estudos destacam que o maior acesso ao cuidado pré-natal adequado no Brasil dá-se entre mulheres residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, de cor branca, com mais anos de estudo, de classe econômica mais elevada e atendidas em serviços privados (DOMINGUES et al, 2015). Em concordância com esse achado Viellas e colaboradores (2014) evidenciam, em sua pesquisa, um perfil inverso para as mulheres que enfrentam dificuldades de acesso ao serviço pré-natal, sendo elas, indígenas e pretas, com menor escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste.

Outro estudo realizado na Colômbia por Córdoba, Escobar e Guzmán (2012) evidenciou que ter pouca idade e baixo nível educativo são fatores diretamente relacionados ao início tardio no acompanhamento pré-natal, reiterando que, tanto em escala nacional como internacionalmente, o baixo nível social e cultural guarda influência com os comportamentos de risco no âmbito da saúde reprodutiva, aumentando a desvantagem para o acesso à informação e aos serviços de saúde.

De maneira geral, os problemas de saúde e as dificuldades de acesso afetam em maior proporção as mulheres mais vulneráveis, são elas as que estão mais expostas aos riscos maternos e perinatais e também sobre elas recai a porcentagem de menor utilização e menor adequação do serviço pré-natal, alimentando o conceito do “cuidado inverso” onde a disponibilidade da assistência é inversamente proporcional às necessidades da população (HART, 1971).

Aspectos relacionados à lei do cuidado inverso, discutido por Hart há mais de quatro décadas tem se aplicado à saúde do Brasil até os dias de hoje. À esse respeito nota-se que as áreas onde a população se mostra mais vulnerável e necessitada de cuidados específicos, são aquelas que dispõe de menos profissionais e equipamentos, possuem estruturas obsoletas e herdadas as tradições de consultas clinicamente ineficazes. Operar para promover a redistribuição do cuidado exige esforço na luta contra poderosas forças sociais e culturais que se movem na direção contrária.

2.4 DESIGUALDADES NO ACESSO: GÊNERO E RACISMO

A desigualdade não está pautada em diferenças individuais, mas da organização social constituída por estruturas hierarquizadas e movida por valores simbólicos e materiais produzidos pelas variadas relações sociais, tendo como consequência a desigualdade na repartição de todos os tipos de vantagens e desvantagens (GOES, 2011). Dessa maneira, as relações entre as pessoas passam a ser edificadas sobre as hierarquias socioeconômicas, de gênero, culturais e políticas; aspectos que conferem aos diferentes grupos maior ou menor poder, estabelecendo assim as desigualdades sociais.

Historicamente as relações de poder foram construídas de modo que o processo de dominação fosse visto como consequências naturais das relações entre os diferentes grupos e não como o que de fato eram: problemas sociais. Como consequência disso, a configuração da sociedade estabeleceu-se fomentando os processos discriminatórios também na oferta, acesso e qualidade da atenção em saúde (MASSIGNAM et al, 2015). Para Barata (2009), as desigualdades sociais em saúde estão ligadas à organização social e por isso refletem o grau de iniquidade da sociedade, bem como as desigualdades de acesso e utilização dos serviços dentro dela.

Em seu clássico “O enigma da igualdade” Joan Scott, evidencia o paradoxo da promessa de igualdade durante a história. No contexto da Revolução Francesa, onde a igualdade era anunciada como princípio geral, do qual todas/os deveriam usufruir, a cidadania foi conferida inicialmente à aqueles que possuíam certa renda e propriedades, e negada (até 1794) à escravos, porque eram propriedade de outros, e às mulheres porque seus deveres domésticos e a maternidade eram vistas como impedimentos à participação política. Embora inúmeros movimentos ao longo da história tenham enfrentado tais determinações, as relações desiguais de gênero e raça, atualmente, ainda estruturam as iniquidades que, na esfera da saúde, agravam as condições de vida e o bem estar das pessoas.

Para analisar gênero e raça como eixos sobre os quais as desigualdades de poder estão organizadas na sociedade é necessário primeiro entender seus significados e intersecções. Para os estudos de base feminista “gênero”, no sentido mais literal e profundo da palavra apresenta-se como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos, direcionadas pelas relações de poder socialmente construídas (SCOTT, 1989). Já a raça está ligada, em primeira instância, à variabilidade física dos seres humanos, ou seja, a base da compreensão sob essa perspectiva é reconhecer a ampla gama de biotipos em termos de suas respectivas aparências (SANSONE; PINHO, 2008); no entanto para além da categorização

biológica, a raça se traduz como importante constructo social, que determina identidades, acesso à bens e serviços e valorização da sociedade (CHOR; LIMA, 2005). A interação da raça com outros marcadores sociais, como gênero, escolaridade e renda, pode ainda determinar o grau de vulnerabilidade aos diferentes riscos à saúde.

Ao destacar gênero como a categoria útil para se analisar a história, Scott (1989) destaca a importância da inter-relação desta com outras categorias como raça e classe. Para ela, o interesse pelas categorias de classe, de raça e de gênero afirma o compromisso do (a) pesquisador(a) com a história que inclui a fala dos(as) oprimidos(as), e mais profundamente com a análise da natureza de sua opressão; destacando que sobre esse tripé se fundamenta a raiz das desigualdades.

O uso do termo interseccionalidade designa a interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe, e foi discutido pela primeira vez pela jurista norte-americana Kimberle Crenshaw. Essa autora traz à discussão estruturas que mantêm a discriminação racial e a discriminação de gênero, e, por conseguinte, como essas discriminações operam juntas, limitando as chances de sucesso das mulheres negras (CRENSHAW, 2012). Sob o olhar da interseccionalidade é possível compreender que nem sempre lidamos com grupos distintos de pessoas e sim com grupos sobrepostos, ou seja, uma determinada população pode ser afetada, de forma específica, como no caso das mulheres negras, pela combinação de formas diferentes de discriminação.

Compreender a origem das desigualdades e dos processos discriminatórios e suas implicações no cuidado em saúde é primordial para se definir formas de enfrentamento desses fenômenos. A crescente produção científica nesse âmbito vem alertando para o fato de que investigar aspectos relacionados ao preconceito, discriminação ou qualquer outra manifestação de injustiça social, é de fundamental importância para combatê-las e garantir a equidade no acesso a serviços de saúde (MASSIGNAM et al, 2015).

Bilge (2009), baseada em discussões desenvolvidas por Crenshaw e outras autoras destaca que a compreensão das complexas identidades e das desigualdades sociais pode se dar através de uma teoria transdisciplinar que utiliza uma abordagem integrada, a qual ela descreve como interseccionalidade. Para ela, o enfoque interseccional vai muito além de apenas reconhecer a multiplicidade de sistemas de opressão que operam a partir de categorias como a raça, o sexo e classe; ele postula a interação dessas na produção e reprodução da desigualdade social.

Nesse sentido o grande desafio da interseccionalidade é garantir que a discriminação racial que afeta mulheres e a discriminação de gênero que afeta mulheres negras sejam

consideradas mutuamente e não excludentes entre si (CRENSHAW, 2012). Nessa perspectiva é importante perceber como a mobilização de raça e gênero podem ajudar a explicar desigualdades no acesso a bens de consumo e serviços, em especial aqueles que dizem respeito à saúde; já que nem sempre as análises realizadas em estudos consideram como a raça ou a classe social, por exemplo, contribuem para gerar essas desigualdades.

Considerando a intersecção de raça e gênero e analisando os indicadores de saúde que se utilizam de tais variáveis, tem-se como resultado a dramática situação das mulheres negras no Brasil. As altas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis, o menor acesso e utilização de serviços de caráter preventivo, e o maior grau de insatisfação de atendimentos em saúde por esse grupo, ajudam a traçar o desenho da situação de saúde dessas mulheres, a quem são impostas determinadas desvantagens em função do lugar social que ocupam.

A fim de reduzir as disparidades e os estigmas, bem como a discriminação e desigualdades na atenção à saúde, o Governo Federal tem desenvolvido estratégias para garantir os direitos e ampliar o acesso à saúde por grupos vulneráveis, nesse sentido as Políticas Públicas, à exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004) e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2009) foram criadas para a superação das desigualdades de gênero e raça, com enfoque especial na saúde.

Sobre esse aspecto, Crenshaw (2012) ressalta a importância da elaboração das leis e políticas públicas sob a ótica da interseccionalidade, pois quando as leis não prevêm que as vítimas da discriminação racial podem ser mulheres e que as vítimas da discriminação de gênero podem ser mulheres negras, elas acabam não sendo efetivas e as mulheres permanecem desprotegidas.

O cenário relativo ao acesso à saúde por mulheres no Brasil expõe a triste realidade das experiências discriminatórias, destacando a raça/cor, renda e escolaridade, como os principais marcadores das iniquidades e efeitos negativos para a saúde (LEAL et al, 2005; DOMINGUES et al, 2013; DOMINGUES et al, 2015). Um dos desafios enfrentados pelas políticas de promoção de igualdade é contemplar a diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza as mulheres brasileiras, dentre as quais negras ganham destaque (Brasil, 2011a).

Numa análise sobre a realização de exames preventivos, estudos têm revelado que as mulheres negras possuem menor acesso a esses serviços e sofrem com a precariedade no diálogo intercultural e com o racismo institucional, os quais se apresentam como barreira para acessá-los, evidenciando que essas desigualdades são determinantes sociais que geram

impacto nas condições de vida e no processo de adoecimento dessas mulheres (GOES; NASCIMENTO, 2013).

A baixa escolaridade e a cor se apresentam como determinantes importantes para a discriminação nos cuidados de saúde e o menor acesso aos serviços (IBGE, 2009). A renda e a escolaridade oportunizam a aquisição de bens e serviços e por isso guardam influência sobre as condições de vida de uma população; nesse sentido Goes e Nascimento (2013) confirmam que tais aspectos podem, inversamente, caracterizar uma sociedade estruturada pelas desigualdades raciais, já que as mulheres negras estão inseridas nas camadas sociais mais desfavorecidas e vivem em piores condições de vida, tendendo a estar em maior exposição sob o aspecto do acesso desqualificado aos serviços de saúde.

Ao abordar aspectos relacionados à assistência pré-natal, a literatura científica destaca que mulheres negras acessam menos esse tipo de serviço quando comparadas às brancas, além de possuir mais chance de realizar o pré-natal inadequado (FONSECA et al, 2014). Usuárias prioritárias do SUS, as mulheres negras estão expostas as falhas e limitações do serviço público e por vezes, embora consigam o atendimento, tropeçam nas barreiras relativas à qualidade da atenção. Sobre isso, Travassos e Martins (2004) destacam que o acesso é fator determinante para o uso efetivo dos serviços de saúde, no entanto é também resultado de fatores individuais, do contexto de vida e relativos à qualidade do atendimento, os quais influenciam a efetividade do cuidado.

Gênero e condição socioeconômica são determinantes sociais que repercutem de forma positiva ou negativa na saúde. As desigualdades de acesso geradas a partir das relações de poder que estruturam as vulnerabilidades e constituem formas de discriminação, devem ser investigadas e enfrentadas, para que seus efeitos sobre a oferta, o acesso e a qualidade na atenção à saúde tenham cada vez menos destaque nas notícias sobre iniquidades em saúde e violação dos direitos humanos; para tanto estratégias voltadas para as populações menos favorecidas socialmente são essenciais, visando facilitar o acesso aos serviços e garantir a realização de cuidados efetivos em saúde.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com dados secundários disponibilizados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), vinculada ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e ao Ministério da Saúde (MS). O estudo transversal compõe a investigação onde a exposição e o desfecho são detectados simultaneamente (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). A principal vantagem desse tipo de estudo é que tendo as informações coletadas em um mesmo momento evita-se potenciais perdas.

3.2 FONTE DE DADOS - PNS 2013

Foram utilizados dados secundários originários dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde- PNS, 2013 - volume 3, intitulado “Ciclos de vida”, realizada pelo IBGE em convênio com o MS. Em anos anteriores o tema Saúde era abordado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, com periodicidade de realização dos levantamentos a cada 5 anos, a partir de 1998, o que possibilitou a manutenção dos aspectos essenciais da investigação, facilitando assim, a comparabilidade dos resultados entre os três anos em que se realizou a pesquisa: 1998, 2003 e 2008 (PNS, 2015)

A elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados. Ademais, diante das evidências científicas com relação à importância dos fatores sociais enquanto elementos centrais na adoção dos comportamentos de saúde e na distribuição dos serviços e recursos de saúde (GOES, 2011; TRAVASSOS; CASTRO, 2012), considerou-se, nesse estudo, os aspectos relacionados às características sociodemográficas também divulgadas pela PNS.

O volume temático utilizado para a realização deste estudo tem como enfoque questões de saúde específicas para alguns grupos e faixas etárias. Destacam-se, nesta edição, aspectos relacionados à saúde da mulher (exames preventivos, menarca e menopausa, planejamento familiar, contracepção); atendimento pré-natal e assistência ao parto (número de consultas, exames realizados, tipo do parto, peso ao nascer).

3.3 POPULAÇÃO E DESENHO AMOSTRAL

A PNS é uma pesquisa domiciliar realizada por meio de amostragem conglomerada em três estágios, sendo eles: os setores censitários ou conjunto de setores-unidades primárias de amostragem; os domicílios-unidades secundárias; e os moradores de 18 anos ou mais de idade, para compor as unidades terciárias. As unidades primárias de amostragem da PNS provem do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, e foram obtidas por meio da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do Sistema.

No primeiro estágio, a estratificação das unidades primárias de amostragem, na PNS, é a mesma adotada para a Amostra Mestra, sendo a seleção da subamostra das unidades primárias de amostragem feita por amostragem aleatória simples.

No segundo estágio, foi selecionado, por amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada unidade primária de amostragem selecionada no primeiro estágio. Fez-se a seleção com base no Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos –Cnefe, atualizado.

Para o terceiro estágio, selecionou-se, também por amostragem aleatória simples, dentro de cada domicílio, um morador ou moradora de 18 anos ou mais de idade para responder ao questionário específico.

O acesso aos dados se deu mediante a busca e apreensão dos microdados da pesquisa da PNS, os quais estão disponibilizados na internet e constituem página virtual de acesso livre, encontrada através do site do IBGE. As variáveis apreendidas foram apenas aquelas previamente selecionadas para o estudo.

A população deste estudo foi de 1851 mulheres, com mais de 18 anos, residentes no Brasil que tiveram algum parto no período de 28/10/2011 a 27/07/2013, considerando-se o último parto e a realização do pré-natal durante a gestação. Em função de não respostas em questões específicas do questionário de pesquisa, a análise final foi desenvolvida com 1812 mulheres. A seleção de mulheres a partir dos 18 anos de idade deu-se em decorrência do critério utilizado pela PNS para a aplicação do questionário da pesquisa.

3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis que compuseram o estudo foram definidas por meio de uma análise exploratória das questões de interesse presentes no Questionário da pesquisa da PNS 2013.

O desfecho analisado foi o cuidado pré-natal adequado, cuja definição tomou como referência os critérios definidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil, o Manual técnico de atenção pré-natal de baixo risco e as perguntas que compunham o questionário da PNS.

Nesse sentido, consideramos como cuidado pré-natal adequado, a circunstância na qual as mulheres utilizaram a primeira consulta até a 12^a semana de gestação; mínimo de seis consultas; exames laboratoriais básicos (hemograma, sorologia para sífilis - *venereal disease research laboratory test*-VDRL, testagem anti-HIV e exame de urina), avaliação clínica-obstétrica; a saber: aferição da pressão arterial, mensuração de peso, medida da altura uterina, avaliação de batimentos cardíacos e exame físico das mamas); receberam aconselhamentos relacionadas ao uso de tabaco, álcool, tintura de cabelo, ausência nas consultas, alimentação saudável; e orientações referentes à sinais de trabalho de parto, sinais de risco obstétrico, orientações sobre aleitamento materno e sobre a maternidade de referência para assistência ao parto (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012; PNS, 2015).

Considerou-se a raça/cor como variável independente principal, composta por dois grupos (negras e brancas). A definição da raça/cor utilizada segue o critério do IBGE, que atualmente é constituído pelas cores/raça/etnia: branca, preta, parda, indígena e amarela, sendo essa última identificada como povos de origem asiática; vale ressaltar que para esse estudo as mulheres autodeclaradas pretas e pardas são classificadas como “negras”. Os fatores sociodemográficos das mulheres foram considerados covariáveis definidos por aspectos referentes à idade, renda, nível de instrução, situação na profissão, conjugalidade, paridade, número de filhos e filhas e tipo de atendimento. Com relação à situação na profissão, foram consideradas empregadas públicas todas as mulheres que trabalhavam em qualquer setor público (incluindo empresas de economia mista), servidoras militares do exército, marinha, aeronáutica, polícia militar, ou corpo de bombeiros militar; e para a categoria “sem renda”, foram consideradas todas as mulheres que declaram não ter renda própria.

