

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Graduação em Nutrição

**INIQUIDADES RACIAIS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: ESTUDO DE COORTE
MATERNAR**

BRUNA CASTANHEIRA DOS SANTOS

Porto Alegre, 2020

BRUNA CASTANHEIRA DOS SANTOS

**INIQUIDADES RACIAIS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: ESTUDO DE COORTE
MATERNAR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Nutrição.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Bosa

Coorientadora: Ms Nut Bruna Luiza Holand

Porto Alegre, 2020

(CIP- verso da folha de rosto)

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos, Bruna
INIQUIDADES RACIAIS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: ESTUDO DE
COORTE MATERNA / Bruna dos Santos. -- 2020.
40 f.
Orientadora: Vera Lúcia Bosa.

Coorientadora: Bruna Luiza Holand.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Cuidado pré-natal. 2. Iniquidade social. 3.
Saúde da mulher. I. Bosa, Vera Lúcia, orient. II.
Holand, Bruna Luiza, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer meus pais Tatiana Castanheira dos Santos e Carlos Eduardo Ferreira dos Santos, por todo o cuidado e apoio nesta minha jornada acadêmica, por sempre me incentivarem e acreditarem no meu potencial. Gostaria de agradecer, também, o meu irmão Henrique Castanheira dos Santos por me incentivar e ao meu namorado Alisson Chagas Silva por sempre falar que eu sou capaz e por todo o apoio.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por me proporcionarem a realização da Bolsa e, posteriormente, a Iniciação Científica na Unidade de Internação Obstétrica que deu origem a este trabalho de conclusão de curso.

À minha orientadora Prof^a Vera Lúcia Bosa, por aceitar me orientar, incentivar e apoiar neste trabalho, além de acreditar no meu potencial. E a minha co-orientadora Bruna Luíza Holand, por desde o início me ensinar, orientar e incentivar na pesquisa, além de estar me atendendo, sempre que possível, para tirar dúvidas e me auxiliar neste trabalho.

A todas minhas colegas do grupo do Maternar, por toda a parceria que tivemos durante a realização da pesquisa.

Por fim, à banca examinadora que aceitou avaliar e contribuir com este trabalho.

RESUMO

Introdução: Os tempos de escravidão deixaram inúmeras sequelas na história da população negra, que se perpetuam até os dias atuais. Além de serem mais pobres, menos escolarizados e mais marginalizados, sofrem com as opressões estruturais no âmbito da saúde, incluindo a assistência ao pré-natal. Cabe destacar que a realização de um pré-natal adequado e de qualidade é determinante para a saúde materna e do bebê, pois permite a detecção precoce de complicações e fatores de risco. **Objetivo:** Avaliar a adequação dos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal de mulheres negras e brancas, além de identificar possíveis iniquidades raciais. **Métodos:** Estudo transversal utilizando dados do Estudo de Coorte Maternar, conduzido entre 2018 e 2019 em uma maternidade referência no Sul do Brasil. Foi realizada entrevista com puérperas no pós-parto imediato e coleta de dados da caderneta da gestante. A adequação do pré-natal foi avaliada a partir dos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. As análises estatísticas foram, ainda, estratificadas por renda familiar per capita. **Resultados:** Foram incluídas 1.216 puérperas, das quais 43,9% autodeclaradas negras. As puérperas negras com renda familiar mensal entre 351,3 e 655,89 reais apresentaram maior risco de início tardio do pré-natal (RP 1,30; IC95% 1,04-1,63), de não atingirem o número mínimo preconizado de consultas (RP 1,36; IC95% 1,05-1,77) e de não alcançarem a cobertura mínima (RP 1,25; IC95% 1,00 – 1,57). Por outro lado, realizavam menos parto cesariana (RP 0,72; IC95% 0,56-0,93). Já puérperas negras com renda familiar mensal entre 655,9 e 3513,75 reais, possuíam menos registro da altura na caderneta da gestante (RP 1,36; IC95% 1,02-1,82). **Conclusão:** As mulheres negras são as que mais sofrem com as inadequações dos procedimentos do pré-natal, pois iniciam mais tardiamente, não realizam o número mínimo de consultas e, por consequência, não atingem a cobertura mínima do pré-natal, apresentam menor registro de altura na caderneta de gestante. Apesar das inadequações, são as que mais realizam o parto vaginal, relacionado ao estigma de a mulher negra ser mais forte e resistente à dor.

Palavras-chaves: Cuidado pré-natal, Iniquidade Social, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: The times of slavery left countless consequences in the history of the black population, which are perpetuated until the present day. In addition to being poorer, less educated and more marginalized, they suffer from structural oppression in the area of health, including prenatal care. It should be noted that the performance of adequate and quality prenatal care is crucial for maternal and baby health, as it allows for early detection of complications and risk factors. **Objective:** Assess the adequacy of the procedures recommended by the Ministry of Health in the prenatal care of black and white women, in addition to identifying possible racial inequities.. **Methods:** Cross-sectional study using data from the Maternal Cohort Study, conducted between 2018 and 2019 at a reference maternity hospital in southern Brazil. An interview was carried out with puerperal women in the immediate postpartum period and data were collected from the pregnant woman's handbook. The adequacy of prenatal care was assessed based on the procedures recommended by the Ministry of Health. The statistical analyzes were also stratified by family income per capita. **Results:** 1,216 puerperal women were included, of which 43.9% declared themselves black. Black mothers with a monthly family income between R \$ 351.3 and R \$ 655.89 had a higher risk of late prenatal initiation (PR 1.30; 95% CI 1.04-1.63), of not reaching the recommended minimum number of consultations (PR 1.36; 95% CI 1.05-1.77) and of not reaching the minimum coverage (PR 1.25; 95% CI 1.00 - 1.57). On the other hand, they performed less cesarean delivery (PR 0.72; 95% CI 0.56-0.93). Black mothers with a monthly family income between R \$ 655.9 and R \$ 3513.75, had less height record in the pregnant woman's book (PR 1.36; 95% CI 1.02-1.82). **Conclusion:** Black women are the ones who suffer most from the inadequacies of prenatal procedures, as they start later, do not carry out the minimum number of consultations and, consequently, do not reach the minimum prenatal coverage, have a lower height record. in the pregnant woman's handbook. Despite the inadequacies, they are the ones who most perform vaginal delivery, related to the stigma of the black woman being stronger and resistant to pain.

Keywords: Prenatal Care, Social Inequity, Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas segundo a cor da pele das puérperas – Estudo de Coorte Maternar, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019 (n=1216)

Tabela 2. Adequação dos procedimentos preconizados na atenção pré-natal segundo a cor da pele, estratificado por renda familiar per capita – Estudo de Coorte Maternar, Rio Grande do Sul, Brasil (n=1216).

LISTA DE ABREVIATURAS

CAB32 – Caderno de Atenção Básica 32

DataSUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

SisPrénatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

IMC - Índice de Massa Corporal

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IG – Idade Gestacional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
2.1 Iniquidades Raciais.....	10
2.1.1. Iniquidades raciais na atenção pré-natal.....	12
2.2. ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO BRASIL.....	13
3. JUSTIFICATIVA.....	16
4. OBJETIVOS.....	17
4.1. Geral.....	17
4.2. Específicos.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
ARTIGO.....	19
ANEXOS.....	38

1. INTRODUÇÃO

Dos tempos da escravidão aos dias atuais, a população negra sofre com inúmeras disparidades em relação à população branca, que se perpetuam entre as gerações, como um menor nível de escolaridade, menor renda familiar, bem com disparidades relacionadas à atenção em saúde (OLINTO E OLINTO, 2005; BERQUÓ E DO LAGO, 2016; DINIZ et al., 2016).

As iniquidades em saúde são ainda mais discrepantes entre mulheres negras e não-negras. As mulheres negras são as que mais sofrem com o chamado racismo institucional, que é a discriminação baseada na cor de pele feita por órgãos públicos e privados. Na atenção pré-natal, as iniquidades presenciadas por gestantes e puérperas negras são vistas em todos os processos preconizados pelo MS. Gestantes negras iniciam mais tardiamente o pré-natal do que gestantes não-negras, fazem menos consultas do que o preconizado, há uma alta taxa de peregrinação entre serviços de saúde, quando em trabalho de parto, entre estas mulheres, bem como um menor número de consultas puerperal (VIELLAS et al., 2014; BERQUÓ E DO LAGO, 2016; DINIZ et al., 2016; OLINTO E OLINTO, 2005). Tendo em vista as presentes iniquidades em saúde, este estudo tem como objetivo avaliar as iniquidades na atenção ao pré-natal de mulheres negras.

O pré-natal é um conjunto de procedimentos obstétricos durante o período gravídico- puerperal a fim de gerar diversas ações na promoção da saúde materna e adequado desenvolvimento fetal (LEAL et al., 2019; Brasil, 2013).

Em 2012, o Ministério da Saúde preconizou, no âmbito da Rede Cegonha, novos critérios para um pré-natal adequado, entre eles, iniciar o pré-natal antes da 12ª semana de gestação, realizar seis ou mais consultas, além de exames laboratoriais de glicemia, hemograma, tipagem sanguínea, realização periódica nas consultas de exame físico como peso, oferta de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico e, realização de ações educativas, como incentivo ao aleitamento materno, bem como atenção nutricional. (Brasil, 2013)

A cobertura do pré-natal é abrangente em todas as regiões do país. No entanto, falhas na assistência pré-natal são encontradas, principalmente, nas regiões Centro-Oeste e Norte (TOMASI et al., 2017). As inadequações aparecem em várias etapas do procedimento, tanto gestacional quanto puerperal, como dificuldades em iniciar o pré-natal precocemente, a não realização de consultas mínimas e exames complementares, falta de orientação sobre o seu hospital de referência

e orientações sobre aleitamento materno (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015; TOMASI et al., 2017; POLGLIANE et al., 2014).

