

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOINICE LINEIRA OLIVEIRA HIPPOLYTE

**ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE MULHERES BRANCAS E NEGRAS NO
RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2016 A 2020**

**Porto Alegre
2022**

JOINICE LINEIRA OLIVEIRA HIPPOLYTE

**ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE MULHERES BRANCAS E NEGRAS NO
RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2016 A 2020**

Relatório apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profª Orientadora: Mariene Jaeger Riffel

Porto Alegre

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Jeová Deus, meu Pai, a quem eu devo minha vida e tudo o que nela há. Minha graduação foi mais longa do que o planejado, mas Ele me deu forças para não desistir e enviou pessoas incríveis para me fortalecer.

Agradeço à minha mãe, Cleunice, incansável, humana, meu exemplo de profissional.

Agradeço ao meu irmão, Jorge, por ser meu protetor, meu amigo e confidente.

Agradeço ao meu tão amado marido, Herold, por me proporcionar a experiência e o saber do termo companheirismo; sua paciência e abraços em meio ao choro nos momentos finais da minha graduação foram sempre reconfortantes; seu amor, atenção e resiliência em um período tão difícil, a perda de sua estimada e amorosa mãe, Célucia Momperousse, não diminuiu para comigo.

Agradeço a todos os meus amigos que contribuíram para que eu concluísse o curso e pudesse fazer mudanças de cidade e estado civil de forma prazerosa e menos estressante. São eles: Graça, Alfredo, Carolina, Jesse, Ricardo, Margarete, Marco Aurélio, Cristiane, Daiana e Denissen, minha família do coração.

Agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e todos os seus servidores, especialmente os da Escola de Enfermagem, pela estrutura disponibilizada e pela competência intelectual, física e profissional.

Agradeço a todos os professores por contribuírem em minha formação profissional, em especial, as Professoras Silvana Maria Zarth, Virginia Leismann Moretto, Júnia Aparecida Laia da Mata, Cecilia Derbes Pedron, Annelise Gonçalves e Carmem Lucia Mottin Duro, que me inspiraram tanto.

Agradeço à minha orientadora Mariene Jaeger Riffel, pela paciência, persistência, conhecimento e experiência compartilhada.

A todos vocês, dedico e compartilho essa alegria.

RESUMO

Objetivos: descrever as características do acompanhamento pré-natal de mulheres brancas e negras no Rio Grande do Sul, entre os anos de 2016 e 2020, quanto à idade materna, instrução, estado civil, duração da gestação, tipo de gravidez, grupo de Robson, adequação quantitativa de pré-natal, número de consultas de pré-natal e tipo de parto. **Metodologia:** estudo descritivo do tipo transversal cuja população compreendeu todas as mulheres brancas e negras que realizaram acompanhamento pré-natal no estado do Rio Grande do Sul, entre 2016 a 2020. Os dados foram caracterizados de acordo com o histórico gestacional do banco de dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). Foi realizada análise descritiva. **Resultados:** o estudo incluiu 681.822 mulheres, sendo 561.412 (82,33%) mulheres autodeclaradas brancas e 120.410 negras (17,66%). Mais de 11.000 mulheres tiveram suas informações na DNV categorizadas como “ignorada” e “não classificada” e, por isso foram excluídas. Evidenciou-se que nos extremos da participação em consultas pré-natal 5,5% das mulheres brancas e 10,93% das negras realizou de 0 a 3 consultas; 79,61% das brancas e 70,12% das negras realizaram 7 ou mais consultas; 16,09% das brancas e 25,30% das negras realizaram pré-natal “inadequado”; 72,97% das brancas 61,06% das negras realizaram pré-natal “mais que adequado”. E 0,79% das mulheres não realizaram pré-natal”. Quanto ao tipo de nascimento: 65,57% de cesarianas em brancas e 51% das negras. Parto vaginal 34,42% das brancas e 48,99% das negras. Nos extremos da idade materna, 11,11% das gestações em mulheres brancas e 16,56% das gestações em negras de 10 a 19 anos; 0,23% das brancas e 0,17% das negras entre e 45 e 59 anos. **Conclusão:** Identificaram-se possibilidades de melhoria na atenção à saúde de ambas as populações.

Descritores: Cuidado Pré-Natal. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Saúde da População Negra. Vulnerabilidade em Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	OBJETIVOS.....	08
3	DESENVOLVIMENTO.....	09
4	METODOLOGIA	13
5	RESULTADOS.....	16
6	DISCUSSÃO.....	26
7	CONCLUSÕES.....	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O Acompanhamento pré-natal de mulheres brancas e negras no Rio Grande do Sul no período de 2016 a 2020 coloca em foco duas cores e um gênero: a branca e a negra na pele do corpo das mulheres grávidas. Procurou-se evidenciar características que agravam a vulnerabilidade destas mulheres em relação à sua cor/raça. Para isso utilizou-se informações disponibilizadas no DATASUS a fim de evidenciar possíveis diferenças ou semelhanças na atenção pré-natal de negras e brancas no estado do Rio Grande do Sul (RS) – Brasil e relacionando-as com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) do país (BRASIL, 2022a).

O SINASC tem por objetivos fornecer informações adequadas ao planejamento, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, melhorar o acesso, a cobertura, a qualidade do acompanhamento pré-natal, o que permite o repasse do incentivo financeiro aos municípios (BRASIL, 2022a).

O sistema apresenta informações das gestantes que realizam o pré-natal quanto à sua cor/raça permitindo relacioná-los quanto à idade materna, instrução, estado civil, duração da gestação, tipo de gravidez, grupo de Robson, adequação quantitativa de pré-natal, tipo de parto e número de consultas de pré-natal.

Determinantes histórico-sociais têm se refletido na saúde das mulheres por meio da maior ou menor exaltação da maternidade. No Brasil esta exaltação dominou o século XIX por interferência do estado, mas não trouxe consigo proteção para mulher nas vulnerabilidades a que está exposta no processo de gestação e manutenção do maternar. O objetivo desta assistência era desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil presentes até a primeira metade do século XX. Pode-se dizer que a assistência pré-natal era um processo de “puericultura intrauterina”, cuja preocupação estava direcionada a aspectos demográficos com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher (BRASIL, 2001a, p.12).

No primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, ocorrido em 1922, foi atribuído às "mulheres desnutridas, sífilíticas e alcoólatras" as elevadas taxas de mortalidade infantil vigentes na época (BARBIERI; MARTINS; PAMPLONA, 2021). Neste evento foi recomendada a intervenção do Estado por meio da abertura de maternidades e creches e de uma vigilância massiva e severa ao aleitamento

materno. Os atributos imputados às mulheres produziram sua responsabilização tendo por base problemas sociais. Isto foi justificativa para um controle ainda mais severo sobre seus corpos e suas vidas. As mulheres que viveram no início do século XX dificilmente tinham acesso à educação formal uma vez que somente em 1827 as meninas foram liberadas para frequentar colégios e estudar além da etapa definida como ensino primário, que era ministrado nos cinco primeiros anos escolares. Neste momento a escolarização não era obrigatória nem para meninos e nem para meninas (RIFFEL; MORETTO, 2021) e a atenção dada à sexualidade era direcionada, principalmente, às práticas que visavam “assegurar o povoamento, reproduzir a forma de trabalho e as formas de relações sociais a partir de uma sexualidade útil e politicamente conservadora” (FOUCAULT, 1980, p. 37-8).

Ao final dos anos de 1960 iniciou-se uma atenção mais abrangente à mulher e sua família, para fora do ciclo gravídico-puerperal, relacionando aspectos nutricionais e instrucionais às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2004). Nesta direção pode-se encontrar nos relatórios do SINASC, informações sobre instrução, faixa etária, localização geoeconômica. No entanto, apesar do avanço recente na compilação e disponibilização de dados, existem dificuldades de encontrá-los analisados, o que acarreta um desafio significativo para a gestão de populações. Ainda mais se pensarmos no monitoramento de desigualdades em saúde de populações vulneráveis como, por exemplo, de mulheres gestantes negras e brancas, visto que o racismo tem sido considerado barreira importante para o crescimento equânime e igualitário das populações (BRASIL, 2018a).

O tratamento agregado dos dados pode criar pontos cegos que mascaram as lutas de grupos vulneráveis e de pessoas que vivem em áreas ou situações específicas, dificultando a alocação e priorização de recursos de forma eficaz e adequada (WHO, 2016). A escassez de informações sobre como é realizada a assistência à saúde das mulheres grávidas no Rio Grande do Sul, conforme cor/raça nos remete à questão norteadora deste estudo: como as mulheres brancas e negras realizam pré-natal e quais seus tipos de parto, no RS?

Quando os dois grupos de mulheres são comparados, identificam-se dificuldades diversas que, por sua vez, podem agravar suas condições e acesso à saúde adequada. A análise dos dados das gestantes brancas e negras do RS identificou possibilidades de melhoria na atenção à saúde de ambas as populações.

O período escolhido para a coleta e análise de dados iniciou-se em 2016 e foi concluído em 2020.

Para o estudo, de que trata este relatório, foram elaborados os objetivos descritos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever as características do acompanhamento pré-natal de gestantes brancas e negras do estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2016 a 2020.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1. Caracterizar a população de mulheres brancas quanto à idade materna, instrução, estado civil, duração da gestação, tipo de gravidez, grupo de Robson, adequação quantitativa de pré-natal, tipo de parto e número de consultas de pré-natal.

2.2.2. Caracterizar a população de mulheres negras quanto à idade materna, instrução, estado civil, duração da gestação, tipo de gravidez, grupo de Robson, adequação quantitativa de pré-natal, tipo de parto e número de consultas de pré-natal.

