



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO EMPREENDEDORISMO
PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



AÍDA PATRÍCIA DA FONSECA DIAS SILVA

**DESIGUALDADES RACIAIS NA ADEQUAÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
NO BRASIL ENTRE 2014 E 2019**

São Luís - MA

2022

AÍDA PATRÍCIA DA FONSECA DIAS SILVA

**DESIGUALDADES RACIAIS NA ADEQUAÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
NO BRASIL ENTRE 2014 E 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira.

São Luís - MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

da Fonseca Dias Silva, Aída patricia.

DESIGUALDADES RACIAIS NA ADEQUAÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL NO BRASIL ENTRE 2014 E 2019 / Aída Patrícia da Fonseca Dias Silva. - 2022.

58 p.

Orientador(a): Bruno Luciano Carneiro Alves de Oiveira.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2022.

1. Assistência pré-natal. 2. Desigualdade racial em saúde. 3. População negra. I. Carneiro Alves de Oiveira, Bruno Luciano. II. Título.

AÍDA PATRÍCIA DA FONSECA DIAS SILVA

**DESIGUALDADES RACIAIS NA ADEQUAÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
NO BRASIL ENTRE 2014 E 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^ª. Dr^ª. Rosângela Fernandes Lucena Batista (Examinadora Interna)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Ceará - UFC

São Luís - MA

2022

Dedicatória

A meus pais, Adão Teixeira Dias (*in memoriam*) e Maria Paula da Fonseca Dias, meu espelho e minha base.

A Ivan Souza Silva, meu marido e companheiro de jornada.

A Ivyni Maria da Fonseca Silva, minha filha amada, que tornou tudo possível em minha vida, inclusive a conclusão desse mestrado.

Eu dedico esse trabalho com amor incondicional a vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, a espiritualidade amiga que me acompanha, onde quer que eu esteja, muito obrigada por ter conseguido essa vitória.

A minha mãe, Maria Paula, a senhora é responsável, até hoje, pela minha educação, quem me ensinou a trilhar os caminhos do mundo, com responsabilidade, gentileza e amor ao próximo.

A meu pai, Adão (*in memoriam*), o senhor sempre acreditou no meu potencial, se estivesse presente em carne, com certeza faria um discurso, um festejo por essa titulação.

A Ivan Souza Silva, amor da minha vida, sua paciência e resiliência foram essenciais para concluir essa dissertação com sucesso.

A Ivyni Maria e Maria de Madalena, às meninas da minha vida, obrigada por me ajudarem nos momentos cansativos; Madalena foi essencial para minha disponibilização de tempo. Minha filha, sem você eu não teria conseguido.

A Adriana, Aline e Allin, irmãos queridos, meu braço direito. Obrigada por me ajudarem, inclusive tomando responsabilidade com Ivyni Maria, o apoio, a amizade e o incentivo sempre vieram de vocês, minhas irmãs e meu irmão.

A meu orientador, Bruno Luciano, por tudo que me ensinou com competência, sensibilidade, confiança, paciência e respeito. Professor Bruno, o senhor me mostrou o caminho da pesquisa, permitiu que eu andasse sozinha, mas orientando meu caminhar e corrigindo meus passos errados. O senhor é grande parte responsável por essa conquista. Graças à sua dedicação e por acreditar no meu desempenho hoje sou mestra em enfermagem.

A Angélica, Nascia, Elzinha, obrigada por sempre acreditar no meu potencial.

A dona Isabel, sogra querida e amada, pela paciência com minhas ausências nos almoços de domingo.

A tia Filomena, minha tia, eu sei como a senhora está feliz com essa conclusão de mestrado.

A professora Ana Hélia, minha amada professora. Suas ligações e seu apoio foram essenciais para minha calma. Obrigada por compartilhar sua sabedoria e seus ensinamentos.

Aos amigos da turma 10 do PPGENF-UFMA, com carinho eterno a Raylena Martins e a Nyvia Carla, esse encontro vai ser para toda a vida.

A Pery Maia, por me incentivar a realizar esse sonho. Seus conselhos foram essenciais para a aprovação no mestrado.

A Keyla Durans, que muito me auxiliou na concretização dessa dissertação. Tenho certeza que nossa amizade é verdadeira e o que é verdadeiro permanece até o fim. Obrigada, Keyla, por me socorrer nos momentos tenebrosos.

A Carla, por me ajudar com várias dúvidas durante essa caminhada acadêmica, pela sensibilidade diante do tema de minha dissertação.

A Marlon e Teresa, obrigada por acreditar no meu potencial.

Enfim, muito obrigada a todos e todas por possibilitarem essa experiência enriquecedora e gratificante.

RESUMO

SILVA, A. P. F. D. Desigualdades raciais na adequação do acesso ao pré-natal no Brasil entre 2014 e 2019. 58 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

A assistência ao pré-natal se constitui em um conjunto de práticas fundamentais à saúde materna e neonatal, entretanto, as exclusões socioeconômicas, raciais e geográficas que estruturam a sociedade brasileira provocaram desigualdades que afetam diretamente no acesso a um pré-natal adequado. Esse estudo buscou estimar a prevalência e a associação da variável cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal realizados no Brasil. Trata-se de um estudo transversal baseado em dados secundários e disponíveis *on-line* na base de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos dos anos de 2014 a 2019. Foram estimadas as características sociodemográficas, gestacionais e do pré-natal por cor/raça branca, parda e preta ($n = 16.603.657$). Utilizando a informação do número de consultas e trimestre de início do pré-natal, a adequação do acesso ao pré-natal foi definida em cinco categorias (de não fez a pré-natal mais que adequado). Foram estimadas as prevalências para essas categorias e realizou-se análise de Poisson bruta e ajustada para se verificar a associação da cor/raça a categoria mais que adequada ($\alpha = 5\%$). Todas as características sociodemográficas, gestacionais e do pré-natal diferiram estatisticamente entre os grupos raciais ($p\text{-valor} < 0,001$). Em todos eles prevaleceu a condição de pré-natal mais que adequado ($> 50,0\%$) e ao longo dos anos cresceu essa prevalência, mas com diferenças significativas e defasagem temporal ($p\text{-valor} < 0,001$). Nas demais categorias de adequação ao pré-natal, pardas e pretas sempre apresentaram piores estimativas do que as brancas. A associação positiva entre a cor/raça com o pré-natal mais que adequado foi verificada nas análises de regressão, mas observou-se ajuste dessa associação, sendo as menores chances para as pardas (RP = 1,04; IC95%: 1,03-1,05) e (RP = 1,07; IC95%: 1,06 -1,08). Apesar da melhora na adequação do acesso ao pré-natal no Brasil, verificaram-se desigualdades raciais, o que indica a permanência das dificuldades do sistema de saúde em garantir a equidade em saúde no país.

Palavras-chaves: assistência pré-natal; desigualdade racial em saúde; população negra.

ABSTRACT

SILVA, A. P. F. D. Racial inequalities in the adequacy of access to prenatal care in Brazil from 2014 to 2019. 58 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

Prenatal care is a set of practices that are fundamental to maternal and neonatal health. However, the socioeconomic, racial, and geographic exclusions that structure Brazilian society have caused inequalities that directly affect access to adequate prenatal care. This study sought to estimate the prevalence and association of the variable color/race with the adequacy of access to prenatal care performed in Brazil. Cross-sectional study based on secondary data and available online in the database of the National Live Births System from the years 2014 to 2019. Sociodemographic, gestational, and prenatal care characteristics by white, brown, and black color/race were estimated (n=16,603,657). Using the information on the number of prenatal visits and trimester of prenatal care initiation, adequacy of access to prenatal care was defined in five categories (from no prenatal care to more than adequate prenatal care). Prevalences for these categories were estimated and crude and adjusted Poisson analysis was performed to verify the association of color/race to the more than adequate category ($\alpha=5\%$). All sociodemographic, gestational, and prenatal characteristics differed statistically between the racial groups (p-value<0.001). In all of them, more than adequate prenatal status prevailed (>50.0%), and over the years this prevalence grew, but with significant differences and time lag (p-value<0.001). In the other prenatal adequacy categories, browns and blacks always had the worst estimates than whites. The positive association between color/race with more than adequate prenatal care was verified in the regression analyses. But, adjustment for this association was observed, with the lowest odds for brown (PR = 1.04; 95%CI: 1.03-1.05) and (PR = 1.07; 95%CI: 1.06-1.08) women. Despite the improvement in the adequacy of access to prenatal care in Brazil, racial inequalities were found in this adequacy, which still indicates the difficulties of the health system in ensuring equity in health in the country.

Keywords: pre-natal care; racial inequality in health; black population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Estrutura e interpretação do índice de adequação do pré-natal.....	29
Figura 1	Prevalência de adequação do acesso ao pré-natal de mulheres com parto realizado no Sistema Único de Saúde total nos anos de 2014 a 2019 segundo sua condição racial, Brasil, 2021.....	46
Figura 2	Análise de regressão de Poisson bruta e ajustada da associação da cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal de mulheres com parto realizado no Sistema Único de Saúde nos anos de 2014 a 2019, Brasil, 2021.....	46

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Características sociodemográficas de mulheres com parto realizado no Sistema Único de Saúde nos anos de 2014 a 2019 segundo sua condição racial, Brasil, 2021..... 45
- Tabela 2** Características gestacionais e pré-natal de mulheres com parto realizado no Sistema Único de Saúde nos anos de 2014 a 2019 segundo sua condição racial, Brasil, 2021..... 45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	–	Constituição Federal
CGIAE	–	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
DASNT	–	Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DATASUS	–	Departamento de Informática do SUS
DN	–	Declaração de Nascido Vivo
DNV	–	Declaração de Nascido Vivo
EUA	–	Estados Unidos da América
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PHPN	–	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	–	Pré-Natal
PNSIPN	–	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RC	–	Rede Cegonha
RN	–	Recém-nascido
RP	–	Razão de Prevalência
SINASC	–	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SVS	–	Secretaria de Vigilância em Saúde
WHO	–	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	HIPÓTESE	17
4	OBJETIVOS	18
4.1	Objetivo geral	18
4.2	Objetivos específicos	18
5	REFERENCIAL TEÓRICO	19
5.1	Desigualdades no acesso à saúde	19
5.2	Assistência Pré-Natal na Rede Pública no Brasil	20
5.3	Desigualdades raciais na adequação ao pré-natal	22
5.4	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)	25
6	MATERIAIS E MÉTODOS	28
6.1	Tipo de estudo	28
6.2	Universo e amostra da pesquisa e período de coleta	28
6.3	Dados e variáveis	29
6.4	Local de pesquisa	30
6.5	Análise dos dados	30
6.6	Aspectos éticos	30
7	RESULTADOS	32
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	48
	ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal constitui-se de um conjunto de práticas fundamentais à saúde materna e neonatal que contribuem direta e positivamente nos desfechos da gravidez, parto-puerpério e recém-nascido (VIELLAS *et al.*, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2016). Entretanto, as exclusões socioeconômicas, raciais e geográficas que estruturam a sociedade brasileira provocaram desigualdades que afetam diretamente no acesso a um pré-natal adequado e de qualidade no país (POLGLIANE *et al.*, 2014; SILVA, 2018).