Os procedimentos clínico-obstétricos, obrigatórios na assistência à gestação e as orientações supracitadas, bem como a idade gestacional para o início do acompanhamento pré-natal, utilizados para compor o critério de adequação nesse estudo, foram provenientes do Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco; incluídos a fim de propiciar uma análise mais ampla e realista da assistência pré-natal. Os aconselhamentos foram previamente determinados pela PNS e selecionados a partir do questionário utilizado na pesquisa, e dizem respeito a aspectos comportamentais e tomadas de decisão que poderão incidir sobre a saúde da mulher e do feto durante o período gestacional, tais como escolhas alimentares ou hábitos

relacionados ao fumo e bebida, e o acesso a informação que trará conhecimento e empoderamento à gestante no seu processo gestacional. As demais variáveis foram provenientes da PHPN.

O conjunto de indicadores de processo que compõe o pré-natal adequado, elegidos a partir da PHPN, do manual de atenção pré-natal de baixo risco e com base no questionário da PNS, nesse estudo, foi utilizado para compor o índice de adequação padronizado com base no escore z. O índice construído foi categorizado em três níveis: a) inadequado ($<-1dp$), b) intermediário ($-1 dp$ à $+1dp$) e, c) adequado ($>+1dp$). Os valores originais provenientes da soma dos 21 indicadores de processo foram totalizados, gerando um escore, com valor mínimo de 0 e máximo 21, e posteriormente transformados em unidades de desvio-padrão ou escores z.

Vale ressaltar que a ausência das informações sobre o número de doses da vacina antitetânica, repetição de exames laboratoriais e de urina na 30ª semana de gestação e informações sobre a consulta puerperal no questionário da PNS, impossibilitaram o uso desses quesitos na construção do indicador de adequação.

Como categoria de referência para as análises estatística, adotou-se o código zero “(0)” (Quadro 1), que representa o critério definindo “o grupo de menor risco diante dos fenômenos estudados (MEDRONHO et al. 2002, p. 116).

Quadro 1. Variáveis do estudo, suas definições operacionais e categorização. Salvador, 2015.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIZAÇÃO
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Raça/cor	Característica declarada pela pessoa com base nas seguintes opções: branca, preta, amarela, parda e indígena	^a Brancas ^b Negras (pardas e pretas)
Idade	Em anos completos, na data de referência da pesquisa, com base no dia, mês e ano do nascimento da pessoa, ou idade presumida da pessoa que não sabe a data de nascimento	^a 18-24 anos 25-35 anos ^a ≥ 36
Nível de instrução	Classificação do nível ou grau que a pessoa frequenta ou havia frequentado e da sua conclusão, compatibilizando os sistemas de ensino anteriores com o vigente	Sem instrução Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior

Renda mensal pessoal da mulher	Rendimento mensal da mulher em salários mínimos (S.M.)	>1 1 - 3 ^a 4 ou mais
Situação na profissão	Tipo de cargo ou função exercida no trabalho	^a Empregadora Empregada do setor público ou privado Trabalhadora doméstica Autônoma Sem remuneração
Conjugalidade	Situação da mulher relativa à situação conjugal	Com companheiro ou companheira Sem companheiro ou companheira
Paridade	Número de partos	^a 1 2 ≥3
Número de filhas e filhos	Número de filhas ou filhos que nasceram com vida	^a 1 2 ≥3
Tipo de atendimento	Característica do estabelecimento de saúde em que realizou todas ou a maioria das consultas pré-natais	^a Totalmente público Público e privado Totalmente privado
CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO PRÉ-NATAL		
Utilização de serviço pré-natal	Acompanhamento realizado com as gestantes durante toda a gravidez	^a Sim Não
Início do pré-natal	Período gestacional de início do pré-natal	≤12 semanas >12 semanas
Número de consultas	Número de consultas realizadas	≤6 consultas >6 consultas
Mensuração da PA	Realização de medida da pressão arterial	Todas as consultas Algumas/nenhuma
Mensuração de peso	Realização de medida de peso	^a Sim Não
Mensuração de AU	Realização de medida da altura uterina	^a Todas as consultas Algumas/nenhuma

Avaliação de BCF	Realização de ausculta dos batimentos cardíofetais	Todas as consultas ^a Algumas/nenhuma
Exame clínico das mamas	Exame que busca detectar caroços, nódulos ou outra doença por meio de apalpação das mamas femininas.	Todas as consultas ^a Algumas/nenhuma
Fez exame de sangue	Realizou exame de sangue durante o pré-natal	Sim ^a Não
Solicitação de teste de HIV	Solicitado teste de HIV	Sim ^a Não Não sabe
Fez teste HIV	Realizou o exame HIV solicitado	Sim ^a Não
Solicitação VDRL	Foi solicitado o exame de sífilis durante as consultas	Sim ^a Não Não sabe
Recebeu resultado de VDRL	Recebeu resultado de exame antes do parto	Sim ^a Não recebeu o resultado/não foi informada antes do parto
Fez exame de sangue	Realização de exame de sangue durante o Pré-natal	Sim ^a Não
Solicitação de exame de urina	Solicitado exame de urina durante a consulta	Sim ^a Não
Aconselhamento para não faltar ao pré-natal	Aconselhada sobre não faltar as consultas.	Sim ^a Não
Aconselhamento para ter alimentação saudável	Aconselhada sobre ter uma alimentação saudável.	Sim ^a Não
Aconselhamento para não fumar	Aconselhada sobre não fumar.	Sim ^a Não
Aconselhamento para não beber	Aconselhada sobre não ingerir bebidas alcólicas.	Sim ^a Não
Aconselhamento para não usar tintura/alisamento no cabelo	Aconselhada sobre não utilizar tintura/alisamento no cabelo.	Sim ^a Não
Orientações sobre sinais do TP	Orientada sobre sinais do trabalho de parto.	Sim ^a Não
Orientações sobre	Orientada sobre sinais de risco.	Sim ^a

sinais de risco		Não
Orientações sobre aleitamento materno	Orientada sobre aleitamento materno	Sim ^a Não
Orientação sobre maternidade de referência	Orientada sobre qual maternidade procurar no momento do parto	Sim ^a Não

^aCategoria de referência

^bPretas e pardas são denominadas negras, neste estudo

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se o programa STATA versão 12 para a construção e armazenamento dos dados bem como para o processamento e análise. Os dados foram dispostos em forma de tabela com números relativos e seus percentuais correspondentes.

A caracterização da população do estudo foi realizada por meio de uma análise descritiva, traçando o perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas que utilizaram o serviço pré-natal.

Para fins de análise, as variáveis que compuseram os indicadores de adequação do atendimento recebido pelas mulheres durante o pré-natal foram categorizadas utilizando-se escalas baseadas na classificação organizada conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (PHPN, 2002; BRASIL, 2012b), e levando em conta as perguntas do questionário da PNS. Os quesitos pesquisados foram agrupados conforme seu grau de adequação pré-estabelecido.

A análise estatística foi realizada, com a obtenção das medidas de tendência central (média, mediana) e desvio-padrão e das frequências absolutas e percentuais. Foi utilizada análise bivariada tabular para verificar a associação das variáveis sociodemográficas com a raça/cor (grupo de brancas e negras), utilizando o teste qui-quadrado com a finalidade de verificar diferenças estatísticas entre os grupos ao nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Posteriormente realizou-se análise bivariada para cada indicador de processo, com regressão logística multinível, obtendo-se o *odds ratio* (OR), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, e a correlação intraclasse.

A correlação intraclasse evita as associações espúrias, pois trata o setor censitário como efeito aleatório na análise e expressa o grau de homogeneidade dos comportamentos e atitudes dos indivíduos ao compartilharem a mesma área geográfica. Para tanto a Rho estimada, à medida que se aproxima de zero (0) expressa a relação entre determinado fenômeno com as características e comportamentos individuais das/os investigadas/os, enquanto que à medida que se aproxima de um (1) revela resultados que possivelmente

sofrem influência do contexto no qual o indivíduo está inserido (setor censitário) (LEEuw; MEIJER, 2008).

Verificou-se também associação entre a raça/cor (grupo de brancas e negras) e o índice de adequação do pré-natal das mulheres pesquisadas, mediante modelo multinomial. Utilizou-se a odds ratio (OR) bruta e ajustada como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% para avaliar a inferência estatística. No processo de construção do escore padronizado, os escores brutos (totalizados a partir dos indicadores de processo) foram transformados em unidades de desvio-padrão ou escores z. A partir dos 21 indicadores de processo, variáveis binárias, relacionadas ao pré-natal adequado, provenientes do questionário de pesquisa da PNS, gerou-se uma nota que variou de 0 a 21 pontos para a i -ésima mulher, $i=1,2,3,\dots, 1851$.

Em seguida, procedeu-se a etapa para se estimar o escore padronizado (EP_i), tomando-se a nota original da i -ésima mulher e a subtraindo da média amostral (M) e em seguida dividiu-se o resultado dessa subtração pelo desvio padrão amostral (S_i), como mostra a equação 1, $EP_i = (X_i - M) / S_i$ (1), em que EP_i é o afastamento padronizado da média, em desvio-padrão, referente a nota original obtida pela i -ésima mulher; X_i é o valor da nota calculado para a i -ésima mulher; M é a média; e S_i é o desvio padrão. Assim, M é calculada como apresentado na equação 2, dada por $M = \sum X_k / K$ (2), em que X_k é a nota original da k -ésima mulher; k é o tamanho da amostra; e, por sua vez, S_i é calculado por meio da Equação

$$3, \text{ dada por } S_i = \sqrt{\sum (X_i - M)^2 / k - 1} \text{ (3)}.$$

Após essa etapa da obtenção do escore padronizado para a i -ésima mulher, segundo a distribuição teórica dos escores z (Fig.1) que apresenta média, $\mu=0$, e desvio-padrão, $\sigma=1,0$; e sabendo-se que o escore padronizado representa a distância, em desvios-padrões, da nota original da i -ésima mulher em relação à média amostral do estudo, chegou-se à etapa final da construção desse índice, categorizando-se o escore padronizado, para as análises estatísticas, com a adoção do ponto de corte em 1,0 desvio-padrão (dp), em três níveis: a) inadequado ($< -1dp$); b) intermediário ($-1dp$ a $+1dp$) e; c) adequado ($>+1dp$).

Fig. 1. Distribuição do índice de adequação do cuidado pré-natal de acordo com a curva normal padrão (Z score). Brasil. 2011 à 2013.



- a) $< -1dp$ (inadequado): espera-se que em uma população com pré-natal adequado sejam encontradas 15,9% das mulheres abaixo desse valor.
- b) $-1dp$ a $+1dp$ (intermediário): espera-se que em uma população com pré-natal adequado sejam encontradas 68,26% das mulheres entre esses valores.
- c) $> +1dp$ (adequado): espera-se que em uma população com pré-natal adequado sejam encontradas 15,9% das mulheres acima desse valor.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados para a realização deste estudo são oficiais e de domínio público provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde. Nessas disposições, o projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -Conep, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em junho de 2013, e nessas disposições o presente trabalho encontra-se dispensado de uma segunda submissão ao comitê de ética em pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas sessões, redigidas no formato de dois manuscritos, os quais refletem os objetivos propostos pelo estudo. O primeiro trata da adequação do pré-natal no Brasil: criação de um indicador padronizado e sua associação com raça/cor das mulheres.

O segundo artigo aborda as desigualdades raciais na utilização do cuidado pré-natal adequado e foi submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, Qualis/CAPES A2.

4.1 ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL: CRIAÇÃO DE UM INDICADOR PADRONIZADO E ASSOCIAÇÃO COM RAÇA/COR DAS MULHERES

Adequação do pré-natal no Brasil: criação de um indicador padronizado e associação com raça/cor das mulheres

Adequacy of prenatal care in Brazil: creation of a standardized indicator and association with women's race/color

Adecuación del prenatal en Brasil: creación de un indicador patrón y asociación con la raza/color de las mujeres

Millani Souza de Almeida¹

Enilda Rosendo do Nascimento²

Edméia de Almeida Cardoso Coelho³

Resumo

Este estudo teve como objetivo estimar a magnitude dos indicadores globais do cuidado pré-natal e verificar a associação entre o índice padronizado de adequação pré-natal e a raça/cor das mulheres. Estudo transversal de base populacional realizado com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. A raça/cor das mulheres foi a variável de exposição e o desfecho foi o “índice de adequação pré-natal”, criado com base no escore z a partir de 21 variáveis referentes aos indicadores de processo de cuidado pré-natal adequado, predefinidos pelo Ministério da Saúde e classificado, neste estudo, como adequado, intermediário e inadequado. A análise bivariada tabular foi feita mediante modelo multinomial utilizando a odds ratio (OR) bruta e ajustada como medida de associação, e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Os resultados demonstraram que a prevalência global de realização de um pré-natal considerado adequado para as mulheres brasileiras é de apenas 10,8%. A adequação do pré-natal se mostrou baixa tanto para o grupo de mulheres brancas como para o grupo de negras, 15,51% e 8,56%, respectivamente; no entanto houve associação positiva entre ser negra e ter tido um pré-natal inadequado. Mulheres negras possuem menor chance de realizar um pré-natal considerado adequado de acordo com os critérios de adequação proposto pelo Ministério da Saúde e grande parte das mulheres brasileiras está na faixa que configura um pré-natal intermediário quanto à adequação.

Descritores: Cuidado pré-natal; Saúde das mulheres; desigualdades em saúde; saúde da população negra; saúde pública.

Abstract

The present study had the purpose of estimating the magnitude of global indicators on prenatal care and to verify the association between the global standardized index for prenatal care adequacy and women's race/color. A population based cross-sectional study performed with data from the National Health Survey of 2013. The women's race/color was the variable for exposure and the outcome was the “prenatal care adequacy index”, created based on score Z measurement from 21 variables related to the indicators of adequate prenatal care, predefined by the Ministry of Health and classified, herein, as adequate, intermediary and inadequate. Tabular bivariate analysis was performed using the multinomial model with crude and adjusted odds ratio (OR), as a measure of association and respective confidence intervals of 95%. The results demonstrated that the global prevalence of prenatal care considered as

adequate for Brazilian women is of only 10.8%. The adequacy of the prenatal care was demonstrated as low for the group of white women as well as for the group of black women, 15.51% and 8.56%, respectively; nevertheless there was a positive association between being black and having attended inadequate prenatal care. Black women have less chance of attending prenatal care considered as adequate according to the criteria of adequacy proposed by the Ministry of Health and a large portion of Brazilian women are within the range that constitutes an intermediary prenatal care in relation to adequacy.

Descriptors: Prenatal care; Women's health; health inequalities; health of the black population; public health.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo estimar la magnitud de los indicadores globales del cuidado prenatal y verificar la asociación entre el índice patrón de adecuación prenatal y la raza/color de las mujeres. Estudio transversal de base poblacional realizado con datos provenientes de la "Pesquisa Nacional de Saúde" de 2013. La raza/color de las mujeres fue la variable de exposición y el desenlace fue el "índice de adecuación prenatal", criado con base en el escore z a partir de 21 variables referentes a los indicadores de proceso de cuidado prenatal adecuado, predefinidos por el Ministerio de la Salud y clasificado, en este estudio, como adecuado, intermediario e inadecuado. El análisis bivariada tabular fue hecha a través del modelo multinomial utilizando la odds ratio (OR) bruta y ajustada como medida de asociación, y sus respectivos intervalos de confianza de 95%. Los resultados demostraron que la prevalencia global de realización de un prenatal considerado adecuado para las mujeres brasileñas es de apenas 10,8%. La adecuación del prenatal se mostró baja tanto para el grupo de mujeres blancas como para el grupo de negras, 15,51% y 8,56%, respectivamente; sin embargo hubo asociación positiva entre ser negra y haber tenido un prenatal inadecuado. Mujeres negras poseen oportunidad reducida de realizar un prenatal considerado adecuado de acuerdo con los criterios de adecuación propuesto por el Ministerio de la Salud y gran parte de las mujeres brasileñas está en el rango que configura un prenatal intermediario respecto a la adecuación.

Descritores: Cuidado prenatal; Salud de las mujeres; desigualdades en salud; salud de la población negra; salud pública.

Introdução

O cuidado pré-natal consiste no monitoramento e acompanhamento da gravidez a fim de identificar e intervir oportunamente nas eventuais situações de risco e/ou complicações na gestação, evitando agravos para a saúde materna e fetal e impactando na redução dos desfechos perinatais negativos. Estudos têm evidenciado, no entanto, que existem iniquidades no acesso das gestantes a esse tipo de assistência, sendo as mulheres em condição de vulnerabilidade racial/étnica, social e econômica aquelas que obtêm os piores resultados na assistência pré-natal prestada no Brasil e no mundo, em especial, nos países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento (JOSHI et al, 2014; PELL et al, 2013; VIELLAS et al, 2014; FEIJEN-DE JONG, 2012; DOMINGUES et al, 2013a)

Com a finalidade de uniformizar condutas na atenção pré-natal e obstétrica no Brasil e proporcionar um alcance igualitário das ações, o Governo Federal criou, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e em 2006 reiterou as orientações através do Manual técnico sobre atenção qualificada e humanizada no pré-natal, ambos os documentos objetivaram definir critérios mínimos e procedimentos para que a assistência nesse âmbito seja executada de maneira adequada e alcance seu objetivo em toda a população de mulheres, sem distinção de raça/cor, classe, origem nacional ou qualquer outra condição.