3 DESENVOLVIMENTO

Pré-Natal é o conjunto de ações de saúde que iniciam ao acolher-se a mulher gestante na consulta de enfermagem e/ou médica, na solicitação e análise dos exames laboratoriais e de imagens, em ações diagnósticas ou curativas, nas orientações de preparação para o nascimento e cuidados com o neonato, promovidas a favor da gestante e sua família, a fim de que sejam prevenidos agravos, além de mortes maternas (MM) e de mortes infantis (WHO, 2016). Em países de alta renda per capita, as mulheres realizam, pelo menos, quatro consultas de pré-natal e são atendidas por profissionais de saúde qualificados durante o parto e durante o puerpério. Em 2015, apenas 40% de todas as mulheres grávidas em países de baixa renda compareceram às consultas pré-natais conforme recomendação (OPAS, 2021).

A assistência pré-natal adequada tem promovido redução de MM que são, em sua maioria, evitáveis. A razão das MM nos países em desenvolvimento é de 239 MM a cada 100 mil Nascidos Vivos - NV (OPAS, 2021), ou seja, 99% das MM ocorrem em países em desenvolvimento. As principais complicações relacionadas à gestação e ao parto e nascimento representam quase 75% de todas as MM no mundo. São elas: Hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); Hemorragias graves (principalmente após o parto); Infecções (frequentemente depois do parto); complicações no parto; abortos inseguros. As demais complicações estão associadas às doenças como malária ou infecção pelo HIV durante a gravidez. Isso quer dizer que pobreza, distância, falta de informação, serviços e práticas culturais inadequados estão diretamente relacionados às mortes que poderiam ser evitadas com auxílio de assistência pré-natal adequada (OPAS, 2021).

No Brasil as taxas de MM são altas e se encontravam em declínio até 2019. No início de 2020 foi decretada a pandemia da COVID-19 e essas taxas subiram na medida em que a pandemia avançava. Numa retrospectiva que nos remete aos dados utilizados para determinação das metas estabelecidas nos Objetivos do Milênio para a redução da mortalidade materna no Brasil, verificou-se que em 1990 foram contabilizadas 140 MM por 100 mil NV (BRASIL, 2020). O Brasil não conseguiu reduzir sua razão de MM conforme estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU,

2020), que era para menos de 35 por cada 100 mil NV (ONU, 2000). Em 2000 foram contabilizadas 52 MM por 100 mil NV, em 2015 eram 57 MM por 100 mil NV, em 2019 eram 55 MM por 100 mil NV, e em 2020 chegou a 71 MM por 100 mil NV (BRASIL, 2022b).

O estado do RS, em relação à média brasileira, apresentou taxas menores de MM. Em 2000 foram 46 MM por 100 mil NV, em 2015 eram 35 MM por 100 mil NV, em 2019, 36 MM por 100 mil NV e em 2020, 41 MM por 100 mil NV. Portanto, após 2019 e, em virtude da pandemia de Covid-19 tanto a taxa nacional como no estado do RS voltaram a crescer (BRASIL, 2022b).

Para minimizar os problemas relativos à assistência à saúde da mulher nos aspectos reprodutivos o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) estabeleceu princípios que visam propiciar a cada mulher o direito cidadão de “dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade” (BRASIL, 2001a, p. 6).

Assim como no Brasil, os dados do Rio Grande do Sul sobre o pré-natal de mulheres conforme cor/raça precisam ser buscados e desagregados um a um conforme os critérios estabelecidos no sistema. Para a Organização Mundial da Saúde é importante monitorar desigualdades ao produzir, coletar, analisar e relatar dados oportunos, confiáveis, acionáveis e de forma desagregada para que se possa retornar ao caminho global de metas acordadas (WHO, 2016). As Razões de MM materna no estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 respectivamente foram: 38,9; 38,2; 36,5; 36,4 e 41,4 (SIM, 2022).

O Boletim Epidemiológico do RS sobre Mortalidade Materna, Infantil e Fetal descreveu vários pontos a melhorar, como por exemplo, a estrutura física de toda a rede de atenção ao nascimento, educação adequada e atualizada aos profissionais da assistência às gestantes e primazia dos processos de monitoramento e avaliação constante dos serviços do SUS. Ainda, destacou o Boletim, a importância do correto registro de óbitos para a identificação precisa das causas de morte materna e planejamento de ações corretivas, evitando novas mortes (SIM, 2022).

As principais causas dos óbitos maternos foram pré-eclâmpsia (9,3%), hemorragia pós- parto (7,4%); outras doenças e afecções (7,4%), COVID-19 (7,4%). Estas doenças se relacionam com a raça/cor das mulheres, visto que nas mulheres autodeclaradas pretas ou pardas há maior incidência e mais MM por essas causas

(SIM, 2022). Os dados disponibilizados nas estatísticas vitais podem ser estratificados pela raça/cor dos cidadãos e, assim, identificar e proporcionar medidas específicas de melhoria da qualidade de vida a quem mais necessita.

A questão do pré-natal e sua relação com a população negra é expressa nas políticas de Estado até mesmo em suas ausências. Foi somente em 13 de maio de 2009 que o MS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A Portaria 992/09 complementa a Lei Nº 10.678 e dispõe sobre as políticas de promoção da igualdade racial evidenciando a necessidade de aperfeiçoar a implementação e a implantação do Pacto Pela Saúde publicado em 2006. O MS afirma que esta portaria foi editada como um "reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional [enquanto] determinantes sociais das condições de saúde, como vistas a promoção da equidade em saúde" (BRASIL, 2013a, p.18). Esse processo de reconhecimento modifica e traz benefícios à sociedade brasileira ao incluir temas raciais e éticos na formação e educação permanente de todos os profissionais da saúde, sejam brancos, negros, indígenas ou orientais, de habilitar e capacitar com adequadas ferramentas profissionais de todas as áreas, trazendo mais empatia, resolutividade e eficiência nas relações humanas e de trabalho (BRASIL, 2013a).

A PNSIPN não se restringe a criação de programas de saúde para as pessoas negras. Conforme as diretrizes do SUS, ela visa melhorar a qualidade de vida, reforça a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado para uma população situada à margem das comunidades. É uma política transversal que abrange diversas secretarias e órgãos governamentais e se insere na dinâmica do SUS ao identificar populações vulneráveis, gerar dados epidemiológicos, avaliações técnicas e especializadas para a formulação de estratégias eficazes na melhoria e proteção da vida (BRASIL, 2013a).

A necessidade dessas adequações foi evidenciada na *Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida*, realizada no dia 20 de novembro de 1995 quando cerca de 30 mil pessoas se reuniram em Brasília para denunciar a ausência de políticas públicas para a população negra (BRASIL, 2005). Entre as reivindicações estava a implementação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme e outras hemoglobinopatias. Atualmente a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, a

PNAIPDF, beneficia mais de 60 mil brasileiros por meio do programa criado oficialmente em 2005 (BRASIL, 2017).

A doença falciforme (DF) é a doença genética e hereditária mais predominante no Brasil e no mundo. A globalização e a miscigenação entre os povos permitiu que pessoas de diversas raças adquirissem esse traço genético. Pessoas de todas as raças são capazes de receber e transmitir o gene mutante recessivo, a “hemoglobina S”, predominante entre pessoas pretas e pardas. O MS estima a existência de 30 mil a 50 mil pessoas com alguma doença falciforme no Brasil. A iniciativa do movimento trouxe luz a uma doença que atinge a vida de 3000 crianças brasileiras por ano (BRAGA, 2020). A tensão provocada pela população para ações que permitissem o diagnóstico e o tratamento precoce das hemoglobinopatias permitiu a inclusão do exame de rastreio em todas as gestantes durante o pré-natal, já na primeira consulta. Uma vez constatada a presença do gene nas gestantes é requerido o teste ao pai do bebê. Além de testes em todas as gestantes é disponibilizado o teste de triagem neonatal a todos os recém-nascidos ampliando a possibilidade da detecção precoce de doenças e seus agravos.

Remetendo-nos às taxas apresentadas e à importância dos cuidados com as gestantes no âmbito dos serviços de saúde pergunta-se: quais as repercussões da (in)adequação do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da mulher e do recém-nascido em diferentes etnias? Este trabalho pretendeu descrever o acompanhamento pré-natal de mulheres brancas e negras no RS evidenciando possíveis diferenças entre a atenção às gestantes nos serviços de saúde e suas repercussões.

4 METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo transversal e retrospectivo. Nele, a função descritiva da estatística preconiza a sumarização dos dados coletados da amostra ou da população, ordenando-os e classificando-os para serem facilmente compreendidos (AYRES, 2007). Os estudos descritivos objetivam determinar a distribuição de doenças ou condições, segundo o tempo, o lugar e/ou características dos indivíduos. Este estudo pretendeu estudar dois grupos de mulheres: as brancas e as negras conforme acompanhamento pré-natal no RS. Além disso, os estudos descritivos podem ser elaborados a partir de dados secundários, ou seja, dados pré-existent e disponíveis ou dados primários que são aqueles coletados especificamente para a construção do estudo (COELI, 2010). No caso deste estudo, utilizou-se de dados secundários disponibilizados pelo SINASC. Na atualidade, “dados secundários provenientes de Sistemas de Informação em Saúde apresentam como vantagens a ampla cobertura populacional, o baixo custo para a coleta das informações e a facilidade para o seguimento longitudinal” (COELI, 2010, p.18).

A população estudada compreendeu o universo de todas as mulheres negras e brancas que tiveram seus filhos no estado do Rio Grande do Sul, por ocorrência, entre os anos de 2016 a 2020. Os dados de ambas as populações foram coletados em domínio público, no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O SINASC, um braço do DATASUS, tem por objetivo coletar dados sobre os nascimentos ocorridos em todo território nacional e disponibilizá-los para todos os níveis do Sistema de Saúde (BRASIL, 2022a). Estes dados são importantes e necessários ao processo de planejamento, operação e controle no gerenciamento em saúde e podem produzir materiais que contribuam para o aperfeiçoamento da atenção em saúde e outros cuidados à população.