No Brasil, a cobertura da assistência pré-natal é praticamente universal (98,7%), com valores superiores a 90% em todas as macrorregiões, e para mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista o critério de pelo menos uma consulta. Porém, esse critério não é suficiente para definir a qualidade e adequação do pré-natal, pois gestantes demandam cuidados e acompanhamentos que ocorrem ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal e não apenas de forma pontual e esporádica (LEAL *et al.*, 2020).

A avaliação da adequação mínima da assistência Pré-natal (PN) pode ser verificada por meio do momento do início do acompanhamento pré-natal (até a 12^a semana gestacional) e do número de consultas pré-natal (realização de todas as consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto) (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Recente estudo nacional demonstrou que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16^a semana gestacional e 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto. Contudo, barreiras diversas para realização do pré-natal ou seu início precoce foram identificadas, evidenciando, assim, as desigualdades que persistem no país e impactam o acesso das adolescentes, indígenas, negras (pretas e pardas), com baixa escolaridade, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (VIELLAS *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015).

Apesar desse cenário, a avaliação do adequado acesso ao pré-natal tem se concentrado, principalmente, sobre as análises das desigualdades socioeconômicas, regionais e de acesso aos serviços de saúde, e menos em relação às questões de cor/raça (LEAL *et al.*, 2020). No entanto, esses poucos estudos mostram que mulheres pretas têm menor adequação de acesso ao pré-natal, realizam menos exames e peregrinam mais para obter acesso à assistência no momento do parto quando comparadas às mulheres brancas, mesmo após ajuste para as variáveis socioeconômicas (MATIJASEVICH *et al.*, 2008;

HUESTON *et al.*, 2008; VICTORA *et al.*, 2010; DOMINGAS, 2013; BERNARDES *et al.*, 2014).

Por outro lado, ainda há questões em aberto sobre associação da cor/raça com adequação do acesso ao pré-natal, pois análises com dados de amplitude nacional e ao longo de vários anos ainda não foram realizadas. Logo, a maior compreensão sobre essa realidade pode contribuir para a melhoria da qualidade e da adequação da atenção pré-natal. É possível aumentar a integralidade do cuidado ao apontar iniquidades raciais no cuidado de pré-natal no Brasil no decorrer dos anos do século XXI.

Assim, esse estudo buscou estimar a prevalência e a associação da variável cor/raça com a adequação do acesso aos pré-natais realizados no Brasil de 2014 a 2019.

2 JUSTIFICATIVA

A avaliação de programas e políticas de saúde tem destacado espaço na agenda política e acadêmica no Brasil. Vários trabalhos baseados nessa temática vêm permitindo análises mais detalhadas e abrangentes sobre o cuidado com a saúde dos diferentes grupos populacionais e a extensão das suas desigualdades sociais e geográficas (POLGLIANE *et al.*, 2014).

Dentre essas avaliações, a da qualidade do acesso ao pré-natal tem ganhado destaque nas análises de saúde no Brasil em virtude dessa qualidade estar diretamente associada a melhores indicadores de saúde materno e infantil, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, as quais ainda são elevadas no país em relação a outros países de renda média e alta (POLGLIANE *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015).

No entanto, ainda são poucas as pesquisas que analisam a adequação do acesso ao pré-natal entre grupos raciais. Os estudos disponíveis realizam análises para poucos anos, em cidades específicas e não verificam a adequação do pré-natal associada aos grupos raciais do Brasil ao longo de vários anos. Considerando-se que o Brasil é um país de extenso território, de multipluridade cultural, social e racial e de maioria da população feminina e em idade fértil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010), torna-se ainda mais importante o desenvolvimento de trabalhos como esses.

Nesse sentido, estudos que apontam as desigualdades entre pretos, pardos e brancos na saúde materno-infantil tornam-se um desafio instigante e crucial para estabelecer políticas públicas direcionadas às desigualdades em saúde.

Dada a relevância do tema abordado por esse estudo, a escolha dessa temática deve-se ao fato de compreender sua grande contribuição, tendo em vista que, no que concerne à adequação ao pré-natal, as desigualdades raciais que envolvem esse processo são de interesse público, sobretudo para as puérperas e os direitos que lhes são devidos, os quais, muitas vezes, são desconsiderados por falta de conhecimento.

Desse modo, esse trabalho justifica-se pela relevância que do tema para a sociedade, considerando que as informações aqui contidas tendem a auxiliar as puérperas durante o pré-natal, bem como os profissionais e acadêmicos da área de saúde, fornecendo subsídios para proporcionar oportunidades de desenvolvimento individual e profissional, além de contribuir para o esclarecimento de possíveis procedimentos quanto ao correto atendimento no pré-natal para todas as mulheres, independentemente de sua característica racial.

Para a ciência surge como possibilidade de pesquisa, bem como de novas

descobertas, capazes de fornecer mais oportunidades no âmbito da saúde, sobretudo para as mulheres menos desprovidas de tais conveniências e, assim, oferecer um atendimento de melhor qualidade. Para a academia, essa pesquisa fornecerá subsídios para novas investigações nesse cenário, uma vez que ela trará informações sobre as desigualdades raciais na adequação do acesso ao pré-natal no Brasil. Benefícios também para a vida laboral da autora dessa pesquisa, seja como profissional de saúde ou como cidadã de direitos.

3 HIPÓTESE

Ao longo dos últimos anos, houve importante expansão na rede de serviços de saúde em todas as regiões e cidades do Brasil, o que ampliou o acesso a cuidados de saúde, entre eles os de pré-natal. Acompanhando esse aumento, houve redução das desigualdades na qualidade do pré-natal, permitindo ampliar a proporção de gestantes com acesso ao modo mais adequado desse cuidado em termos de oportunidade de seu início (ainda no primeiro trimestre) e número de consultas realizadas (seis ou mais).

Logo, é provável que no país a prevalência de adequação do acesso ao pré-natal venha aumentando ao longo dos anos deste século. Contudo, desigualdades nesse indicador de saúde materno-infantil ainda permaneceriam impactando, sobretudo, as mulheres mais vulnerabilizadas: pretas e pardas, o que indica associação da cor/raça com a pior adequação do acesso ao pré-natal, de forma independente dos fatores socioeconômicos e demográficos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Estimar a prevalência e a associação da variável cor/raça com a adequação do acesso aos pré-natais realizados no Brasil de 2014 a 2019.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os aspectos socioeconômicos, demográficos e obstétricos das gestantes em estudo segundo a variável cor/raça;
- Estimar a prevalência de adequação do acesso ao pré-natal segundo os grupos raciais em estudo; e
- Analisar a associação da cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal.

5 REFERÊNCIAL TEÓRICO

5.1 Desigualdades no acesso à saúde

O contexto sócio-histórico que legitimou a escravidão no Brasil deixou como legado uma perspectiva tendenciosa que confere à população negra uma imagem naturalizada de subalternidade, coisificação e inferiorização. Essa junção de fatores dá margem às práticas de discriminação e preconceitos relativos à pessoa negra e que podem se manifestar em todas as áreas da vida social, sobretudo nas instituições, uma vez que têm refletidas em seu cotidiano as determinações político-raciais da sociedade (ASSIS, 2018). Logo, deve-se salientar que o racismo institucional provoca uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população na dinâmica social (LÓPEZ, 2012).

Estudos epidemiológicos evidenciam as desigualdades raciais no Brasil e apontam que as pessoas negras, quando comparadas às brancas, apresentam inúmeras desvantagens nesse sentido. Entender essas discrepâncias no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços de saúde faz-se necessário para pensar em políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de estratégias de minimização de desigualdades no atendimento respeitoso e humano, principalmente no que tange à saúde (DOMINGUES *et al.*, 2013).

No Brasil, as desigualdades socioeconômicas e raciais fazem parte do cotidiano da maior parte da população negra, sendo fator determinante na produção de enfermidades nessa parcela da população. Segundo Guimarães (1995), o sistema de hierarquização brasileiro interliga cor da pele, classe (ocupação e renda) e *status* social (sexo, origem familiar, educação formal, condições de moradia e habitação), o que alicerçou a ordem escravocrata por três séculos e que, na atualidade, resiste à urbanização, à industrialização, às mudanças de sistema e regimes políticos.

A explicação sociológica hegemônica na contemporaneidade, para a persistência da desigualdade racial é a teoria das desvantagens cumulativas. Isso porque as circunstâncias têm demonstrado que existem barreiras de ordem racial à mobilidade social dos negros; e que a discriminação não dá mostras de estar enfraquecendo, ajudando a perpetuar a desigualdade racial, que por sua vez, apresenta grande estabilidade. O desenvolvimento econômico produziu melhorias de bem-estar para a população negra, mas não contribuiu para a diminuição das distâncias entre negros e brancos. As ideias principais que caracterizavam a primeira e a segunda onda teórica não se sustentavam ante tais fatos (JACCOUD, 2008, p. 89).