No entanto, devido à persistência de desfechos negativos evitáveis no período gestacional e parturitivo (LEAL et al, 2015; LANSKY et al, 2014), muitos estudos tem dedicado atenção ao termo “adequação do pré-natal”, que diz respeito ao êxito dos efeitos desejados sobre a saúde das mulheres no período gestacional e pós-gestacional (DOMIGUES et al, 2015; DOMIGUES et al 2012; DIAS-DA-COSTA et al, 2013). As altas taxas de mortalidade materna e perinatal, além de intercorrências como o baixo peso ao nascer, em pleno momento onde alcançamos quase 100% de cobertura pré-natal, tem levantado questionamentos sobre a qualidade da atenção oferecida e a oportunidade de acesso da população à esse atendimento (LEITE et al, 2011; BRASIL et al, 2012; LANSKY et al, 2014).

Pensando-se então na definição de condutas passíveis de serem aplicadas em diferentes contextos socioculturais e sanitários, o uso de parâmetros pré-definidos de indicadores do pré-natal adequado e a criação de índices de adequação são ferramentas que operam para facilitar a comparabilidade de resultados obtidos e promover o uso de critérios mais uniformes (POLGLIANE et al 2014; ANDREUTTI; CECATTI, 2011)

Sobre as iniquidades na atenção à saúde da mulher, a literatura tem demonstrado que mulheres negras, com baixa escolaridade e condição econômica desfavorável estão mais expostas a tratamentos inadequados e possuem menor acesso à assistência e procedimentos de caráter preventivo, principalmente no âmbito da saúde reprodutiva (BAIRROS et al, 2011; DOMINGUES et al 2013b). Nesse sentido os indicadores de saúde confirmam que mulheres negras são as principais vítimas de adoecimento e morte por causas obstétricas e vivenciam maior inadequação no cuidado pré-natal (LEAL et al, 2015; LANSKY et al, 2014; LEITE et al, 2011; VIELLAS et al, 2014).

Levando em conta que a cor da pele das mulheres pode guardar influencia com o tipo de acompanhamento pré-natal recebido (FONSECA et al, 2015; LEAL et al, 2005), as investigações têm destacado que além de uma assistência menos adequada dispensada às mulheres negras, existe uma forte associação da cor da pele com a renda familiar, a

escolaridade e a utilização de serviço público de saúde, sendo essas mulheres as que compõem o setor social menos favorecido. Nesse sentido, estudos de base populacional com dados nacionais e locais têm apontado para a insistente relação entre a discriminação e alguns agravos de saúde prevalentes entre as negras no Brasil (VIELLAS et al, 2014; BAIROS et al, 2011; BERNARDES et al, 2014).

Reconhecendo a importância de estudos que tratam da desigualdade racial na utilização de serviços adequados e a identificação de toda e qualquer forma de discriminação na atenção à saúde, esse estudo tem como objetivo estimar a magnitude dos indicadores globais do cuidado pré-natal e verificar a associação entre o índice de adequação pré-natal padronizado e a raça/cor das mulheres.

Método

Neste estudo utilizamos as diretrizes mínimas propostas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e pelo Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012b) para construir o índice de adequação do cuidado pré-natal, padronizado com base no escore z. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), divulgada através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O principal objetivo desse tipo de pesquisa e dos estudos que dela se utilizam para a produção do conhecimento é fornecer dados nacionalmente representativos sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como sobre a dinâmica da atenção à saúde, destacando o acesso e a utilização dos serviços, as ações preventivas, a continuidade dos cuidados, e o financiamento da assistência de saúde (FREITAS, 2014). A PNS é uma pesquisa domiciliar realizada por meio de amostragem conglomerada em três estágios: os setores censitários ou conjunto de setores, que são as unidades primárias de amostragem; os domicílios, que formam as unidades secundárias e os moradores de 18 anos ou mais de idade que representam o terceiro estágio, dentre estes, destacamos, as mulheres que tiveram algum parto do período de 28/10/2011 à 27/07/2013, considerando-se o último parto.

A população do estudo foi composta por 1851 mulheres que realizaram o cuidado pré-natal entre os anos de 2011 e 2013, distribuídas em todo o Brasil, no entanto houve perda de 2,1% relacionada a não resposta em questões específicas do questionário de pesquisa, sendo a análise desenvolvida com 1812 mulheres. O estudo teve como variável de exposição a raça/cor das mulheres que realizaram o pré-natal. Considerou-se a definição da raça/cor

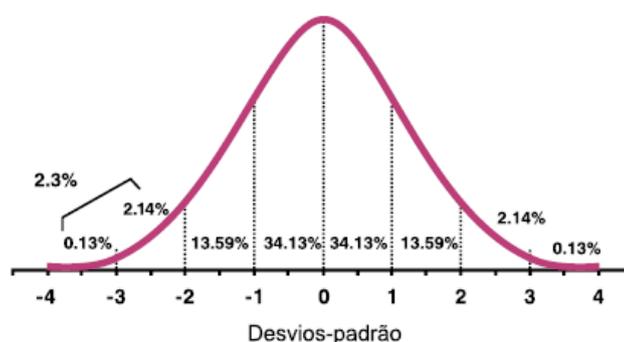
utilizada pelo IBGE, que atualmente é constituído pelas cores/raça/etnia: branca, preta, parda, indígena e amarela, sendo que para este estudo as mulheres autodeclaradas pretas e pardas são classificadas como “negras”.

Os indicadores do pré-natal adequado foram definidos conforme orientação do PHPN, do Manual Técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco e complementado pelas questões referentes à aconselhamentos durante o acompanhamento das gestantes, provenientes das respostas presentes no questionário da PNS. Esses compuseram, juntos, a variável de desfecho “índice de adequação pré-natal”, do tipo politômica, com as categorias de resposta classificadas como: adequado, intermediário e inadequado. Considerou-se como pré-natal adequado aquele que cumpriu os critérios das 21 variáveis binárias utilizadas, a saber: realização de primeira consulta até a 12ª semana de gestação, o mínimo de 6 consultas, solicitação de testagem HIV, solicitação de exame urinário, realização de exames laboratoriais (hemograma, sorologia para sífilis –*venereal disease research laboratory test* -VDRL e testagem anti-HIV), avaliação clínica-obstétrica (afecção da pressão arterial, mensuração de peso, medida da altura uterina, avaliação de batimentos cardíacos e exame físico das mamas), fornecimento de aconselhamentos relacionadas ao uso de tabaco, álcool, tintura de cabelo, ausência nas consultas, alimentação saudável; e orientações referentes a sinais de trabalho de parto, sinais de risco obstétrico, orientações sobre aleitamento materno e sobre a maternidade de referência para assistência ao parto.

A criação do índice de adequação pré-natal foi realizada mediante obtenção de escore padronizado com base no escore z . Nele, a partir das 21 variáveis binárias utilizadas como indicadores, gerou-se uma nota que variou de 0 a 21 pontos para a i -ésima mulher, $i=1,2,3,\dots, 1851$ e essas notas foram transformados em unidades de desvio-padrão ou escores $z^{(a)}$. O cálculo do escore z trata da distância de cada mulher em relação à média. A distribuição teórica do escore z tem como média o valor zero ($\mu=0$) e como desvio-padrão o valor 1,0 ($\sigma=1,0$), o que significa que um valor original igual à média equivale a um $z=0$. Para fins de análise, adotou-se o ponto de corte em 1,0 desvio-padrão (dp) e os escores criados foram categorizados em três níveis: a) inadequado ($<-1dp$), b) intermediário ($-1 dp$ à $+1dp$) e, c) adequado ($>+1dp$).

A figura 1 apresenta a curva normal que demonstra o escore padronizado criado, o qual representa a distância, em desvios-padrões, da nota original da i -ésima mulher em relação à média amostral do estudo.

Fig1. Distribuição do índice de adequação do cuidado pré-natal de acordo com a curva normal padrão (Z SCORE). Brasil, 2011-2013.



- a) $< -1dp$ (inadequado): espera-se que em uma população com pré-natal adequado sejam encontradas 15,9% das mulheres abaixo desse valor.
- b) $-1dp$ a $+1dp$ (intermediário): espera-se que em uma população com pré-natal adequado sejam encontradas 68,26% das mulheres entre esses valores.
- c) $> +1dp$ (adequado): espera-se que em uma população com pré-natal adequado sejam encontradas 15,9% das mulheres acima desse valor.

A análise dos dados foi efetuada por meio de estatística descritiva, obtendo-se as medidas de tendência central (médias, medianas e desvio padrão), frequências e percentuais. A análise bivariada tabular foi feita mediante modelo multinomial para verificar associação da variável raça/cor (grupo de brancas e negras) com o índice de adequação do pré-natal. A odds ratio (OR) bruta e ajustada e seus respectivos intervalos de confiança de 95% foram utilizados como medida de associação. A categoria “inadequado” foi o nível do desfecho adotado como referência, assim comparou-se e obteve-se a OR da raça/cor negra em relação a branca de acordo com os níveis intermediário e adequado, respectivamente.

Para este estudos, os dados utilizados foram provenientes de fonte de domínio público, oriundos de pesquisa aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -Conep, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em junho de 2013, como pré-requisito para a divulgação dos dados pela Pesquisa Nacional de Saúde. Nessas disposições, o presente estudo dispensou a apreciação por comitê de ética local.

Resultados

Na tabela 1 estão apresentados a distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas. A população do estudo apresenta idade média de 27 anos (dp 6,2), majoritariamente negra (65,9%). Predominaram as mulheres com parceiro fixo (78,1%), ensino escolar médio (44,8%), empregada por empresa pública ou privada (26,7%) e com

renda entre 1 à 3 salários mínimos (25, 9%). Pouco mais de um terço das mulheres eram primíparas antes da gestação que investigou as características do pré-natal (37,5%) e 70,8% utilizaram o SUS para realizar o acompanhamento.

Tabela 1. Distribuição de mulheres que realizaram pré-natal no Brasil, segundo características sociodemográficas. Brasil, 2013.

Característica Sociodemográficas	Mulheres que realizaram pré-natal no Brasil entre 2011 e 2013	
	n	%
Grupo etário (1851)		
18 à 24 anos	606	33,4
25 à 35 anos	980	54,1
≥ 36 anos	226	12,5
Conjugalidade (1812)		
Com parceiro	1416	78,1
Sem parceiro	396	21,8
Escolaridade (1812)		
Sem instrução	120	6,6
Ensino fundamental	572	31,6
Ensino médio	812	44,8
Ensino superior	308	17,0
Ocupação (1812)		
Sem remuneração	21	1,2
Autônoma	149	8,2
Trabalhadora doméstica	83	4,6
Empregada pública/privada	483	26,7
Empregadora	14	0,8
Não informado	1062	58,6
^a		
Renda mensal (1812)		
≤ 1 salário mínimo	170	9,4
1 à 3 salários mínimos	470	25,9
≥ 4 salários mínimos	87	4,8
Não informado	1085	59,9
Paridade (1812)		
1 parto	680	37,5
2 partos	590	32,6
≥ 3 partos	542	29,9
Tipo de atendimento (1786)		
Exclusivamente público	1310	70,8
Público e privado	79	4,3
Exclusivamente privado	435	23,5

^a Renda mensal de 678,00 reais em 2013

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde/ IBGE. 2013

O índice de adequação pré-natal apresentado na tabela 2 demonstrou que houve uma maior concentração de mulheres na categoria de pré-natal intermediário, 73,04%, seguidas das que tiveram uma assistência classificada como inadequada (16,15%) de acordo com os requisitos do PHPN e Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco. A menor proporção global foi referente à realização de um pré-natal considerado adequado para as mulheres brasileiras no período de 2011 à 2013, apenas 10,8%.

Tabela 2. Distribuição das mulheres que realizaram pré-natal segundo índice de adequação pré-natal global. Brasil, 2013

Índice de adequação	Z escore	n	(%)
Inadequado (2-14)	< -1dp	299	16,15
Intermediário (15-20)	-1dp a +1	1.352	73,04
Adequado (21)	>+1dp	200	10,80

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde/ IBGE. 2013

Na tabela 3 está apresentado o índice de adequação criado a partir da padronização com base no escore z, segundo a raça/cor das mulheres que realizaram pré-natal no Brasil entre o período de 2011 e 2013. A adequação do pré-natal se mostrou baixa tanto para o grupo de mulheres brancas como para o grupo de negras, 15,51% e 8,56%, respectivamente; no entanto houve associação positiva entre ser negra e ter tido um pré-natal inadequado.

No tocante ao nível de adequação “intermediário” observou-se diferença estatística entre os grupos. Mulheres negras registraram 25% menor chance de ter um pré-natal intermediário quando comparado às brancas (OR=0,75; IC95%: 0,57-0,99). Com relação ao pré-natal adequado, verificou-se que mulheres brancas são mais prevalentes neste nível de acompanhamento, sendo que ser negra significou, neste estudo, uma redução de 60% de chance de obter uma assistência considerada adequada de acordo com os critérios pré-definidos pelo Ministério da Saúde, evidenciando diferenças estatisticamente significante entre os grupos (OR=0,40; IC95%:0,28-0,59).

No modelo ajustado as categorias mostraram o mesmo sentido do modelo não ajustado, porém com diminuição dos efeitos sobre o desfecho. Enquanto o nível de adequação intermediário perdeu magnitude na associação com a raça/cor, a categoria “adequado” permaneceu estatisticamente significante ao nível de 5%. Na primeira categoria observou-se perda de efeito de 7% e para segunda, referente ao nível “adequado”, a redução foi de apenas 5%.

Tabela 3. Associação entre índice padronizado de adequação do cuidado pré-natal e raça/cor de mulheres, ajustado por idade, escolaridade e estado civil. Brasil, 2013.

Índice de adequação (z score)	Branca (n=593)	Negra (n=1.219)	OR bruta (95% CI)	OR (95% CI) ajustada ^a
	n Prev%	n Prev%		
Inadequado	77 (12,98)	217 (17,80)		
Intermediário	424 (71,50)	897 (73,58)	0,75 (0,57-0,99)	0,82 (0,61- 1,10)
Adequado	92 (15,51)	105 (8,61)	0,40 (0,28-0,59)	0,45 (0,30-0,67)

^aAjustada por variáveis de idade, escolaridade e estado civil.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde/ IBGE. 2013

Discussão

Os resultados desse estudo apontam que, embora a cobertura do pré-natal tenha aumentado em todo o Brasil, apenas 10,8% das mulheres receberam uma assistência considerada adequada de acordo com os critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Estudos anteriores semelhantes a este também indicam taxas baixas de adequação global, embora sejam maiores do que a encontrada em nosso estudo 21,6%, 25,7% e 23,7% respectivamente (DOMINGUES et al, 2015; REIS et al, 2015; FONSECA et al, 2015). A esse respeito, dados institucionais e estudos desenvolvidos no Brasil destacam que embora tenhamos uma cobertura de pré-natal próxima dos 100%, quando considerados aspectos relacionados à adequação da assistência há uma redução importante nesse percentual (BRASIL, 2012; VIELLAS et al, 2014; DOMINGUES et al, 2012)

Em investigação realizada com mulheres usuárias do serviço público de saúde na Amazônia legal e em cidades do Nordeste demonstrou-se, semelhantemente aos nossos achados, que o menor percentual das usuárias compôs o grupo que realizou um pré-natal considerado adequado, apresentando, no entanto, taxa menor que a nossa pesquisa, de apenas 1,5% no Acre e 6,3% no Rio Grande do Norte. A taxa de inadequação em nosso estudo, por sua vez, se apresentou duas vezes mais elevada do que a identificada nessas localidades, 16,15% e 8% respectivamente; já o nível intermediário de adequação foi representado pela maior percentagem de mulheres, tal como nossos resultados, evidenciando que a maioria das

gestantes, tanto à nível regional como nacionalmente, ainda vivencia uma assistência parcialmente inadequada (LEAL et al, 2015).