O SINASC exige o preenchimento de todas as informações solicitadas na DNV, o que inclui o quesito “raça/cor”. Em 2001, na terceira edição do Manual de Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo é esclarecido que o “Campo 32 - Raça/Cor” deve ser assinalado com um X na quadrícula correspondente e não admite a alternativa “Ignorada”. Esta informação é autodeclarada pela mulher que responde a pergunta: “qual a sua cor?” (BRASIL, 2001b, p. 17). Em 2011, 10 anos

após esta inclusão, esta orientação é ampliada para o quesito raça/cor do RN de sua mãe, com a ressalva de que “esta variável não admite a alternativa *ignorado*” (BRASIL, 2001b; 2011b). No entanto, na busca pelo item raça/cor do RN e da mãe o termo “ignorado” aparece em ambos os momentos nas pesquisas realizadas no SINASC abrindo espaço para dificuldades na obtenção de informações fidedignas quando o critério é preenchido como “não classificado” ou “ignorado”.

Os dados coletados foram filtrados e descritos de forma crítica conforme as categorizações disponibilizadas para análise e, desta forma gerar conhecimento ou trazer à luz situações, muitas vezes, pouco vistas ou desconhecidas (CAPP; NIENOV, 2021).

Foi realizada busca nas fontes Pubmed, Scielo, LILACS, MedLine, e Google Acadêmico, empregando-se os termos: Cuidado Pré-Natal. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Saúde da População Negra. Vulnerabilidade em Saúde.

Para fins deste estudo, os dados referentes a “não classificado” ou “ignorado” não foram contabilizados no total das categorizações apresentadas nos quadros, ou seja, consideradas *missing*. Porém, sem esquivar de comentários pertinentes às informações consideradas relevantes.

A análise dos dados foi realizada a partir da estatística descritiva, utilizando-se de frequências absolutas e relativas dos dois grupos de mulheres: brancas e negras que realizaram pré-natal no Rio Grande do Sul. Os dados dos dois grupos foram analisados e descritos separadamente. A descrição da análise dos dados se deu por meio da leitura cuidadosa dos dados retirados do SINASC dos anos de 2016 a 2020 e são apresentados em quadros. Desta maneira as características maternas e neonatais de mulheres brancas e negras cujos pré-natais e nascimento dos filhos ocorridos no RS fossem evidenciados conforme as variáveis disponíveis no SINASC.

Os quadros contêm os valores absolutos e percentuais relativos às estratificações utilizadas pelo SINASC nos itens: faixa etária da mãe, instrução em número de anos, duração da gestação, tipo de gravidez, grupo de Robson, adequação quantitativa de pré-natal, tipo de parto, consultas pré-natal. O item estado civil foi aglutinado de maneira a mostrar mulheres sem companheiro/marido (solteiras, viúvas, separadas judicialmente) e mulheres com companheiro/marido (casadas, em união consensual).

Os totais informados nos quadros estão exibidos na primeira linha a exemplo das apresentações fornecidas pelo DATASUS/SINASC, conforme recomendações da ABNT que se remete ao IBGE (1993).

Os percentuais foram arredondados para números inteiros com exceção de percentuais menores, quando foi mantida a primeira casa decimal, a fim de que a soma de 100% pudesse ser contabilizada e para que houvesse melhor visualização e compreensão dessa grandeza. Propositamente não foi realizado o arredondamento para números inteiros no quadro que informa o tipo de parto, visto que a diferença mínima entre os valores não evidenciaria qual seria a categoria discretamente maior do que 50%.

Os autores citados estão referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2018) respeitando-se os direitos autorais conforme legislação vigente (BRASIL, 1998). Foram respeitadas as diretivas estabelecidas pela Resolução 466/12 e 510/16 relativas ao respeito pela dignidade humana, pela ética e proteção aos participantes. Assim, a realização deste estudo, ao utilizar dados secundários, não obriga a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

Os dados, apresentados em dez quadros, têm suas análises confrontadas no item 6, DISCUSSÃO, com a literatura disponível.

No Quadro 1 são apresentadas todas as mulheres que deram a luz no Rio Grande do Sul no período de 2016 a 2020 conforme suas cor/raça. Em todos os quadros, as categorias preta e parda estão somadas e expressas na categoria negras. Esta decisão é embasada na prática do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em reforço ao Movimento Negro, organização que utiliza tal categorização para ampliar a visão social/étnica/racial e numérica das pessoas negras para mais da metade da população (IBGE, 2013). Assim, o IBGE disponibiliza os dados de forma desagregada entre pretos e pardos, mas apresenta o resultado da soma entre pessoas autodeclaradas pretas e pardas, considerando os indivíduos deste grupo populacional como “negros” em suas publicações.

Quadro 1: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca, negra, amarela, indígena e ignorado no período de 2016 a 2020.

2016 - 2020	COR/RAÇA						TOTAL	
	BRANCA		NEGRA		AMARELA INDÍGENA IGNORADO			
	N	%	N	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	81,56	120.410	17,49	6.459	0,93	688.281	100
TOTAL ESTUDADO	561.412	82,33	120.410	17,66			681.822	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

As categorias “Indígena”, “Amarelo” e “Ignorado” foram agregadas no Quadro 1 para salientar a representatividade numérica (menos de 1% da população de mulheres grávidas) entre os grupos de brancas e negras, foco deste estudo. Desta maneira, 688.281 mulheres de todas as raças/cores tiveram seus filhos entre os anos de 2016 e 2020 no Rio Grande do Sul. Entre estas, 82,33% se autodeclararam brancas e 17,66% negras. Foram registradas 6.459 (0,93%) mulheres autodeclaradas amarelas ou indígenas e, somado a esse grupo, foi incluído o

número de mulheres em que não houve o registro de sua cor/raça (2.205) no período estudado. Desta maneira os dados estudados se referiram somente às 681.822 (100%) mulheres brancas e negras.

Quadro 2: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo idade da mãe no período de 2016 a 2020.

IDADE DA MÃE	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA		n	%
	n	%	n	%		
Total Estudado	561.412	100	120.410	100	681.822	100
10 a 14 anos	2.724	0,48	747	0,62	3.471	0,50
15 a 19 anos	59.711	10,63	19.200	15,94	78.911	1,15
20 a 24 anos	119.433	21,27	33.111	27,49	152.544	22,37
25 a 29 anos	133.905	23,85	28.290	23,49	162.195	23,78
30 a 34 anos	134.181	23,90	21.816	18,11	155.997	22,87
35 a 39 anos	89.544	15,94	13.231	10,98	102.775	15,07
40 a 44 anos	21.266	3,78	3.795	3,15	25.061	3,67
45 a 49 anos	1.236	0,22	215	0,17	1.451	0,21
50 a 54 anos	67	0,01	5	0,00	72	0,10
55 a 59 anos	6	0,00	--	-	6	0,00
Ignorado					684.027	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 2 evidencia o número de nascimentos conforme as faixas etárias e a raça/cor das mulheres. Estas faixas seguem o padrão do DATASUS, ou seja, em intervalos de cinco anos. Neste quadro observa-se que o número de nascimentos é maior na medida em que a idade das mulheres avança, alcançando um ápice de 23,90% (n=134181) na faixa etária dos 30 a 34 anos para as brancas; de 20 a 24 anos (27,49%; n=33.111) para as negras. Isso evidencia que a maioria das mulheres negras têm seus filhos em idades mais precoces do que as mulheres brancas.

Nos extremos da vida reprodutiva foram categorizadas gestantes de 10 a 14 anos e 45 a 59 anos. Na faixa etária de 10 a 14 anos destacam-se as negras por apresentarem mais gestações do que as brancas. Na faixa dos 45 a 59 anos (0,31%; n=1529) destacam-se seis mulheres que tiveram seus filhos entre os 55 a 59 anos.

Quadro 3: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo instrução da mãe no período de 2016 a 2020.

INSTRUÇÃO DA MÃE	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	684.027	100
Ignorado					2.205	0,2
Total estudado					681.822	100
Nenhuma	437	0,07	300	0,24	737	0,10
1 a 3 anos	3.860	0,68	2.176	1,80	6.036	0,88
4 a 7 anos	70.203	12,50	28.663	23,80	98.886	14,50
8 a 11 anos	324.931	57,87	78.059	64,82	402.990	59,10
12 anos e +	160.929	28,66	10.923	9,07	171.852	25,20

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 3 apresenta o número de nascimentos em relação a instrução das mulheres segundo a raça/cor. Verificou-se que o maior percentual de mulheres têm de 8 a 11 anos de escolaridade e, entre estas, as negras apresentam o maior percentual (64,82%; n=78.059).

Salientam-se os dados nos extremos das faixas de escolaridade: 0,10% (n=737) do total das mulheres não frequentaram a escola e, entre as negras este percentual é, pelo menos, três vezes maior do que entre as brancas. Na faixa de 1 a 3 anos de escolaridade esta proporção é a mesma. Na faixa de 4 a 7 anos de escolaridade o número de negras é duas vezes maior do que o número de brancas e, no entanto, a faixa de mais de 12 anos de escolaridade apresenta um percentual três vezes menor entre as negras, ou seja, apenas 9,07% (n=10923) das mulheres autodeclaradas negras têm 12 anos ou mais de estudo, enquanto que entre as brancas este percentual é de 28,66% (n=160.929). Portanto, pode-se dizer que a escolaridade é inversamente proporcional ao número de mulheres brancas e negras estudadas, sendo que as negras estão sempre em desvantagem.

Quadro 4: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo estado civil da mãe no período de 2016 a 2020.

ESTADO CIVIL DA MÃE	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	681.822	100
Ignorados	1.713	0,30	306	0,25	2.019	0,29
Total estudado	559.699	100	120.104	100	679.803	100
Solteira/viúva/separada judicialmente	284.336	50,80	77.077	64,17	361.413	53,16
Casada/união consensual	275.363	49,19	43.027	35,82	318.390	46,83

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 4 expressa o número de nascimentos segundo raça/cor em relação ao estado civil das mulheres. É possível dizer que 50,80% (n=284.336) das mulheres sem companheiro, ou seja, “solteira”, “viúva” e “separada judicialmente”, aproximadamente metade, são brancas, enquanto que entre as mulheres negras este número sobe para, aproximadamente, dois terços, 64,17% (n=77.077). O DATASUS não informou o estado civil de 0,29% (n=2.019) das mulheres (BRASIL, 2022a).