Frente às presentes iniquidades na atenção pré-natal e na saúde das mulheres negras, torna-se pertinente avaliar a adequação dos procedimentos da atenção pré-natal, a fim de identificar as iniquidades durante essa assistência em um hospital universitário de Porto Alegre.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Iniquidades Raciais

Em 1988, por meio da Constituição Federal, o Brasil reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Visando a igualdade entre os povos, consolidou-se a ideia do SUS, igualitário e integral (BRASIL, 1988). Informações sobre a desigualdade racial nos serviços de saúde brasileiros datam da década de 90, quando a variável raça/cor foi inserida nas bases de dados nacionais através do Datasus (GOES E NASCIMENTO, 2010). Portanto, a partir desta década, foi permitido obter-se mais informações sobre as condições tanto de saúde, quanto socioeconômicas da população negra. Em 2001, um documento chamado “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” apontou que, a saúde da população negra era determinada pela discriminação e racismo enfrentados por mulheres e homens negros (WERNECK, 2016).

A população negra carrega o estigma de marginalizada e acomodada, que foi concebido desde os tempos da escravidão até os dias atuais. O racismo, que possui como uma de suas ferramentas a discriminação baseada na cor de pele, é uma barreira que reflete em muitos aspectos na vida desta população (MADEIRA E GOMES, 2018). Apesar do Brasil ser um país miscigenado, o racismo garantiu que os negros mantivessem condições de vida semelhante às que viviam durante a escravidão, mesmo após a abolição da mesma. Deste modo, iniquidades raciais são identificadas nas mais diversas dimensões da vida social, incluindo educação, emprego e saúde (WERNECK, 2016; GOES E NASCIMENTO, 2010).

Apesar de o racismo ser determinante nas condições de vida e saúde da população negra, é importante reconhecer a existência de outros fatores que atuam simultaneamente. Intersecções de raça, gênero e classe social tornam ainda mais prevalentes e visíveis as iniquidades. Por exemplo, mulheres negras, com menor escolaridade e pior condição socioeconômica, são muito mais expostas à discriminação e estigmatização (CRENSHAW, 2002; WERNECK, 2016). Segundo Kimberlé Crenshaw:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o

patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Estudos apontam que variáveis que se destacam com maior desigualdade particularmente, entre as mulheres negras, são: escolaridade, renda familiar, atenção em saúde, como o pré-natal e taxas de mortalidade (OLINTO E OLINTO, 2000; BERQUÓ E DO LAGO, 2016; DINIZ et al, 2016). Em relação à escolaridade, estudos evidenciam que as mulheres negras, possuem menor escolaridade quando comparadas às mulheres brancas (OLINTO E OLINTO, 2000; BERQUÓ E DO LAGO, 2016; DINIZ et al., 2016). Um estudo realizado em Pelotas, observou que mulheres negras apresentam em média de 6,6 anos de estudo em contraste à 8,8 anos de estudo entre as mulheres brancas (OLINTO E OLINTO, 2000). Em outro estudo, com 14.625 mulheres participantes do Pesquisa Nacional de Demografia, Saúde da Criança e da Mulher (2006), encontrou-se que 44% das mulheres negras que tinham nove anos ou mais de estudo, em comparação a 57% de mulheres brancas neste mesmo nível de escolaridade (BERQUÓ E DO LAGO, 2016). Em relação ao ensino superior, estudos apontam que apenas 2% das mulheres negras haviam completado este nível de escolaridade, em comparação com aproximadamente 14% das mulheres brancas (LEAL et al., 2005; DINIZ et al., 2016).

Já em relação à renda familiar e emprego remunerado, estudos apontam que as mulheres negras tendem a ser mais pobres (BERQUÓ E DO LAGO, 2016; LEAL et al., 2005; OLINTO E OLINTO, 2000; DINIZ et al., 2016). Segundo estudos que avaliaram a classe econômica, viu-se que em torno de 40%, das mulheres pretas e pardas, pertenciam as classes D e E, classificação de renda mais baixa segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP), ao passo que, das mulheres brancas que foram entrevistadas, em torno de 9,4% se encaixava nesta classe. Em contrapartida, os números se invertem quando é avaliada a classe econômica A e B, onde pertencem a essa classe cerca de 40% das brancas, e apenas 15% das mulheres negras (BERQUÓ E DO LAGO, 2016; DINIZ et al., 2016). Em um estudo realizado em Pelotas com 2.779 mulheres, observou-se que a renda familiar média das mulheres brancas era mais que o dobro do que a das mulheres pretas e 1,5 vezes maior que as pardas (OLINTO E OLINTO, 2000). Dentre os estudos

que nos fornecem dados sobre trabalho remunerado, identificou-se que aproximadamente 35% das mulheres negras possuem emprego remunerado, em comparação a aproximadamente 50% das mulheres brancas (LEAL et al., 2005; DINIZ et al., 2016).

Com relação à utilização do serviço público, viu-se que entre as gestantes pretas e pardas são mais prevalentes neste tipo de serviço, 58,9% e 46,9% respectivamente, em comparação à 35,9% das gestantes brancas que usavam este mesmo serviço (LEAL et al., 2005).

2.1.1. Iniquidades raciais na atenção pré-natal

Além das inadequações envolvendo o processo de atenção pré-natal, iniquidades raciais têm sido observadas. As mulheres negras têm apresentado frequências cerca de 10% inferiores às demais quando analisada à realização do número mínimo de consultas pré-natal (BERQUÓ E DO LAGO, 2016; VIELLAS et al., 2014; DINIZ et al., 2016). O mesmo pôde ser observado na realização da consulta puerperal (BERQUÓ E DO LAGO, 2016). Um estudo realizado com dados de âmbito nacional, avaliou o início do pré-natal antes da 12^a semana de gestação, identificou que 80,8% das gestantes brancas haviam iniciado o pré-natal precocemente, em comparação à 69,2% e 73,8% das gestantes pretas e pardas, respectivamente (VIELLAS et al., 2014).

É sabido que as mulheres negras são mais propensas a passarem por uma peregrinação entre serviços de saúde quando em trabalho de parto. Entre 1999 e 2000, 60% das mulheres negras e 18,2% das mulheres não-negras procuraram por mais de um hospital para atendimento no trabalho de parto (LEAL et al., 2005). (seria interessante informar onde foi isso). Um estudo mais recente aponta que, 37,7% das entrevistadas negras havia realizado a peregrinação entre hospitais e 12,2% das brancas havia feito o mesmo (VIELLAS et al., 2014).

O Índice de Kotelchuck modificado, avalia a qualidade da atenção ao pré-natal, levando em conta dois critérios preconizados pelo CAB32, em relação ao número de consultas e a data de início do pré-natal conforme a idade gestacional. Ao avaliar-se a qualidade da atenção pré-natal, segundo o Índice de Kotelchuck modificado, identificou-se que apenas 18,8% das mulheres pretas tiveram um pré-natal adequado em comparação à 38,5% das gestantes brancas. Mais recentemente, um estudo com dados provenientes do inquérito nacional “Nascer no Brasil” mostrou que 24% da

amostra de puérperas declaradas negras foi considerada com um pré-natal mais que adequado segundo o índice, ao passo de 35% das mulheres brancas serem consideradas na mesma categoria. (DINIZ et al., 2016).

2.2. ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO BRASIL

A atenção ao pré-natal é caracterizada como acompanhamento gineco-obstétrico realizado durante o período gestacional e puerperal, visando garantir uma gravidez saudável, em que haja um desenvolvimento gestacional adequado, evitando possíveis complicações maternas e neonatais (Brasil, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro preconiza, por meio do Caderno de Atenção Básica 32, inserido no âmbito da Estratégia Rede Cegonha, que a gestante inicie o pré-natal precocemente – até o final do primeiro trimestre de gestação; que sejam realizadas o mínimo de seis consultas de pré-natal com acompanhamento mensal até a 28^a semana de gestação, quinzenal da 28^a semana até a 36^a semana, e semanal até o termo; a realização de anamnese, exames físicos e complementares, oferta de medicamentos como sulfato ferroso e ácido fólico, diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama, avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação, realização de práticas educativas como incentivo ao aleitamento materno; incentivo ao parto vaginal; classificação de risco gestacional. Além disso, preconiza o cadastramento da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPrénatal) e o fornecimento da caderneta de gestante (Brasil, 2013).

A cobertura da atenção ao pré-natal no Brasil, chega quase a sua totalidade em todas as regiões (TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014). Entretanto, o acesso não garante a adequação deste serviço. Falhas na assistência são observadas a partir das baixas prevalências dos indicadores de adequação do processo, como início precoce do pré-natal, realização do número de consultas mínimas, exames complementares, exames físicos, uso de sulfato ferroso, orientações nutricionais e de aleitamento materno (TOMASI et al, 2017; DOMINGUES et al, 2015).

Estudos que avaliaram a prevalência de adequação do pré-natal nas diferentes regiões do Brasil, mostram que as regiões Sul e Sudeste apresentam cerca de 29% e 25% maior prevalência

de adequação quando comparadas com as demais regiões (DOMINGUES et al, 2015). As menores proporções de adequação são vistas nas regiões Norte e Centro-Oeste, em que, respectivamente, 8% e 7,6% das mulheres realizaram um pré-natal adequado (TOMASI et al, 2017).

De acordo com um estudo realizado com 16.774 gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro, 53,9% das gestantes entrevistadas iniciou o pré-natal precocemente (DOMINGUES et al., 2015). Valores semelhantes foram identificados em outros estudos, onde, aproximadamente, 56% das mulheres iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação (LEAL et al., 2019). Quanto ao número mínimo de consultas, cerca de 74% das gestantes realizou as seis consultas mínimas preconizadas pelo MS (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015)

Os exames complementares como hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, teste rápido de Sífilis e HIV, toxoplasmose de IgG e IgM, sorologia para hepatite B, exame de urina e urocultura, entre outros que serão feitos, caso necessário, fazem parte dos procedimentos preconizados pelo MS. Um estudo realizado com dados nacionais nos anos de 2012 e 2013 identificou que 69,2% das mulheres realizou os exames complementares do pré-natal (TOMASI et al., 2017). Em torno de 80% das gestantes apresentava o registro da primeira rotina de exame de glicemia e de urina EAS, ao passo de que este número caiu para menos da metade na segunda rotina para exame de glicemia. A ultrassonografia foi referida por quase a totalidade das puérperas entrevistadas, porém o seu registro na caderneta de gestante ainda fica aquém do esperado, em torno de 63% das cadernetas havia este registro (VIELLAS, 2014). Mais recentemente mostrou-se um aumento na realização em pelo menos um resultado de cada exame complementar, no entanto, quando analisado o segundo resultado, conforme preconizado pelo MS, a prevalência de realização cai pela metade (DOMINGUES et al., 2015).