As diferenças nos conceitos de adequação da assistência pré-natal podem variar de acordo com a inclusão dos componentes utilizados na criação dos índices (KOTELCHUCK, 1994; KESSNER et al, 1973; SILVEIRA ET AL, 2001;) e por isso gerar limitações na comparação dos indicadores de adequabilidade, entretanto ao se utilizar os mesmos parâmetros e índices padronizados nos estudos, faz-se possível o estabelecimento de paralelos entre as pesquisas e o fornecimento de resultados passíveis de comparação e generalizações. Estudos que também usaram o PHPN têm convergido com os nossos resultados à medida que, utilizando esse programa como um protocolo mínimo de ações que busca uniformizar condutas na atenção obstétrica no Brasil, demonstra a sua abrangência qualitativa e as diferenças na distribuição da assistência na população (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; POLGLIANE et al, 2014).

A literatura científica nacional e internacional tem destacado que a atenção pré-natal está distribuída de forma desigual entre as mulheres, e os níveis de adequação estão fortemente associados às questões sociodemográficas (JOSHI et al, 2014; FEIJEN-DE-JONG, 2011; VIELLAS et al, 2014; VICTORIA et al 2010; DOMINGUES et al, 2015; FONSECA et al; 2015). Nesse sentido, chamamos a atenção para o aspecto racial como ponto de destaque na temática do acesso à assistência adequada, a respeito do qual nosso estudo destaca que a maior porcentagem de mulheres que vivenciou o pré-natal inadequado no Brasil se auto-declarou negra, enquanto que para a assistência considerada adequada as brancas representaram quase o dobro da população quando comparadas às negras.

Para Domingues e colaboradores (2013) o cenário de desigualdade entre negras e brancas relaciona-se tanto à discriminação racial quanto à fatores estruturais, como renda e escolaridade. Em seu estudo, realizado na cidade de Salvador, com maioria da população negra, as mulheres investigadas associaram a baixa qualidade do cuidado recebido com a discriminação racial e social, denunciando um cuidado superficial, com maior tempo dispensado para o atendimento de mulheres brancas. Em concordância, Massignam (2015) enfatiza que além da raça/cor, o baixo poder aquisitivo e a classe social são razões comuns para a discriminação nos cuidados de saúde e também devem ser considerados dentre os marcadores sociais de desigualdade.

Estudo sobre diferenças raciais no acesso à saúde preventiva realizado no Sul do Brasil demonstrou que em termos socioeconômicos e de acesso à saúde, as mulheres negras exibiram desvantagens, ocupando as classes econômicas mais baixas, possuindo os menores

anos de escolaridade, as piores rendas e tendo menos acesso aos procedimentos realizados (BAIROS ET AL, 2011). Para Goes e Nascimento (2013) essas mulheres estão expostas à, no mínimo, tripla discriminação de gênero, raça e classe, o que opera para dificultar o acesso aos serviços de saúde e interfere em seus processos de adoecimento e morte.

No tocante às pesquisas sobre a adequação do pré-natal, focadas na investigação de características marcadoras de iniquidades sociais, com ênfase na cor da pele, destaca-se que mulheres de pele preta, com pouca escolaridade e baixa renda são frequentemente aquelas que mais vivenciam uma assistência inadequada (FONSECA et al, 2015; LEAL ET AL, 2005). Fato confirmado por estudos que avaliaram a adequabilidade da assistência pré-natal com dados nacionais e em regiões como Piauí, Rio de Janeiro e São Luís, onde a maior porcentagem de mulheres não brancas correspondia a aquelas que tiveram seu pré-natal classificado como inadequado, tanto no aspecto global quanto para realização de procedimentos isolados (VIELLAS et al, 2014; DOMINGUES et al, 2013a; DIAS-DA-COSTA, 2013; BERNARDES et al, 2014;).

A associação da raça/cor com a renda familiar e a utilização dos serviços públicos de saúde tem sido reiterada por diversos estudos, evidenciando que mulheres negras, menos favorecidas economicamente, têm menor acesso ao seguro privado e por isso são as que mais utilizam os serviços públicos, inclusive para o atendimento pré-natal (TRAVASSOS, 2011; SILVA et al, 2011). Sobre isso, pesquisa no Rio Grande do Sul que abordou a adequação do pré-natal nos diferentes setores de cobertura sanitária, indicou um número menor de consultas, maior proporção de início tardio no acompanhamento e menos exames clínicos de rotina no setor público, demonstrando uma inadequação de 6,2% para este setor, em comparação com 1,5% para o setor privado, de acordo ao índice de adequação proposto por Silveira (CESAR et al, 2011).

Portanto, as mulheres negras, usuárias prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se mais expostas às limitações de funcionamento da rede pública, principalmente por enfrentarem as iniquidades na assistência, obtendo os piores resultados na utilização dos serviços (DOMINGUES et al 2013b; BAIROS et al 2011). Viellas e colaboradores (2014) ressaltam, em pesquisa de base populacional, que as barreiras de acesso foram as razões mais frequentes para a não realização do pré-natal; enquanto outros estudos destacam a inadequação da assistência como um efeito de multifatores que contribuem para o insucesso na utilização do serviço de saúde, como questões estruturais e organizacionais do sistema e os aspectos individuais da usuária, fazendo com que as mulheres mais afetadas pela ocorrência

de desfechos negativos sejam as menos beneficiadas pelo cuidado pré-natal (DOMIGUES et al, 2013a; ANVERSA et al, 2012).

Considerações finais

Nossos achados apontam uma adequação global da assistência pré-natal de 10,8%, abaixo do que tem sido apontada pela literatura nacional. Os resultados também mostram associação entre o nível de adequação pré-natal e a raça/cor, evidenciando que mulheres negras possuem menor chance de realizar um pré-natal considerado adequado de acordo com os critérios de adequação propostos pelo Ministério da Saúde. Evidenciamos também que grande parte das mulheres brasileiras está na faixa que configura um pré-natal intermediário quanto à adequação, o que demonstra que mesmo após o grande aumento da cobertura de assistência pré-natal nos últimos anos, a maior parcela de mulheres brasileiras ainda vivencia um cuidado superficial e sem garantia de qualidade no atendimento, o que é acentuado quando essas mulheres são negras e desfavorecidas socioeconomicamente.

O ajuste de modelo segundo idade, escolaridade e estado civil evidencia que as categorias de resposta permanecem no mesmo sentido do modelo não ajustado, com pequena diminuição dos efeitos sobre o desfecho. Nesse sentido, o nível “adequado” referente ao cuidado pré-natal permaneceu estatisticamente significativo mesmo após ajuste, o que permite inferir que mulheres negras não conseguem alcançar a adequação do cuidado pré-natal mesmo quando fatores socioeconômicos são ajustados para não interferir nesse resultado, o que evidencia que o racismo pode ser o fator que opera no acesso das mulheres aos serviços de saúde qualificados.

O presente estudo propôs a criação de um índice de adequação pré-natal baseado nas orientações do PHPN e do Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco, sinalizando-as na descrição metodológica, e utilizou a padronização do índice por meio do escore Z, que trabalha com medidas de tendência central como a média e o desvio padrão, facilitando a comparação, no sentido de sanar a limitação do estudo quanto à diversidade de conceitos referentes à adequação do pré-natal, a qual pode gerar limitações na comparabilidade entre os estudos. Por se tratar de dados nacionais recentes, destaca-se a sua importância para monitorar a aplicabilidade e eficácia do PHPN e a implementação das ações orientadas pelas normas e manuais técnicos, sendo, desta forma, uma importante ferramenta capaz de gerar ações programáticas e estratégicas.

É importante discutir as questões raciais e sociais que envolvem a população geral e feminina, em particular, e estimular estudos e ações sobre os processos de exclusão social provocados pelo racismo e pelo empobrecimento em nossa sociedade. Suas implicações no cuidado são fundamentais para entender a dinâmica dos processos saúde/doença.

Referências

ANDREUCCI, Carla B; CECATTI José G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, 2011.

ANVERSA, Elenir T.R; BASTOS, Gisele A.N; NUNES, Luciana N; PIZZOL, Tatiane S.D. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789:800, 2012.

BAIROS Fernanda S; MENEGHEL Stela N; DIAS-DA-COSTA Juvenal S; BASSANI Diego G; MENEZES Ana Maria M; GIGANTE, Denise P; et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2364-2372, 2011.

BERNARDES, Ariane Cristina; SILVA, Raimundo Antônio; COIMBRA, Liberata C; ALVES, Maria Teresa; QUEIROZ Rejane Christine; BATISTA Rosângela F; et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n.1, p.266, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de cobertura. **Cobertura de consultas pré-natal**. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2012/f06>. Acesso em: 14 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de Baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318p

CESAR, Juraci A; MANO, Patrícia S; CARLOTTO, Kharen; GONZALEZ-CHICA, David A; MENDOZA-SASSI, Raul A. Público *versus* privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n.3, p. 257-263, 2011.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal S; CESAR, Juraci A; HAAG, Cristina Beatriz; WATTE, Guilherme; VICENZI, Keli; SCHAEFER, Rafaela. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n.2, p.101-109, 2013.

DOMINGUES, Patrícia Mallú L; NASCIMENTO, Enilda R; OLIVEIRA, Jeane F; BARRAL, Fanny E; RODRIGUES, Quessia P; SANTOS, Carla Cristina C; et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 285-92, 2013b

DOMINGUES, Rosa Maria S.M; VIELLAS, Elaine F; DIAS, Marcos Augusto B; TORRES, Jacqueline A; THEME-FILHA, Mariza M; GAMA, Silvana G.N; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.37, n.3, p.140–7, 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria M.S.M; LEAL, Maria do Carmo; ARTZ, Zulmira Maria A; DIAS, Marcos Augusto B; VETTORE, Marcelo V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.16, n.4, p.953-65, 2013a

DOMINGUES, Rosa Maria S.M; ARTZ, Zulmira Maria A; DIAS, Marcos Augusto B; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p.425-437, 2012.

FEIJEN-DE JONG, Esther I; JANSEN, Danielle E; BAARVELD, Frank; VAN DER SCHANS, Cees P; SCHELLEVIS, François G; REIJNEVELD, Sijmen A. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. **Eur J Public Health**., v. 22, n.6, p. 904-13, 2012.

FONSECA, Sandra C; KALE, Pauline L; SILVA, Katia S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor a importa? Rev. Bras. **Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15,n.2, p. 209-217, 2015.

FREITAS, Marcos Paulo S. **Pesquisa Nacional de Saúde Plano Amostral**. Diretoria de Pesquisas e Coordenação de Métodos e Qualidade. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 22p, 2014.

GOES, Emanuelle F; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.

JOSHI, Chandni; TORVALDSEN, Siranda; HODGSON, Ray; HAYEN, Andrew. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, p.94, 2014.

KESSNER, D.M; SINGER, J; KALK, C.W; SCHLESINGER, E.R. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. In: **Contrasts in health status**. Vol I. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1973.

KOTELCHUCK , Milton. An evaluation of kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**. v. 84, p. 1414-20, 1994.

LANSK, Sônia; FRICHE, Amélia Augusta L; SILVA, Antônio Augusto A.M; CAMPOS, Deise; BITTENCOUR, Sonia D.A; CARVALHO, Márcia L; et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.192-207, 2014.

LEAL, Maria do Carmo; THEME-FILHA, Mariza M; MOURA, Erly C; CECATTI, José G; SANTOS, Leonor M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público

de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n.1, p. 91-104, 2015.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G.N; CUNHA, Cynthia B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.100-7, 2005.

LEITE, Régia M; ARAÚJO, Thália V; ALBUQUERQUE, Rivaldo M; ANDRADE, Antônio R; DUARTE NETO, Paulo José. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1977-85, 2011.

MASSIGNAM, Fernando M; BASTOS, João Luiz D; NEDEL, Fúvio B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.541-544, 2015.

PELL, Christopher; MENÁCA, Arantza; WERE, Florence; AFRAH, Nana A; CHATIO, Samuel; MANDA-TAYLOR, Lucinda; et al. Factors Affecting Antenatal Care Attendance: Results from Qualitative Studies in Ghana, Kenya and Malawi. **Plos one**, v.8, n.1. Jan 2013.

POLGLIANE, Rúbia B.S; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena C; ZANDONADE, Eliana; SANTOS NETO, Edson T. 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**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 1999-2010, 2014.

REIS, Patrícia Alexandra G.D; PEREIRA, Claudia Cristina A; LEITE, Iuri C; THEME-FILHA, Mariza M. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.1929-1940, 2015.

SILVA, Zilda P; RIBEIRO, Manoel C.S.A; BARATA, Rita B; ALMEIDA, Marcia F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3807-16, 2011.

SILVEIRA, Denise S; SANTOS, Iná S; COSTA, Juvenal S.D; Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, p. 131-9, 2001.

TRAVASSOS, Claudia; LAGUARDIA, Josué; MARQUES, Priscilla M; MOTA, Jurema C; SZWARCOWALD, Celia L. Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil. **International Journal for Equity in Health**. v.10, n.35, 2011. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/35>. Acesso em: 04 set. 2016.

VICTORA, Cesar G; MATIJASEVICH, A; SILVEIRA, M.F; SANTOS, I.S; BARROS, A.J.D; BARROS, Fernando C. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy and Planning**. v. 25, p. 253–261, 2010.

VIELLAS, Elaine F; DOMINGUES, Rosa Maria S.M; DIAS, Marcos Augusto B; GAMA, Silvana G.N; THEME FILHA, Mariza M; COSTA, Janaina V; et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.85–100, 2014.

4.2 DESIGUALDADES RACIAIS NA UTILIZAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL ADEQUADO

Desigualdades raciais na utilização do cuidado pré-natal adequado* **Racial inequalities in the use of adequate prenatal care** **Desigualdades raciales en la utilización del cuidado pré-natal adecuado**

Millani Souza de Almeida¹

Enilda Rosendo do Nascimento²

Edméia de Almeida Cardoso Coelho³

Resumo

Esta investigação teve como objetivo caracterizar as mulheres que realizaram o pré-natal no Brasil segundo raça/cor e variáveis sociodemográficas e verificar associação entre os indicadores de processo do cuidado no pré-natal e a raça/cor das mulheres. Estudo transversal de base populacional realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Realizou-se análise bivariada mediante modelo de regressão logística multinível, estimando-se as *odds ratio* (OR) para medir a associação entre os indicadores de processo do cuidado pré-natal adequado e raça/cor das mulheres e verificando os respectivos intervalos de confiança de 95%. Os achados evidenciaram que mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, ter 6 ou mais consultas, realizar teste HIV, realizar exame VDRL e receber orientações referentes aos cuidados na gestação e parto. Identificamos desigualdades na atenção à saúde das mulheres brasileiras atendidas no pré-natal, relacionadas à raça/cor e outras características sociodemográficas. Com isso conclui-se que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens para as mulheres quanto ao acesso a um pré-natal considerado adequado segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Descritores: cuidado pré-natal; saúde da mulher; saúde da população negra; saúde pública.

Abstract

The present study aimed to characterize women that attended prenatal care in Brazil according to race/color and socio-demographic variables and to verify the association between the indicators of the prenatal care process and the women's race/color. A population based cross-sectional study performed with data from the National Health Survey of 2013. A bivariate analysis was performed using the multilevel logistic regression model, estimating the *odds ratio* (OR) and the respective confidence intervals of 95% to test association between the indicators of the adequate prenatal care process and the women's race/color. The findings evidenced that black women have less chance of beginning prenatal care before 12 weeks of gestation, have 6 or more consultations, carry out the HIV test, perform VDRL exam or receive guidance in relation to the care during gestation and childbirth. Inequalities were identified in the healthcare of Brazilian women during prenatal care, related to race/color and other socio-demographic characteristics. It was thus concluded that being black and living in a socially unfavorable location entails disadvantages for women regarding access to a prenatal care considered as adequate according to the criteria established by the Brazilian Ministry of Health.

Descriptors: prenatal care; women's health; health of the black population; public health.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar las mujeres que realizaron el seguimiento del embarazo en Brasil según la raza/color y variables sociodemográficas y verificar asociación entre los indicadores de proceso del cuidado prenatal y la raza/color de las mujeres. Estudio transversal de base poblacional realizado con datos de la “*Pesquisa Nacional de Saúde*” de 2013. Se realizó el análisis bivariada mediante modelo de regresión logística multinivel, estimando las *odds ratio* (OR) para medir la asociación entre los indicadores de proceso de cuidado prenatal adecuado y raza/color de las mujeres, verificando sus respectivos intervalos de confianza de 95%. Los resultados evidenciaron que mujeres negras poseen oportunidad reducida de iniciar el prenatal antes de las 12 semanas de embarazo, tener 6 o más consultas, realizar teste VIH, realizar examen VDRL y recibir orientaciones referentes a los cuidados en embarazo y parto. Identificamos desigualdades en la atención a la salud de las mujeres brasileñas atendidas en el prenatal, relacionadas a la raza/color y otras características sociodemográficas. Con esto se concluye que ser negra y ocupar lugares sociales desfavorables originan desventajas para las mujeres respecto al acceso a un prenatal considerado adecuado según los criterios establecidos pelo Ministerio de la Salud de Brasil.