Diante desse contexto, em 2007, a Política Nacional de Saúde Integral da População

Negra (PNSIPN) define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores da saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. A política abrange ainda ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Trata-se, portanto, de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas do governo, quer seja no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais de condições e acesso aos serviços de saúde e tem como objetivo a promoção da equidade em saúde. O racismo está profundamente arraigado no tecido social, com consequências deletérias para todas as dimensões da vida, capaz de interferir diretamente nos processos de saúde-doença-cuidado de uma população de tal forma que, no Brasil, esse fator torna a população negra mais vulnerabilizada e, quando faz-se um recorte populacional com a observação da saúde das mulheres negras, esse fato fica ainda mais evidente (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Estudos apontam que categorias de opressão (racismo) e outros determinantes sociais (características socioeconômicas, culturais, educacionais, ambientais etc.) moldam a experiência das mulheres negras de modo distinto daquele vivido por mulheres brancas nas mais variadas esferas da vida cotidiana, inclusive nos serviços de saúde, culminando em invisibilização e silenciamentos (COLLINS, 2017).

Com base nesses preceitos, observar a saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e é capaz de intervir diretamente no processo saúde-doença. As formas como as relações raciais estão conformadas no Brasil tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde.

5.2 Assistência Pré-Natal na Rede Pública no Brasil

A atenção pré-natal constitui-se de um conjunto de ações simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando ao bom desfecho da gestação para a mulher e seus filhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2016).

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes após a implantação, no ano 2000, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com a qualidade da assistência do pré-natal sendo o objetivo de estudos em várias regiões do país. Estudos demonstram que a avaliação do processo do pré-natal contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, bem como é fundamental para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (KOFFMAN *et al.*, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde define como padrão de adequação do acesso ao pré-natal os critérios estabelecidos pelo PHPN: *a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação, número mínimo de seis consultas e uma consulta de puerpério até 42 dias após o parto*. Esse critério foi declarado como objetivo, na forma de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, às gestantes e ao recém-nascido. Já a OMS propõe um modelo de acompanhamento pré-natal que considera a realização da primeira consulta até a décima segunda semana de gestação, somadas três consultas de pré-natal e uma de puerpério, nas quais deverão ser realizados exames laboratoriais e clínicos (OMS, 2016). Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram a evolução da cobertura da atenção pré-natal no Brasil de nenhuma consulta para mais de 10% das gestantes brasileiras há vinte anos, em 1995, caindo para 2,2% em 2015. Menos da metade das mulheres grávidas brasileiras faziam sete ou mais consultas, percentual que aumentou para 66,5% em 2015, mostrando a expansão dessa cobertura e a importância do SUS (LEAL *et al.*, 2020).

Considerando o exposto, a saúde materna-infantil vem despontando uma área governamental com capacidade de mobilização de recursos institucionais. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha (RC), normatizada pela Portaria nº 1459, 24 de junho de 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida para o enfrentamento da mortalidade materna, violência obstétrica e baixa qualidade da atenção ao parto na rede pública de saúde (BRASIL, 2011).

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III - a promoção da equidade; IV - o enfoque de gênero; V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI - a participação e a mobilização social; e VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados (BRASIL, 2011).

Ao longo dos últimos anos houve importante expansão na rede de serviços de saúde em todas as regiões e cidades do Brasil, o que ampliou o acesso a cuidados de saúde, entre eles os de pré-natal. Acompanhando esse aumento ocorreu redução das desigualdades na qualidade desse pré-natal, permitindo elevar a proporção de gestantes com acesso ao modo mais adequado desse cuidado em termos de oportunidade de início (ainda no primeiro trimestre) e número de consultas realizadas (seis ou mais).

Contudo, o debate sobre as desigualdades (étnico-raciais, sociais, econômicas, de gênero e culturais, dentre outras) e suas consequências sobre a saúde do binômio materno-infantil é ainda recente. A partir de 1996, a inclusão da informação sobre raça e cor no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos tornou-se obrigatória para coleta de dados do recém-nascido (MUNIZ, 2014).

O comitê técnico assessor do SINASC, reunido em 2009, recomendou, por unanimidade, uma alteração na estratégia para captar desigualdade no acesso que pudesse ser determinada pelas diferenças de raça/cor, sugerindo que a pergunta passasse a ser, também, inclusa sobre a raça/cor da mãe para fins de divulgação dos dados referentes à sua cor/raça, considerando que os novos formulários de Declaração de Nascido Vivo (DN) representam 58% dos dados de bases do SINASC no ano de 2011 (BRASIL, 2011).

De acordo com Rodrigues (2009), os problemas de saúde das mulheres não se dão da mesma forma e são as menos privilegiadas que têm menor acesso ao cuidado em saúde, sendo, diversas vezes, a raça/cor uma barreira para a admissão aos cuidados pré-natais. Nota-se com isso que a interação e intersecção entre raça, gênero e classe potencializam as condições de vulnerabilidade das mulheres negras e pobres.

As desigualdades raciais na assistência ao pré-natal são reconhecidamente fatores que elevam os desfechos negativos para sua adequação, ocasionando o aumento do risco ao nascimento. Além disso, vários estudos já demonstraram que o bom acompanhamento pré-natal é uma intervenção efetiva na qualidade do parto e do nascimento (DOMINGUES *et al.*, 2015).

5.3 Desigualdades raciais na adequação ao pré-natal

A saúde reprodutiva é reconhecida como um direito constitucional assegurado pelo Estado (CONSTITUIÇÃO FEDERAL – CF, 1988) a todos os cidadãos, homens e mulheres, que residem no país, bem como a garantia de acesso universal, integral e equitativo aos recursos e serviços do SUS. Entretanto, as exclusões de raça/cor, gênero e classe social que estruturam a sociedade brasileira provocaram diversas desigualdades (étnico-raciais, sociais,

econômicas, de gênero, culturais, entre outras), influenciando diretamente no acesso aos direitos constitucionais e, portanto, há muito que caminhar para a efetivação e concretização dos princípios do SUS, especialmente no que se refere à equidade (SILVA, 2018).

As barreiras geradas pelas desigualdades raciais e de gênero são determinantes para o processo de saúde e doença das mulheres, particularmente das mulheres negras. Essas barreiras, muitas vezes geradas pelo racismo institucionalizado, impedem ou dificultam a utilização e o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, quando comparadas com as brancas (GOES; NASCIMENTO, 2013, p. 275).

A atenção pré-natal adequada é considerada uma das principais ações de promoção à saúde da gestante e do feto, além de um dos mais relevantes objetivos em termos de saúde pública pela possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal no âmbito da atenção básica (VETTORE *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde estabelece algumas normas a serem seguidas, visando a melhor qualidade na atenção pré-natal, dentre as quais se destacam: a captação precoce das gestantes, a realização de pelo menos seis consultas por gestante, a realização de um elenco de exames laboratoriais básicos, a vacinação antitetânica e o acesso aos serviços de saúde especializados, quando necessário, bem como a assistência ao parto (BRASIL, 2005). Além disso, a assistência pré-natal pressupõe a identificação de fatores de risco que possam contribuir para um desfecho desfavorável da gravidez e a sua ausência, por si só, já pressupõe um risco para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2010).

Apesar da alta cobertura de pré-natal no Brasil, muitas mulheres não chegam a completar o mínimo de seis consultas preconizadas pelo MS e começam o pré-natal após o primeiro trimestre. Na região Nordeste, por exemplo, apenas 70% das gestantes realizaram seis ou mais consultas, e aproximadamente 20% iniciaram o pré-natal tardiamente (BRASIL, 2008).

De acordo com Theophilo, Rattner e Pereira (2018), gestantes negras encontram-se em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez não planejada; na menor proporção com número adequado de consultas; ao receber menos orientação quanto ao parto normal; e sobre onde deveriam fazer o parto. Isso tanto pode evidenciar desigualdades sociais – *são as mulheres que demandam o planejamento reprodutivo ou a assistência pré-natal, que depende de sua iniciativa* – como uma deficiência no sistema de saúde em facilitar e qualificar o acesso a todas as mulheres, oferecendo orientações sobre parto e local de parto.

No Brasil, a interseccionalidade entre sexo e raça, entre racismo e sexismo

retroalimenta um sistema perverso de omissões e práticas discriminatórias que atingem a maternidade negra. Isso provoca o crescente número de ações com foco no ciclo gravídico-puerperal devido aos índices preocupantes de morte materna e perinatal. O atendimento pré-natal oferecido apresenta-se ineficiente no que se refere à educação em saúde, prevenção e atenção humanizada. Além disso, as mulheres negras ainda não se sentem completamente apoiadas em suas necessidades nesse ciclo (CARDOSO; COCEKELL, 2016).

São poucas as pesquisas que analisam as adequações do pré-natal fundamentadas em conceitos étnico-raciais. Nesse sentido, apesar da melhora no acesso ao pré-natal no Brasil, poucos estudos fazem essa interface entre a adequação e acesso ao pré-natal e desigualdades raciais. Logo, ainda não é conhecido claramente o panorama da adequação ao pré-natal ao considerar a raça e sua relação com outras características individuais e contextuais ao longo dos anos no país.

Estudos nacionais apontam não apenas para as desigualdades regionais e sociais no acesso ao pré-natal adequado, mas também para as desigualdades e iniquidades étnico-raciais: mulheres indígenas e pretas, com baixa escolaridade, sem companheiro e com maior número de gestações possuem maior risco de receber uma assistência pré-natal inadequada no Brasil.

Cumprе ressaltar que além do Brasil, países Desenvolvidos, como os Estados Unidos da América (EUA), também apontam uma considerável disparidade racial no atendimento a gestantes. A pesquisa de Vilda *et al.* (2019) mostrou que nos EUA as mulheres negras têm risco 3 vezes maior de morrer de complicações na gravidez do que as mulheres brancas. Além disso, mulheres negras têm maior probabilidade de dar à luz bebês com baixo peso ao nascer e seus recém-nascidos apresentam taxas de mortalidade infantil mais altas não associadas a diferenças biológicas, mesmo após o controle de fatores socioeconômicos (ROSENTHAL; LOBEL, 2011).