Quadro 5: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo duração o da gestação no período de 2016 a 2020.

DURAÇÃO GESTAÇÃO	RAÇA/COR				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	N	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	684.027	100
Ignorado	1.390	0,24	370	0,30	1.636	0,26
Total estudado	560.022	100	119.770	100	681.822	100
Menos de 22 semanas	119	0,02	26	0,02	145	0,02
De 22 a 27 semanas	2.638	0,47	712	0,59	3.350	0,49
De 28 a 31 semanas	5.598	0,99	1.229	1,02	6.827	1
De 32 a 36 semanas	58.610	10,46	12.156	10,14	70.766	10,37
De 37 a 41 semanas	487.355	87,02	104.482	87,23	591.837	86,80
42 semanas ou mais	5.702	1,01	1.435	1,19	7.137	1,04

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 5 apresenta dados da duração da gestação em semanas relacionados à raça/cor da mãe. Evidencia que o nascimento dentro do período adequado é de 87,02% (n=487.355) entre as mulheres autodeclaradas brancas, e de 87,23% (n=104.482) entre as mulheres autodeclaradas negras. O quadro mostra ainda que os filhos de mães com idade gestacional (IG) entre 32 a 36 semanas compreendem um percentual de 10,46% (n=58.610) entre as brancas e de 10,14% (n=12.156) entre as negras; quando a IG encontrou-se entre 28 e 31 semanas identificou-se um percentual de 0,99% (n=5.598) entre as brancas, e 1,02% (n=1.229) entre as negras. Identificou-se 3.495 (0,51%) mulheres cujos filhos nasceram em idade gestacional classificada como de prematuridade extrema (27s ou menos); entre as brancas este percentual foi de 0,49% (n=2.757) e entre as negras 0,61% (n=738), indicando maior vulnerabilidade para ocorrência de partos prematuros entre as mães negras.

Quadro 6: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo o tipo de gravidez no período de 2016 a 2020.

TIPO DE GRAVIDEZ	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	N	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	684.027	100
Ignorada	70	0,01	22	0,01	92	0,01
Total estudado	561.342	100	120.388	100	684.119	100
Única	547.246	97,50	117.550	97,64	664.796	97,17
Dupla	13.828	2,40	2.798	2,32	16.626	2,43
Tripla e +	268	0,05	40	0,03	308	0,04

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 6 destaca os dados relacionados aos nascidos vivos filhos de mães brancas e negras quanto ao tipo de gravidez. A maior parte dos nascimentos foi decorrente de gestações de feto único (97,17%) que ocorreram em 97,50% (n=547.246) das mulheres brancas e em 97,64% (n=117.550) das mulheres negras. Houve 2,4% (n=13.828) de gestações gemelares duplas, com percentuais muito semelhantes entre mulheres brancas (2,40%; n=13.828) e negras (2,32%; n=2.798). O número de gestações triplas evidenciou-se pouco expressiva em termos percentuais. No entanto, ao se observar melhor a proporção desta ocorrência entre

mulheres brancas e negras, se perceberá que entre as brancas o percentual é quase duas vezes maior (0,05%; n=268) do que entre as negras (0,03%; n=40).

Quadro 7: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo Grupos de Robson no período de 2016 a 2020.

GRUPOS DE ROBSON	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	N	%	N	%	n	%
Total Estudado	561.412	100	120.410	100	681.822	100
01. Nulípara, gest única, cefál >37s, tp espontâneo	65.532	11,67	14.651	12,16	80.183	11,76
02. Nulípara, gest única, cefál >37s c/ind CS préTP	129.795	23,11	21.554	17,90	151.349	22,19
03. Multípara, (s/ces prev) gest única cef >37s esp	62.302	11,09	20.471	17,00	82.773	12,13
04. Multíp,(s/ces prev) gest única cef >37s ind/CSpréTP	67.929	12,09	17.252	14,32	85.181	12,49
05. C/CS ant gestação única, cefálica, > 37s	140.912	25,09	27.481	22,82	168.393	24,69
06. Todos partos pélvicos em nulíparas	12.082	2,15	1.541	1,27	13.623	1,99
07. Todos partos pélv em multíparas (incl CS prévia)	12.911	2,29	2.459	2,04	15.370	2,25
08. Todas gest múltiplas (incluindo CS prévia)	13.695	2,43	2.741	2,27	16.436	2,41
09. Todas apres anormais (incluindo CS prévia)	1.411	0,25	895	0,74	2.306	0,33
10. Todas gest única cefal <36s (incl CS prévia)	51.486	9,17	11.178	9,28	62.664	9,19
11. Nasc n clas por aus resp aos itens necessários	3.357	0,59	733	0,60	4.090	0,59

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O quadro 7 apresenta os 11 grupos da Classificação de Robson. Pode-se observar que nulíparas, de feto único, a termo e brancas tiveram mais do que o dobro de cesarianas (23,11%; n=129.795) do que de partos espontâneo. As negras tiveram pouco mais de 50% de cesarianas em relação ao parto espontâneo (17,90%;

n=21.554), ou seja, mais mulheres negras tiveram, proporcionalmente, partos após TP espontâneo do que as brancas.

Ao compararem-se gestantes multíparas, sem cesarianas prévias, de gestação única, com feto em apresentação cefálica e acima de 37 semanas de gestação, observa-se que a proporção de partos vaginais espontâneos é maior entre as negras (17%) do que entre as brancas (11,09%); há um percentual de cesarianas maior entre as negras (14,32%) do que entre as brancas (12,09%); ou seja, novamente, as negras tiveram mais partos espontâneos do que as brancas.

Das gestações de mulheres que apresentam feto único, cefálico, que passaram por CS anterior e em IG >37 semanas, observa-se o percentual de 25,09% (n=140.912) entre as mulheres brancas e 22,82% (n=27.481) entre as mulheres negras. No grupo número seis pode-se observar os partos pélvicos em nulíparas: neste grupo verifica-se o percentual de 2,15% (n=12.082) entre as mulheres brancas e 1,27% (n=1.541) entre as negras. Os partos pélvicos em multíparas (incluindo as mulheres com CS previa) ocorreu em 2,29% (n=12.911) entre as brancas e em 2,04% (n=2.459) entre as negras.

O Quadro 7 apresenta o número de partos com múltiplos bebês que, entre as brancas representaram 2,43% (n=13.695) de todas as gestações múltiplas e entre as negras 2,27% (n=2.741) delas.

Nos grupos nove e dez, composto de todas as gestantes (incluindo as mulheres com CS previa) cujas apresentações fetais são anormais, observa-se que estas ocorrências acontecem em 0,25% (n=1.411) entre as brancas e 0,74% (n=895) entre as negras. Isto representa uma diferença de 0,49% a mais entre as mulheres negras nesta situação. Já entre todas as gestantes com feto único e IG<36 semanas observa-se o percentual de 9,17% (n=51.486) entre as brancas e de 9,28% (n=11.178) entre as negras.

Entre os Nascimentos Não Classificados por Ausência de Respostas aos Itens Necessários, há uma repercussão de 0,59% (n=3.357) entre as brancas e de 0,60% (n=733) entre as negras.

Quadro 8: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo a adequação quantitativa de pré-natal no período de 2016 a 2020.

ADEQ QUANT PRÉ-NATAL	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	681.822	100
Não Classificados	10.686	1,90	3.319	2,75	14.005	2,05
Total estudado	550.726	100	117.091	100	687.131	100
Sem pré-natal	3.591	0,65	1.904	1,62	5.495	0,79
Inadequado	88.623	16,09	29.631	25,30	118.254	17,20
Intermediário	26.754	4,85	7.384	6,30	34.138	4,96
Adequado	29.890	5,42	6.669	5,69	36.559	5,32
Mais que adequado	401.868	72,97	71.503	61,06	473.371	68,89

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 8 evidencia o número de mulheres brancas e negras que tiveram suas consultas pré-natais classificadas conforme a categorização do MS. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" é mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" (BRASIL, 2013b).

As mulheres dentro da variável "Mais que Adequado" somaram 473.371. Nesta categoria, 72,97% (n=401.868) são mulheres brancas e 61,06% (n=71.503) são mulheres negras.

Entre os pré-natais classificados no critério "Adequado" estão 5,42% (n=29.890) de mulheres brancas e 5,69% (n=6.669) de mulheres negras. No critério de pré-natal considerado "Intermediário" estão identificados 4,85% (n=26.890) de mulheres brancas e de 6,30% (n=7.384) de mulheres negras. Na classificação de pré-natal "Inadequado" encontram-se 16,09% (n=88.623) de mulheres brancas e 25,30% (n=29.631) de mulheres negras. Entre as mulheres que não realizaram pré-natal foram identificadas 5485 mulheres; 0,65% (n=3.591) de mulheres brancas e 1,62% (n=1.904) de mulheres negras. Salienta-se o dado "não classificado" referente a falta de informações de 14.005 (2,05%) mulheres brancas e negras quanto a "Adeq quant pré-natal" pois supera o número de mulheres referidas como "sem pré-natal".

Quadro 9: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo consulta pré-natal no período de 2016 a 2020.

CONST. PRÉ-NATAL	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	684.027	100
Ignorado	1.771	0,31	445	0,36	2.216	0,32
Total estudado	559.641	100	119.965	100	681.811	100
Nenhuma	6.710	1,19	2.753	2,29	9.463	1,38
1 a 3 consultas	20.505	3,66	8.433	7,02	28.938	4,24
4 a 6 consultas	86.874	15,52	24.656	20,55	111.530	16,35
7 ou + consultas	445.552	79,61	84.123	70,12	529.675	77,68

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O MS preconiza o mínimo de seis consultas pré-natais para ter-se uma experiência positiva acerca da gestação e parto (BRASIL, 2013b). O Quadro 9 apresenta os dados gaúchos sobre mulheres brancas e negras de acordo com a quantidade de consultas pré-natal realizadas.