Descriptores: cuidado prenatal; salud de la mujer; salud de la población negra; salud pública.

Introdução

O cuidado pré-natal é mundialmente reconhecido como uma intervenção que gera grande impacto na redução dos coeficientes de morbimortalidade materna e perinatal e sua implementação guarda relação com os indicadores de saúde e de desenvolvimento social de um país (CORRÊA et al, 2014; LANSKY et al, 2014).

Nesse sentido, a literatura nacional e internacional tem destacado os efeitos do cuidado pré-natal sobre a vida e saúde das mulheres, e evidenciado que o acesso a esse cuidado está intimamente relacionado aos fatores sociodemográficos, culturais e de desenvolvimento econômico que mediam o acesso aos serviços de saúde (JEING-DE- JONG et al, 2012; DOMINGUES et al, 2015; DIAS-DA-COSTA et al, 2013; JOSHI et al, 2014). Estudos destacam, ainda, que em sociedades caracterizadas pelas desigualdades, como a nossa, gênero e racismo constituem elementos estruturantes que explicam o acesso diferenciado e desigual das mulheres negras aos serviços de saúde considerados relevantes, quando comparadas com as brancas.

Sabe-se que a cobertura do pré-natal no Brasil tem acompanhado uma tendência de crescimento ao longo dos anos, chegando a aproximadamente 100% quando analisados independente das características maternas e da qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2012; VIELLAS et al, 2014; COUTINHO et al, 2010), no entanto quando avaliada segundo a adequabilidade da assistência os níveis de cobertura caem assustadoramente revelando que a

abrangência do pré-natal em termos de eficácia ainda está muito aquém do desejado (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Tendo em vista o alcance de melhores resultados nos indicadores de saúde nacional, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi criado no ano 2000 e estabeleceu critérios relacionados à melhoria do acesso, cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto e puerpério. Muitos estudos têm demonstrado, no entanto, que esses critérios mínimos não estão sendo executados satisfatoriamente para a grande maioria das gestantes, alcançando de forma ainda mais limitada aquelas mulheres que se encontram em condição de vulnerabilidade, podendo também variar de acordo com a região e o estabelecimento onde se oferece a assistência (MARTINELLI et al, 2014; POLGLIANE et al, 2014; OLIVEIRA et al, 2013).

De uma maneira geral, a literatura aponta para a persistência do baixo cumprimento do conjunto das metas propostas e sua correlação com os fatores socioculturais, dentre os quais a raça/cor se destaca (LEAL et al 2005, FONSECA et al, 2014; CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Nesse sentido, Fonseca (2015) e colaboradores afirmam que cor da pele deve ser discutida como *proxy* do nível socioeconômico e cultural, visto que as desvantagens econômicas e sociais são fatores que agem sinergicamente amplificando os resultados negativos sobre a saúde, porque são um dos mecanismos explicativos das desigualdades raciais nesse âmbito (LEAL et al, 2005; FONSECA et al, 2015).

Dessa forma, reconhece-se a interferência da raça/cor no acesso e utilização dos serviços de saúde, com ênfase especial para o cuidado preventivo, bem como nos desfechos desfavoráveis para a saúde das mulheres (DOMINGUES et al, 2013a; BAIROS et al, 2011; FONSECA et al, 2015). A esse respeito, estudo com ênfase nas desigualdades raciais em saúde tem destacado que as mulheres negras se situam entre os percentuais de menores níveis socioeconômicos, e ocupam uma posição de maior vulnerabilidade porque vivenciam, no mínimo, a tripla discriminação de gênero, raça e classe, as quais geram interferência no padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde bem nos processos de adoecimento e morte (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Especificamente no campo da atenção pré-natal os achados decorrentes de dados nacionais e regionais ratificam essa afirmação à medida que mostram que as mulheres de cor da pele preta ou parda, com baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos, vivenciam menor adequação na assistência (FONSECA et al; 2014; CESAR et al, 2011; VIELLAS et al, 2014) são elas, portanto, as mais afetadas pelas complicações decorrentes da ausência ou iniquidades do cuidado.

Entendendo a importância da investigação científica sobre o acesso aos serviços qualificados e eficazes pela população de mulheres vítimas do preconceito e da discriminação, seja racial ou social, e considerando a importância de dados nacionais para uma avaliação mais ampla da assistência prestada, esse estudo tem como objetivo caracterizar as mulheres que realizaram o pré-natal no Brasil segundo variáveis sociodemográficas e raça/cor e verificar associação entre os indicadores de processo do cuidado no pré-natal e a raça/cor das mulheres.

Metodologia

O presente estudo apresenta dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Trata-se de um estudo transversal, de base populacional cujo principal objetivo é produzir e fornecer dados nacionalmente representativos sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como sobre a atenção à saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados, e ao financiamento da assistência de saúde (FREITAS, 2014). A PNS é uma pesquisa domiciliar realizada por meio de amostragem conglomerada em três estágios, à saber: os setores censitários ou conjunto de setores, que formam as unidades primárias de amostragem; os domicílios, que representam as unidades de segundo estágio e os moradores de 18 anos ou mais de idade, dentre eles mulheres que tiveram algum parto do período de 28/10/2011 à 27/07/2013, considerando-se o último parto.

A população do estudo foi composta por 1851 mulheres que realizaram o cuidado pré-natal, distribuídas em todo o Brasil. Houve perda de 2,1% relacionada a não resposta em questões específicas do questionário de pesquisa, sendo a análise desenvolvida com base em informações de 1812 mulheres. Para variáveis peculiares como renda e ocupação, as percentagens computadas como não resposta, relacionadas à definição “não aplicável”, foram representadas por 59,87% e 58,60% respectivamente.

Analisou-se a variável raça/cor composta por dois grupos (negras e brancas). A definição da raça/cor utilizada segue o critério do IBGE, que atualmente é constituído pelas cores/raça/etnia: branca, preta, parda, indígena e amarela, sendo que para fins deste estudo as mulheres autodeclaradas pretas e pardas são classificadas como “negras”. As características sociodemográficas das mulheres investigadas se enquadram como variáveis independentes e dizem respeito à idade, conjugalidade, ocupação, renda, nível de instrução, paridade e tipo de atendimento da população. Com relação à situação na profissão, foram consideradas empregadas públicas todas as mulheres que trabalhavam em qualquer setor público (incluindo

empresas de economia mista), servidoras militares do exército, marinha, aeronáutica, polícia militar, ou corpo de bombeiros militar; e para a categoria “sem renda”, foram consideradas todas as mulheres que declaram não ter renda própria.

Os indicadores de processo do pré-natal adequado foram definidos no estudo como variáveis dependentes e seguem as recomendações mínimas propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e Manual Técnico de Atenção ao pré-natal de baixo risco. Indicadores de processo referentes aos aconselhamentos dados durante o acompanhamento pré-natal foram incluídos, estes provieram das questões presentes no questionário da PNS, as quais foram acrescentadas a fim de propiciar uma análise mais ampla e realista da assistência pré-natal.

Os indicadores de processo do cuidado pré-natal foram determinados levando em conta a primeira consulta até a 12^a semana de gestação, o mínimo de 6 consultas, exames laboratoriais (hemograma, sorologia para sífilis – *venereal disease research laboratory test*-VDRL, testagem anti-HIV e exame de urina), avaliação clínica-obstétrica (aferição da pressão arterial, mensuração de peso, medida da altura uterina, avaliação de batimentos cardíacos e exame clínico das mamas), fornecimento de aconselhamentos relacionados ao uso de tabaco, álcool, tintura de cabelo, ausência nas consultas, alimentação saudável; e orientações referentes à sinais de trabalho de parto, sinais de risco obstétrico, orientações sobre aleitamento materno e sobre a maternidade de referência para assistência ao parto (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012b).

A análise inicial foi efetivada mediante estatística descritiva, obtendo-se as medidas de tendência central (médias e medianas), desvio padrão, frequências e percentuais. A análise bivariada tabular foi realizada para verificar a homogeneidade da distribuição das covariáveis sociodemográficas entre os grupos de brancas e negras, referente à variável raça/cor, utilizando-se o teste qui-quadrado ao nível de significância $p < 0,05$. Posteriormente realizou-se análise bivariada mediante modelo de regressão logística multinível, onde foram estimadas as *odds ratio* (OR), para verificar associação entre os indicadores de pré-natal adequado e a variável raça/cor, com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para evitar associações espúrias, o modelo de regressão logística multinível foi adotado nesse estudo em lugar do modelo logístico tradicional, dessa maneira tratou-se o setor censitário como efeito aleatório na análise. Para tanto, estimou-se o coeficiente de correlação intraclasse, que expressam o grau de homogeneidade dos comportamentos e atitudes dos indivíduos ao compartilharem a mesma área geográfica- setor censitário (LEEuw; MEIJER, 2008).

Os dados utilizados nesse estudo foram obtidos por meio de fonte de domínio público, sendo a pesquisa aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -Conep, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em junho de 2013, como pré-requisito para a divulgação dos dados pela Pesquisa Nacional de Saúde. Nessas disposições, o presente estudo dispensa a apreciação do comitê de ética.

Resultados

A população do estudo apresenta idade média de 27 anos (dp 6,2) e raça/cor majoritariamente negra (65,9%). Predominaram as mulheres que tinham parceiro fixo (78,1%), ensino escolar médio (44,8%), empregada por empresa pública ou privada (26,7%) e com renda entre 1 à 3 salários mínimos (25,9%). Pouco mais de um terço das mulheres tinham parido apenas uma vez antes da gestação que investigou as características do pré-natal (37,5%) e 70,8% utilizaram o SUS para realizar o acompanhamento.

A Tabela 1 apresenta a descrição dos dados sociodemográficos das mulheres que realizaram pré-natal no Brasil, estratificados por raça/cor. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a idade e a raça/cor das mulheres ($p=0,045$), com predomínio de faixa etária entre 25 à 35 anos, tanto entre negras como entre brancas, 56,32% e 52,99% respectivamente.

Houve maior percentual de mulheres brancas com parceiro fixo, 80,61%, em relação às negras. O quesito nível de instrução apresentou significância estatística quanto às diferenças de raça/cor das mulheres ($p=0,000$); para essa variável, as diferenças percentuais se deram principalmente entre os grupos sem instrução e ensino superior, onde no primeiro as mulheres negras representaram 7,79% enquanto brancas corresponderam à 4,22%; e inversamente, houve predomínio de mulheres de cor da pele branca para o nível mais alto instrução, que correspondeu à 27,99%, cerca de 2,40 vezes maior que o grupo das negras para o mesmo nível.

No tocante à ocupação, houve diferença entre as proporções estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,000$), destacando-se percentagens referentes às empregadas no setor público/privado e trabalhadoras domésticas, nesse último, as mulheres negras foram 2,03 vezes mais prevalentes que as brancas, enquanto no primeiro as brancas destacaram com 32,88%. Com relação à renda, as negras se apresentaram em maior percentual entre as mulheres que tinham ganho mensal menor ou igual a 1 salário mínimo, quando comparadas às brancas; já entre aquelas que ganhavam 4 salários mínimos ou mais, destacou-se as mulheres de pele branca, representando 9,78% em lugar de 2,38% do grupo das negras.

A paridade apresentou diferença entre as proporções, estatisticamente significativa ($p=0,000$), destacando-se os grupos das mulheres que haviam parido somente uma vez e aquelas que haviam parido 3 ou mais vezes. Para aquelas com menos filhos predominaram as mulheres que se autodeclararam brancas, em contrapartida entre as que referiram ter parido mais de 2 vezes houve predomínio das negras, 32,98%. Não houve significância estatística entre a conjugalidade e a raça/cor das mulheres que realizam o pré-natal.

Quanto ao tipo de serviço utilizado verificou-se diferença entre as proporções com significância estatística entre os grupos. Mulheres negras representaram a maioria dos atendimentos no setor público (79,98%) e somente 15,93% dos pré-natais realizados no setor privado, enquanto que, para esse último, as brancas representaram 41,06% dos atendimentos.

Tabela 1. Comparação entre mulheres negras e brancas atendidas no pré-natal, segundo variáveis sociodemográficas. Brasil, 2013.

Característica Sociodemográficas	Raça/cor auto declarada (n=1812)		p-valor
	Branca (593) n (32,4%)	Negra (1219) n (65,9%)	
Grupo etário (1812)			
18 à 24 anos	176 (29,7)	430 (35,3)	0,045
25 à 35 anos	334 (56,3)	646 (53,0)	
≥ 36 anos	83 (14,0)	143 (11,7)	
Conjugalidade (1812)			
Com parceiro	478 (80,6)	938 (76,9)	0,077
Sem parceiro	115 (19,4)	281 (23,0)	
Nível de instrução (1812)			
Sem instrução	25 (4,2)	95 (7,8)	0,000
Ensino fundamental	142 (23,9)	430 (35,3)	
Ensino médio	260 (43,8)	552 (45,3)	
Ensino superior	166 (28,0)	142 (11,6)	
Ocupação (1812)			
Sem remuneração	7 (1,2)	14 (1,1)	0,000
Autônoma	59 (9,9)	90 (7,4)	
Trabalhadora doméstica	16 (2,7)	67 (5,5)	
Empregada pública/privada	195 (32,9)	288 (23,6)	
Empregadora	9 (1,5)	5 (0,4)	
Não aplicável	307 (51,8)	755 (61,9)	
Renda mensal^a (1812)			
≤ 1 salário mínimo	39 (6,6)	131 (10,7)	0,000
1 à 3 salários mínimos	182 (30,7)	288 (23,6)	

≥ 4 salários mínimos	58 (9,8)	29 (2,4)	
Não recebe/não aplicável	314 (52,9)	771 (63,2)	
Paridade (1812)			
1 parto	260 (43,8)	420 (34,4)	
2 partos	193 (32,5)	397 (32,6)	0,000
≥ 3 partos	140 (23,6)	402 (33,0)	
Tipo de serviço utilizado (1786)			
Exclusivamente público	319 (54,3)	959 (80,0)	0,000
Público e privado	27 (4,6)	49 (4,1)	
Exclusivamente privado	241 (41,1)	191 (15,9)	

^a Renda mensal de 678,00 reais em 2013

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Na tabela 2 são apresentados a prevalência dos indicadores de processo no cuidado pré-natal adequado segundo a raça/cor das mulheres, e Odds Ratio (OR) com seus respectivos intervalos de confiança dos modelos de análise multinível. Utilizou-se os coeficientes de correlação intraclasse, ou efeito de cluster, para avaliar a existência de parcelas de variabilidade entre as áreas onde as mulheres residem, não explicadas pelas variáveis incluídas no modelo, com valor mínimo de 0,00 e máximo de 0,46.

Sobre os indicadores do cuidado pré-natal adequado e a raça/cor das mulheres, observou-se associação negativa estatisticamente significativa entre a cor da pele e o início do pré-natal com 12 semanas ou menos, o número de consultas igual ou superior a 6, realização de teste HIV, realização de exame VDRL, exame das mamas em todas as consultas, orientações referentes ao trabalho de parto, sinais de risco indicativos de emergência obstétrica e aleitamento materno, além das orientações relacionadas à maternidade de referência.

Os resultados demonstraram que mulheres negras tiveram 35% menor chance de iniciar o pré-natal com 12 semanas ou menos, quando comparadas às mulheres brancas (OR = 0,65; IC95%: 0,49-0,87. Rho= 0,08). Com relação à realização do teste HIV durante o pré-natal, mulheres negras registraram 49% de redução de chance de fazer a testagem para o vírus durante a gestação, se comparadas às gestantes de raça/cor branca (OR= 0,51; IC95% 0,26-1,03. Rho= 0,41). No tocante a realização do teste para sífilis (VDRL), ser negra se constituiu fator dificultador para realizar o exame (OR = 0,68; IC95%: 0,49-0,94. Rho= 0,32).

No quesito realização de exames das mamas em todas as consultas, obteve-se uma baixa prevalência de concretização tanto para negras como para brancas, representando uma percentagem de 34,4% e 41,3% respectivamente. No entanto quando comparada a chance de

realizar essa anamnese segundo a raça/cor, as mulheres negras tiveram 28% de redução de chance de satisfazer a esse indicador (OR = 0,72; IC75% 0,57-0,90. Rho= 0,13).

Em todos os indicadores relacionados ao recebimento de orientações dadas no pré-natal com relação à gestação, trabalho de parto e parto, houve menor prevalência para o grupo das mulheres negras quando comparadas às brancas. Quanto à orientação relacionada às características e alertas do trabalho de parto, mulheres negras obtiveram 23% menor chance de terem acesso a essas informações (OR = 0,77; IC: 0,61-0,97. Rho=0,03). No quesito orientação sobre os sinais de risco que indicam emergência obstétrica, as negras registraram uma chance ainda menor de obtê-la, 22% (OR = 0,78; IC:0,61-0,99. Rho= 0,01). No tocante à orientação sobre aleitamento materno, os resultados apontaram que gestantes negras tiveram 33% menor chance de serem orientadas sobre esse assunto (OR = 0,67; IC: 0,50-0,91. Rho=0,17).