A literatura sobre saúde materna postula que as iniquidades estruturais e a discriminação racial são fontes de estresse crônico entre as mulheres negras e parcialmente responsáveis pela persistência das iniquidades raciais na saúde (WALLACE *et al.*, 2017). Para Vilda *et al.*, (2019), a identificação de condições favoráveis às políticas e à implementação de políticas sociais e de saúde pública que reduzam as desigualdades raciais que, sistematicamente, prejudicam as mulheres negras podem desempenhar um papel importante nas tentativas de eliminar ou, pelo menos, minimizar as desigualdades raciais e, conseqüentemente, a mortalidade materna.

5.4 Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Até a década de 1990, no Brasil, os registros de nascimento estavam baseados exclusivamente no Sistema de Registro Civil. Sendo assim, eram contabilizados somente os nascimentos registrados em cartórios, ocasionando uma subquantificação de nascidos vivos devida ao sub-registro de eventos. O pagamento de taxas aos cartórios de registro civil era um dos fatores que contribuía para a existência de sub-registro, principalmente nas regiões mais carentes do país.

No passado, as estatísticas de morbidade provinham principalmente de serviços e programas verticais como materno-infantil, saúde escolar, malária, tuberculose, hanseníase e controle de poliomielite. Vários bancos de dados existiam e refletiam o panorama e a tendência de cada evento. Havia problemas, em graus variáveis, de cobertura e de qualidade das informações. Era também difícil coordenar as informações por eles produzidas. As inconsistências acarretavam baixas possibilidades de análise da situação. Consequentemente, havia grande quantidade de dados, mas eles eram esparsos e, portanto, não possibilitam a geração de conhecimento coerente e útil para subsidiar decisões (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009).

O Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos foi implantado como uma ferramenta para obtenção de dados e informações sobre os nascimentos vivos para as estatísticas de saúde, epidemiologia e demografia. Instituído oficialmente em 1990, o SINASC tem o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. Seu objetivo principal é conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos segundo variáveis como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe, número de partos etc. (THEME FILHA; GAMA; CUNHA; LEAL, 2004).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) é gestora no Nível Nacional, sendo de sua responsabilidade, mais especificamente da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) e do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT), as alterações de *layout* bem como providências para impressão e distribuição dos formulários de Declaração de Nascido Vivo e dos manuais do Sistema (BRASIL, 2022).

Com a implantação do SINASC, dispõe-se, pela primeira vez, em nível municipal, estadual e nacional, não apenas de informações sobre nascimentos ocorridos no ano, mas de informações sobre as mães, a gravidez, o parto e o recém-nascido. Dessa forma, é possível

obter um panorama epidemiológico mais detalhado e espacialmente desagregado das condições de saúde materno-infantil (COSTA; FRIAS, 2009; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Os dados que alimentam o SINASC são obtidos por meio da Declaração de Nascidos Vivos, o documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional e essencial à coleta de dados de nascidos vivos no Brasil.

A DN é impressa e preenchida em três vias pré-numeradas sequencialmente. Sua emissão e distribuição para os estados são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A distribuição para os municípios fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde. Às Secretarias Municipais de Saúde cabe o controle na distribuição das DN entre os estabelecimentos de saúde e Cartórios do Registro Civil. A Portaria nº 116 MS/SVS/2009 (BRASIL, 2009) prevê também a distribuição de formulários para profissionais de saúde e parteiras tradicionais (essas apenas quando reconhecidas e vinculadas à Unidade de Saúde) que realizem atendimento a parto domiciliar, mediante cadastramento e controle da Secretaria Municipal de Saúde. As Declarações de Nascidos Vivos (DNV) são preenchidas pelos profissionais de saúde ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a Unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência e recolhidas, regularmente, pelas Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2022).

O Sistema possui funcionalidades *on-line* e um ambiente de compartilhamento de informações, dentre elas:

- Declaração de nascimento informatizada;
- Geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos;
- Retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente;
- Controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal);
- Transmissão de dados automatizada utilizando a ferramenta SISNET, gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal; e
- Backup *on-line* dos níveis de instalação (Municipal, Regional e Estadual), entre outras funcionalidades.

O acesso a esse ambiente é restrito a pessoas cadastradas para garantir a confidencialidade dos dados pessoais dos envolvidos nos registros. Os gestores estaduais são cadastrados pelo Ministério da Saúde, são eles os responsáveis por cadastrar usuários estaduais, regionais e municipais. Cada um com acessos restritos às suas áreas de responsabilidade e sob assinatura de termo de responsabilidade.

O SINASC está implantado em todos os estados brasileiros e as informações são divulgadas pelo sítio da internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) – Ministério da Saúde, disponíveis publicamente por município, sem necessidade de autorização prévia para o seu uso. As informações sobre os nascidos vivos são acessíveis para a população por meio da página da internet do DATASUS. Os dados devem estar à disposição em um prazo de, no máximo, dois anos. O sistema representa uma fonte de dados de inestimável valor para orientar as políticas de atenção à gestante e ao recém-nascido nos níveis municipal, estadual e nacional (THEME FILHA; GAMA; CUNHA; LEAL, 2004).

O SINASC permite a compreensão dos perfis epidemiológicos, planejamento e avaliação da saúde materno-infantil, além de ser uma ferramenta muito valiosa para caracterizar situações do parto, mães e seus filhos.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal baseado em dados secundários e disponíveis *on-line* na base de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos dos anos de 2014 a 2019.

Os dados do SINASC são divulgados regularmente em sítio eletrônico pelo Ministério da Saúde, por meio do DATASUS (BRASIL, 2020). Esse departamento disponibiliza um conjunto de dados de livre acesso para consulta pública de informações de saúde.

O SINASC centraliza os dados provenientes dos registros na Declaração de Nascidos Vivos. Nessa declaração, são lançados dados de acesso do pré-natal, características do parto e do nascimento do recém-nascido (RN). Logo, foram utilizados como unidade de análise os dados de nascimento registrados a partir da DNV e disponíveis *on-line* pelo DATASUS.

6.2 Universo e amostra da pesquisa e período de coleta

Para essa pesquisa foram analisados dados do pré-natal de 16.603.657 mulheres brancas, pardas e pretas, com idades entre 10 e 59 anos, realizados entre 2014 e 2019.

As variáveis extraídas da DNV para análise foram dados maternos relacionados a: idade, cor/raça, situação conjugal, escolaridade (em anos concluídos), região do país, número de consultas pré-natal, mês do início do pré-natal e número de semanas gestacionais na ocasião do parto. Nesse estudo foram analisados os dados de nascimento dos RNs de gestantes atendidas em ambiente hospitalar, em trabalho de parto, com idade entre 10 e 59 anos, que continham a informação sobre o seu atributo racial como preta, parda e branca nos registros de bancos de dados do SINASC entre os anos de 2014 a 2019. Embora o quesito racial sobre a classificação racial da mãe exista na DNV desde o ano de 2011, o período escolhido para esta análise com início em 2014 deveu-se ao fato de que nos anos de 2011 a 2013 as variáveis relacionadas ao número de consultas e mês de início do pré-natal foram registradas de modo agregado e não de modo numérico, o que não permitiu para esse período a classificação correta das gestantes segundo a adequação do acesso ao pré-natal. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2021.

Não foram alvo desta pesquisa as mulheres que se declararam indígenas, amarelas, sem informação do quesito racial e aquelas com idade inferior a 10 e superior a 59 anos.

Todos os dados foram gerados em planilhas do Microsoft Excel.

6.3 Dados e variáveis da pesquisa e período de coleta

Dos dados encontrados na DNV (incluindo as novas variáveis introduzidas em 2011), as demais variáveis consideradas nessa pesquisa foram: cor/raça (branca, parda e preta); idade da gestante em anos; situação conjugal (com ou sem companheiro); escolaridade (última série concluída); região do país de ocorrência do parto; idade gestacional em semanas; número de consultas de pré-natal; e trimestre do início do pré-natal.

A variável de adequação ao pré-natal foi definida segundo os critérios propostos pelo Ministério da Saúde no programa Rede Cegonha, que classifica como adequado o pré-natal com início no primeiro trimestre e o mínimo de seis consultas. O índice do pré-natal foi calculado a partir dos campos “33 – número de consultas de pré-natal (consprenat)” e “34 – mês de gestação em que se iniciou o pré-natal (mesprenat)” da DNV. A seguir (Quadro 1), a estrutura e interpretação do índice de adequação do pré-natal, conforme proposto como boa prática nos documentos da Rede Cegonha e no programa humanização no pré-natal e nascimento.

Quadro 1 – Estrutura e interpretação do índice de adequação do acesso ao pré-natal.

Índice de Adequação do acesso ao pré-natal	Descrição	Método de cálculo
1 – Não fez pré-natal	Mulheres que não fizeram consulta pré-natal durante a gestação.	Consulta de pré-natal = 0
2 – Inadequado	Gestantes que iniciaram o pré-natal após o terceiro mês de gestação e aquelas que, embora tenham iniciado o pré-natal até o terceiro mês de gestação, fizeram menos de três consultas.	Mês de início do pré-natal > 3 ou Mês de início do pré-natal ≤ 3 e Consulta de pré-natal < 3
3 – Intermediário	Gestantes que iniciaram os cuidados pré-natais antes ou durante o terceiro mês e fizeram de três a cinco consultas.	Mês de início do pré-natal ≤ 3 e Consulta de pré-natal entre 3 e 5
4 – Adequado	Gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram seis consultas.	Mês de início do pré-natal ≤ 3 e Consulta de pré-natal = 6
5 – Mais que adequado	Gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram sete consultas ou mais.	Mês de início do pré-natal ≤ 3 e Consulta de pré-natal ≥ 7

Fonte: Brasil, 2018.

6.4 Local da pesquisa

Foram considerados os registros de nascidos vivos de mães segundo o município de residência no Brasil, nos anos de 2014 a 2019, contidos na base de dados do SINASC e disponibilizados on-line pelo Ministério da Saúde.

6.5 Análise dos dados

Após a coleta dos dados, as planilhas de Excel foram transportadas para o *software R Studio* versão 1.4 1103, então todas as análises de interesse da pesquisa foram realizadas.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva. As variáveis quantitativas foram descritas por mediana e intervalo interquartil (Q1; Q3). As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e percentuais. Análises gráficas (box-plot e histograma) e o teste de *Shapiro-Wilk* foram usados para avaliar a distribuição das variáveis quantitativas.