As mulheres que referiram não ter frequentado às consultas de pré-natal, totalizaram 9.463. Destas, 1,19% (n=6.710) eram brancas e 2,29% (n=2.753) eram negras: quase o dobro de ausência de consultas pré-natal entre as mulheres negras comparadas às brancas. Entre as mulheres que referiram frequentar de 1 a 3 consultas, 3,66% (n=20.505) eram brancas e 7,02% (n=8.433) eram negras: novamente o dobro de mulheres negras, em relação às brancas, com número inadequado de consultas pré-natal.

Observa-se aproximação entre os percentuais apresentados na faixa entre 4 a 6 consultas com predominância no percentual entre as mulheres negras: 15,52% (n=86.874) entre mulheres brancas e 20,55% (n=24.656) entre mulheres negras.

A faixa que evidencia a frequência de 7 consultas ou mais, considerado mais adequado para um acompanhamento efetivo, é observado percentual mais elevado entre as mulheres brancas (79,61%;/n=445.552) do que entre as mulheres negras (70,12% / n=84.123).

Quadro 10: Nascidos Vivos no Rio Grande do Sul por cor/raça branca e negra, segundo o tipo de parto no período de 2016 a 2020.

TIPO DE PARTO	COR/RAÇA				TOTAL	
	BRANCA		NEGRA			
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	561.412	100	120.410	100	684.027	100
Ignorado	76	0,01	20	0,01	96	0,01
Total estudado	561.336	100	120.390	100	683.931	100
Vaginal	193.216	34,42	58.982	48,99	252.198	36,87
Cesário	368.120	65,57	61.408	51,00	429.528	62,80
Nenhuma diferença % sem os ignorados						

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

O Quadro 10 apresenta o número de nascidos vivos segundo a cor/raça da mãe e o tipo de parto. Observa-se que 36,87% (n=252.198) de todos os nascimentos ocorreram pela via vaginal, ou seja, a maioria dos nascimentos no RS, no período estudado foi a cesariana (62,80%;n=429528).

Entre as mulheres negras 48,99% (n=58.982) tiveram partos vaginais; entre as mulheres brancas este número cai para 34,42% (n=193.216), evidenciando que 14,57% a mais de mulheres negras pariram e que 14,57% a mais de mulheres brancas foram submetidas à cesariana do que as negras.

6 DISCUSSÃO

As populações pesquisadas estão associadas a possíveis iniquidades nos processos de atendimento à saúde, devido à, principalmente, questões de gênero, raciais e econômicas. O racismo é uma das grandes barreiras para o crescimento equânime e igualitário. O racismo estrutural coloca sua marca nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), instituição que admite ser necessário superá-lo visto que afetam diretamente a epidemiologia brasileira (BRASIL, 2018a). A saúde das gestantes negras e brancas são efeitos das ações governamentais disponíveis às mulheres grávidas em nosso país e região.

A estratificação do critério Raça/Cor nos formulários sanitários das instituições governamentais possibilitou o resgate de informações úteis para o gerenciamento e planejamento de ações em saúde a favor de suas especificidades e a criação de mecanismos que proporcionem a diminuição de diferenças e iniquidades nos serviços, reflexão sobre os dados epidemiológicos evidenciados e a diminuição de incongruências, tais como a coleta e um dado “ignorado” (BRASIL, 2018a) entre a população de mulheres brancas e negras em atenção pré-natal (Quadro 1).

Desse modo, os 0,32% de dados ignorados relacionados às mulheres sobre suas consultas de pré-natal são um percentual pequeno, mas representam mais de 2.200 mulheres brasileiras que, juntas às que não realizaram nenhuma consulta somam mais de 11.000 mulheres. Em todos os extratos disponíveis, os dados que representam menor possibilidade de acesso são sempre maiores entre as negras. Mais: o número de consultas ao pré-natal é ligeiramente maior entre as negras somente na faixa entre 4 a 6 consultas (Quadro 10).

As mulheres negras são mais suscetíveis a atendimento pré-natal inadequado pelos profissionais das unidades de saúde, principalmente pelos médicos obstetras; têm menos possibilidades de realizar perguntas ou são constrangidas ao realizarem questionamentos ao médico; precisaram aguardar até seis vezes mais tempo que uma mulher branca para ser chamada pelo médico e suas consultas duram até três vezes menos. Há evidências de que as mulheres brancas têm consultas que duraram de 15 minutos até uma hora e as consultas de mulheres negras, nos mesmos serviços, têm consultas que duram entre 5 a 20 minutos, no máximo (LEAL; ESTEVES-PEREIRA; NAKAMURA-PEREIRA *et al*, 2016). Quando questionadas

sobre o atendimento, as mulheres negras apresentaram relatos mais sérios relacionados às práticas de violência obstétrica por parte dos médicos, em especial os médicos obstetras (LEAL; ESTEVES-PEREIRA; NAKAMURA-PEREIRA *et al*, 2016).

Identificar a idade da mãe na ocasião do parto possibilita evidenciar o comportamento reprodutivo das mulheres que, junto a outros indicadores demográficos, mostram transformações na estrutura etária do país (IBGE, 2020). No Brasil, as mulheres têm passado pelo processo gestacional cada vez mais tarde. O IBGE chama a atenção sobre a década de 2010 a 2020 quando houve um alargamento de 63% na faixa etária de mulheres cujos filhos nasceram quando elas estavam entre os 35 e 39 anos de idade. Já o número de nascimentos decresceu 23% na faixa etária de mulheres com até 19 anos (Quadro 2).

Sabe-se que entre as grávidas de 10 a 14 anos o processo de desenvolvimento físico, psicológico, social e familiar não é suficientemente maduro para suportar o impacto de uma gravidez. A evasão escolar, a violência doméstica e sexual, a transmissão de doenças infecciosas agudas, a desnutrição, a presença de sequelas neurológicas, o sofrimento mental expresso inclusive por meio da ideação suicida, são possíveis efeitos de uma gravidez na adolescência, entre outros impactos na vida e família dessas jovens mães (SANTOS; MASCARENHAS; RODRIGUES *et al*, 2018).

A escolaridade é descrita como um indicador social de desigualdade, evidenciada, também, por meio da desigual participação feminina no mercado formal de trabalho em relação à masculina, a despeito da forte presença delas nos últimos anos (IBGE, 2018).

Neste lugar, o nível de instrução vai influenciar diretamente na presença das mulheres no mercado de trabalho. As que concluem o ensino superior têm 2,5 vezes mais chances de participação em comparação às mulheres sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto. Para os homens, mais anos de escolaridade não influenciam da mesma maneira na hora de pleitear um emprego. Ainda assim, o IBGE registra 52,7% para mulheres e 72,5% para homens na taxa de participação no mercado formal (IBGE, 2018).

Quando o Instituto faz um recorte sobre trabalho formal ocupado por pessoas de raça/cor branca e negra, é tão considerável quanto o critério gênero. A presença

de pessoas negras em ocupações informais, em 2017, foi de 46,9%, a de brancas foi de 33,7%. Além disso, as mulheres brancas recebiam um rendimento-hora superior às negras em todos os níveis de escolaridade, tendo maior diferença no nível de educação superior: R\$ 31,90 contra R\$ 22,30, ou seja, 43,2% a mais para brancas do que para pretas (IBGE, 2018).

O estudo de Fonseca, Flores, Camargo Jr *et al* (2017b) evidenciou o grupo de mulheres negras como grupo em vulnerabilidade para o risco de morte neonatal dos seus filhos. Quando o dado sobre escolaridade registrado é “ignorado”, existe então situação de vulnerabilidade, o que implica no aumento do risco de mortalidade neonatal. Constatou, ainda, que mães muito jovens e mulheres mais velhas e de baixa escolaridade foram os grupos mais vulneráveis, apresentando taxa de mortalidade infantil mais elevada. O grau de instrução intermediária ou elevada da mãe reduziu em até 4% ao ano o número de mortes neonatais (FONSECA; FLORES; CAMARGO JR, *et al*, 2017b).

Analfabetismo funcional é definido como a "porcentagem de pessoas de uma determinada faixa etária que têm escolaridade de até 3 anos de estudo em relação ao total de pessoas na mesma faixa etária". O conceito de Analfabetismo “é a porcentagem de pessoas analfabetas de um grupo etário em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário” (IBGE, 2019a). Ainda para o IBGE, analfabeta é a pessoa que “não sabe ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece; e também aquela que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, e a que apenas assina o próprio nome” (IBGE, 2019a). É válido destacar que a taxa de analfabetismo é apresentada pelo IBGE com duas casas decimais, visto que, em alguns casos, a diferença se apresenta na segunda casa decimal e é considerada nesta instituição como estatisticamente significativa.

No ano de 2019 o Brasil contabilizou 11 milhões de pessoas com 15 anos ou mais de idade, analfabetas. Isto representou uma taxa de analfabetismo de 6,6% (IBGE, 2019a). O mesmo relatório indica uma proporção semelhante de analfabetos entre mulheres e homens de 40-60 anos (11%). No entanto o analfabetismo é superior para as mulheres em todas as demais faixas etárias.

O Plano Nacional de Educação - PNE, instituído pela Lei n. 13.005, de 25.06.2014, determinou, na Meta 9, a redução da taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais para 6,5%, em 2015, e a erradicação do analfabetismo ao final

da vigência do Plano, em 2024, sendo que o Rio Grande do Sul já alcançou a meta Intermediária, ou seja, alcançar uma taxa de analfabetismo abaixo de 10% (IBGE, 2019a).

Políticas educacionais têm proporcionado redução do analfabetismo em idades mais precoces. Isto corrobora com as informações sobre o analfabetismo no Brasil x idades dos indivíduos onde 11,1% dos analfabetos encontram-se “entre as pessoas com 40 anos ou mais, 7,9% entre àquelas com 25 anos ou mais e 6,6% entre a população de 15 anos ou mais” (IBGE, 2019a).