Dados referentes à orientação da gestante sobre a maternidade de referência apontam que existe associação entre a raça/cor e esse indicador de adequação pré-natal, sendo que nesse estudo, o fato de ser negra reduziu em 55% a chance de obter esse tipo de orientação (0,56; IC: 0,43-0,73. Rho= 0,16).

Os resultados do estudo não mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de mulheres brancas e negras para a mensuração da altura da mulher na primeira consulta pré-natal, realização de exame de sangue durante o acompanhamento, solicitação de teste para o HIV, solicitação de exame de urina para a gestante, mensuração da pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas; aconselhamentos sobre não faltar às consultas, manter uma alimentação balanceada e saudável, não fumar, não beber e não usar tinta capilar.

Tabela 2. Associação e correlação intraclasse entre os indicadores de cuidado pré-natal adequado e raça/cor de mulheres que realizaram o pré-natal. Brasil, 2013.

Indicadores de pré-natal adequado	Branca		Negra		OR (95%CI)	p	Correlação
	N	%	N	%			
Início do pré-natal com IG \leq 12^a semana	512	86,3	983	80,6	0,65 (0,49-0,87)	0,003	0,08
\geq 6 consultas pré-natais	528	89,0	935	76,7	0,41 (0,30-0,54)	0,000	0,00
Mensuração de altura na 1^a consulta	447	75,4	950	77,9	1,16 (0,89-1,52)	0,279	0,23

Realizou exame de sangue	582	98,1	1.182	97,0	0,60 (0,31-1,19)	0,146	0,00
Solicitação de teste HIV	540	93,9	1.080	92,7	0,83 (0,50-1,37)	0,469	0,46
Realizou teste HIV	526	97,4	1.030	95,4	0,51 (0,26-1,03)	0,059	0,41
Solicitação de exame urinário	578	97,5	1.184	97,1	0,88 (0,46-1,70)	0,713	0,32
Realizou VDRL	426	81,6	799	76,1	0,68 (0,49-0,94)	0,020	0,32
Mensuração PA em todas as consultas	539	90,9	1.091	89,5	0,83 (0,56-1,22)	0,349	0,32
Mensuração Peso em todas as consultas	545	91,9	1.097	90,0	0,79 (0,53-1,15)	0,211	0,28
Mensuração AU em todas as consultas	489	82,5	972	79,7	0,83 (0,62-1,11)	0,206	0,24
Exame das mamas em todas as consultas	245	41,3	419	34,4	0,72 (0,57-0,90)	0,004	0,13
Aconselhamento para não faltar às consultas	534	90,1	1.108	90,9	1,10 (0,78-1,55)	0,595	0,11
Aconselhamento para alimentação saudável	574	96,8	1.180	96,8	1,00 (0,57-1,75)	0,996	0,00
Aconselhamento para não fumar	535	90,2	1.111	91,1	1,12 (0,78-1,62)	0,540	0,23
Aconselhamento para não beber	541	91,2	1.108	90,9	0,96 (0,64-1,42)	0,823	0,32
Aconselhamento não usar tinta capilar	481	81,1	971	79,7	0,90 (0,67-1,21)	0,473	0,27

Orientação trabalho parto	444	74,9	851	69,8	0,77 (0,61-0,97)	0,027	0,03
Orientação sinais de risco	467	78,7	905	74,2	0,78 (0,61-0,99)	0,037	0,01
Orientação aleitamento materno	514	86,7	997	81,8	0,67 (0,50-0,91)	0,011	0,17
Orientação sobre maternidade referência	475	80,1	859	70,5	0,56 (0,43-0,73)	0,000	0,16

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde/IBGE. 2013

Discussão

Este estudo aponta que mulheres brasileiras que se auto-declararam negras tiveram menor chance de receber um cuidado adequado no pré-natal quando verificado os indicadores de processo de uma assistência considerada adequada de acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco. A literatura científica demonstra que tanto para populações específicas por regiões quanto para a população geral no Brasil, a cor da pele tem atuado como marcador de iniquidades no acesso aos serviços de saúde (FONSECA et al, 2015, VIELLAS et al, 2014; LEAL et al, 2005; GOES; NASCIMENTO, 2013).

Achados relacionados à adequação do pré-natal evidenciam que a raça/cor e os fatores sociodemográficos das mulheres guardam influência com a adequabilidade da assistência (CESAR et al, 2011; SILVA; MONTEIRO, 2010; DIAS-DA-COSTA et al, 2013; BERNARDES, 2011). Nesse sentido destaca-se que as experiências discriminatórias geram efeitos negativos para a saúde e é preciso discutir de que modo as configurações sociais fomentam processos de discriminação no acesso, oferta e qualidade da atenção à saúde (MASSIGNAM, 2015).

Essas configurações estão expressas pelas relações entre indivíduos e grupos com diferenças de poder social mediado por hierarquias socioeconômicas e culturais, por exemplo, entre as quais a raça/cor se intersecciona (FEIJEN-DE-JONG et al, 2012). Em conformidade com essa afirmação, estudo de abordagem racial sobre a morbi-mortalidade e atenção peri e neonatal, realizado no município do Rio de Janeiro entre 1999-2001 apontou, semelhantemente ao nosso estudo, que existe uma persistente situação desfavorável das

mulheres de pele preta e parda em relação às brancas, evidenciada por menores idades, piores rendas, baixa escolaridade, menor conjugalidade e maior paridade (LEAL et al, 2005).

Outras pesquisas mais recentes ratificam esses achados ao evidenciar a relação da raça/cor negra com a baixa renda, ocupações menos remuneradas e pouca escolaridade no contexto do acesso e qualidade da assistência à saúde (MARTINELLI et al, 2014; CAVALCANTE et al, 2011; BAIROS et al, 2011), fortalecendo a discussão sobre o processo histórico de desigualdades entre os grupos sociais no Brasil, o qual gera prejuízos no acesso à renda e aos direitos fundamentais como educação, saúde, habitação, informação, previdência social, bens culturais e serviços.

Os antecedentes obstétricos das mulheres e a sua associação com a utilização do pré-natal adequado é um tema amplamente discutido na literatura nacional e internacional, sendo consenso entre a maioria dos estudos que a paridade é inversamente proporcional às chances de realização de um pré-natal dentro dos padrões de qualidade pré-estabelecidos (FEIJEN-DE-JONG, 2012; JOSHI et al, 2014; CÓRDOBA, ESCOBAR; GUSMÁN 2012; DOMINGUES et al, 2015)

A associação da raça/cor com o tipo de serviço utilizado, identificado neste estudo, também é evidenciada em outras investigações que revelam ser a mulher negra, aquela que mais busca o serviço público de saúde e também a que mais sofre com as iniquidades relacionadas à operacionalização dos serviços na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) devido à sobreposição de vulnerabilidades (CESAR et al, 2012). A esse respeito, estudo à nível nacional, afirmou que indivíduos sem cobertura privada e com menor nível socioeconômico apresentam menor probabilidade de utilização dos serviços de saúde e menor número médio de consultas, evidenciando barreiras de acesso relacionadas à esse perfil (ANDRADE et al, 2013).

Ao investigar especificamente os indicadores de adequação do pré-natal verificou-se que mulheres negras tem menores chances de iniciar o acompanhamento antes das 12 semanas e realizar o mínimo de 6 consultas, conforme preconizado pelo PHPN e pelo Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco. Semelhantemente, estudo nacional realizado com puérperas destacou que as mulheres negras investigadas apresentaram baixa proporção de início precoce do pré-natal e de número de consultas realizadas (VIELLAS ET AL, 2014). Nosso estudo apresentou taxa geral de início do pré-natal no primeiro trimestre e número de consultas maiores que a encontrada em Vitória do Espírito Santo, Recife e Juiz de Fora, sendo que esse último apresentou crescimento significativo em um intervalo de tempo de dois anos-

2002 à 2004 (POLGLIANE et al, 2014; CARVALHO E ARAÚJO, 2007; COUTINHO et al, 2010)

Em outro estudo de tendência temporal realizado em Niterói verificou-se que o percentual de mulheres com sete ou mais consultas, manteve a constância de 81% entre os anos de 2000 e 2009, média próxima aos achados do nosso estudo (80,7%), apresentando diferenças de percentual de acordo com idade, escolaridade e raça/cor da pele (FONSECA et al, 2014). Semelhantemente, em investigação desenvolvida no Acre obteve-se diferença no número de consultas realizadas de acordo com as mesmas variáveis sociodemográficas acrescidas da conjugalidade e local de residência da mulher (CAVALCANTE et al, 2011).

Com relação ao número de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal, a correlação intraclasse investigada nesse estudo apontou ainda que a diferença na prevalência constatada entre negras e brancas acontece de forma homogênea no Brasil, ou seja, não mantém relação direta com as características locais das áreas onde as mulheres residem, o que é reiterado por estudos que apontam o cenário desigual de acesso à saúde em todo o Brasil, destacando a raça/cor como marcador importante das experiências discriminatórias e iniquidades em saúde (LEAL et al, 2005; DOMINGUES et al, 2013a; DOMINGUES et al, 2015).

Não verificamos diferenças na solicitação de teste HIV para mulheres brancas e negras, no entanto elas se diferenciaram quanto à realização do exame, sendo que a desvantagem recaiu sobre o grupo das negras, demonstrando que mesmo quando não existe a dificuldade de acesso, mulheres negras enfrentam obstáculos durante o processo de assistência (FONSECA ET AL, 2015), o que é ratificado por estudo realizado no Rio Janeiro, o qual evidenciou que 70% das mulheres estudadas que não realizaram os exames referiram não fazê-lo principalmente por dificuldades relacionadas a problemas do serviço (DOMINGOS et al, 2013b). A correlação intraclasse calculada converge com a literatura à medida que demonstra que solicitar ou não os exames possui característica heterogênea para as mulheres brasileiras, variando de acordo com a região e o contexto onde a mulher está inserida, bem como das características e localização dos serviços de saúde.

Embora grande parte dos estudos não apresente associação direta da realização de exames com a raça/cor das mulheres, as populações investigadas, em geral, são majoritariamente pardas e pretas e com perfil sociodemográfico semelhante, destacando-se as usuárias do SUS. Estudos com essas características evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que sofrem com as desigualdades e baixa qualidade na assistência como evidenciada por estudo no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul com usuárias do SUS, onde se identificou o

registro de anti-HIV em menos da metade dos cartões das gestantes (VETTORE et al, 2013; ZANCHI et al, 2013).

Semelhante ao teste de sorologia para o HIV, o exame de VDRL possui distribuição diferente de acordo com a raça/cor neste estudo. Pesquisa realizada com dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, em Campina Grande/ PB, destaca associação entre a raça cor materna e realização do teste sorológico com a notificação de sífilis congênita (FRANÇA et al, 2015). Em região do Espírito Santo, outro estudo também mostrou maiores proporções de acesso à realização do exame segundo a renda familiar mensal crescente (MARTINELLI et al, 2014). E em pesquisa que investigou a incidência de sífilis congênita e a sua relação com a estratégia de saúde da família no Brasil, demonstrou-se que do total de casos notificados no ano de 2008 entre mães de crianças com sífilis congênita predominaram mulheres negras e com menos de oito anos de estudo. Além disso, o estudo evidenciou que embora mais de 70% das mães tivessem realizado pré-natal, apenas 57% teriam tido diagnóstico de sífilis e menos de um quarto (24%) dos diagnósticos haviam sido feitos antes do parto, destacando ainda que somente 20% dos parceiros teriam sido tratados durante o pré-natal (ARAÚJO et al, 2012), o que reitera as limitações assistenciais sob as quais mulheres negras estão submetidas e as repercussões para sua saúde, bem como para saúde da sua família.

A realização dos procedimentos clínico-obstétricos durante todo o acompanhamento pré-natal são de extrema importância para garantir a qualidade da assistência. Com relação à mensuração da pressão arterial, peso da gestante, altura uterina e ausculta dos batimentos cardio-fetais em todas as consultas pré-natais, a literatura tem apontado alta prevalência de realização, com estudos que destacam cerca 100% de realização em todas as consultas (REIS et al, 2015; DOMINGUES et al, 2012; COUTINHO et al, 2010; ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Nossos achados convergem com as investigações publicadas, no entanto apresentam prevalência um pouco menor, que variam de 82,5% à 91,9% entre os procedimentos supracitados. Vale ressaltar que embora em nosso estudo não tenha havido diferenças estatísticas entre o grupo de negras e brancas para a realização dos procedimentos, a prevalência de brancas que receberam a assistência foi maior do que as negras em todas as avaliações clínico-obstétricas.

Um dos exames clínico-obstétricos menos realizados durante o acompanhamento pré-natal tem sido o exame das mamas (SILVA; MONTEIRO, 2010). Nossos achados corroboram com esses resultados na medida em que apontam para a baixa prevalência desse procedimento para ambos os grupos estudados, sendo as negras as que experenciam as mais baixas

percentagens referente a realização deste. A literatura científica destaca percentuais de realização que variam de 17% à 64%, demonstrando vantagens para as mulheres atendidas no setor privado (CESAR et al, 2011; CESAR et al, 2012; ZANCHI et al, 2013; CARVALHO E ARAUJO, 2007)

Quando investigadas as rotinas de orientações oferecidas nas consultas pré-natais estudos revelam que adequação é mais observada em mulheres de cor da pele branca, mais escolarizadas, de classe econômica mais elevada, com ocupação remunerada, atendidas em serviços privados, que residem com companheiro e primíparas (DOMIGUES et al, 2015), o que corrobora com nossos achados. Outros estudos (VIELLAS et al, 2014; FEIJEN-DE-JONG et al, 2012) revelam que embora com uma tendência de crescimento, as orientações ainda são muito restritas e fragmentadas, com menos qualidade à medida que a escolaridade da mulher diminui, o que fortalece a lei do cuidado inverso, onde a disponibilidade da assistência é inversamente proporcional às necessidades da população (HART, 1971).

Informações sobre sinais de risco obstétrico e aleitamento materno foram destacados em estudo com dados à nível nacional como temas frequentemente abordados, embora com uma percentagem insatisfatória. As orientações sobre o trabalho de parto e as práticas benéficas durante esse período foram ainda mais restritas e apresentou diferença de 30% a menos quando comparado aos valores percentuais encontrados em nosso estudo (VIELLAS et al, 2014). Em estudo realizado na Costa Rica observou-se que em apenas 20% das entrevistas no pré-natal houve enfoque de risco geral por parte dos profissionais, revelando um atendimento pouco profundo na obtenção de informações relevantes para a tomada de decisões na atenção à gestante (VARGAS; VARGAS, 2014).

Maior diferença percentual entre os grupos no tocante às orientações se deu para as informações sobre a maternidade de referência, e muito embora tenha alcançado taxas superiores a de outros estudos (DOMINGUES et al, 2015; DOMINGUES et al, 2012), corrobora com os achados que destacam a maior probabilidade de peregrinação durante o parto para mulheres negras e de baixo poder socioeconômico (VIELLAS et al, 2014).

Considerações finais

Nosso estudo identifica desigualdades na atenção à saúde das mulheres brasileiras atendidas no pré-natal relacionadas à raça/cor e outras características sociodemográficas, que também estão associadas com a cor da pele. Os achados apontam que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens para as mulheres quanto ao acesso a um pré-natal considerado adequado.

Nesse sentido, demonstramos que ser negra diminui as chances de as mulheres iniciarem o pré-natal com 12 semanas ou menos, terem 6 ou mais consultas pré-natais, realizarem teste HIV, realizarem exame VDRL, realizarem exame das mamas em todas as consultas, receberem orientações referentes ao trabalho de parto, sinais de risco indicativos de emergência obstétrica e aleitamento materno, além das orientações relacionadas à maternidade de referência. Salientamos que em todos os indicadores relacionados ao recebimento de orientações dadas no pré-natal, há menor prevalência de obtê-los para o grupo das mulheres negras quando comparadas às brancas.

Reiteramos a importância da utilização de dados nacionais para monitorar a aplicabilidade e eficácia dos indicadores de processo propostos para o cuidado pré-natal sendo esta uma importante ferramenta de gestão, capaz de gerar ações programáticas e estratégicas, baseadas no perfil da população.

A potencial limitação do estudo faz referência à utilização de dados secundários para o estabelecimento de indicadores de processo pré-estabelecidos pela PHPN e pelo Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco, podendo gerar ausência de algumas informações não colhidas durante a aplicação do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde, de onde provém nosso banco de dados. No presente estudo chamamos a atenção para a não inclusão de dados referentes à repetição de exames laboratoriais na 30ª semana de gestação, consulta puerperal e aplicação de vacina antitetânica.