As ações educativas, preconizadas pelo MS, como orientações sobre aleitamento materno e gestações de risco, foram orientadas para apenas 30% das mulheres, segundo Polgliane et al. (2014). Em contrapartida, orientações sobre o aleitamento materno, foram as mais prevalentes durante a atenção ao pré-natal, aproximadamente 60% das gestantes recebeu orientações sobre esta prática (DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014). Dentre as demais ações educativas, como sinais de trabalho de parto, direito ao acompanhante durante o parto, levar a caderneta do

pré-natal para a maternidade e sinais de risco no parto, os achados foram controversos, sendo apenas 25% das mulheres orientadas em um estudo realizado em 2012 (DOMINGUES et al., 2012) e 60% e 41,1%, respectivamente, das gestantes orientadas em publicações mais recentes (TOMASI et al., 2017; VIELLAS et al., 2014).

Tendo em vista o atual cenário na saúde mundial, com o aumento dos quadros de sobrepeso e obesidade, se torna pertinente que haja um acompanhamento nutricional no pré-natal de baixo risco (NIQUINI et al., 2012). Ainda são escassos os estudos que avaliam a efetividade da assistência nutricional como integrante da atenção ao pré-natal. No que tange à avaliação do estado nutricional, esta consiste em realizar o registro do peso pré-gestacional e estatura da gestante, cálculo do índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional – para diagnóstico nutricional e programação do ganho de peso gestacional total – e aferição do peso durante todas as consultas, para o acompanhamento do ganho de peso gestacional (Brasil, 2013). Um estudo realizado em 2008, mostrou que em torno de 90% das gestantes haviam o registro de peso conforme as consultas realizadas e 65,9% da amostra apresentava o registro do peso pré-gestacional (NIQUINI et al., 2012).

3. JUSTIFICATIVA

A atenção pré-natal adequada está relacionada a inúmeros benefícios para a saúde materna e neonatal (Brasil, 2013). Embora a cobertura dessa atenção seja praticamente universal e que o Estado venha investindo em políticas públicas voltadas à saúde da mulher (JORGE et al., 2014), os estudos que avaliam a adequação do pré-natal não são promissores, revelando falhas em todos os procedimentos preconizados pelo MS (TOMASI, 2017; VIELLAS et al., 2014).

Simultaneamente, a inadequação da atenção ao pré-natal e a saúde da mulher negra se mantém em desvantagem quando comparada à atenção em saúde da mulher branca (GOES E NASCIMENTO 2010; WERNECK 2016). Essas mulheres têm sido por décadas negligenciadas e menos assistidas pelos serviços públicos.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Avaliar a adequação dos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal e identificar possíveis iniquidades raciais.

4.2. Específicos

- Descrever a amostra segundo características de cor/raça e outras variáveis sociodemográficas;
- Verificar a frequência de adequação dos procedimentos preconizados na atenção pré-natal de mulheres negras e brancas;

REFERÊNCIAS

BERQUÓ, E.; DO LAGO, T. D. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 550–560, 2016.

BRASIL. Secretaria-Geral da Mesa Constituição Federal de 1988. Constituição Federal de 1988, 1988.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: Dados do inquérito nacional nascer no Brasil (2011-2012). *Saude e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 561–572, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. [Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, v. 37, n. 3, p. 140–7, 2015.

GOES, E. F. *Intersecção Do Racismo E Do Sexismo No Âmbito Da Saúde*. 2010.

LEAL, M. DO C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 08, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. [s.l: s.n.].

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1137–1142, 2005.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 1999–2010, 2014.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: Indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Publica*, v. 33, n. 3, p. 1–11, 2017.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil Prenatal care in Brazil. *Caderno De Saúde Pública*, v. 30, p. 85–100, 2014.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

ARTIGO

Iniquidade racial na atenção pré-natal - Estudo de Coorte Maternar

Racial inequity in prenatal care - Maternal Cohort Study

Autores:

Bruna Castanheira dos Santos ¹

Bruna Luiza Holand ⁴

Fernanda Bairros ⁵

Vera Lúcia Bosa ^{2,3}

¹Graduanda, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

²Docente, Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁴Mestre em Alimentação, Nutrição e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande Sul

⁵Docente, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação dos procedimentos preconizados na atenção pré-natal de mulheres negras e brancas, e identificar possíveis iniquidades raciais. Estudo transversal com dados do estudo de Coorte Maternar realizado entre 2018-2019 no sul do Brasil. Em uma maternidade de referência foram entrevistadas puérperas no pós-parto imediato e coletados dados da caderneta de gestante e prontuário eletrônico. Os critérios para adequação do pré-natal foram considerados a partir do preconizado pelo Ministério da Saúde. As estimativas para a adequação do pré-natal segundo a cor de pele/raça, foram estratificadas para a renda familiar per capita. Foram incluídas 1.216 puérperas, sendo 43,9% autodeclaradas negras (pretas e pardas). As puérperas negras com renda familiar per capita entre 351,3 e 655,89 reais apresentam maior risco de iniciar o pré-natal tardiamente (RP 1,30; IC95% 1,04 – 1,63), realizar menos de seis consultas (RP 1,36; IC95% 1,05 – 1,77) e de ter cobertura mínima (início precoce e realizar seis ou mais consultas) adequada (RP 1,25; IC95% 1,00 – 1,57). Contudo, apresentaram menor risco de realizar o parto cesariana (RP 0,72; IC95% 0,56 – 0,93). Puérperas negras com renda familiar per capita entre 655,9 e 3513,75 reais, apresentaram maior risco de não possuir o registro da altura na caderneta da gestante (RP 1,36; IC95% 1,02 – 1,82). Foram observadas iniquidades raciais na adequação dos procedimentos preconizados no Caderno de Atenção Básica 32, em relação ao pré-natal das mulheres negras, como a cobertura mínima, que abrange o número mínimo de consultas e o início precoce do pré-natal, além de um menor registro da altura na caderneta de gestante e a maior frequência na realização do parto vaginal, sendo este, um possível resultado do estigma de que a mulher negra suportaria mais a dor, sendo a condição socioeconômica, um possível potencializador dessas disparidades, entre negras e brancas.

- **Palavras-chaves:** Cuidado pré-natal, Iniquidade Social, Fatores Raciais, Saúde da Mulher

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the adequacy of the procedures recommended in the prenatal care of black and white women, and to identify possible racial inequities. Cross-sectional study with data from the Maternal Cohort study carried out between 2018-2019 in southern Brazil. In a reference maternity, postpartum women were interviewed in the immediate postpartum period and data were collected from the pregnant woman's handbook and electronic medical record. The criteria for the adequacy of prenatal care were considered based on the recommendations of the Ministry of Health. The estimates for the adequacy of prenatal care according to skin color / race were stratified for family income per capita. 1,216 puerperal women were included, 43.9% of whom were self-declared black (black and brown). Black mothers with family income per capita between R \$ 351.3 and R \$ 655.89 are at higher risk of starting prenatal care late (PR 1.30; 95% CI 1.04 - 1.63), having less than six consultations (PR 1.36; 95% CI 1.05 - 1.77) and having minimum coverage (early onset and performing six or more consultations) adequate (PR 1.25; 95% CI 1.00 - 1.57). However, they had a lower risk of having a cesarean delivery (PR 0.72; 95% CI 0.56 - 0.93). Black mothers with family income per capita between R \$ 655.9 and R \$ 3513.75 had a higher risk of not having their height recorded in the pregnant woman's book (PR 1.36; 95% CI 1.02 - 1.82). Racial inequities were observed in the adequacy of the procedures recommended in the Primary Care Notebook 32, in relation to the prenatal care of black women, such as the minimum coverage, which covers the minimum number of consultations and the early start of prenatal care, in addition to a lower record of height in the pregnant woman's handbook and the greater frequency of vaginal delivery, which is a possible result of the stigma that black women would bear more pain, with socioeconomic conditions being a possible potential for these disparities, between black and white women.

- **Keywords:** Prenatal Care, Social Inequity, Race Factors, Women's Health

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal consiste em um conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oferecidas às mulheres no período gravídico-puerperal, realizadas pela equipe de saúde a fim de garantir um adequado desenvolvimento fetal e promover a saúde materna e neonatal. (VIELLAS et al., 2014, BRASIL, 2013)

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preconiza como um pré-natal adequado aquele em que há um início precoce, antes da 12^a semana de gestação, realização de no mínimo seis consultas, juntamente com a realização do exame físico e exames complementares, além de orientações, na forma de ações educativas como a importância do pré-natal, cuidados de higiene, nutrição e realização de atividade física e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2013).

Apesar de todas as orientações fornecidas pelos órgãos públicos e de um acesso ao pré-natal chegando próximo a 100% na maioria das regiões brasileiras, demonstrando uma ampla cobertura (VIELLAS et al., 2014), a adequação do serviço disponível é baixa, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste (DOMINGUES, 2015). A inadequação do pré-natal se apresenta em todos os procedimentos mínimos que deveriam ser realizados segundo o MS, entre eles: o início tardio do pré-natal, número de consultas inferior a seis, não realização dos exames complementares e físicos (DOMINGUES et al., 2012; LEAL et al., 2019; VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017). Mesmo o aleitamento materno sendo o tema mais abordado em uma consulta (DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014), o incentivo e as orientações sobre essa prática também se mostram abaixo das expectativas. (POLGLIANE et al., 2014).

Somado a isso, diversos estudos vêm demonstrando maiores frequências de inadequação de acordo com a cor da pele/raça, com piores resultados para mulheres pretas e pardas (BERQUÓ E DO LAGO, 2016; VIELLAS et al., 2014; DINIZ et al., 2016; MADEIRA E GOMES, 2018). A iniquidade em saúde é relacionada ao racismo, neste caso, o chamado racismo institucional, uma das vertentes que fala sobre a desigualdade racial vivenciada em órgãos públicos (WERNECK, 2016).