Foram estimadas as prevalências para as variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas do estudo segundo a variável cor/raça. Diferenças na distribuição dessas variáveis nas categorias cor/raça foram estimadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 0,05.

Para testar a associação da cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal agregaram-se as categorias de adequação *não fez pré-natal, inadequado, intermediário e ignorado* contra as de *adequada e mais que adequada* como forma de verificar as possibilidades de realizar um pré-natal *não adequado*. Assim, foi estimada a razão de prevalência (RP) e IC 95% por meio de regressão de Poisson bruta e ajustada pelas variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas.

6.6 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi baseada exclusivamente em dados secundários obtidos a partir de bases de dados de domínio público, com informações agregadas e disponíveis on-line em *sites* eletrônicos oficiais, em que não constam dados de identificação pessoal (nomes e números de documentos) nem do domicílio (endereço), o que garante o respeito ao sigilo e privacidade sobre as informações dos sujeitos da pesquisa. Assim, não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Contudo, a pesquisa respeitou as questões éticas, conforme Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos descritas na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com os incisos III e V, pesquisas que utilizem informações de domínio público, com bancos de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não há necessidade de solicitar a autorização para coleta dos dados e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2016).

7 RESULTADOS

7.1 Artigo a ser submetido

**DESIGUALDADES RACIAIS NA ADEQUAÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
NO BRASIL ENTRE 2014 E 2019**

Artigo a ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

(ISSN impresso: 0102-311X)

(ISSN *on-line*: 1678-4464)

(Fator de impacto 1,632, *Qualis* A2)

DESIGUALDADES RACIAIS NA ADEQUAÇÃO DO ACESSO AO PRÉ-NATAL NO BRASIL ENTRE 2014 E 2019

Aida Patrícia da Fonseca Dias Silva

<https://orcid.org/0000-0003-0138-8505>

Bruno Luciano Carneiro Alves da Silva

ORCID II: <https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>

Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luís, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Estimaram-se a prevalência e a associação da variável cor/raça com a adequação do acesso aos pré-natais realizados no Brasil. Estudo transversal baseado em dados secundários e disponíveis *on-line* na base de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos dos anos de 2014 a 2019. Foram estimadas as características sociodemográficas, gestacionais e do pré-natal por cor/raça branca, parda e preta. Utilizando-se a informação do número de consultas e trimestre de início do pré-natal e a adequação do acesso ao pré-natal foram definidas cinco categorias (de não fez a pré-natal mais que adequado). Foram estimadas as prevalências para essas categorias e realizou-se análise de Poisson bruta e ajustada para verificar a associação da cor/raça a categoria mais que adequada ($\alpha=5\%$). Todas as características sociodemográficas, gestacionais e do pré-natal diferiram estatisticamente entre os grupos raciais (p -valor $<0,001$). Em todos os grupos prevaleceu a condição de pré-natal mais que adequado ($>50,0\%$) e, ao longo dos anos, cresceu essa prevalência, no entanto com diferenças significativas e defasagem temporal (p -valor $<0,001$). Nas demais categorias de adequação ao pré-natal pardas e pretas apresentaram piores estimativas do que as brancas. A associação positiva entre a cor/raça com o pré-natal mais que adequado foi verificada nas análises de regressão. Observou-se ajuste dessa associação, sendo as menores possibilidades para as pardas (RP = 1,04; IC95%: 1,03-1,05) e pretas (RP = 1,07; IC95%: 1,06-1,08). Apesar da melhora na adequação do acesso ao pré-natal no Brasil, verificaram-se desigualdades raciais nessa atenção, o que ainda indica as dificuldades do sistema de saúde em garantir a equidade de acesso no país.

Palavras-chaves: assistência pré-natal; desigualdade racial em saúde; população negra.

Introdução

A assistência pré-natal (PN) constitui-se de um conjunto de práticas fundamentais à saúde materna e neonatal e contribuem direta e positivamente nos desfechos da gravidez, parto-puerpério e recém-nascido (RN)¹⁻². Entretanto, as exclusões socioeconômicas, raciais e geográficas que estruturam a sociedade brasileira provocaram desigualdades que afetam diretamente o acesso a um pré-natal adequado e de qualidade no país³⁻⁴.

No Brasil, considerando-se o critério de pelo menos uma consulta, a cobertura da assistência pré-natal é praticamente universal (98,7%), com valores superiores a 90% em todas as macrorregiões e para mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, esse critério não é suficiente para definir a qualidade e adequação desse pré-natal, pois gestantes demandam cuidados e acompanhamentos que ocorrem ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal e não apenas de forma pontual e esporádica⁵.

A avaliação da adequação mínima da assistência pré-natal pode ser verificada por meio do momento do início do acompanhamento (até a 12ª semana gestacional) e do número de consultas pré-natal (realização de todas as consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto)⁶.

Recente estudo nacional demonstrou que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional e 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto. Contudo, barreiras diversas para realização do pré-natal ou seu início precoce foram identificadas, evidenciando as desigualdades que persistem no país e impactam o acesso das adolescentes, indígenas, negras (pretas e pardas), com baixa escolaridade, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do Brasil^{1,6}.

Apesar desse cenário, a avaliação do adequado acesso ao pré-natal tem se concentrado, principalmente, sobre as análises das desigualdades socioeconômicas, regionais e de acesso aos serviços de saúde, e menos em relação às questões de cor/raça⁷. Porém, os escassos estudos mostram que mulheres pretas têm menor adequação de acesso ao pré-natal, realizam menos exames e peregrinaram mais para ter acesso à assistência no momento do parto quando comparadas às mulheres brancas, mesmo após ajuste para as variáveis socioeconômicas⁸⁻¹⁰.

Por outro lado, permanecem questões sobre associação da cor/raça com adequação do acesso ao pré-natal, pois análises com dados de amplitude nacional e ao longo de vários anos ainda não foram realizadas. Logo, a melhor compreensão sobre essa realidade pode

contribuir para o incremento da qualidade e da adequação da atenção pré-natal. Pode ampliar a integralidade do cuidado ao apontar as iniquidades raciais no cuidado de pré-natal no Brasil ao longo dos anos do século XXI.

Assim, esse estudo buscou estimar a prevalência e a associação da variável cor/raça com a adequação do acesso aos pré-natais realizados no Brasil de 2014 a 2019.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal baseado em dados secundários e disponíveis *on-line* na base de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) nos anos de 2014 a 2019.

Os dados do SINASC são divulgados regularmente em sítio eletrônico pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)¹¹, que disponibiliza um conjunto de dados de livre acesso para consulta pública de informações de saúde.

O SINASC centraliza os dados provenientes dos registros na Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Nessa declaração são lançados dados de acesso do pré-natal, características do parto e do nascimento do recém-nascido. Foram então utilizados como unidade de análise os dados de nascimento registrados a partir da DNV disponíveis *on-line* pelo DATASUS.

Para essa pesquisa foram analisados dados do pré-natal de 16.603.657 mulheres brancas, pardas e pretas, com idades de 10 a 59 anos realizados entre 2014 e 2019.

As variáveis extraídas da DNV para análise compreenderam os dados maternos relacionados a: idade, cor/raça, situação conjugal, escolaridade (em anos concluídos), região do país, número de consultas pré-natal, mês do início do pré-natal e número de semanas gestacionais na ocasião do parto. Nesse estudo foram analisados os dados de nascimento dos RNs de gestantes atendidas em ambiente hospitalar, em trabalho de parto, com idade entre 10 e 59 anos, que continham a informação sobre o seu atributo racial como preta, parda e branca nos registros de bancos de dados do SINASC entre os anos de 2014 a 2019. Embora o quesito racial sobre a classificação racial da mãe exista na DNV desde o ano de 2011, o período escolhido para essa análise com início em 2014 deveu-se ao fato de que nos anos de 2011 a 2013 as variáveis relacionadas ao número de consultas e mês de início do pré-natal foram registradas de modo agregado e não de modo numérico, o que não permitiu para esse período a classificação correta das gestantes segundo a adequação do acesso ao pré-natal. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2021.

Não foram alvo desta pesquisa as mulheres que se declararam indígenas, amarelas,

sem informação do quesito racial e aquelas com idade inferior a 10 e superior a 59 anos. Todos os dados foram gerados em planilhas do Microsoft Excel.

Dos dados encontrados na DNV (incluindo as novas variáveis introduzidas em 2011), as demais variáveis consideradas nessa pesquisa foram: cor/raça (branca, parda e preta); idade da gestante em anos; situação conjugal (com ou sem companheiro); escolaridade (última série concluída); região do país de ocorrência do parto; idade gestacional em semanas; número de consultas de pré-natal; e trimestre do início do pré-natal.

A variável de adequação ao pré-natal foi definida segundo os critérios propostos pelo Ministério da Saúde no programa Rede Cegonha, que classifica como adequado o pré-natal com início no primeiro trimestre e, no mínimo, seis consultas. O índice do pré-natal foi calculado a partir dos campos “33 – número de consultas de pré-natal (consprenat)” e “34 – mês de gestação em que se iniciou o pré-natal (mesprenat)” da DNV. A seguir, o Quadro 1 demonstra a estrutura e interpretação do índice de adequação do pré-natal conforme o considerado e proposto como boa prática nos documentos da Rede Cegonha e no Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

Após a coleta dos dados, as planilhas de Excel foram transportadas para o software R Studio versão 1.4 1103, em que todas as análises de interesse da pesquisa foram realizadas.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva. As variáveis quantitativas foram descritas por mediana e intervalo interquartil (Q1; Q3). As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e percentuais. Análises gráficas (box-plot e histograma) e o teste de *Shapiro-Wilk* foram usados para avaliar a distribuição das variáveis quantitativas.

Foram estimadas as prevalências para as variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas do estudo segundo a variável cor/raça. Diferenças na distribuição dessas variáveis nas categorias cor/raça foram estimadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 0,05.