Em 2019, mais da metade das mulheres (51,0%) passaram a ter, ao menos, o ensino médio completo e 57,0% das pessoas brancas haviam completado, no mínimo, o ciclo básico educacional. Entre as pessoas negras, esse percentual foi de 41,8%, ou seja uma diferença de 15,2% entre os dois grupos analisados. No mesmo ano 56,4 milhões de pessoas frequentavam escola ou creche. Na faixa de idade de 6 a 14 anos, a universalização da escolaridade, iniciada em 2016, já estava praticamente alcançada, chegando a 99,7% das pessoas na escola (IBGE, 2019a).

No Quadro 3 pode-se observar que a faixa onde concentra-se o maior percentual de instrução é a de mulheres com 8 a 11 anos de escolaridade (59,1%; n=501.878) e, nesta faixa, as negras detêm o maior percentual (64,82%; n=78.059).

O investimento em educação fundamental pública no Rio Grande do Sul, em 2021 foi, em média, de R\$ 3.148,27 aluno/ano. Ao final dos nove anos desta etapa de estudos regulares um indivíduo pode custar ao estado cerca de R\$ 28.334,43 (FUNDEB, 2022).

O percentual de mulheres analfabetas e as que têm até três anos de estudo não chegou a 1% (n=6.773) do total de mulheres, no entanto o percentual de negras analfabetas é de, pelo menos, três vezes maior do que o das brancas.

No Quadro 3 evidencia-se um percentual, pelo menos, três vezes maior de escolaridade das mulheres brancas: mais de 12 anos de estudo. O percentual expressivo de registros cuja escolaridade, neste estudo, aparece como ignorada (47,56%) não permitiu uma análise mais fidedigna. No entanto, sabe-se que o nível educacional elevado pode auxiliar na interação com profissionais dos serviços de saúde de maneira a tornar mais efetivo o acompanhamento assistencial (FONSECA; TEIXEIRA; TELECKI, *et al*, 2017a).

Neste estudo salientam-se dados relativos aos extremos das faixas de escolaridade: 0,10% (n=737) do total das mulheres que não frequentaram nenhum ano escolar. Entre as negras esse percentual é cerca de três vezes maior do que entre as brancas. Entre as brancas a permanência na escola por mais de 12 anos é três vezes maior (28,66%; n=160.929). Na faixa de 1 a 3 anos de escolaridade é, também, três vezes maior entre as negras e, dos 4 aos 7 anos é duas vezes maior entre as negras. Estas informações nos remetem à busca pelas ações governamentais de resgate à alfabetização e incentivo educacional da população no RS, em especial, à feminina. A produção de estudos específicos, voltados para essa população, pode favorecer a tomadas de ações efetivas para a diminuição ou a erradicação, desta situação.

Ações e cuidados de saúde para prevenção e manejo de situações relacionadas à MM são bem difundidas. O acesso aos cuidados pré-natais de qualidade bem como ao parto e puerpério são direitos humanos. Condições de pobreza, distância dos serviços de saúde, serviços e práticas culturais inadequados, falta de informação e de compreensão das mesmas, podem levar uma gestante e seu filho à morte (OPAS, 2021). Outros estudos sugerem valores mais elevados de MM materna entre mulheres de menor renda e escolaridade, da raça negra e com pouco acesso à assistência. Estes são importantes indicadores das condições de vida e da injustiça social. Ao mesmo tempo são desafios que vão para além de análises individuais ou de cada pessoa, de cada caso; remetem às condições populacionais, suas questões de vida, de saúde e doença, em sociedades onde o consenso sobre a igualdade de gênero e direitos reprodutivos são difíceis de atingir (MASCARENHAS; SILVA; REIS, *et al*, 2017). Portanto, para mudanças efetivas nas taxas de MM as intervenções necessárias dirigem-se a melhorias na assistência pré-natal, na escolaridade materna, na renda e no saneamento básico (MARTINS; NAKAMURA; CARVALHO, 2020).

A ausência de cônjuge/companheiro foi relacionada ao processo de desenvolvimento infantil evidenciando que este fato pode duplicar o risco de problemas no desenvolvimento das crianças de um a quatro meses de idade (CRESTANI; MATTANA; MORAES *et al*, 2013). Sendo assim, filhos de mulheres negras deste estudo (64,17% - Quadro 4) teriam maior possibilidade de ter seu desenvolvimento prejudicado.

O estudo sobre as Impressões maternas acerca da presença do pai/companheiro nas consultas de pré-natal concluiu que a presença do companheiro pode causar-lhes dualidade de sentimentos. Enquanto algumas manifestaram conforto e segurança, outras expressaram medo, angústia, indiferença ou sentiram-se reprimidas (COUTO; GOMES; FERNANDES *et al*, 2019). O engajamento paterno durante o pré-natal foi maior em parceiros de mulheres brancas primíparas, nas que vivem em áreas menos carentes e àquelas cuja gravidez foi planejada (REDSHAW; HENDERSON, 2013).

A idade gestacional para que um feto seja considerado a termo, ou seja, maduro o suficiente para exercer suas funções vitais de forma satisfatória, compreende o período entre 38 e 42 semanas (BRASIL, 2013a).

Existem vários métodos para se estimar uma idade gestacional, como a ultrassonografia, o exame físico e cálculos realizados a partir da data da última menstruação. Todos esses métodos estão sujeitos a erro, mas o cálculo da idade gestacional a partir da data da última menstruação favorece uma estimativa mais segura contra a prematuridade (HENRIQUES; ALVES; VIEIRA, *et al*, 2019).

Evidências científicas apontam que nascimentos em idade gestacional inferiores a 39 semanas podem significar risco neonatal, aumento de desconfortos respiratórios e dificuldade na adaptação extrauterina. Já nascimentos em que a idade gestacional é igual ou superior a 39 semanas traz maior segurança para a saúde do nascido a curto, médio e longo prazo.

No Quadro 5 evidencia-se o percentual discretamente maior de mulheres negras cujos filhos nasceram com IG menor que 31 semanas de gestação. A cada ano que passa são descritos aumentos no Desvio à Esquerda da Idade Gestacional (DEIG), ou seja, os bebês nascem cada vez mais cedo, especialmente no setor privado, onde os filhos de mulheres com maior escolaridade nascem (DINIZ; MIRANDA; REIS-QUEIROZ, *et al*, 2016). Esses dados expõem os vários desafios a que os profissionais da assistência ao parto e nascimento enfrentam entre eles o elevado percentual de cesarianas sem indicação adequada. O estudo Nascer no Brasil mostrou uma prevalência de 11,5% de prematuros (IG<37semanas), associados principalmente aos nascimentos pela via da cesariana (LEAL; ESTEVES-PEREIRA; NAKAMURA-PEREIRA *et al*, 2016).

O número de fetos por gestação pode variar principalmente sob a influência da idade materna; quanto maior a idade da mãe maiores as chances de gestação gemelar. Tal condição se dá devido a maior disponibilidade sérica do hormônio folículo estimulante (FSH) após os 30 anos. Entretanto, o maior fator para gestações múltiplas após os 30 anos de idade é o uso das tecnologias de Reprodução Assistida - RA (SOARES; SILVA; PORTO *et al*, 2019). Os principais tratamentos disponíveis para a reprodução assistida no Brasil são a indução da ovulação com namoro programado, a inseminação intrauterina, a fertilização in vitro clássica ou convencional, a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides - ICSI, a Mini Fertilização in vitro (Mini-FIV), a doação de óvulo (ovodoação), a doação de espermatozoide (banco de sêmen), a gestação de substituição/doação temporária de útero e o teste genético pré-implantacional - PGT (SBRA, 2019).

A infertilidade afeta cerca de 15% da população mundial. No Brasil oito milhões de pessoas podem ser inférteis, ou seja, o mesmo percentual encontrado para a população mundial (SBRA, 2019).

As causas da infertilidade, tanto masculina quanto feminina, são diversas e inclui a obesidade, o tabagismo, o stress, o uso e abuso de substâncias psicoativas como álcool e drogas, a deficiência vitamínica, o sedentarismo e a infecção por covid-19 (SBRA, 2019). Poucos estudos foram encontrados relacionando a infertilidade às condições sociais, porém os fatores social (poluição e pobreza), sanitário (trabalho insalubre), nutricional (aditivos químicos – agrotóxicos) e “impedimentos subjetivos de ordem inconsciente” são citados como condicionantes à fertilidade (BRAZ, 2005).

A esterilização feminina tem sido descrita como uma falta de opção para algumas mulheres, especialmente as negras cujo acesso a contracepção é precário quando comparadas ao acesso de mulheres brancas (BRAZ, 2005). Em virtude dos altos custos monetários de uma inseminação artificial o sêmen de doador “negro” é menos coletado, armazenado e requisitado. “As pessoas ‘negras’ têm um nível socioeconômico mais baixo, não tendo, portanto, acesso à compra de sêmen por causa de seu alto custo” (COSTA, 2004, p. 242-43). Portanto, a forma como a infertilidade afeta a vida dos casais, desde o diagnóstico à busca por tratamentos nem sempre ocorre da mesma forma para mulheres brancas e negras.

Classificações de risco obstétrico surgiram a partir da necessidade de mapear e identificar padrões que levam a uma cirurgia cesariana (CS) e, assim, reduzir suas altas taxas mundiais. Em 2011, a OMS considerou a Classificação de Robson uma tecnologia simples, robusta e reprodutível, trazendo informações clinicamente relevantes e prospectivas.

Em 2015 a classificação de Robson foi recomendada a categorização das cesarianas como padrão adequado para monitorar e classificar cesarianas realizadas em maternidades e serviços de saúde. Em 2017 foi editado um manual com a finalidade de auxiliar na implementação da categorização com vistas à comparação e análise das taxas de cesárea dentro e entre grupos específicos de mulheres em qualquer instituição e região do mundo, bem como o monitoramento e redução de intervenções cirúrgicas (BRASIL, 2018b).