Por fim, evidenciar a dinâmica real do PHPN e a implementação das orientações presentes nos manuais técnicos de saúde nos últimos anos possibilita a avaliação dos programas e propostas do Governo Federal e a partir dessa análise é possível traçar estratégias priorizando a garantia da equidade no acesso a serviços de saúde, o aumento da cobertura global do programa e o incentivo ao cumprimento de todas as metas, destacando, evidentemente, a qualidade dos procedimentos realizados. Nesse sentido, sugere-se a utilização dessas estratégias de intervenção com foco na redução das iniquidades de raça/cor no cuidado pré-natal na população usuária do SUS.

Referências

ANDRADE, Monica V; NORONHA, Kenya V.M.S; MENEZES, Renata M; SOUZA, Michelle N; REIS, Carla B; MARTINS, Diego R; et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ANDREUCCI, Carla B; CECATTI, José G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, 2011.

ARAÚJO, Cinthia L; SHIMIZU, Helena E; SOUSA, Artur I.A; HAMANN, Edgar M. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, 2012.

BAIROS, Fernanda S; MENEGHEL, Stela N; DIAS-DA-COSTA, Juvenal S; BASSANI, Diego G; MENEZES, Ana Maria M; GIGANTE, Denise P; et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2364-2372, 2011.

BERNARDES, Ariane Cristina; SILVA, Raimundo Antônio; COIMBRA, Liberata C; ALVES, Maria Teresa; QUEIROZ, Rejane Christine; BATISTA, Rosângela F; et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth.**, v.14, n.1, p.266, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de cobertura. **Cobertura de consultas pré-natal**. 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06>. Acesso em: 14 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de Baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318p

CARVALHO, Valéria C.P; ARAÚJO, Thália V.B. 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. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n.3, p. 309-317, 2007

CAVALCANTE, Suelen O; DOTTO, Leila Maria G; KOIFMAN, Sérgio; CUNHA, Margarida A; OLIVEIRA, Maria Fernanda S; MAMEDE, Marli V; MUNIZ, Pascoal T. Atenção pré-natal no município de Rio Branco, Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.661-675, 2011.

CESAR, Juraci A; MANO, Patrícia S; CARLOTTO, Kharen; GONZALEZ-CHICA, David A; MENDOZA-SASSI, Raul A. Público *versus* privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n.3, p. 257-263, 2011.

CESAR, Juraci A; SUTIL, Andréa T; SANTOS, Gabriela B; CUNHA, Carolina F; MENDONZA-SASSI, Raul A. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p.2106-2114, 2012.

CÓRDOBA, Ramiro; ESCOBAR, Lina P; GUZMÁN, Lyda L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. **Revista Facultad de Salud**, Colombia, v.4, n.1, p.39-49, 2012.

CORRÊA, Marianne D; TSUNECHIRO Maria Alice; LIMA, Marlise O.P; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, p. 24-32, 2014

COUTINHO, Tadeu; MONTEIRO, Mário Francisco; SAYD, Jane D; TEIXEIRA, Maria Teresa; COUTINHO, Conrrado M; COUTINHO, Larissa M. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.32, n.11, p.563-9, 2010.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal S; CESAR, Juraci A; HAAG, Cristina Beatriz; WATTE, Guilherme; VICENZI, Keli; SCHAEFER, Rafaela. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n.2, p.101-109, 2013.

DOMINGUES, Patrícia Mallú L; NASCIMENTO, Enilda R; OLIVEIRA, Jeane F; BARRAL, Fanny E; RODRIGUES, Quessia P; SANTOS, Carla Cristina C; et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 285-92, 2013a

DOMINGUES, Rosa Maria S.M; VIELLAS, Elaine F; DIAS, Marcos Augusto B; TORRES, Jacqueline A; THEME-FILHA, Mariza M; GAMA, Silvana G.N; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.37, n.3, p.140-7, 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria M.S.M; LEAL, Maria do Carmo; ARTZ, Zulmira Maria A; DIAS, Marcos Augusto B; VETTORE, Marcelo V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ver Bras Epidemiol**, São Paulo, v.16, n.4, p.953-65, 2013b

DOMINGUES, Rosa Maria S.M; ARTZ, Zulmira Maria A; DIAS, Marcos Augusto B; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p.425-437, 2012.

FEIJEN-DE JONG, Esther I; JANSEN, Danielle E; BAARVELD, Frank; VAN DER SCHANS, Cees P; SCHELLEVIS, François G; REIJNEVELD, Sijmen A. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. **Eur J Public Health.**, v. 22, n.6, p. 904-13, 2012.

FONSECA, Sandra C; KALE, Pauline L; SILVA, Katia S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor a importa? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15,n.2, p. 209-217, 2015.

FONSECA, Sandra C; MONTEIRO, Daniela A.S; PEREIRA, Camila M.S.C; SCORALICK, Ana Carolina D; JORGE, Mariana G; ROZARIO, Suelem. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p.1991-1998, 2014.

FRANÇA, Inacia S.X; BATISTA, Joana D.L; COURA, Alexsandro S; OLIVEIRA, Cibely F; ARAÚJO, Andressa K.F; SOUSA, Francisco S. Fatores associados à notificação da sífilis

congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**, Fortaleza, v.16, n.3, p.374-81, 2015.

FREITAS, Marcos Paulo S. **Pesquisa Nacional de Saúde Plano Amostral**. Diretoria de Pesquisas e Coordenação de Métodos e Qualidade- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 22p, 2014.

GOES, Emanuelle F; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.

HART, Julian T. The inverse care law. **Lancet**; v., n.7696, p.405-412, 1971.

JOSHI, Chandni; TORVALDSEN, Siranda; HODGSON, Ray; HAYEN, Andrew. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, p.94, 2014.

LANSK, Sônia; FRICHE, Amélia Augusta L; SILVA, Antônio Augusto A.M; CAMPOS, Deise; BITTENCOUR, Sonia D.A; CARVALHO, Márcia L; et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.192-207, 2014.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G.N; CUNHA, Cynthia B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.100-7, 2005.

LEEuw, Jan; MEIJER, Erik. **Handbook of Multilevel Analysis**. Springer, Los Angeles, USA, 2008.

MARTINELLI, Katrini G; SANTOS NETO, Edson T; GAMA, Silvana G.N; OLIVEIRA, Aduato E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MASSIGNAM, Fernando M; BASTOS, João Luiz D; NEDEL, Fúvio B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.541-544, 2015.

OLIVEIRA, Renata L.A; FONSECA, Cátia Regina B; CARVALHAES, Maria Antonieta B.L; PARADA, Cristina Maria G.L. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, 2013.

POLGLIANE, Rúbia B.S; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena C; ZANDONADE, Eliana; SANTOS NETO, Edson T. 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**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 1999-2010, 2014.

REIS, Patrícia Alexandra G.D; PEREIRA, Claudia Cristina A; LEITE, Iuri C; THEME-FILHA, Mariza M. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao

parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.1929-1940, 2015.

SILVA, Manuela B; MONTEIRO, Pedro S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Com Ciências Saúde**, v.21, n.1, p.21-30, 2010.

VARGAS, Nathalie A; VARGAS, Grettel C. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. **Rev. Enfermería Actuales Costa Rica**, Costa Rica, v.26, p. 1-19. Disponível em: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf> . 2014>. Acesso em: 30 Dez. 2015.

VETTORE, Marcelo V; DIAS, Marcos; VETTORE, Mário V; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n.2, p.89-100, 2013.

VIELLAS, Elaine F; DOMINGUES, Rosa Maria S.M; DIAS, Marcos Augusto B; GAMA, Silvana G.N; THEME FILHA, Mariza M; COSTA, Janaina V; et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.85–100, 2014.

ZANCHI, Mariza; GONÇALVES, Carla V; CESAR, Juraci A; DUMITH, Samuel C. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.1019-1028, 2013.

5 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apontam para as desigualdades na utilização do cuidado pré-natal adequado, sob uma perspectiva de raça/cor e gênero, ainda explorada de forma superficial pela literatura. Evidenciamos que a utilização de cuidado pré-natal adequado é marcado pelo racismo, ao expor as mulheres negras ao acesso menos qualificado quando comparadas com as brancas.

A caracterização das mulheres negras e brancas difere, principalmente, em relação à escolaridade, ocupação, renda e ao tipo de serviço utilizado (se público ou privado). As mulheres negras apresentam maior prevalência entre os grupos menos escolarizados, com menores rendas mensais e se encontram entre as ocupações de mais baixas remunerações e de menor prestígio social, ao passo que entre o atendimento de saúde de caráter exclusivamente privado elas são representadas pelos menores percentuais, demonstrando assim, situação de maior vulnerabilidade.

O cuidado pré-natal apresenta baixo índice global de adequabilidade conforme as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e embora a adequação do pré-natal tenha se mostrado baixa tanto para o grupo de negras quanto para o grupo de mulheres brancas, há associação positiva entre ser negra e ter tido um pré-natal inadequado, o que evidencia a existência de desigualdades raciais/de cor na utilização desse cuidado.

O maior percentual de mulheres se encontra dentro da faixa de pré-natal intermediário, no tocante ao nível de adequação, o que significa que, de forma geral, elas estão submetidas a uma assistência de qualidade insuficiente embora haja expansão contínua da cobertura do serviço. Nesse sentido destacamos que não alcançar todos os critérios predeterminados pelo Ministério da Saúde para ter um cuidado pré-natal considerado adequado é a realidade da população feminina no Brasil, chamando atenção para a cor da pele das mulheres, visto que quando são negras registram uma chance ainda menor de alcançá-los, quando comparadas às brancas. Em contrapartida, mesmo sendo o grupo com menor percentual geral, o nível adequado apresenta maior número de mulheres brancas, confirmando que ser negra indica chance significativamente reduzida para utilizar cuidado pré-natal adequado.

Os achados apontam que após ajustes de modelo, por idade, escolaridade e estado civil, as categorias mostram o mesmo sentido do modelo não ajustado, porém com diminuição dos efeitos sobre o desfecho, ou seja, mesmo quando características como idade da mulher, escolaridade e estado civil não influenciam no desfecho, existe menor chance de uma negra

ter o pré-natal adequado em comparação com uma mulher branca, o que nos leva a pensar que o racismo opera dificultando o acesso das mulheres aos serviços/atendimento de qualidade.

As desigualdades raciais no cuidado pré-natal podem ser observadas por meio da associação entre a raça/cor das mulheres e seus desempenhos na utilização de procedimentos previstos no acompanhamento pré-natal. Mulheres negras têm menor chance de iniciar o pré-natal com 12 semanas ou menos, realizar a testagem para HIV durante o pré-natal e realizar o teste para sífilis (VDRL), quando comparadas às mulheres brancas. Para a realização de exame clínico das mamas em todas as consultas, obtivemos uma baixa prevalência de concretização tanto para negras como para brancas, no entanto quando comparada a chance de realizar essa anamnese segundo a raça/cor, as mulheres negras são as que têm a chance reduzida na obtenção desse cuidado.

Em todos os indicadores relacionados ao recebimento de orientações dadas no pré-natal com relação à gestação, trabalho de parto/parto e aleitamento materno, há menor prevalência para o grupo das mulheres negras, sendo elas aquelas que obtêm menores chances de acesso a essas informações. Dados referentes à orientação da gestante sobre a maternidade de referência apontam ainda para o fato de que ser negra reduz em mais da metade a chance de obter esse tipo de orientação. Neste estudo, os resultados não mostram associação entre a raça/cor e obter a altura da mulher na primeira consulta pré-natal, realizar exame de sangue durante o acompanhamento, ter o teste de HIV solicitado, ter exame de urina solicitado, obter a mensuração da pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas e receber aconselhamentos sobre não faltar às consultas, manter uma alimentação balanceada e saudável, não fumar, não beber e não usar tinta capilar.

Os coeficientes de correlação intraclasse ou efeito de cluster calculados evidenciam, principalmente, que a diferença na prevalência constatada entre negras e brancas para a quantidade de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal, acontece de forma homogênea no Brasil, ou seja, não mantém relação direta com as características locais das áreas onde as mulheres residem; ao passo que para características como solicitação de exames, tais como teste HIV, VDRL e exame de urina, durante o pré-natal, podem ocorrer de maneira heterogênea para as mulheres brasileiras, variando de acordo com a região e o contexto onde a mulher está inserida, bem como das características e localização dos serviços de saúde.

Considerando as experiências discriminatórias que resultam da desigualdade, sobreposição de vulnerabilidades e limitações impostas às mulheres negras, é possível identificar os efeitos negativos para a saúde, sobretudo para assistência de caráter preventivo,

como o cuidado pré-natal. Mulheres negras, pobres e pouco escolarizadas são as mais afetadas pelas disparidades no acesso e utilização do cuidado pré-natal qualificado e, nessa perspectiva, é importante perceber como a interseção das dimensões de gênero, classe e raça podem revelar aspectos da desigualdade no interior da população feminina, desmitificando as ideias de homogeneidade de interesses de gênero.

Discutir a adequação do cuidado pré-natal sob a luz da interseccionalidade revela as relações de poder de raça, sexo e classe que operam na limitação da capacidade de barganha das mulheres e repercutem no acesso aos serviços de saúde e às escolhas reprodutivas, por manterem as estruturas que sustentam a discriminação racial e a discriminação de gênero, e com isso, limitam as chances de sucesso das mulheres negras. Dessa forma, o enfoque interseccional reconhece os sistemas de opressão montados por múltiplas variáveis e a interação destas com as desigualdades sociais produzidas.

O cenário identificado neste estudo revela que é necessária a (re)formulação de políticas públicas que visam à redução das desigualdades socioeconômicas e combater o racismo para melhorar o acesso das mulheres ao cuidado adequado. Por ter utilizado informações de abrangência nacional, o estudo traz à tona aspectos importante da implementação de políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil, cujas evidências apontam para a necessidade de reduzir persistentes iniquidades de raça/cor, de classe social e de gênero na saúde para fortalecimento do SUS, considerando o elevado percentual de mulheres que são usuárias de cuidados prestados em serviços públicos de saúde.

Reiteramos a importância da utilização de dados nacionais para monitorar a aplicabilidade e eficácia dos indicadores de processo propostos no âmbito da saúde, sendo esta uma importante ferramenta de gestão, capaz de gerar ações programáticas e estratégicas, baseadas no perfil da população.

É importante ressaltar, também, as limitações da pesquisa, já que, por se tratar de um estudo transversal, a obtenção das informações é restrita a momento único e não retrata os fatos anteriores que podem ter contribuído para o desfecho, impossibilitando, portanto, o estabelecimento de uma relação causal entre os fatos. Além disso, o fato de se utilizar dados secundários para o estabelecimento de indicadores de processo pré-estabelecidos pela PHPN e pelo Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco, trouxe limitações relacionadas à utilização de algumas diretrizes do Ministério da Saúde devido à ausência de algumas informações no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde, de onde provém nosso banco de dados. Nesse sentido, as variáveis presentes nas diretrizes ministeriais que não se encontram incluídas na pesquisa são aquelas referentes à repetição de exames laboratoriais na 30ª semana

de gestação, consulta puerperal e aplicação de vacina antitetânica, aspectos do cuidado de crucial importância para detectar infecções não tratadas ou novas infecções no final do período gravídico, prevenção de afecções por meio do monitoramento e atualização do calendário vacinal e prevenção de eventos patológicos no puerpério bem como promoção da saúde da mulher após o parto.

Este trabalho também abre caminho para novas discussões a respeito da definição dos critérios que compõe a adequação do pré-natal, a implementação destes no território brasileiro com suas diversidades e a garantia de qualidade nos procedimentos realizados para alcançar, de fato, um cuidado adequado no acompanhamento pré-natal. Levando em conta que existem variações entre os critérios utilizados pela Organização Mundial de Saúde e o Ministério de Saúde do Brasil para definir o cuidado pré-natal adequado, é fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas que investiguem as definições dos critérios utilizados e o impacto da sua implementação na população, considerando suas necessidades e características socioculturais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Solange D.M; BARROS, Marilisa B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.17, n.1, p.15–25, 2005.

ANDERSEN, Ronald M; NEWMAN, Jhon F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**. v.51, p. 95-124, 1973.

ANDRADE, Monica V; NORONHA, Kenya V.M.S; MENEZES, Renata M; SOUZA, Michelle N; REIS, Carla B; MARTINS, Diego R; et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ANDRADE, Monica V; NORONHA, Kenya V.M.S; MENEZES, Renata M; SOUZA, Michelle N; REIS, Carla B; MARTINS, Diego R; GOMES, Lucas. **Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2011. 22 p. : il. - (Texto para discussão; 445)

ANDREUCCI, Carla B; CECATTI, José G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, 2011.

ANVERSA, Elenir TR; BASTOS, Gisele NA; NUNES, Luciana N; PIZZOL, Tatiane SD. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789:800, 2012.

ARAÚJO, Cinthia L; SHIMIZU, Helena E; SOUSA, Artur I.A; HAMANN, Edgar M. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, 2012.