No âmbito da saúde, as mulheres negras estão na linha de frente para o racismo institucional. Considerando a atenção pré-natal, estudos identificam que gestantes negras estão em desvantagem em relação às gestantes não-negras, quando mais frequentemente iniciam o pré-natal tardiamente e não realizam o número mínimo de consultas (BERQUÓ E DO LAGO, 2016; VIELLAS et al., 2014; DINIZ et al., 2016). Disparidades também são observadas por meio da alta

taxa de peregrinação que as mulheres negras sofrem entre os hospitais para conceber o seu bebê (LEAL et al., 2005). Por outro lado, essas mulheres apresentam uma maior taxa de partos normais (BERQUÓ E DO LAGO, 2016). Nesse sentido, cabe ressaltar que isso pode não necessariamente ser uma vantagem. Levando em consideração que o parto cesariana tende a ser bem visto por profissionais de saúde, é possível que as mulheres negras tenham negligenciada a sua dor, por exemplo (GOES E NASCIMENTO, 2012). Ainda, mulheres negras estão mais sujeitas a intervenções como episiotomia sem a devida recomendação (DINIZ, 2006).

Considerando as disparidades vivenciadas pela população negra, principalmente entre as mulheres negras, o presente estudo tem como objetivo avaliar a adequação dos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal e identificar as possíveis iniquidades raciais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com utilização de dados de puérperas avaliadas no pós-parto imediato no "Estudo de Coorte Maternar", conduzido em um hospital universitário do Sul do Brasil no período de abril de 2018 a dezembro de 2019.

População e amostra

A população é composta por puérperas em atendimento nas primeiras 48 horas após o parto na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta Unidade é caracterizada pelo atendimento de casos de alta complexidade e realiza aproximadamente 300 partos por mês. Além disso, acolhe majoritariamente usuárias do Sistema Único de Saúde (96,4%). O HCPA é uma instituição universitária de referência nacional e internacional, certificada pela acreditação da Joint Commission International.

A amostra foi selecionada de forma aleatória simples. Diariamente, todas as mulheres que se encontravam entre as primeiras 48 horas após parto tinham os critérios de elegibilidade confirmados por meio dos dados contidos no prontuário eletrônico. Em seguida, aquelas elegíveis eram sequencialmente codificadas e alocadas em uma planilha, onde pelo menos cinco delas eram sorteadas para a entrevista.

Os critérios de inclusão para participação das puérperas no "Estudo de Coorte Maternar" foram ter idade maior ou igual a 19 anos, com parto ocorrido no hospital de recém-nascido vivo ou de feto morto, com peso maior ou igual a 500g ou idade gestacional (IG) maior ou igual a 20 semanas. Foram excluídas do estudo puérperas que apresentavam algum comprometimento cognitivo, psicológico ou mental que impedisse que respondessem ao questionário ou a comunicação com o pesquisador, além de puérperas que não realizaram o pré-natal no Rio Grande do Sul.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados por nutricionistas e acadêmicos da área da saúde capacitados para a função. A coleta de dados do "Estudo de Coorte Maternar" ocorreu em duas fases e o presente estudo se refere à primeira, que consistiu em entrevista à beira do leito. Foi utilizado um questionário pré-testado, com perguntas referentes a dados socioeconômicos, hábitos de vida, doenças prévias, histórico gestacional, gestação atual (pré-natal e parto) e registro fotográfico da caderneta da gestante (para posterior análise de exames complementares, como glicemia de jejum, urocultura, urina tipo I, VDRL, e físicos como altura uterina, peso e edema). Ainda, foram coletados dados do prontuário relacionados a intercorrências durante a gestação e/ou parto e ao recém-nascido.

Variáveis explanatórias

As variáveis investigadas foram idade materna – calculada a partir da data de nascimento contida no prontuário (≤ 24 anos; 25 – 34 anos; ≥ 35 anos), escolaridade como anos completos de estudo (≤ 8 anos; 9 – 11 anos; ≥ 12 anos), número de moradores por domicílio (≤ 3 moradores; 4 – 6 moradores; ≥ 7 moradores), paridade (nenhum parto; 1 – 2 partos; ≥ 3 partos), renda familiar per capita mensal – dividida em tercís, situação conjugal (com companheiro; sem companheiro). O cálculo da IG de início do pré-natal foi realizado a partir da data da primeira consulta – registrada na caderneta de gestante e da IG no parto.

Desfechos

Os desfechos considerados foram: realização do número mínimo de consultas ($\geq 6/ < 6$), início do pré-natal (≤ 12 semanas/ > 12 semanas), realização de duas rotinas dos exames complementares:

hemograma, glicemia de jejum, urina (tipo I e cultura), sorologia para sífilis, hepatite B e HIV (sim/não), aferição da pressão arterial em uma razão de 0,75-1,0 entre aferição e número de consultas (sim/não), aferição do peso gestacional em uma razão de razão 0,75-1,0 entre aferição e número de consultas (sim/não), aferição de edema em uma razão de razão 0,75-1,0 entre aferição e número de consultas (sim/não), aferição da altura uterina em uma razão de razão 0,75-1,0 entre aferição e número de consultas (sim/não), registro do peso pré-gestacional na caderneta de gestante (sim/não), registro da altura na caderneta de gestante (sim/não), vinculação à maternidade de referência – orientação sobre o local de internação para o parto (sim/não), peregrinação para o parto – necessidade de busca de mais de um hospital no momento da internação para o parto (sim/não), tipo do parto (vaginal/ cesariana), orientações nutricionais segundo “10 passos para alimentação saudável da gestante”: (1) Realizar pelo menos três refeições e dois lanches por dia; (2) Consumir nas refeições cereais e tubérculos e dar preferência aos alimentos in natura; (3) Consumir diariamente frutas, legumes e verduras; (4) Consumir diariamente arroz com feijão; (5) Consumir diariamente leite e derivados, carnes, aves, peixes ou ovos; (6) Reduzir o consumo de gorduras; (7) Evitar refrigerantes e sucos industrializados, bem como biscoitos recheados e outras guloseimas no dia a dia; (8) Reduzir a quantidade de sal da comida; (9) Consumir diariamente alimentos fontes de ferro (vísceras, feijão, lentilha); (10) Manter o ganho de peso gestacional dentro das recomendações (adequado/não adequado), onde considerou-se adequado a razão maior ou igual à 0,7, entre as orientações recebidas e as orientações preconizadas nos 10 passos para alimentação saudável da gestante.

Análise estatística

A análise descritiva das variáveis categóricas foi apresentada em frequências absoluta e relativa e das variáveis contínuas em média e desvio padrão. A análise de associação dos desfechos com raça foi estratificada por renda familiar per capita. Foram estimadas Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de confiança de 95% (IC95%) entre as variáveis e o desfecho para cada estrato de renda. O programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 foi utilizado em todas as análises. A associação foi considerada estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Considerações éticas

A participação no estudo foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo seguiu os critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da instituição em que foi realizado sob o número 83872018.9.0000.5327.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.229 puérperas no pós-parto imediato na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2018-2019. No entanto, 13 participantes foram excluídas (1%), pois se autodeclararam orientais ou indígenas, representando uma parcela muito pequena da amostra. A tabela 1 apresenta características socioeconômicas e demográficas segundo a cor da pele das puérperas, sendo 43,9% (n= 534) autodeclaradas negras.

A maioria apresentava idade entre 25 e 34 anos. Em relação as condições socioeconômicas, as puérperas negras apresentam, em maioria, menor escolaridade, dentre destas, 52,6% apresentam até onze anos de escolaridade e menor renda mensal per capita, tendo a maioria das puérperas negra com renda mensal per capita até 351,39 reais (37,5%). São a maioria em questão de utilização do benefício do Bolsa Família, quando comparadas com as mulheres brancas. E apresentam maior paridade, em que, 46% relatou que teve entre um e dois partos anteriormente, quando comparadas a mulheres brancas.

Na análise estratificada por renda familiar per capita observou-se que, as puérperas negras pertencentes ao Tercil 2 (*R\$ 351,30 – 655,89*) apresentaram maior risco de iniciar o pré-natal tardiamente (RP 1,30; IC95% 1,04 – 1,63), realizar menos de seis consultas (RP 1,36; IC95% 1,05 – 1,77), e de possuir o pré-natal inadequado do ponto de vista de cobertura mínima (RP 1,25; IC95% 1,00 – 1,57). No entanto, apresentaram menor risco de realizar parto cesárea (RP 0,72; IC95% 0,56 – 0,93). Já as mulheres negras que estão no Tercil 3 (*R\$ 655,9 – 3513,75*) apresentaram maior risco de não possuir o registro da altura na caderneta da gestante (RP 1,36; IC95% 1,02 – 1,82) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal analisar a adequação dos procedimentos preconizados durante a atenção pré-natal segundo a raça. Os resultados deste estudo evidenciam que mulheres negras são as que mais frequentemente se encontram em vulnerabilidade social, ou seja, possuem menor escolaridade, renda e maior paridade. Sabe-se que as iniquidades em saúde são derivadas de processos socioeconômicos injustos. A melhora da atenção pré-natal tem sido foco de políticas públicas ao longo das últimas décadas e, apesar de ter apresentado resultados promissores, comparados a estudos anteriores, as mulheres negras ainda se encontram em desvantagem nos seguintes aspectos: início precoce do pré-natal, na realização do número de consultas mínimas, cobertura mínima do pré-natal, registro da altura na caderneta da gestante e o tipo de parto.

A literatura revela que a população negra se encontra em maior vulnerabilidade de saúde, em especial as mulheres (GOES E NASCIMENTO, 2009; MADEIRA E GOMES, 2018; WERNECK, 2016). O início da atenção pré-natal até a 12ª semana de gestação é preconizado pelo MS, pois garante a identificação precoce de complicações maternas e fetais. A frequência de início precoce do pré-natal e número mínimo de consultas entre as mulheres negras foi menor quando comparadas às brancas. Outros estudos corroboram com esses achados, quando avaliado o número de consultas segundo a cor de pele, a literatura mostra uma variação de 67% a 78% na realização do número de consultas mínimas de pré-natal para mulheres negras, valores entre 79% e 86% são observados na mesma situação, entre as mulheres não negras (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES, 2015; DINIZ, 2016; BERQUÓ E DO LADO, 2016). No que tange à realização de exames complementares, mais uma vez identificou-se menores frequências de adequação entre mulheres negras, no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa. Da mesma forma, um estudo de âmbito nacional, observou que menos de 60% das puérperas negras apresentava adequação nos exames complementares, comparado a 70% das mulheres não negras (DOMINGUES, 2015).