Diferentes resultados originaram-se de estudos comparativos entre a assistência prestada em formato “padrão” (modelo assistencial tradicional) e o modelo assistencial colaborativo, multidisciplinar caracterizado como “Hospital Amigo da Criança”. No primeiro grupo de instituições, o grupo “padrão” foi contabilizado 90,8% de cesarianas e no segundo grupo, 47,8%. O estudo apresentou também a taxa de “Contribuição de cada grupo para a prevalência bruta de parto vaginal”, que foi de 9,2% nas equipes de assistência tradicional e 52,2% nas equipes atualizadas de acordo com evidências científicas atualizadas (TORRES; DOMINGUES; SANDALL *et al*, 2014).

No Brasil, os grupos de Robson categorizados como 2, 5 e 10 correspondem a mais de 70% de todas as cesarianas do país (LEAL; ESTEVES-PEREIRA; NAKAMURA-PEREIRA *et al*, 2016).

O Quadro 7 evidenciou que no RS, nos grupos de 1 a 4, onde se encontram as mulheres nulíparas e múltíparas com gestação única e fetos em apresentação cefálica e mais de 37 semanas de gestação, as negras, ocorreu o maior número de partos vaginais entre mulheres negras do que entre mulheres brancas. Nos grupos 5 e 7 de Robson, onde estão categorizadas as mulheres com cesárea anterior verifica-se que a maioria são brancas (25,09%); a ocorrência de partos pélvicos com cesariana anterior também apresentou maior percentual entre as brancas (2,29%). O grupo de número 11 categoriza mulheres sem registro e sem informação, evidenciando a lacuna a ser preenchida para que se possa melhor planejar práticas

para a prevenção de agravos, de cesarianas e de outras intervenções desnecessárias. O número de mulheres para as quais não foi possível colher tais informações soma 4.090 (0,59% do total) no RS, no período estudado.

Os quadros 8 e 9 se referem à qualidade do pré-natal de acordo com a quantidade de consultas. No entanto uma assistência pré-natal de qualidade deveria ser pensada para além dos exames laboratoriais e ultrassonográficos solicitados. A educação perinatal é constituída por temas diversos, entre eles os cuidados de higiene pessoal, práticas saudáveis de alimentação e repouso e orientações direcionadas às boas práticas de atenção ao parto e ao recém-nascido. O MS salienta a importância do profissional na elucidação dos direitos e benefícios da grávida durante e após o período gravídico (BRASIL, 2013b).

As variáveis nominadas para classificar a qualidade de um pré-natal no SINASC são “Não Classificado”, “Sem Pré-natal”, “Inadequado”, “Intermediário”, “Adequado” e “Mais que adequado” (BRASIL, 2022a). O MS preconiza as seguintes ações a para categorizar um pré-natal como adequado: a realização de, no mínimo uma consulta no primeiro trimestre gestacional (antes de 12 semanas de gestação), duas no segundo e três no terceiro trimestre; o registro do resultado de, no mínimo, um exame de glicemia em jejum, Elementos Anormais do Sedimento (EAS), de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), de Human Imune Vírus (HIV) e ultrassonografia; orientações sobre a maternidade de referência para o parto e, finalmente, o recebimento de assistência ao parto no hospital para o qual a mulher foi referenciada durante do pré-natal (BRASIL, 2013b).

Entre as categorias “inadequado” e “mais que adequado” o Rio Grande do Sul apresentou uma cobertura de mais de 95% de mulheres na assistência pré-natal no período estudado. No entanto 5.495 (0,79%) mulheres foram identificadas como “sem pré-natal” (Quadro 8). E, ao examinar-se o Quadro 9 observa-se o registro de 9.463 (1,38%) mulheres que não frequentaram nenhuma consulta. Tais dados, comparados aos descritos anteriormente, parecem incongruentes e apontam, no mínimo, para uma falha nos registros. Quer sejam consideradas sem pré-natal ou sem frequência ao pré-natal, qualquer dos números devem ser considerados excessivos uma vez que esta assistência deveria ser prestada a todas as grávidas. Ainda no quadro 9 verifica-se que 28.938 mulheres (4,24%) frequentaram de 1 a 3 consultas pré-natais: 5,5% destas eram brancas e 10,93% eram negras.

Portanto, as negras são as mulheres mais frequentes nesta faixa de realização de consultas. Somados, esses valores correspondem a 43.086 mulheres (6,41% do total de mulheres). Somente a faixa entre 7 ou mais consultas, estabelecida como a de pré-natal mais adequado tem um percentual maior entre as mulheres brancas; nas demais faixas, as mulheres negras são sempre maioria. Os percentuais de mulheres brancas e negras sem pré-natal, (n=9.463; 1,19% brancas e 2,29% negras) é pequeno, mas poder-se-ia considerá-lo indigno e inadmissível num país de grandezas como o Brasil, com um dos melhores sistemas de saúde do mundo e em se tratando de população vulnerável com grandes chances de continuar reproduzindo vulnerabilidades se não forem implementadas, no mínimo, as políticas públicas já existentes. A “invisibilidade” das mulheres em situação social tão vulnerável precisaria ser enfrentada para que a qualidade de vida das populações melhore: mais mulheres saudáveis implicam em mais filhos e famílias saudáveis.

O estudo de Leal, Esteves-Pereira e Viellas *et al* (2020), relacionou as gestantes com pré-natal inadequado à pobreza, à falta de vinculação à maternidade, à ausência de acompanhante, à peregrinação pelas maternidades para o parto, à menos anestesia e à maior exposição de seus bebês ao risco de prematuridade (LEAL; ESTEVES-PEREIRA; VIELLAS *et al*, 2020; LEAL; GAMA; PEREIRA *et al*, 2017; LEAL; ESTEVES-PEREIRA; NAKAMURA-PEREIRA *et al*, 2016). Levando em consideração que 33% das mulheres negras não têm renda ou vivem com menos de um salário mínimo (21% entre as brancas) conclui-se que, no Brasil, as mulheres negras apresentam maior grau de vulnerabilidade. (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

O quadro 10 indicou a cesariana como a forma mais frequente pela qual a maioria da população rio-grandense nasceu no período de 2016 a 2020. Neste estudo, o parto vaginal esteve presente em 34,42% das mulheres brancas e em 48,99% entre as mulheres negras. As informações compiladas reforçam questionamentos sobre a cultura que fez da cesariana uma prática banal e considerada como o “novo normal” sobre a forma de nascer. Daí perguntar-se: numa sociedade que um grande percentual de mulheres considera uma cirurgia de médio porte um procedimento inquestionável e melhor do que o parto vaginal para si e para o nascimento de seus filhos, por que ela é 14,57% mais frequente para as mulheres brancas do que para as negras? No imaginário da sociedade as mulheres negras

são mais tolerantes à dor justificando-se menor atenção quanto à sua percepção (VELEDA; CUNHA; VITORIA; OLIVEIRA, 2017).

Para a OMS “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (WHO, 1985, p. 436). No entanto, a otimização do tempo tem sido um dos principais motivos para indicar uma cesariana. Tal prática faz com que o acompanhamento do trabalho de parto seja suprimido bem como supõe que os processos que envolvem o nascimento pareçam mais controláveis. O disparo na frequência percentual de cesarianas desnecessárias evidenciou um aumento proporcional no número de nascimentos de prematuros e outras complicações maternas e infantis (NUNES; THOMAZ; PINHO, 2022). As complicações mais comuns decorrentes de cesarianas são: maior risco de infecção pós-parto e infecção urinária, cefaleia, dor e complicações decorrentes da anestesia. Daí que, diferentemente do esperado, a cesariana não trouxe proteção contra complicações tardias como a incontinência urinária e fecal, cistocele e prolapso de útero. (MASCARELLO; MATIJASEVICH, SANTOS *et al*, 2018).

Em estudo sobre o manejo da dor por médicos em indivíduos negros foram evidenciadas falsas crenças sobre diferenças biológicas de acordo com a cor da pele. Metade dos profissionais afirmaram que “a pele dos negros é mais grossa que a dos brancos” e, por esta razão e por isso realizavam prescrições sem a necessidade de tratar a dor conforme os protocolos locais (HOFFMAN; TRAWALTER; AXT *et al*, 2016). O mesmo padrão de comportamento foi evidenciado no Brasil quanto à oferta de anestesia local ou epidural para mulheres brancas e negras. 38,2% das mulheres negras não tiveram acesso a anestesia, bem como aquelas com menos anos de escolaridade e aquelas em classe econômica mais baixa (LEAL; GAMA; PEREIRA *et al*, 2017; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

7 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou caracterizar aspectos relacionados ao acompanhamento e aos resultados de pré-natais de mulheres negras e brancas assistidas no Rio Grande do Sul, no período compreendido entre os anos de 2016 e 2020.

Verificou-se que há falhas no preenchimento das lacunas disponíveis nas DNVs contrariando recomendações sobre a necessidade de fornecimento correto, completo e objetivo de todas as informações. Apesar disso, o pequeno percentual de informações consideradas “ignorada” e “não classificada” sugere que a coleta das informações pelo SINASC tem sido realizada de forma ampla e efetiva. Assim, considera-se que a ausência de informações sobre o total de mulheres do estudo é representativo da população ao mesmo tempo em que exclui informações precisas do pré-natal de outras (mais de 11.000 mulheres). Isto nos remete ao compromisso cidadão de que ninguém deveria ser excluído e de que a vida de todas as mulheres importa.

Foi possível evidenciar a Adequação do pré-natal de mulheres brancas e negras no RS, que indicam a necessidade de direcionamento de ações voltadas à melhoria do acesso e continuidade ao pré-natal tanto de mulheres brancas quanto de mulheres negras, com ênfase às mulheres negras.

Evidenciaram-se diferenças do número de consultas de pré-natal à menor acima do recomendado pelo Ministério da Saúde.

Entre as mulheres de 45 a 59 anos de idade houve maior percentual de gestações entre as brancas do que entre as negras. Porém, entre as mais jovens, de 10 a 19 anos, as mulheres negras apresentam maior percentual de gestações do que as brancas.