ASSIS, Marluce M.A; JESUS, Washington L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

BAIROS, Fernanda S; MENEGHEL, Stela N; DIAS-DA-COSTA, Juvenal S; BASSANI, Diego G; MENEZES, Ana Maria M; GIGANTE, Denise P; et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2364-2372, 2011.

BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BERNARDES, Ariane Cristina; SILVA, Raimundo Antônio; COIMBRA, Liberata C; ALVES, Maria Teresa; QUEIROZ Rejane Christine; BATISTA, Rosângela F; et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**., v.14, n.1, p.266, 2014.

BILGE, Sirma. (2009), “**Théorisations féministes de l’intersectionnalité**”. *Diogenes*, v.1, n.225, p.70-88. Disponível em: URL: WWW.caim.info/revue-diogene-2009-1-page-70.htm. Acesso em: 07 set. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de Baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318p

_____. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 07 jan. 2016.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNA_D_2008_saude.pdf. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Serie Estudos e Pesquisas. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF 7 Abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 03 fev. 2016.

_____. Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF 27 Abr. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 18 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de cobertura. **Cobertura de consultas pré-natal**. 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06>. Acesso em: 14 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n° 32, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 320p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.459 de 24 de julho de 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 fev. 2016.b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 60p.

CARVALHO, Valéria C.P; ARAÚJO, Thália V.B. 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. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n.3, p. 309-317, 2007

CAVALCANTE, Suelen O; DOTTO, Leila Maria G; KOIFMAN, Sérgio; CUNHA, Margarida A; OLIVEIRA, Maria Fernanda S; MAMEDE, Marli V; MUNIZ, Pascoal T. Atenção pré-natal no município de Rio Branco, Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.661-675, 2011.

CESAR, Juraci A; MANO, Patrícia S; CARLOTTO, Kharen; GONZALEZ-CHICA, David A; MENDOZA-SASSI, Raul A. Público *versus* privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n.3, p. 257-263, 2011.

CESAR, Juraci A; SUTIL, Andréa T; SANTOS, Gabriela B; CUNHA, Carolina F; MENDONZA-SASSI, Raul A. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p.2106-2114, 2012.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1586-1594, 2005.

CÓRDOBA, Ramiro; ESCOBAR, Lina P; GUZMÁN, Lyda L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. **Revista Facultad de Salud**, Colombia, v.4, n.1, p.39-49, 2012.

CORRÊA, Marianne D; TSUNECHIRO, Maria Alice; LIMA, Marlise O.P; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, p. 24-32, 2014.

COUTINHO, Tadeu; MONTEIRO, Mário Francisco; SAYD, Jane D; TEIXEIRA, Maria Teresa; COUTINHO, Conrado M; COUTINHO, Larissa M. Monitoring the prenatal care

process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.32, n.11, p.563-9, 2010.

CRENSHAW, Kimberle.W. **Cruzamento: raça e gênero**. 2004. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 07 Dez. 2016.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal S; CESAR, Juraci A; HAAG, Cristina Beatriz; WATTE, Guilherme; VICENZI, Keli; SCHAEFER, Rafaela. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n.2, p.101-109, 2013.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima. **Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados**. 2013 a. 88f. Dissertação (mestrado em enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

DOMINGUES, Patrícia Mallú L; NASCIMENTO, Enilda R.; OLIVEIRA, Jeane F; BARRAL, Fanny E; RODRIGUES, Quessia P; SANTOS, Carla Cristina C; et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 285-92, 2013a

DOMINGUES, Rosa Maria S.M; VIELLAS, Elaine F; DIAS, Marcos Augusto B; TORRES, Jacqueline A; THEME-FILHA, Mariza M; GAMA, Silvana G.N; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.37, n.3, p.140-7, 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria M.S.M; LEAL, Maria do Carmo; ARTZ, Zulmira Maria A; DIAS, Marcos Augusto B; VETTORE, Marcelo V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.16, n.4, p.953-65, 2013b

DOMINGUES, Rosa Maria S.M; ARTZ, Zulmira Maria A; DIAS, Marcos Augusto B; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p.425-437, 2012.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FEIJEN-DE JONG, Esther I; JANSEN, Danielle E; BAARVELD, Frank; VAN DER SCHANS, Cees P; SCHELLEVIS, François G; REIJNEVELD, Sijmen A. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. **Eur J Public Health.**, v. 22, n.6, p. 904-13, 2012.

FERNANDES, Léia C L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.595-603, 2009.

FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

FONSECA, Sandra C; KALE, Pauline L; SILVA Katia S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15,n.2, p. 209-217, 2015.

FONSECA, Sandra C; MONTEIRO, Daniela A.S; PEREIRA, Camila M.S.C; SCORALICK, Ana Carolina D; JORGE, Mariana G; ROZARIO, Suelem. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p.1991-1998, 2014.

FRANÇA, Inacia S.X; BATISTA, Joana D.L; COURA, Alexsandro S; OLIVEIRA, Cibely F; ARAÚJO, Andressa K.F; SOUSA, Francisco S. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**, Fortaleza, v.16, n.3, p.374-81, 2015.

FREITAS, Marcos Paulo S. **Pesquisa Nacional de Saúde Plano Amostral**. Diretoria de Pesquisas e Coordenação de Métodos e Qualidade- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 22p, 2014.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.177-198, 1996.

GOES, Emanuelle Freitas. **Mulheres negras e brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. 2011. 83 f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

GOES, Emanuelle F; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.

GOMES, Karine O; REIS, Edna A; GUIMARÃES, Mark D.C; CHERCHIGLIA, Mariângela L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.1829-1842, 2013.

HART, Julian T. The inverse care law. **Lancet**; v., n.7696, p.405-412, 1971.

HEILBORN, Maria Luisa; ARAÚJO, Leila; BARRETO, Andreia (Orgs). **Gestão de Políticas Públicas em gênero e raça** | GPP-GeR: modeloII, CEPESC: Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2010.

JESUS, Washington LA; ASSIS, Marluce M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.161-170, 2010.

JOSHI, Chandni; TORVALDSEN, Siranda; HODGSON, Ray; HAYEN, Andrew. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, p.94, 2014.

KESSNER, D.M; SINGER, J; KALK, C.W; SCHLESINGER, E.R. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. In: **Contrasts in health status**. Vol I. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1973.

KOTELCHUCK , Milton. An evaluation of kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**. v. 84, p. 1414-20, 1994.

LANSK, Sônia; FRICHE, Amélia Augusta L; SILVA, Antônio Augusto A.M; CAMPOS, Deise; BITTENCOUR, Sonia D.A; CARVALHO, Márcia L; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.192-207, 2014.

LEAL, Maria do Carmo; THEME-FILHA, Mariza M; MOURA, Erly C; CECATTI, José G; SANTOS, Leonor M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n.1, p. 91-104, 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al . Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set. 2016.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G.N; CUNHA, Cynthia B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.100-7, 2005.

LEEuw, Jan; MEIJER, Erik. **Handbook of Multilevel Analysis**. Springer, Los Angeles, USA, 2008.

LEITE, Régia M; ARAÚJO, Thália V; ALBUQUERQUE, Rivaldo M; ANDRADE Antônio R; DUARTE NETO, Paulo José. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1977-85, 2011.

MARTINELLI, Katrini G; SANTOS NETO, Edson T; GAMA, Silvana G.N; OLIVEIRA, Aauto E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MASSIGNAM, Fernando M; BASTOS, João Luiz D; NEDEL, Fúvio B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.541-544, 2015.

MEDRONHO, Roberto et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. 493 p.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994**. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: < http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_final-report_icpd_spa.pdf > Acesso em: 06 Jan. 2016.

NASCIMENTO, Enilda R; PAIVA, Mirian S; RODRIGUES, Quessia P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.7, n.2, p.191-197, 2007.

NEGRÃO, Télia. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, supl.1, p.164-176, 2012.

NUNES, Bárbara B.S; MENDES, Paulo C. Políticas públicas de saúde reprodutiva: contexto histórico e implicações na maternidade em Uberlândia-MG. *Caminhos de Geografia*, Uberlândia, v. 16, n. 53, p. 81–100, 2015.

OLIVEIRA, Renata L.A; FONSECA, Cátia Regina B; CARVALHAES, Maria Antonieta B.L; PARADA, Cristina Maria G.L. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, Ribeirão Preto, v.21, n.2, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Objetivos de desarrollo del Milenio.**2015a Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>. Acesso em 06 jan. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Mortalidad materna: datos y cifras.** 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Acesso em 10 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor e 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.** Washington, D.C, EUA, 2014.

PELL, Christopher; MENÁCA, Arantza; WERE, Florence; AFRAH, Nana A; CHATIO, Samuel; MANDA-TAYLOR, Lucinda; et al. Factors Affecting Antenatal Care Attendance: Results from Qualitative Studies in Ghana, Kenya and Malawi. *Plosone*, v.8, n.1, 2013.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Editora Guanabara Koogan s.a. Rio de Janeiro.p596. 2007.

PINHO, Osmundo; SANSONE, Livio. A (organizadores). **Raça: novas perspectivas antropológicas.** - 2 ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia : EDUFBA, 2008. 447 p.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.**7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLGLIANE, Rúbia B.S; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena C; ZANDONADE, Eliana; SANTOS NETO, Edson T. 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*, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 1999-2010, 2014.

PORTELLA, Ana Paula. Direitos reprodutivos e direitos sexuais: impasses e desafios do Movimento Feminista. In: ÁVILA, M.B; GOUVEIA, T., XAVIER, E. (Orgs.). **Reflexões feministas para transformação social.** Recife: SOS Corpo, 2007. p. 96-105.

RAMALHO, Mariana OA. **Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na Estratégia de Saúde da Família do Recife**. 2016. Dissertação (mestrado em Saúde da Criança e Adolescente)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

REIS, Patrícia Alexandra G.D; PEREIRA, Claudia Cristina A; LEITE, Iuri C; THEME-FILHA, Mariza M. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.1929-1940, 2015.

RODRIGUES, Quessia Paz. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 2009.100f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; Gurgel, Marcelo. **Epidemiologia e saúde**.7 ed- Rio de Janeiro: editora MedBook, 2013. 736p.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências**. São Paulo: UNESP, 2004. 205 p.

SCOTT, Joan. *The Conundrum of Equality*. Occasional Papers– Princeton,1999.Traduzido por **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.1, p.11-30, janeiro-abril/2005.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses**. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.

SILVA, Elaine F. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no centro de saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 893-903, 2015.

SILVA, Manuela B; MONTEIRO, Pedro S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Com Ciências Saúde**, v.21, n.1, p.21-30, 2010.

SILVA, Zilda P; RIBEIRO, Manoel C.S.A; BARATA, Rita B; ALMEIDA, Marcia F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3807-16, 2011.

SILVEIRA , Denise S; SANTOS, Iná S; COSTA, Juvenal S.D; Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, p. 131-9, 2001.

SOUSA, Jussilene Jesus. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família**. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador-Ba.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica SM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In GIONELLA, Lígia et al. Orgs. **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 cap.6.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 190-S198, 2004.

TRAVASSOS, Claudia; LAGUARDIA, Josué; MARQUES, Priscilla M; MOTA, Jurema C; SZWARCOWALD, Celia L. Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil. **International Journal for Equity in Health**. v.10, n.35, 2011. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/35>. Acesso em: 04 set. 2016.

VARGAS, Nathalie A; VARGAS, Grettel C. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. **Rev. Enfermería Actuales Costa Rica**, Costa Rica, v.26, p. 1-19. Disponível em: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf>. 2014. Acesso em 30 dez. 2015.

VASCONCELOS-MOURA, Maria Aparecida; SILVA, Giuliana F; SANTOS, Cláudia; ARAÚJO-SILVA, Viviane M. La calidad de asistencia de enfermeira en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. **Aquichán**, Colombia, v.14, n.2, p.196-206, 2014.

VEGA Rosa I.M; BARRÓN Alicia G; ACOSTA Lucila P.R. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v.30, n.3, p. 265-272, 2013.

VETTORE, Marcelo V; DIAS, Marcos; VETTORE, Mário V; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúdeno Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.13, n.2, p.89-100, 2013.

VICTORA, Cesar G; MATIJASEVICH, A; SILVEIRA, M.F; SANTOS, I.S; BARROS, A.J.D; BARROS Fernando C. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy and Planning**. v. 25, p. 253–261, 2010.

VIELLAS, Elaine F; DOMINGUES, Rosa Maria S.M; DIAS, Marcos Augusto B; GAMA, Silvana G.N; THEME FILHA, Mariza M; COSTA, Janaina V. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **CadSaude Publica**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.85–100, 2014.

ZANCHI, Mariza; GONÇALVES, Carla V; CESAR, Juraci A; DUMITH, Samuel C. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.1019-1028, 2013.

<p>S6. As consultas do pré-natal foram cobertas por algum plano de saúde? S006</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma</p> <p>(siga S7)</p>	<p>S7. A sra pagou algum valor pelas consultas do pré-natal? S007 (Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque opção 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S8)</p>	<p>S8. As consultas do pré-natal foram feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (Leia as opções de resposta) S008</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p>(siga S9)</p>	<p>S9. Quem a atendeu na maioria das consultas? (Leia as opções de resposta) S009</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Médico</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Enfermeira</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Técnico ou auxiliar de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Parteira</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: S00901)</p> <p>(siga S10)</p>
<p>S10. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu algum dos seguintes aconselhamentos? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Não faltar às consultas agendadas S01001 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10b)</p> <p>b. Manter uma alimentação saudável S01002 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10c)</p> <p>c. Não fumar S01003 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10d)</p> <p>d. Não beber S01004 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10e)</p> <p>e. Não fazer uso de tintura/alisamento de cabelo S01005 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S11)</p>			
<p>S11. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu alguma destas orientações? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Sobre sinais de trabalho de parto S01101 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11b)</p> <p>b. Sobre sinais de risco na gravidez S01102 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11c)</p> <p>c. Sobre aleitamento materno S01103 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S12)</p>	<p>S12. Durante o pré-natal a sra foi informada sobre a qual serviço de saúde a sra deveria ir no momento do parto? S012</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S13)</p>	<p>S13. Mediram a sua altura na primeira consulta de pré-natal? S013</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S14)</p>	
<p>S14. Durante o pré-natal, em quantas consultas: (Leia as opções de resposta) (siga S11)</p> <p>a. Mediram sua pressão arterial? S01401 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma <input type="checkbox"/> (siga S14b)</p> <p>b. Mediram o seu peso? S01402 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma <input type="checkbox"/> (siga S14c)</p> <p>c. Mediram a sua barriga? (fundo de útero) S01403 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma <input type="checkbox"/> (siga S14d)</p> <p>d. Ouviram o coração do bebê? S01404 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma <input type="checkbox"/> (siga S14e)</p> <p>e. Examinaram suas mamas? S01405 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma <input type="checkbox"/> (siga S15)</p>			
<p>S20. Durante o pré-natal, a sra fez exame de sangue? S020</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S20=2, passe ao S33.)</p>	<p>S21. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que seu exame de sangue mostrou açúcar alto (presença de diabetes)? S021</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S21=2, passe ao S27.)</p>	<p>S22. O médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para a sra e seu bebê? S022</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S23)</p>	<p>S23. Explicaram sobre a alimentação que a sra deveria ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue? S023</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S24)</p>
<p>S27. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de sangue para sífilis? S027</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(Se S27=2 ou 3, passe ao S33.)</p>	<p>S28. A sra recebeu o resultado do exame para sífilis antes do parto? (Leia as opções de resposta) S028</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, foi negativo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, foi positivo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não recebeu o resultado/ Não foi informada antes do parto</p> <p>(Se S28=1 ou 3, passe ao S33.)</p>	<p>S29. A sra recebeu tratamento para sífilis? (Leia as opções de resposta) S029</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, antes do parto</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, depois do parto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga S30)</p>	<p>S30. A sra foi orientada a usar preservativo? S030</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S31)</p>
<p>S31. Foi pedido exame de sífilis para o seu parceiro? S031</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S32)</p>	<p>S32. O seu parceiro foi tratado? S032</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S33)</p>	<p>S33. Durante seu pré-natal, foi solicitado o teste para HIV? S033</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(Se S33 = 2 ou 3, passe ao S35.)</p>	<p>S34. A sra fez o teste de HIV? (Leia as opções de resposta) S034</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, pois já sabia que estava infectada pelo HIV</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga S35)</p>
<p>S35. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de urina? S035</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S36)</p>	<p>S36. Durante o pré-natal, quantos exames de ultrassonografia foram solicitados? S036</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p>Exames</p> <p>(Se S36 = 00, passe ao S42. Caso contrário, siga S37.)</p>	<p>S37. A sra conseguiu realizar os exames de ultrassonografia solicitados? (Leia as opções de resposta) S037</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se S37=1, passe ao S39)</p>	