A realização de parto cesárea vem se disseminando ao longo dos anos, principalmente na rede privada de saúde, chegando a 80% (Brasil, 2016). Segundo o MS, em 2017 esse tipo de parto

chegava a 41% na rede pública de saúde (Brasil, 2017). No presente estudo, o parto vaginal foi observado com maior frequência entre as mulheres negras, corroborando com achados anteriores (VICTORA et al., 2011; DINIZ et al., 2016). No entanto, apesar de esta parecer uma vantagem sobre as mulheres brancas, estas frequências podem afirmar ainda mais as desigualdades em saúde. Segundo Goes e Nascimento (2009), as mulheres negras sofrem com os estereótipos enraizados nos serviços de saúde, visto que, apresentam maior taxa de parto vaginal, por serem consideradas mais resistentes à dor. Uma hipótese para este fato seriam as práticas intervencionistas, comuns entre os profissionais de obstetrícia. Segundo Leal et al. (2017), a intervenção obstétrica é vista como um “bom cuidado”, no entanto quando há a comparação entre a assistência ao parto de mulheres negras e brancas, é visto que as gestantes negras apresentam maiores chances de parto vaginal com episiotomia e menores chances do uso de ocitocina e anestesia no local da episiotomia. Evidenciando, assim, o menor cuidado com as mulheres de cor mais escura, tendo em vista as práticas rotineiras dos profissionais de saúde à assistência ao parto.

Além disso, a interseccionalidade entre a cor de pele, escolaridade e renda familiar deve ser considerada, tendo em vista que as puérperas negras que participaram deste estudo apresentaram menor escolaridade e renda familiar, levando a maiores chances de opressões nas instituições de saúde. Segundo Kimberlé Crenshaw (2002), a interseccionalidade é um termo usado para representar os cruzamentos das opressões sofridas por mulheres negras, onde há uma interação entre dois ou mais eixos das consequências estruturais, como opressões de gênero e raça, em que mulheres negras são as maiores prejudicadas. Historicamente, essas mulheres sofrem múltiplas discriminações, por serem mulheres, negras e pobres, por exemplo. Apesar da discriminação racial ser reconhecida como uma violação dos direitos humanos, sem distinção de gênero, as mulheres negras apenas têm suas reivindicações garantidas quando são as mesmas dos homens negros, ou seja, estupro e violência doméstica são tratados às margens dos Direitos Humanos (Crenshaw, 2002). Quando essa interseccionalidade é projetada para o âmbito da saúde, o mesmo acontece. Estudos revelam que a atenção à saúde da mulher negra é deficitária, que as mesmas não são ouvidas ou tratadas como protagonistas pelos profissionais da saúde (CARDOSO E COCKELL, 2016; DOMINGUES et al., 2015; GOES E NASCIMENTO, 2010).

Uma hipótese factível para que alguns procedimentos, preconizados pelo MS, tenham se mostrado sem diferenças estatisticamente significativas, entre as puérperas negras e brancas, pode

ser a implementação das políticas públicas voltadas para a saúde da população negra, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como objetivo diminuir as desigualdades no SUS para essa população (Brasil, 2009) e os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, através do CAB 32, além do Programa HumanizaSUS, que tem como objetivo criar e incentivar a comunicação entre os usuários, gestores e trabalhadores, assim permitindo uma maior inclusão dos usuários no serviços de saúde pública (Brasil, 2019). Os estudos identificados na literatura, em sua maioria, foram realizados em um período de recém implementação das políticas públicas atuais voltadas para a saúde da população negra e saúde materna (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES, 2015; DINIZ, 2016; BERQUÓ E DO LADO, 2016). Um estudo mais recente corrobora alguns achados deste trabalho, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre gestantes negras e brancas quanto à peregrinação entre hospitais para a realização do parto e orientação sobre a maternidade de referência (MENDES et al., 2020).

Outra hipótese que deve ser considerada, seria a de mulheres com renda familiar per capita entre R\$ 351,3 – 655,89 (Tercil 2) serem as que mais sofrem com as iniquidades no pré-natal. É possível que mulheres negras com renda familiar per capita entre R\$ 23,4 – 351,29 (Tercil 1), sofram mais com iniquidades relacionadas à renda familiar do que em consequência da cor da pele propriamente.

Quanto às limitações deste trabalho, cabe mencionar o fato deste estudo ter sido realizado apenas no município de Porto Alegre e em um hospital universitário, o que pode limitar a capacidade de extrapolação dos resultados encontrados para outras populações. Outra questão que deve ser considerada é a subnotificação de registros dos exames complementares e físicos na caderneta de gestante, não havendo garantia de que a ausência do registro destes procedimentos na caderneta de gestante indique a não realização dos mesmos. No entanto, destaca-se que este é um trabalho com um tamanho amostral considerável e realizado em uma maternidade de referência tanto em Porto Alegre quanto no Rio Grande do Sul e região, trazendo uma amostra abrangente.

Apesar dos resultados promissores para a adequação do pré-natal, ainda são identificadas iniquidades raciais, como o maior risco das mulheres negras iniciarem o pré-natal mais tardiamente e não realizar o número mínimo de consultas não tendo, assim, atingido a cobertura mínima de

consultas, além de apresentarem menos registros da altura na caderneta de gestante e maior realização do parto vaginal. Acreditamos que nossos resultados serão relevantes para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher negra. Quanto à realização dos procedimentos de pré-natal preconizados pelo MS, sugere-se que se tenha um olhar diferenciado (ou mais atento) sobre a assistência pré-natal da gestante negra, a fim de minimizar as inadequações identificadas, tornando o pré-natal mais igualitário.

REFERÊNCIAS

- BERQUÓ, E.; DO LAGO, T. D. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 550–560, 2016.
- BRASIL. Secretaria-Geral da Mesa Constituição Federal de 1988. Constituição Federal de 1988, 1988.
- CARDOSO, E. M.; COCKELL, F. F. Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, v. 12, n. 40, p. 111, 2019.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al [Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, v. 37, n. 3, p. 140–7, 2015.
- GARCIA, N; VALADARES, C. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país. Ministério da Saúde. Brasília, Distrito Federal, 07 de março de 2018. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>>
- GOES, E. F. Intersecção Do Racismo E Do Sexismo No Âmbito Da Saúde. 2010.
- HUMANIZASUS. Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Goiás, Brasil, 21 de novembro de 2019. Disponível em: < <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7623-humanizasus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios.>>
- LEAL, M. DO C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 08, 2020.
- LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.

- LEAL, M. DO C. et al. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*, v. 33, p. e00078816, 2017.
- MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. DE O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. *Serviço Social & Sociedade*, n. 133, p. 463–479, 2018.
- MARIA, H. et al. Assistência Pré-Natal E Políticas Públicas De Saúde Da Mulher. *Assistência Pré-natal e Saúde da mulher*, v. 28, n. 1, p. 140–148, 2014.
- MENDES, R. B. et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations prenatal and birth humanization program. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 793–804, 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. [s.l: s.n.]
- NIQUINI, R. P. et al. Atenção nutricional no pré-natal de baixo risco do Sistema Único de Saúde: teoria e modelização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 125, n. 12, p. 345–358, 2013.
- OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1137–1142, 2005.
- POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 1999–2010, 2014.
- SAÚDE., B. M. DA. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, v. 3a ed, p. 60, 2017.
- TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: Indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Publica*, v. 33, n. 3, p. 1–11, 2017.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil Prenatal care in Brazil. *Caderno De Saúde Pública*, v. 30, p. 85–100, 2014.
- VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 2011.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

Tabela 1. Características sociodemográficas segundo a cor da pele das puérperas – Estudo de Coorte Maternar, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019 (n=1216).

Características	Total (n=1216)	Negras (n=534)	Não negras (n=682)	Valor p [#]
	n (%)			
Idade (anos)				
≤ 24	439 (36,1)	209 (39,1)	230 (33,7)	0,080
25-34	545 (44,6)	235 (44,0)	310 (45,5)	
≥ 35	232 (19,1)	90 (16,9)	142 (20,8)	
Escolaridade (anos de estudo)				
≤ 8	354 (29,1)	188 (35,2) [¥]	166 (24,3) [¥]	<0,001
9 – 11	629 (51,7)	281 (52,6)	348 (51,0)	
≥ 12	233 (19,2)	65 (12,2) [¥]	168 (24,6) [¥]	
Renda familiar per capita*				
Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)	378 (31,1)	200 (37,5) [¥]	178 (26,1) [¥]	<0,001
Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)	421 (34,6)	179 (33,5)	242 (35,5)	
Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)	417 (34,6)	155 (29,0) [¥]	262 (38,4) [¥]	
Beneficiária do Bolsa Família				
Sim	279 (22,9)	145 (27,2)	134 (19,6)	0,002
Não	937 (77,1)	389 (72,8)	548 (80,4)	
Trabalho remunerado				
Sim	598 (49,2)	253 (47,4)	345 (50,6)	0,267
Não	618 (50,8)	281 (52,6)	337 (49,4)	
Situação conjugal				
Com companheiro	1012 (83,2)	434 (81,3)	578 (84,8)	0,107
Sem Companheiro	204 (16,8)	100 (18,7)	104 (15,2)	
Moradores por domicílio				
≤ 3	344 (28,3)	138 (25,8)	206 (30,2)	0,235
4 – 6	765 (62,9)	346 (64,6)	419 (61,4)	
≥ 7	107 (8,8)	50 (9,4)	57 (8,4)	
Paridade				
0	479 (39,4)	198 (37,1) [¥]	281 (41,2) [¥]	0,007
1 – 2	580 (47,7)	249 (46,6)	331 (48,5)	
≥ 3	157 (12,9)	87 (16,3)	70 (10,3)	

[#] Teste qui-quadrado de Pearson; [¥] Resíduos ajustados: categorias com maior diferença entre as contagens esperadas e as contagens encontradas; * Renda familiar per capita em reais; R\$: reais;

Tabela 2. Adequação dos procedimentos preconizados na atenção pré-natal segundo a cor da pele, estratificado por renda familiar per capita – Estudo de Coorte Maternar, Rio Grande do Sul, Brasil (n=1216).