Para testar a associação da cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal, agregaram-se as categorias de adequação não fez pré-natal, inadequado, intermediário e ignorado contra as de adequada e mais que adequada como forma de verificar as possibilidades de realizar um pré-natal não adequado. Dessa forma, foi estimada a razão de prevalência (RP) e IC95% por meio de regressão de Poisson bruta e ajustada pelas variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas.

Essa pesquisa foi baseada exclusivamente em dados secundários obtidos a partir de bases de dados de domínio público, com informações agregadas e disponíveis on-line em

sites eletrônicos oficiais, sem dados de identificação pessoal (nomes e números de documentos) nem do domicílio (endereço), o que garante o respeito ao sigilo e privacidade sobre as informações dos sujeitos da pesquisa. Assim, não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Contudo, a pesquisa respeitou as questões éticas, conforme Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos descritas na Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com os incisos III e V, pesquisas que utilizem informações de domínio público, com bancos de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não há necessidade de solicitar a autorização para coleta dos dados e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa¹².

Resultados

Entre os 16.603.657 registros de mulheres brancas, pardas e pretas avaliadas nessa pesquisa, a idade mediana foi 26 anos (21-31). Ao todo, 57,7 % das mulheres eram pardas, 36,8% brancas e apenas 5,7 % autodeclararam-se pretas. Foram verificadas diferenças estatisticamente significantes na distribuição das variáveis sociodemográficas entre esses três grupos raciais (p-valor = 0,001). Mulheres entre 20 e 34 anos predominaram nos três grupos raciais, mas as brancas (11,8 %) tiveram menor proporção de jovens (< 20 anos) e a maior (18,0 %) de mulheres na maior idade (≥ 35 anos) em relação às pardas e pretas. Entre as pardas ocorreu a menor proporção de mulheres ≥ 35 anos (11,6 %) e a maior de jovens (20,1 %). Sobre a situação conjugal, 61,6 % das mulheres brancas referiram ter companheiro durante o curso gestacional, contra 52,0 % das pardas e apenas 44,9 % das pretas. A escolaridade ensino médio ou superior incompleto foi a mais prevalente nos três grupos raciais, porém o nível de escolaridade mais baixo (até o ensino fundamental) foi referido por 35,6 % das pardas e por 34,3% das pretas, contra 19,1% das brancas. Apenas 7,7 % das pardas e 8,2 % das pretas referiram o maior nível de escolaridade (superior completo), sendo que nas brancas esse percentual foi três vezes maior (25,0 %). Quase 82,2 % das brancas residiam nas regiões Sul e Sudeste, ao passo que 55,4 % das pardas e 30,7 % dos pretas viviam nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 1).

A idade gestacional a termo prevaleceu em todos os grupos de mulheres em estudo ($\geq 83,3$ %), contudo, a proporção de pós-termo foi maior entre as pardas (3,4 %) e pretas (2,6 %) do que nas brancas (1,7 %). O quantitativo de sete ou mais consultas de pré-natal predominou nos três grupos raciais. No entanto, enquanto nas mulheres brancas a proporção foi de 79,2 %, nas pretas foi de 62,9 % e nas pardas de 64,7 %. Os quantitativos mais baixos

de consultas de pré-natal (≤ 5) foram maiores nas pardas (22,7 %) e pretas (22,3 %) do que entre as brancas (11,6 %). Também predominou nos três grupos raciais o percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, porém essa prevalência foi maior nas brancas (82,2 %) do que nas pardas (72,7 %) e pretas (71,7 %). Comparado às brancas (1,6 %), o início tardio do pré-natal (último trimestre) foi quase duas vezes maior entre pardas (2,7 %) e pretas (3,1 %) (Tabela 2).

Observou-se que nos três grupos raciais prevaleceu a condição de pré-natal mais que adequado, com aumento dessa prevalência ao longo de todos os anos, mas com diferença estaticamente significativa (p -valor $< 0,05$). No agregado dos anos, essa prevalência foi de 72,3 % nas brancas, 54,3 % nas pardas e 55,6 % nas pretas, enquanto o inadequado pré-natal foi o oposto: maior nas pardas (22,3 %) e pretas (23,6 %) e menor nas brancas (13,3 %) (dados não mostrados). Ao analisar essa prevalência em cada ano do período de estudo verificou-se desigual padrão. Mulheres brancas sempre obtiveram maior prevalência de pré-natal mais que adequado durante os anos. Por outro lado, as mulheres pretas e pardas concentraram maior quantidade inadequada de pré-natal em relação às brancas. Outro achado importante consiste na maior prevalência de dados ignorados referentes ao número de consultas e início do pré-natal para as mulheres pardas e pretas. Embora ao longo dos anos verifique-se um crescimento da prevalência de pré-natal adequado e mais que adequado e redução de dados ignorados e de pré-natal inadequado em todos os grupos, permaneceram maiores desvantagens e defasagem temporal para as pardas e pretas em relação às brancas (Figura 1).

A Figura 2 apresentou a análise de regressão da associação da cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal. Na análise bruta observou-se que, em relação às brancas, a possibilidade de realizar um pré-natal menos do que o adequado foi estatisticamente maior entre as mulheres pardas e pretas, sendo semelhante entre essas as estimativas (RP = 1,13; IC95%: 1,12-1,14; p -valor: 0,001). Após ajuste pelas variáveis de confusão, permaneceram as menores chances para as pardas e pretas, porém ocorreu um gradiente racial, sendo 4,0 % (RP = 1,04; IC95%: 1,03-1,05; p -valor: 0,001) para as pardas e de 7,0 % (RP = 1,07; IC95%: 1,06-1,08; p -valor: 0,001) para as pretas (Figura 2).

Discussão

Os resultados desse estudo apontaram que, embora venha aumentando a prevalência de pré-natal mais que adequado no Brasil ao longo dos anos, desigualdades raciais nessas estimativas permanecem de forma independente de variáveis socioeconômicas e

demográficas. Logo, revelam a distribuição não equitativa de atendimento adequado aos grupos raciais de mulheres pretas e pardas e que a raça representou um indicador de desvantagem e determinante social do menor acesso ao pré-natal de qualidade no Brasil¹³.

Pesquisas realizadas por outros autores evidenciam que no país persiste a inadequação do pré-natal e que sua ocorrência está relacionada às dimensões de estrutura, atuação dos recursos humanos e qualidade de acesso ao pré-natal, sendo ainda mais negativo esse acesso em regiões e por populações mais vulnerabilizadas¹⁴.

As Figuras 1 e 2 elucidam que os grupos de mulheres pardas e pretas apresentam índices semelhantes quanto às classificações ao acesso dos serviços de pré-natal, no entanto, quando esses resultados são comparados aos do grupo de mulheres brancas, as variáveis apresentam uma acentuada diferença. Por outro lado, as mulheres pretas e pardas concentraram maior quantidade inadequada de pré-natal em relação às brancas. Toda grávida tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o que infere o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso, entretanto ainda é possível observar obstáculos no que tange a acesso e acessibilidade aos serviços, a depender das condições raciais e sociais^{8-9,15}.

Foi identificado um gradiente de cuidados incompatíveis com o padrão “adequado”, de acordo com o MS, entre pretas, pardas e brancas, evidenciando desigualdade de oportunidades ao atendimento adequado durante o pré-natal, com diferenciação segundo sua raça/cor, podendo gerar prejuízos significativos para as gestantes e seus filhos.

Muitos fatores étnicos (origem, lugar/território/país/tribo, língua, costumes, alimentação e crenças) e sociais contribuem para a disparidade dos resultados encontrados entre pretas, pardas e brancas, mas o parâmetro raça/cor é uma variável impactante nos resultados encontrados.

Estudos epidemiológicos têm mostrado a desigualdade racial no Brasil, observando que os negros apresentam ainda muitas desvantagens em relação aos brancos. Compreender essas desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde é necessário para pensar políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de estratégias de minimização das desigualdades, maior respeito e equidade, principalmente na área da saúde^{13,16,17}.

A análise de regressão realizada confirmou a maior probabilidade de pré-natal inadequado para as mulheres não brancas. Estudos semelhantes¹⁸⁻¹⁹ também apontam essa relação, validando a relevância da análise da cor/raça como marcador importante de posição socioeconômica e demográfica e, conseqüentemente, de acesso à assistência pré-natal. A crença na igualdade de atendimento e tratamento ofertado às mulheres gestantes pode ser considerada uma falácia. O mito da democracia racial ainda sustenta a geração de um

conhecimento científico supostamente neutro e universal, levando à negligência e à invisibilidade do racismo como uma decisão errônea no meio do cuidado à saúde²⁰.

Segundo levantamento realizado a partir da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha, as mulheres negras e com indicadores sociodemográficos mais desfavoráveis experimentaram maior tempo de espera nos serviços de assistência pré-natal, menor quantidade de consultas quando comparadas às preconizadas pelo MS e foram o grupo com maior obstáculos para presença de acompanhante durante o parto, além de não terem conhecimento sobre o local do parto, proporcionando maior peregrinação²¹.

Sabe-se que o racismo ainda é forte nas relações sociais, resultando em desigualdades não só de atendimento obstétrico, mas também na possibilidade de distribuição de benefícios e oportunidades aos variados grupos de mulheres a partir do caráter racial²². Ao identificar fatores associados à avaliação das mulheres no que se refere à relação profissional de saúde/parturiente e como ocorre o atendimento ao parto, a pesquisa realizada a partir de dados do estudo “Nascer no Brasil”²³, demonstrou que a cor da pele das entrevistadas foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames. Quanto ao trabalho de parto, os resultados identificaram menores níveis de respeito e mais relatos de violência dirigida às mulheres pretas e pardas. Cruz²⁴ revela que as desigualdades no viés do racismo continuam implícitas no atendimento obstétrico no Brasil e mesmo com políticas públicas que facilitem e promovam o maior acesso à educação, os (as) profissionais da saúde de nível universitário, em sua maioria, ainda são pessoas brancas.