O nascimento de prematuros extremos apresentou-se em maior percentual entre mães negras do que entre as mães brancas; também menor número de consultas pré-natal, à pobreza, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação pelas maternidades e menor oferta de anestesia.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade de maior e melhor inclusão de aspectos e condições étnico-racial nas instituições de ensino, em todos os níveis, visto que a população brasileira é constituída de 42,7% de brancos e 56,2% de

negros (IBGE, 2019b). Recomenda-se aos profissionais da Enfermagem, atenção às particularidades de cada indivíduo conforme suas necessidades, o que inclui a identificação da cor/raça a qual o paciente se declara.

A aplicação de conhecimentos baseados em evidências científicas geram melhores possibilidades de atenção equânime, tão importante para a vinculação das mulheres com as equipe de saúde e favorecimento do acompanhamento do pré-natal de forma adequado cujos efeitos são o bem-estar biopsicossocial da população.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam trazer benefícios, esclarecimentos e contribuições para melhoria de protocolos assistenciais na atenção às mulheres negras e brancas, e adequações na qualificação do atendimento de mulheres de outras raças, cores e grupos étnicos.

REFERÊNCIAS

ABNT. NORMA BRASILEIRA ABNT NBR 6023. **Informação e documentação — Referências — Elaboração**. 2. ed. 2018. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/40070/1837975/ABNT+NBR+6023+2018+%281%29.pdf/3021f721-5be8-4e6d-951b-fa354dc490ed>. Acesso em: 19 set. 2022.

AYRES, Manuel et al. **BIOESTAT: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas**. 5. ed. Belém: Sociedade Civil Mamirauá, 2007. 364 p. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=485fe6d7-7c13-4d78-ac5e2b0bb735b26c>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BARBIERI, Carolina Luisa Alves; MARTINS, Lourdes Conceição; PAMPLONA, Ysabely de Aguiar Pontes (Org.). **Imunização e cobertura vacinal: passado, presente e futuro**. Santos: Universitária Leopoldianum, SP. 2021. 221 p.; il. ISBN: 978-65-87719-10-8. Disponível em: <https://www.unisantos.br/wp-content/uploads/2021/05/IMUNIZA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRAGA, Josefina Aparecida Pellegrini. **Doença Falciforme**. Escola Paulista de Enfermagem. Unifesp. Departamento de Saúde Coletiva. 2020. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epe/desc/noticias/doenca-falciforme?hitcount=0>. Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica número 32**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia Para Assuntos Jurídicos (Org.). **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências**. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. **Classificação de Robson**. Portal de Boas Práticas em saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Eixo: Atenção às Mulheres. Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

BRASIL. **Doença Falciforme**. Flyer. Papel da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/doenca_falciforme_flyer_web.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. **Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a, 38 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Nascidos Vivos – Brasil. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2022a. Disponível em: <http://tabnet.DATASUS.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/declaracao_nasc_vivo.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. FEBRASGO. ABENFO. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância Sanitária. **Painéis de monitoramento: Mortalidade Materna**. 2022. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Portal de Boas Práticas. **Mortalidade Materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n.º 20**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. 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, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (comp.). Departamento de Análise da Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo: série a. normas e manuais técnicos**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 29 p. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sinasc/documentacao/manual_de_instrucoes_para_o_preenchimento_da_declaracao_de_nascido_vivo.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos (Org.). **Empresa Brasil de Comunicação (EBC)**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-11-13/primeira-marcha-zumbi-ha-10-anos-reuniu-30-mil-pessoas>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRAZ, Marlene. **Bioética e Reprodução Humana**. In: SCHRAM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene (Orgs.). Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp. 169-194. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37863>. Acesso em: 25 set. 2022.

CAPP, Edison; NIENOV, Otto Henrique (Orgs.). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia. **Epidemiologia Aplicada Básica**. Porto Alegre: UFRGS, 2021. 275 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/215459/001119979.pdf?seq>. Acesso em: 10 out. 2021.

COELI, Cláudia Medina. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, 2010, Rio de Janeiro, 18 (3): 335-6. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag335-6.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

COSTA, Rosely Gomes. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2004. 14(2):235-255. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YSK6V5S8DyJjQV857JBtbFc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

COUTO, Pablo Luiz Santos; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; FERNANDES, Luan Farley Pereira *et al.* Impressões maternas acerca da presença do pai/companheiro nas consultas de pré-natal. **Enfermagem Brasil**. 2019. v18 n2. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2372>. Acesso em: 22 set. 2022.

CRESTANI, Anelise Henrich; MATTANA, Felipe; MORAES, Anaelena Bragança de Moraes *et al.* Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil **Rev. CEFAC**, 15(4). Ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/RKXZzswY6ZR4dD3CSYp8YmS/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jun. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; MIRANDA, Marina Jorge de; REIS-QUEIROZ, Jéssica, *et al.* Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. **J Hum Growth Dev**. São Paulo, 2016; 26(1): 33-40. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/113712/112286>. Acesso em: 11 ago. 2022.

FONSECA, Márcia Regina Campos Costa da; TRALDI, Maria Cristina; TELECKI, Camilla Forzenigo, *et al.* Avaliação da assistência prestada às gestantes usuárias de serviços públicos de saúde através das informações registradas nos cartões de pré-natal. **Perspectivas Médicas**, 28(2): 5-13. 2017a. DOI: 10.6006/perspectmed.02012017.3692569026. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2432/243252261002.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

FONSECA, Sandra Costa; FLORES, Patrícia Viana Guimarães; CAMARGO JR., Kenneth Rochel *et al.* Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 51:94; 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/87vbBZN3jLdzvzhpwwfdqh/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20baixa%20escolaridade%2C%20sem%20efeito,09%E2%80%931%2C23>). Acesso em: 19 jun. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf. Acesso em: 01 fev. 2022.

FUNDEB. Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação. Ministério da Educação e da Economia. 2022. **Valor anual por aluno estimado, no âmbito do Distrito Federal e dos Estados, e estimativa de receita do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação-VAAF – 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/financiamento/fundeb/AnexoIValorporalunoporUF.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

HENRIQUES, Licia Barbosa; ALVES, Erika Barreto; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro *et al.* Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 35 (3). 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00098918>. Acesso em: 25 set. 2022.

HOFFMAN, Kelly M; TRAWALTER, Sophie; AXT, Jordan R. *et al.* Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proc Natl Acad Sci, USA**; 113:4296-301. 2016. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1516047113>. #. Acesso em: 28 set. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Centro de Documentação e Disseminação de Informações**. Normas de apresentação tabular / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil 2020**. Informativo. Primeira parte. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2020_v47_informativo.pdf. Acesso em: 02 maio 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), 2012-2019. 2019b. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso: 29 ago. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. **Características Étnico-raciais da População**: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. **Educação 2019**: PNAD contínua. 2019a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso: 29 ago. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. 2018. Acesso em: maio 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health** **13**. Suppl 3:127. 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0230-0>. Acesso em: 25 set. 2022.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes, *et al.* Prenatal care in the Brazilian public health services. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.54, 08. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 23 set. 2022.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 39, n. 1, p. 100-107. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Acesso em: 28 set. 2022.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2017; 33 Sup 1:e00078816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2022.

MARTINS, Ingra Pereira Monti; NAKAMURA, Cristiane Yumi; CARVALHO, Deborah Ribeiro. Variáveis associadas à mortalidade materna e infantil: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, SP. v.18, n. 64, p. 145-165. 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6576. Acesso em: 28 set. 2022.

MASCARENHAS, Priscila Meira; SILVA, Geslaney Reis da; REIS, Tatiane Tavares *et al.* Análise da mortalidade materna. **Rev. enferm UFPE** [on line]. Recife, 11(Supl. 11):4653-62, nov., 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/231206-75297-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022

NUNES, Ana Lúcia; Erika THOMAZ, Barbara Abreu Fonseca; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira *et al.* Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 38, n. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228921>. Acesso em: 28 set. 2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio — ODM**. 2020. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 01 dez. 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde Materna**. OPAS/OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 13 jan. 2021.

REDSHAW, Maggie; HENDERSON, Jane. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2013. 13, 70 (2013). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-70>. Acesso em: 11 set. 2022.

RIFFEL, Mariene Jaeger; MORETTO, Virgínia Leismann. **Mulher, ciência e inovação**: ancestralidade e atualidade (con)formando enfermeiras obstetras Rio Grande do Sul até 1968. Porto Alegre: LEVI, 2021. In: Desafios e reflexões da COVID-19 durante 2021. Porto Alegre: UFRGS, 2021. p. 128-31. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/levi/mulher-ciencia-e-inovacao-na-conformacao-de-enfermeiras-obstetras-no-rio-grande-do-sul-1968-a-2021/#page-content>. Acesso em: 27 set. 2022.

SANTOS, Marconi de Jesus; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco *et al.* Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola – Brasil, 2010-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(2):e2017059, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/kLhXyY7p3NFKm4KrpZRpCTz/?lang=pt>. Acesso em: 06 maio 2022.

SBRA, Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. **Infertilidade**: como enfrentar o diagnóstico e buscar tratamento adequado. 2019. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/infertilidade-como-enfrentar-o-diagnostico-e-buscar-o-tratamento-adequado/>. Acesso em: 25 set. 2022.

SIM. Sistema de Informação de Mortalidade. **Boletim Epidemiológico 2022**: Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do RS. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/08164752-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SOARES, Alcymara M. R.; SILVA, Fábio B.; PORTO, Geovana C. L. *et al.* Maternal-fetal complications of gemelar pregnancies (Complicações Materno-Fetais de Gestações Gemelares). **Cadernos de Medicina**, v. 2. No 1 (2019). Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1310-5452-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 set. 2022.

WHO. World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. Genebra, Suíça. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=66730A02F20A636216B5924CF4951233?sequence=3. Acesso em: 28 set. 2022.

WHO. World Health Organization. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: 01 dez. 2021.