Variáveis	Negras (n=534)	Branças (n=682)	RP (IC95%)
	n (%)		
Início do pré-natal			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Precoce	116 (58)	112 (62,9)	1
Tardio	84 (42)	66 (37,1)	1,10 (0,91 – 1,33)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Precoce	113 (63,1)	178 (73,6)	1
Tardio	66 (36,9)	64 (26,4)	1,30 (1,04 – 1,63)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Precoce	115 (74,2)	194 (74)	1
Tardio	40 (25,8)	68 (26)	0,99 (0,74 – 1,32)
Consultas			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
≥ 6	157 (78,5)	147 (82)	1
< 6	43 (21,5)	33 (18)	1,11 (0,88 – 1,38)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
≥ 6	145 (81,5)	215 (88,8)	1
< 6	33 (18,5)	27 (11,2)	1,36 (1,05 – 1,77)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
≥ 6	142 (91,6)	241 (92,3)	1
< 6	13 (8,4)	20 (7,7)	1,06 (0,68 – 1,65)
#Exames complementares			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Adequado	141 (78,8)	146 (84,4)	1
Inadequado	38 (21,2)	27 (15,6)	1,19 (0,94 – 1,51)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Adequado	141 (84,9)	195 (88,2)	1

Variáveis	Negras (n=534)	Branças (n=682)	RP (IC95%)
	n (%)		
Inadequado	25 (15,1)	26 (11,8)	1,16 (0,85 – 1,59)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Adequado	129 (86)	215 (88,1)	1
Inadequado	21 (14)	29 (11,9)	1,12 (0,78 – 1,59)
#Aferição da pressão arterial			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	169 (93,9)	164 (94,8)	1
Não	11 (6,1)	9 (5,2)	1,08 (0,71 – 1,63)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	162 (97,6)	210 (95)	1
Não	4 (2,4)	11 (5)	0,61 (0,26 – 1,42)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	143 (96)	225 (92,2)	1
Não	6 (4)	19 (7,8)	0,61 (0,30 – 1,25)
#Aferição do peso			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	144 (80)	140 (80,9)	1
Não	36 (20)	33 (19,1)	1,02 (0,80 – 1,32)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	136 (81,9)	183 (82,8)	1
Não	30 (18,1)	38 (17,2)	1,03 (0,76 – 1,39)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	127 (85,2)	196 (80,3)	1
Não	22 (14,8)	48 (19,7)	0,80 (0,55 – 1,16)
#Aferição do edema			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	72 (40)	66 (38,2)	1
Não	108 (60)	107 (61,8)	0,96 (0,78 – 1,18)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			

Variáveis	Negras (n=534)	Branças (n=682)	RP (IC95%)
	n (%)		
Sim	68 (41)	79 (35,7)	1
Não	98 (59)	142 (64,3)	0,88 (0,70 – 1,11)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	50 (33,6)	82 (33,6)	1
Não	99 (66,4)	162 (66,4)	1,00 (0,76 – 1,31)
#Aferição da altura uterina			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	141 (78,3)	134 (77,5)	1
Não	39 (21,7)	39 (22,5)	0,97 (0,76 – 1,25)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	183 (82,8)	138 (83,1)	1
Não	38 (17,2)	28 (16,9)	0,98 (0,72 – 1,34)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	121 (81,2)	192 (78,7)	1
Não	28 (18,8)	52 (21,3)	0,90 (0,65 – 1,25)
#Registro do peso pré-gestacional			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	74 (41)	76 (43,4)	1
Não	106 (59)	99 (56,6)	1,05 (0,85 – 1,29)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	63 (38,4)	88 (39,8)	1
Não	101 (61,6)	133 (60,2)	1,03 (0,81 – 1,31)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	59 (39,6)	114 (46,7)	1
Não	90 (60,4)	130 (53,3)	1,20 (0,92 – 1,55)
#Registro da estatura			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	58 (32,6)	59 (34,1)	1
Não	120 (67,4)	114 (65,9)	1,03 (0,82 – 1,29)

Variáveis	Negras (n=534)	Branças (n=682)	RP (IC95%)
	n (%)		
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	51 (30,5)	82 (36,7)	1
Não	115 (69,5)	141 (63,3)	1,17 (0,91 – 1,52)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	43 (28,9)	97 (39,8)	1
Não	106 (71,1)	147 (60,2)	1,36 (1,02 – 1,82)
*Orientações Nutricionais			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	117 (59,7)	94 (53,1)	1
Não	79 (40,3)	83 (46,9)	0,87 (0,72 – 1,07)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	102 (58)	140 (59,1)	1
Não	74 (42)	97 (40,9)	1,02 (0,82 – 1,29)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	98 (63,2)	150 (57,3)	1
Não	57 (36,8)	112 (42,7)	0,85 (0,66 – 1,11)
*Vinculação à maternidade de referência			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Sim	151 (77)	132 (74,6)	1
Não	45 (23)	45 (25,4)	0,93 (0,74 – 1,18)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Sim	135 (76,7)	166 (70)	1
Não	71 (23,3)	71 (30)	0,81 (0,62 – 1,07)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Sim	113 (72,9)	210 (80,2)	1
Não	42 (27,1)	52 (19,8)	1,27 (0,97 – 1,67)
Peregrinação para o parto			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Não	168 (84)	142 (79,8)	1

Variáveis	Negras (n=534)	Branças (n=682)	RP (IC95%)
	n (%)		
Sim <i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>	32 (16)	36 (20,2)	0,87 (0,66 – 1,14)
Não	147 (82,1)	200 (82,6)	1
Sim <i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>	32 (17,9)	42 (17,4)	1,02 (0,76 – 1,36)
Não	134 (86,5)	218 (83,2)	1
Sim	21 (13,5)	44 (16,8)	0,85 (0,58 – 1,23)
Tipo do parto			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Vaginal	127 (63,5)	109 (61,2)	1
Cesárea	73 (36,5)	69 (38,8)	0,95 (0,78 – 1,16)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Vaginal	125 (69,8)	139 (57,4)	1
Cesárea	54 (30,2)	103 (42,6)	0,72 (0,56 – 0,93)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Vaginal	93 (60)	151 (57,6)	1
Cesárea	62 (40)	111 (42,4)	0,94 (0,73 – 1,21)
**Cobertura mínima			
Renda familiar per capita			
<i>Tercil 1 (R\$ 23,4 – 351,29)</i>			
Adequado	111 (55,5)	106 (59)	1
Inadequado	89 (44,5)	74 (41)	1,07 (0,88 – 1,29)
<i>Tercil 2 (R\$ 351,3 – 655,89)</i>			
Adequado	107 (60,1)	168 (69,4)	1
Inadequado	71 (39,9)	74 (30,6)	1,25 (1,00 – 1,57)
<i>Tercil 3 (R\$ 655,9 – 3513,75)</i>			
Adequado	111 (71,6)	180 (69)	1
Inadequado	44 (28,4)	81 (31)	0,92 (0,70 – 1,22)

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; R\$: Reais; **Negrito**: valor p<0,05; #puérperas sem caderneta de gestante (n= 1133); *puérperas que não realizaram o pré-natal, portanto não receberam as orientações (n=1203); **Cobertura mínima: início precoce e realização do número mínimo de consultas por idade gestacional.

ANEXOS

- a) Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa
- b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- c) Questionário utilizado para a coleta dos dados do recrutamento

a) Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estudo de Coorte Maternar

Pesquisador: Vera Lúcia Bosa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83872018.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.347.474

Apresentação do Projeto:

A atenção ao pré-natal e puerpério de qualidade é capaz de desempenhar um importante papel na redução da mortalidade materna e infantil, pois possibilita a prevenção e controle de fatores de risco, diagnóstico e tratamento precoce de complicações. O estado nutricional inadequado está associado a diferentes intercorrências no período gestacional e a desfechos desfavoráveis, tornando-se evidente a necessidade de assistência nutricional durante o pré-natal. O objetivo desse projeto é avaliar o cuidado ao pré-natal e puerpério e a assistência nutricional recebidos durante o pré-natal e estudar a associação com fatores de risco relacionados a desvios ponderais e desfechos da gestação. Será realizado um estudo de coorte retrospectivo e prospectivo, composto por puérperas em atendimento na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no pós-parto imediato. Para a coleta de dados, será aplicado um instrumento, produzido pela equipe pesquisadora, constituído por variáveis que abordam identificação da mãe, escolaridade, poder de compra, histórico gestacional, cuidados pré-natal, parto e pós-parto, dados antropométricos maternos e neonatais. O estado nutricional pré-gestacional, assim como a recomendação de ganho de peso durante a gestação, será classificado de acordo com o Institute of Medicine. Nos recém-nascidos a classificação do peso e comprimento ocorrerá por meio da análise do escore-Z de peso para estatura, estatura para idade e peso para idade. A verificação da adequação do cuidado ao pré-natal e puerpério e a assistência nutricional serão baseadas nas diretrizes da Rede Cegonha do Ministério da Saúde.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Nº do projeto GPPG: 18-0136

Título do Projeto: **Estudo de Coorte Maternar.**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo **objetivo é avaliar a atenção ao pré-natal e assistência nutricional recebidas**. O estudo busca associar esta orientação nutricional durante o pré-natal com fatores de risco relacionados a desvios ponderais e desfechos gestacionais e neonatais. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

- **Primeira etapa: ocorrerá hoje**, enquanto você está internada para recuperação do pós-parto. O objetivo nesta etapa é verificar como foi a assistência que recebeu desde o início do período pré-natal até agora, no momento do parto e pós-parto imediato. **Sua participação nesta etapa inicial consiste em responder um questionário** com dados de identificação e contato, bem como aspectos de saúde, hábitos de vida (alimentação e atividade física), características socioeconômicas, aspectos relacionados a gestações anteriores (quando for o caso) e também da gestação atual. O tempo para responder a este questionário deve ser em torno de 25 minutos. **Além de responder ao questionário, gostaríamos de pedir seu consentimento para fotografar sua caderneta de gestante, consultar algumas informações clínicas no seu prontuário e no do bebê durante esta internação.**

- **Segunda etapa: ocorrerá dentro de 45-60 dias após o parto** e não será necessário que você se desloque de onde estiver, pois **sua participação será via telefone através do número que você indicar**. O objetivo nesta etapa é verificar como está sendo o seu período pós-parto, e também como foi a atenção oferecida à vocês durante este período. **Sua participação nesta etapa consiste em responder a uma breve ligação telefônica** para sabermos como está sua saúde e a do bebê desde a alta hospitalar. O tempo de ligação para responder a este questionário deve ser em torno de 10 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa e os possíveis desconfortos decorrentes da participação estão relacionados às perguntas pessoais envolvidas nos questionários e ao tempo de resposta.