A prestação de uma assistência com dignidade e segurança constitui uma das metas e compromissos propostos pelo MS no PHPN, compreendendo que isso proporciona desfechos positivos para a diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal²⁵⁻²⁶. Desse modo, a falta de acesso adequado às consultas de pré-natal apresentada indica uma relação inversa ao desejado e a possibilidade aumentada de reflexos indesejáveis nos aspectos neonatal e fetal pela ausência de consultas e acompanhamento²⁷.

Apesar dos resultados aqui apresentados, convém destacar algumas das suas limitações. A primeira é que trata-se de um estudo transversal e a temporalidade das associações pode ser difícil de definir. No entanto, acredita-se que a percepção do *status* racial tenha sido autoatribuída antes da condição do pré-natal. Foram utilizados apenas dados secundários e esses podem apresentar subnotificação e erros de registro, porém ao longo dos anos os dados do DATASUS vêm melhorando sua cobertura e completude, apresentando excelente funcionalidade no país. Convém citar a impossibilidade de maior

amostragem de anos analisados pelo estudo considerando a incompatibilidade presente na variável “consultas pré-natal” durante os anos de 2011-2013, registrada de forma categórica nos anos citados.

Outros indicadores para verificar a qualidade do pré-natal não fazem parte do banco de dados, a exemplo da realização de exames laboratoriais e procedimentos clínicos utilizados no pré-natal, portanto, não foram abordados no estudo, os quais contribuiriam para refinar o desfecho avaliado. Contudo, apesar dessas limitações, os dados indicaram marcadas desigualdades raciais na adequação do acesso ao pré-natal e sua evolução ao longo dos anos.

Considerações Finais

Esse estudo destaca a situação vivenciada por mulheres negras em período gravídico e puerperal com parto realizado no Brasil nos anos de 2014 a 2019. Nossos achados apontam que houve uma associação positiva entre ser parda e preta e ter realizado um pré-natal inadequado. O estudo ainda identificou que, embora a cobertura do pré-natal tenha uma prevalência de adequação do acesso que para todos os grupos raciais, as mulheres negras receberam uma cobertura considerada inadequada com pior percentual marcante. Os resultados também apresentam dados assimétricos em relação às variáveis confrontadas com o perfil sociodemográfico das mulheres do estudo, confirmando a presença de desigualdades socioeconômicas, o que corrobora com resultados de outras pesquisas com mulheres que autodeclararam-se de cor preta ou parda. Nessa perspectiva, deve ser reforçada a implementação de políticas públicas orientadas para diminuição das iniquidades que refletem diretamente na adequabilidade da assistência pré-natal.

Apesar de a assistência pré-natal no país ser praticamente universal, os resultados comprovam a persistência de desigualdades raciais ao acesso aos cuidados, constatando-se a existência de desigualdades pelo nível socioeconômico, de estudo e pela cor da pele. Embora haja um reconhecimento nacional das políticas públicas de saúde desenvolvidas para melhoria do acesso ao pré-natal, essas devem passar por (re)avaliações periódicas para reflexão acerca do nível de seus objetivos, que contemplam as características raciais, sociais e demográficas da população atendida.

Portanto, apesar da melhora na adequação do acesso ao pré-natal no Brasil, verificaram-se desigualdades raciais nessa adequação, o que assinala as dificuldades do sistema de saúde em garantir a equidade em saúde no país.

Referências

1. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde debate*. Out. 2018; 42:111-126.
2. Peixoto, S. Manual de assistência pré-natal. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014.
3. Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 29 set. 2017 [citado em 24 fev.. 2022];30(3). Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>
4. Silva FS. Mulheres negras e brancas: análise do acesso às consultas de pré-natal no Estado do Rio Grande do Sul, 2016 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. 133 p. [citado em 24 fev. 2022]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184648>
5. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 22 jul. 2019 [citado 24 fev. 2022];35(7). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=en>
6. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. Mar. 2015 [citado em: 29 nov. 2021];37(3):140-147. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9248>
7. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 20 jan. 2020 [citado em 24 fev. 2022];54. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/ztLYnPcNFcszFNDrBCFRchq/abstract/?lang=pt>
8. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 29 nov. 2018 [citado em 24 fev. 2022];27(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/9cSHcRVQKmqhXkqgQz4NxTf/abstract/?lang=pt>
9. Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate*. 25 nov. 2019; 43:939-948.
10. Bernardes ACF, Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RCS, Batista RFL, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 10 ago.2014;14(1):266.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Banco de Dados: DATASUS. [citado em 20 dez. 2021]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Portal da Imprensa Nacional. 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2291781
13. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 3 abr. 2017 [citado em 24 fev 2022];33(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkboxmhTTFJsNm/abstract/?lang=pt>
14. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 10 maio 2018 [citado em 24 fev. 2022];34(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/9CMWjGgNGcLLYRjpCQQrymh/?lang=pt>
15. Dantas DS, Mendes RB, Santos MJM, Valença TS, Mahl C, Barreiro MSC. Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. *Rev. Enferm UFPE on line*. 2018 [acesso em 10 jan. 2022];12(5):1365-1371. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230531>
16. Rios F, González-Zambrano C. Ciência e política na produção das diferenças: entrevista com Peter Wade. *Rev. de Antropol.* 19 dez. 2014;57(2):485-505.
17. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 5 mar. 2018 [citado em 14 dez. 2021];27(1):e000100017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>
18. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Brito e Alves MTSS, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. Abr. 2016 [citado em 12 fev. 2022]; 21(4):1227-1238. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232012514.12512015>
19. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24:1223-1232.
20. Silveira R, Rosa R, Fogaça G, Santos L, Nardi H, Alves M, et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde Soc.* [Internet]. 24 set. 2021 [citado em 20 dez. 2021];30(2):e200414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>
21. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção

- ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien Saude Colet* [Internet]. Nov. 2018 [citado em 14 fev. 2022];23(11):3505-3516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>
22. Assis JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv. Soc. Soc.* [Internet]. Set.-Dez. 2018 [citado em 14 dez. 2021];133:547-565. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>
23. D’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. Ago. 2014;30:S154-168.
24. Cruz ICF, Faria IR. Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro: 2015: evidências para a PNSIPN e a PNAISM. *Journal of Specialized Nursing Care* [Internet]. 2017 [citado em 20 dez. 2021];9(1). Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>
25. Mendes RB, Santos MJM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 6 mar. 2020 [citado em 24 fev. 2022]; 25(3):793–804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
26. Tsunechiro MA, Lima MOP, Bonadio IC, Corrêa MD, Silva AVA, Donato SCT. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. bras. saúde mater. infant.* [Internet]. Out.-Dez. 2018 [citado em 20 jan. 2022]; 18(4):771-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>
27. Gomes RNS, Carvalho Filha FSS, Portela NLC. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2017 [citado em 14 fev. 2022];9(2):416-421. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.416-421>

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres com parto realizado no Brasil de 2014 a 2019 segundo sua condição racial, Brasil, 2021.

Variáveis	Branças		Pardas		Pretas		Total		P-valor
	n	%	N	%	n	%	n	%	
	6118133	36,8	9529774	57,3	955750	5,7	16603657	100,0	
Faixa etária em anos									
< 20	724056	11,8	1915006	20,1	150995	15,8	2790057	16,8	0,001
20 a 34	4294147	70,2	6507619	68,3	667165	69,8	11468931	69,1	
≥ 35	1099930	18,0	1107149	11,6	137590	14,4	2344669	14,1	
Situação conjugal									
Com companheiro	3768237	61,6	4958920	52,0	429170	44,9	9156327	55,1	0,001
Sem companheiro	2324775	38,0	4501154	47,2	520407	54,5	7346336	44,2	
Ignorado	6118133	0,4	69700	0,7	6173	0,6	100994	0,7	
Escolaridade									
Até o ensino fundamental	1168893	19,1	3390129	35,6	327819	34,3	4886841	29,4	0,001
Ensino médio ou superior incompleto	3308644	54,1	5265092	55,2	540603	56,6	9114339	54,9	
Superior completo	1605784	26,2	730596	7,7	78435	8,2	2414815	14,6	
Ignorado	34826	0,6	143988	1,5	8894	0,9	187710	1,1	
Região do país									
Norte	148164	2,4	1560414	16,4	42102	4,4	1750680	10,5	0,001
Nordeste	560066	9,2	3717945	39,0	251237	26,3	4529248	27,3	
Centro-Oeste	3785133	6,2	854182	9,0	55411	5,8	1288106	7,8	
Sudeste	3140367	51,3	3064876	32,2	505766	52,9	6711009	40,4	
Sul	1891023	30,9	332357	3,5	101234	10,6	2324614	14,0	

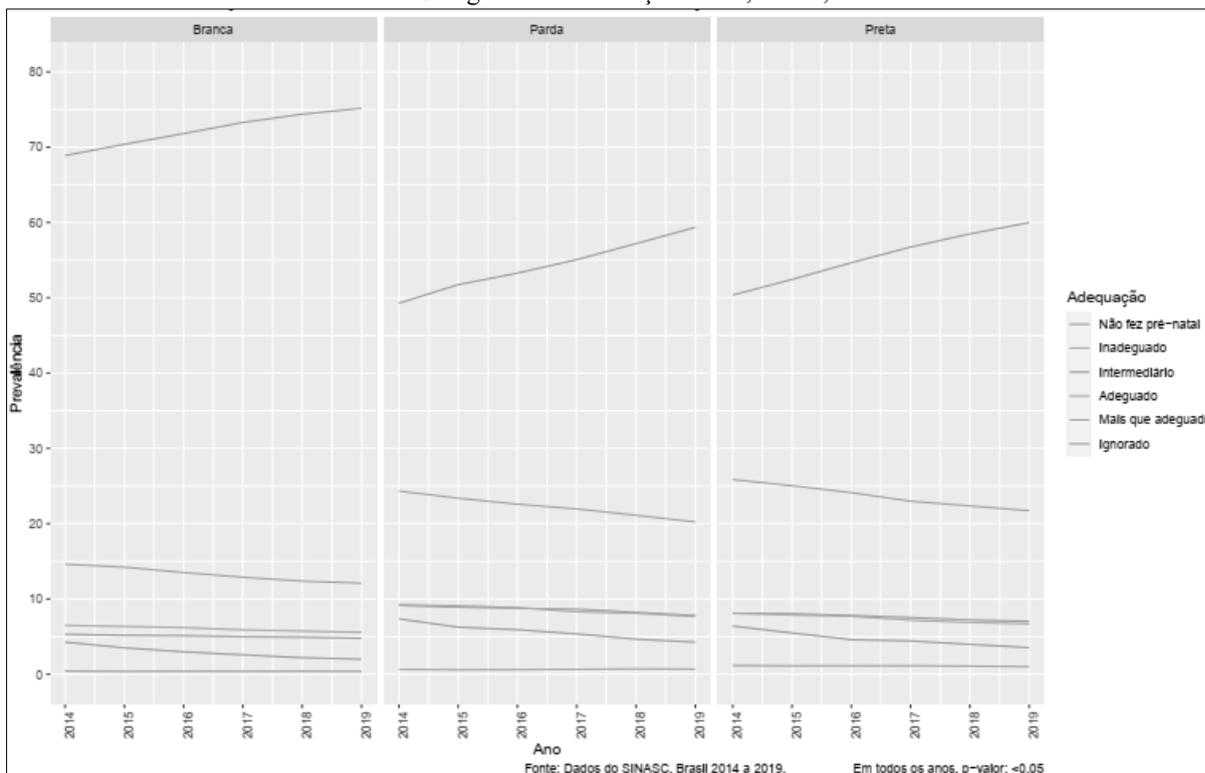
Fonte: Autoria própria.