A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, entretanto sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

c) Questionário utilizado para a coleta dos dados do recrutamento

(2) Ensino fundamental completo / 1º grau completo	(3) Ensino médio incompleto / 2º grau incompleto	
(4) Ensino médio completo / 2º grau completo	(5) Superior incompleto	(6) Superior completo
7a- Até que ano da escola você completou? <input type="text"/> <input type="text"/> anos		(888) Não sabe (999) NSA
8- Você possui emprego remunerado? (0) Não (vá para Q.9) (1) Sim		
8a- Este emprego assina sua carteira de trabalho? (0) Não (1) Sim		(999) NSA
9- No mês passado, quanto no total ganharam as pessoas que moram na sua casa? Incluindo renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria. MOSTRAR CARTÃO DE RESPOSTAS E MARCAR.		
(1) Até ½ salário mínimo	(2) Entre ½ e 1 salário mínimo	(3) Entre 1 e 2 salários mínimos
(4) Entre 2 e 3 salários mínimos	(5) Entre 3 e 4 salários mínimos	(6) Entre 4 e 5 salários mínimos
(7) Entre 5 e 6 salários mínimos	(8) Entre 6 e 7 salários mínimos	(9) Entre 7 e 8 salários mínimos
(10) 8 salários mínimos ou mais		
9a- Na sua casa, alguém participa de programas governamentais de auxílio à renda? Como bolsa família, aposentadoria para pessoa de baixa renda, aposentadoria pelo INSS ou outros? (0) Não (1) Sim		
9b- Quais programas de auxílio à renda?		(999) NSA
II - HÁBITOS MATERNS		
<i>Vamos conversar sobre atividades físicas que você realizava durante a gestação. Primeiro eu gostaria que você pensasse como você se deslocava de um lugar ao outro durante a gestação quando esse deslocamento durava pelo menos 10 minutos seguidos. Poderia ser a ida e vinda do trabalho ou local de estudo, ou quando você ia fazer compras, visitar amigos, ia ao mercado, por exemplo.</i>		
10- Em uma semana habitual da gravidez, quantos dias por semana você usou <u>bicicleta</u> para ir de um lugar a outro? <input type="text"/> dias (0) Nenhum (vá para Q.11)		
10a- Nesses dias, quanto tempo no total você pedalou por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutos.		(999) NSA
11- Em uma semana habitual da gravidez, quantos dias por semana você <u>caminhou para ir de um lugar a outro</u> ? <input type="text"/> dias (0) Nenhum (vá para Q.12)		
11a- Nesses dias, quanto tempo no total você caminhou por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutos.		(999) NSA
<i>Agora eu gostaria que você pensasse apenas nas atividades que você fez no seu tempo livre, de lazer. Por favor, APENAS RELATE ATIVIDADES QUE DURARAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.</i>		
12- Em uma semana habitual da gravidez, quantos dias você fez <u>caminhadas</u> (para se exercitar) no seu tempo livre? <input type="text"/> dias (0) Nenhum (vá para Q.13)		
12a- Nos dias em que você fez essas caminhadas, quanto tempo no total elas duraram por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutos.		(999) NSA
13- Em uma semana habitual da gravidez, quantos dias por semana você fez <u>atividades físicas fortes</u> no seu tempo livre? Por exemplo, correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.? <input type="text"/> dias (0) Nenhum (vá para Q.14)		
13a- Nos dias em que você fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutos		(999) NSA
14- Em uma semana habitual da gravidez, quantos dias por semana você fez <u>atividades físicas moderadas fora as caminhadas no seu tempo livre</u> ? Por exemplo, nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.? <input type="text"/> dias (0) Nenhum (vá para Q.15)		
14a- Nos dias em que você fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutos.		(999) NSA
15- Em geral, durante a gravidez, o seu nível de atividade física: LEIA AS ALTERNATIVAS. (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) Permaneceu o mesmo		
16- Durante a gestação o médico ou algum profissional da saúde orientou você sobre exercícios físicos, como caminhada, por exemplo? (0) Não (vá para Q.17) (1) Sim		
16a- O que disseram para você sobre exercícios físicos? LEIA AS ALTERNATIVAS. (1) Deveria fazer (2) Deveria reduzir/mudar (3) Não deveria fazer (999) NSA		
17- Você fumava antes desta gestação? (0) Não (vá para Q.18) (1) Sim		
17a- Em média, quantos cigarros por dia você fumava? <input type="text"/> <input type="text"/> cigarros.		(999) NSA
18- Você fumou durante esta gestação? (0) Não (vá para Q.19) (1) Sim		

18a- Por quanto tempo você fumou durante a gestação? [] [] [] semanas.	(777) Toda	(999) NSA
18b- Em média, quantos cigarros por dia você fumou? [] [] [] cigarros.		(999) NSA
19- Antes da gestação, com que frequência você ingeria bebidas alcoólicas? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(0) Nunca (vá para Q.20) (1) Raramente/ Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Mais que uma vez por mês		
(4) Uma vez por semana (5) Mais que uma vez por semana (6) Uma vez por dia (7) Mais que uma vez por dia		
19a- Das seguintes bebidas, qual você bebia com mais frequência? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Cerveja/chopp (2) Vinho (3) Destilados (cachaça, vodca, whisky) (999) NSA		
19b- Que quantidade costumava beber? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Um copo ou menos (2) Dois copos (3) Três copos (4) Quatro copos (5) Cinco copos Outra: _____ (999) NSA		
20- Durante a gestação, com que frequência você ingeriu bebidas alcoólicas? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(0) Nunca (vá para Q.21) (1) Raramente/ Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Mais que uma vez por mês		
(4) Uma vez por semana (5) Mais que uma vez por semana (6) Uma vez por dia (7) Mais que uma vez por dia		
20a- Das seguintes bebidas, qual você bebeu com mais frequência? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Cerveja/chopp (2) Vinho (3) Destilados (cachaça, vodca, whisky) (999) NSA		
20b- Que quantidade costumava beber? LEIA AS ALTERNATIVAS		
(1) Um copo ou menos (2) Dois copos (3) Três copos (4) Quatro copos (5) Cinco copos Outra: _____ (999) NSA		
21- Antes da gestação, você fazia uso de algum tipo de droga, como maconha, crack, cocaína? (0) Não (vá para Q.22) (1) Sim		
21a- Quais drogas você usava? (999) NSA		
22- Durante a gestação, você fez uso de algum tipo de droga, como maconha, crack, cocaína? (0) Não (vá para Q.23) (1) Sim		
22a- Quais drogas você usou? (999) NSA		
III - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
<i>Agora nós vamos falar sobre suas gestações anteriores.</i>		
23- Antes desta gestação, quantas vezes você ficou grávida? Contando com algum aborto ou perdas: [] [] [] (se "nenhuma", vá para Q.27)		
23a- Você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? (0) Não (vá para Q.24) (1) Sim (999) NSA		
23b- Quantos abortos ou perdas você teve? [] [] [] (999) NSA		
24- Antes desta gestação, quantos partos você já teve? [] [] [] (999) NSA		
24a- Quantos desses partos foram normais? Incluindo partos à fórceps e vácuo: [] [] [] (999) NSA		
24b- Quantos desses partos foram cesarianas? [] [] [] (999) NSA		
25- Antes desta gestação quantos bebês nasceram vivos? Incluir aqueles que faleceram logo após o nascimento: [] [] [] (999) NSA		
25a- Antes desta gestação algum filho nasceu vivo e faleceu no primeiro mês de vida? (0) Não (vá para Q.26) (1) Sim (999) NSA		
25b- Quantos? [] [] [] (999) NSA		
26- Você amamentou seu(s) outro(s) filho(s)? (0) Não (vá para Q.27) (1) Sim (999) NSA		
26a- Por quanto tempo você amamentou o seu último filho, antes deste que acabou de nascer: [] [] [] meses (999) NSA		
26b- Por quanto tempo você amamentou o seu último filho, antes deste que acabou de nascer de forma EXCLUSIVA, ou seja, sem chás, sucos, água ou qualquer outro alimento? [] [] [] meses (999) NSA		
IV PRÉ-NATAL E PARTO		
<i>Agora, vamos conversar um pouco sobre a sua gestação atual.</i>		
27- Qual tipo de parto você realizou? LEIA AS ALTERNATIVAS		
(1) Normal (vá para Q.28) (2) Normal com fórceps (vá para Q.28) (3) Cesariana		
27a- Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana?		
(1) No pré-natal (2) Na admissão (3) No pré-parto (4) Na sala de parto (888) Não sabe informar (999) NSA		
27b- Qual foi a razão? (888) Não sabe (999) NSA		

28- No início da gestação, qual tipo de parto desejava ter? LEIA AS ALTERNATIVAS			
(1) Normal	(2) Cesariana	(3) Tanto faz	(888) Não sabe
29- Antes de ser internada neste hospital, você procurou atendimento em outro hospital? (0) Não (vá para Q.30) (1) Sim			
29a- Em quantos hospitais? _ _ _			(999) NSA
29b- Por que não foi internada no outro hospital/maternidade?			
(1) Não havia vaga (2) Não estava em trabalho de parto (3) Não foi informada			
(4) Foi referenciada para outro hospital por situação de risco (5) Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender			
(6) Outro: _____			(999) NSA
30- Você realizou o parto através de que serviço? LEIA AS ALTERNATIVAS. (1) SUS (2) Plano de Saúde (3) Particular			
31- Com quantas semanas você descobriu a gravidez? _ _ _ semanas			(888) Não sabe
32- Quando engravidou você? LEIA AS ALTERNATIVAS.			
(1) Já estava planejando a gravidez (2) Queria esperar mais tempo (3) Não queria engravidar			
33- Quando descobriu que estava grávida, estava fazendo uso de algum método contraceptivo? SE SIM, qual?			
(0) Não (1) Camisinha (2) Pílula (3) DIU (4) Injeção (5) Outro: _____			
34- Como você se sentiu quando soube que estava grávida? LEIA AS ALTERNATIVAS.			
(1) Satisfeita (2) Mais ou menos satisfeita (3) Insatisfeita			(888) Não sabe
35- Você fez o pré-natal nesta gestação? (0) Não (1) Sim (vá para Q.36)			
35a- Por que você não fez o pré-natal? (Ao responder vá para Q. 45 até 53, após vá para BLOCO V)			(999) NSA
36- Onde foi realizada a MAIORIA das suas consultas pré-natal? LEIA AS ALTERNATIVAS			
(1) Serviço público/Posto/UBS	(2) Serviço particular ou plano de saúde	(3) Nos dois	(888) Não sabe (999) NSA
36a- Você sabe me informar o nome do estabelecimento (SE NÃO SOUBER, VERIFICAR NA CADERNETA):			
			(888) Não sabe (999) NSA
36b- Este estabelecimento fica em que cidade?			(888) Não sabe (999) NSA
37- Com quantas semanas ou meses você iniciou o pré-natal? (SE NÃO SOUBER, VERIFICAR NA CADERNETA. ATÉ 4 MESES OU 16 SEMANAS, VÁ PARA Q.38) _ _ _ semanas			
			(888) Não sabe (999) NSA
37a- Por que não iniciou o pré-natal mais cedo?			
			(999) NSA
38- Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gestação (CONFIRMAR NA CADERNETA)? _ _ _ consultas			
			(999) NSA
39- Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal?			
(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Outro: _____			(888) Não sabe (999) NSA
39a- Você foi acompanhada durante o pré-natal pelo mesmo profissional? LEIA AS ALTERNATIVAS			
(0) Não (1) Sim (2) Na maior parte do tempo			(888) Não sabe (999) NSA
40- Durante a gestação disseram se você tinha uma gestação de risco? (0) Não (vá para Q.41) (1) Sim			
			(999) NSA
40a- Você sabe qual o motivo de sua gestação ser considerada de risco?			
			(999) NSA
41- Durante a gestação, você foi internada alguma vez? (0) Não (vá para Q.42) (1) Sim			
			(999) NSA
41a- Quantas vezes você foi internada durante a gestação? _ _ _			(999) NSA
41b- Quais foram os motivos da(s) internação(ões)?			
			(999) NSA
42- Durante o pré-natal, você foi orientada sobre qual hospital/maternidade procurar em caso de trabalho de parto?			
(0) Não (vá para Q.43) (1) Sim			(999) NSA
42a- Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado? (0) Não (1) Sim (vá para Q.43)			
			(999) NSA
42b- Qual hospital/maternidade você foi orientada a procurar?			
			(999) NSA
43- Durante o pré-natal, você participou de algum grupo de gestantes? (0) Não (1) Sim			
			(999) NSA
44- Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre aleitamento materno? (0) Não (vá para Q.45) (1) Sim			
			(999) NSA
44a- Essas orientações foram sobre: LEIA AS ALTERNATIVAS.			
Amamentação na primeira hora de vida: (0) Não (1) Sim			

Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses: (0) Não (1) Sim		
Importância do aleitamento materno para o bebê: (0) Não (1) Sim		
Cuidado com as mamas: (0) Não (1) Sim		(999) NSA
V ATENÇÃO NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL		
<i>Agora vou lhe perguntar sobre sua alimentação habitual durante a gestação</i>		
45- Em uma semana habitual da gestação, em quantos dias você comeu saladas cruas (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho)?		
___ dias (se "NENHUM" vá para Q.46)		
45a- Num dia comum, você comeu este tipo de salada: LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Só no almoço (2) Só no jantar (3) No almoço e no jantar		(999) NSA
46- Em uma semana habitual da gestação quantos dias você comeu legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre) sem considerar batata e mandioca?		
___ dias (se "NENHUM" vá para Q.47)		
46a- Num dia comum, você comeu este tipo de legumes e verduras: LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Só no almoço (2) Só no jantar (3) No almoço e no jantar		(999) NSA
47- Em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?		
___ dias (se "NENHUM" vá para Q.48)		
47a- Num dia comum, quantas frutas frescas ou salada de frutas você comeu por dia? ___ ___ frutas ou salada de frutas		(999) NSA
48- Em quantos dias você tomou suco de frutas natural? ___ dias (se "NENHUM" vá para Q.49)		
48a- Num dia comum, quantos copos ao dia você tomou de suco de frutas natural? ___ ___ copos		(999) NSA
49- Em uma semana habitual da gestação, em quantos dias você comeu:		
a) Feijão: ___ dias		
b) Leite INTEGRAL: ___ dias		
c) Leite DESNATADO ou SEMIDESNATADO: ___ dias		
d) Iogurte INTEGRAL (sem considerar bebidas lácteas): ___ dias		
e) Iogurte DESNATADO (sem considerar bebidas lácteas): ___ dias		
f) Queijo, requeijão: ___ dias		
g) Leites fermentados (tipo "Yakult"): ___ dias		
h) Sobremesas a base de leite, creme de leite ou sorvete, sem considerar picolés: ___ dias		
i) Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel): ___ dias		
j) Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinho de pacote: ___ dias		
k) Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates: ___ dias		
50- Em quantos dias você tomou refrigerante ou suco artificial (de saquinho, tipo TANG®)? ___ dias		
51- Em uma semana habitual da gestação, em quantos dias você comeu:		
a) Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.): ___ dias		
b) Carne vermelha (boi, porco, cabrito, ovelha), SEM gordura visível: ___ dias		
c) Carne vermelha (boi, porco, cabrito, ovelha), COM gordura visível: ___ dias		
d) Frango/galinha SEM pele: ___ dias		
e) Frango/galinha COM pele: ___ dias		
f) Peixe: ___ dias		
52- Em uma semana habitual da gestação, em quantos dias você trocou a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? ___ dias		
53- Em quantos dias você trocou a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? ___ dias		
54- Durante a gestação, você fez uso de sulfato ferroso? (0) Não (vá para Q.55) (1) Sim		(999) NSA
54a- Com quantas semanas de gestação você iniciou o uso? ___ ___ semanas		(888) Não sabe (999) NSA
54b- Com quantas semanas você parou o uso? ___ ___ semanas (0) Não parou na gestação		(888) Não sabe (999) NSA
55- Durante a gestação, você fez uso de ácido fólico? (0) Não (vá para Q.56) (1) Sim		(999) NSA
55a- Você iniciou o uso de ácido fólico quando? LEIA AS ALTERNATIVAS:		
(1) Antes da gestação (vá para Q. 55b e PULE a Q.55c) (2) Durante a gestação (vá para Q.55c)		(999) NSA

63- Qual é a sua altura (m)?	_ _ . _ _ _ .	
64- Qual seu último peso antes de vir para o hospital?	_ _ _ _ , _ kg.	(888) Não sabe (vá para Q. 65)
64a- Com quantas semanas de gestação você estava?	_ _ _ semanas	(888) Não sabe (999) NSA
65- Quando você chegou aqui no hospital para o parto, pesaram você?	(0) Não Sim. _ _ _ _ , _ kg	(888) Não sabe
VII DADOS DO RECEM-NASCIDO (em casos de gestação gemelar, realizar uma cópia por bebê).		
66- Como ficou o nome do seu bebê?		
67- Com quantos centímetros, o (a) (DIZER O NOME DO BEBÊ) nasceu?	_ _ _ _ , _ cm	
68- Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Ficou com o bebê no colo (2) Apenas viu o bebê (3) Não teve contato com o bebê (888) Não sabe informar		
VIII ALEITAMENTO MATERNO (em casos de gestação gemelar, realizar uma cópia por bebê).		
SE PUÉRPERA HIV+ NÃO REALIZAR ESTE BLOCO. ENCERRAR A ENTREVISTA.		
69- Quanto tempo, mais ou menos demorou até você dar o peito pela primeira vez? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(0) Ainda não amamentou (1) Amamentou na 1ª hora de vida (vá para Q. 69b)		
(2) Amamentou após a 1ª hora de vida (vá para Q. 69b)		(999) NSA
69a- Por que ainda não amamentou o seu bebê?		(999) NSA
69b- Aqui no hospital, algum profissional AJUDOU você com a amamentação?	(0) Não (1) Sim	(999) NSA
70- Aqui no hospital, seu bebê recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?		
(0) Não (Encerre a entrevista) (1) Sim		(888) Não sabe (999) NSA
70a- Você sabe por que foi oferecido outro leite ou líquido para o seu bebê?		(888) Não sabe (999) NSA
70b- Como o leite/líquido foi dado ao seu bebê? LEIA AS ALTERNATIVAS.		
(1) Na mamadeira/chuquinha (2) No copinho (3) Na sonda/seringa		(888) Não sabe (999) NSA
<i>Muito obrigada(o) pela tua atenção, tua participação será muito importante para o desenvolvimento do estudo. Agora vou confirmar alguns dados na tua carteirinha e tirar as fotos. Fique tranquila, os teus dados são confidenciais e o teu nome não será divulgado. Dentro de aproximadamente 45 dias entraremos em contato por telefone para darmos continuidade à segunda etapa da pesquisa.</i>		
IX DADOS DA CADERNETA DE GESTANTE		
Puérpera com caderneta? (0) Não (vá para o Bloco X) (1) Sim		(999) NSA
Quantas vezes a pressão arterial foi aferida? _ _ _ vezes		
Quantas vezes a glicemia de jejum foi verificada? _ _ _ vezes Valores:		
Durante o pré-natal foram realizados os exames:		
Sorologia Sífilis (VDRL):	_ _ _ vezes	Anti-HIV: _ _ _ vezes Ultrassonografia: _ _ _ vezes
Urina EQU:	_ _ _ vezes	Urina cultura: _ _ _ vezes IgM e IgG: _ _ _ vezes Hepatite B – HbsAg: _ _ _ vezes
Foi registrado o peso pré-gestacional (anterior)?	(0) Não (1) Sim	Se sim, qual? _ _ _ _ , _ kg
Foi registrada a altura da gestante?	(0) Não (1) Sim	Se sim, qual? _ , _ _ _ _ m
Último peso registrado na caderneta da gestante: _ _ _ _ , _ kg		
Idade gestacional do último peso registrado: _ _ _ semanas		
Gravidez de alto risco? (0) Não (1) Sim		
A curva de Atalah foi preenchida? (0) Não (1) Sim		
Endereço da unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal:		