Tabela 2 – Características gestacionais e do pré-natal de mulheres com parto realizado no Brasil nos anos de 2014 a 2019 segundo sua condição racial, Brasil, 2021.

Variáveis	Branças		Pardas		Pretas		Total		P-valor
	n	%	N	%	n	%	n	%	
	6118133	36,8	9529774	57,3	955750	5,7	16603657	100,0	
Idade gestacional									
Pré-termo	671505	11,0	1045283	11,0	111412	11,7	1828200	11,0	0,001
A termo	5290223	86,5	7939051	83,3	805220	84,3	14034494	84,6	
Pós-termo	105801	1,7	322196	3,4	24555	2,6	452552	2,7	
Ignorado	50604	0,8	223244	2,3	14563	1,4	288411	1,7	
Consultas no pré-natal									
Nenhuma	23336	0,4	61848	0,6	10541	1,1	95725	0,5	0,001
1 a 2	95250	1,6	339050	3,6	34572	3,6	468872	3,0	
3 a 5	588963	9,6	1760971	18,5	167770	17,6	2517704	15,1	
6	501422	8,2	1169447	12,3	106165	11,1	1777034	10,7	
≥ 7	4844340	79,2	5994363	62,9	618445	64,7	11457148	69	
Ignorado	64822	1,1	204095	2,1	18257	1,9	287174	1,7	
Trimestre de início do pré-natal									
Primeiro	5148543	84,2	253775	72,7	685513	71,7	12758602	76,9	0,001
Segundo	681675	11,1	6924546	18,7	188239	19,7	2649673	15,9	
Terceiro	98706	1,6	1779759	2,7	29196	3,1	381677	2,3	
Ignorado	189209	3,1	571694	6,0	52802	5,5	813705	4,9	

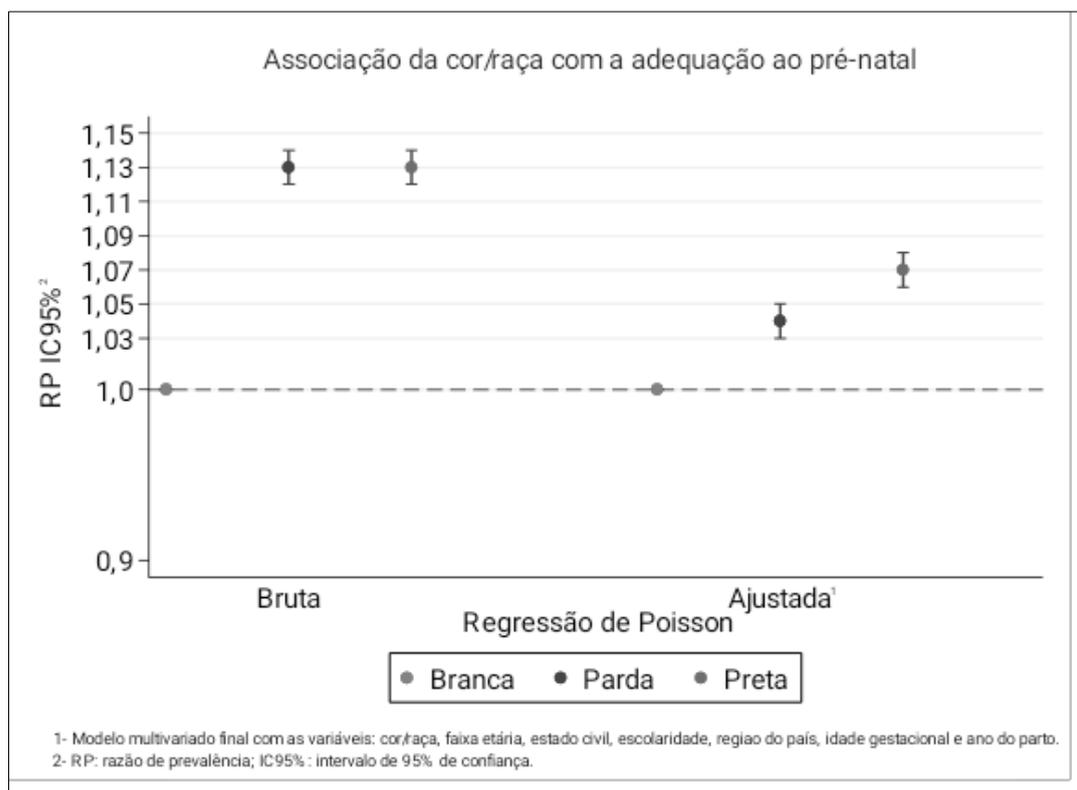
Fonte: Autoria própria.

Figura 1 – Prevalência de adequação do acesso ao pré-natal de mulheres com parto Brasil nos anos de 2014 a 2019 segundo sua condição racial, Brasil, 2021.



FONTE: Autoria própria.

Figura 2 – Análise de regressão de Poisson bruta e ajustada da associação da cor/raça com a adequação do acesso ao pré-natal de mulheres com parto realizado no Brasil nos anos de 2014 a 2019, Brasil, 2021.



Fonte: Autoria própria.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo destaca a situação vivenciada por mulheres negras em período gravídico e puerperal com parto realizado no Brasil nos anos de 2014 a 2019. Nossos achados apontam que houve uma associação positiva entre ser parda e preta e ter realizado um pré-natal inadequado. O estudo ainda identificou que, embora a cobertura do pré-natal tenha uma prevalência de adequação do acesso para todos os grupos raciais, as mulheres negras receberam uma cobertura considerada inadequada, com pior percentual marcante. Os resultados também mostram dados assimétricos em relação às variáveis confrontadas com o perfil sociodemográfico das mulheres do estudo, confirmando a presença de desigualdades socioeconômicas, o que corrobora com resultados de outras pesquisas com mulheres que autodeclararam-se de cor preta ou parda. Nessa perspectiva, deve ser reforçada a implementação de políticas públicas orientadas para diminuição das iniquidades que refletem diretamente na adequabilidade da assistência pré-natal.

Apesar de a assistência pré-natal no país ser praticamente universal, os resultados comprovam a persistência de desigualdades raciais ao acesso aos cuidados, constatando-se a existência de desigualdades pelo nível socioeconômico, de estudo e pela cor da pele. Embora haja um reconhecimento nacional das políticas públicas de saúde desenvolvidas para melhoria do acesso ao pré-natal, essas devem passar por (re)avaliações periódicas para reflexão acerca do nível de seus objetivos, que contemplam as características raciais, sociais e demográficas da população atendida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. ALENCAR, G. P.; SCHOEPS, D. Sistema de Informações sobre nascidos Vivos–SINASC: uma avaliação de sua trajetória. In: ALMEIDA, M. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: produção e disseminação de informação sobre saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set.-dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>. Acesso em: 14 dez. 2021.

BERNARDES, A. C. F. *et al.* Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 14, n. 1, p. 266, 10 ago. 2014.

BRASIL. Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis – Secretária de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/apresentacao/> - Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510**, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2291781. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

CARDOSO, E. M.; COCKELL, F. F... Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. **Cad. Gên. Tecnol.**, Curitiba, v. 12, n. 40, p. 111-131, jul.-dez., 2019.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo**, São Paulo, v.5, n. 1, jan.-jun. 2017.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil: 1996 a 2005. **Cad Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 613-624, 2009.

DANTAS, D. S. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1365-1371, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230531>. Acesso em: 10 jan. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v.16, n.4, p.953-965, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, Whashington, D.C., v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9248>. Acesso em: 29 nov. 2021.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S154-S168, ago. 2014.

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

GOUDARD, M. J. F. *et al.* Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 99, p. 1227-1238, abr. 2016.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. **Estud Afro-Asiát**, v. 27, p. 45-63, 1995.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 10 maio 2018.

JACCOUD, L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (Org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília, DF: Ipea, 2008. p. 131-166.

JORGE M. H. P. M., LAURENTI, R., GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das

estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC systems. **Cien. Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

KOFFMAN, Márcia Duarte; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. bras. saude mater. infant**, p. s23-s32, 2005.

LEAL, M. D. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 33, e 00078816.2017.

LEAL, M. DO C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915–1928, jun. 2018

LEAL, M. DO C. et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 22 jul. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 20 jan. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/ztLYnPcNFcszFNDrBCFRchq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: em 24 fev. 2022.

LÓPEZ, L. C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan.-/mar. 2012.

LUZ, L. A. DA; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 111–126, out. 2018.

MALLMANN, M. B. et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 29 nov. 2018.

MARÍN, Alcira Escobar. **Representações sociais sobre o cuidado pré-natal de gestantes e enfermeiras e sua relação com o uso e satisfação desse serviço**. 2019, 213 f. (Tese). Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1223–1232, 2019.

JORGE M. H. P. M., LAURENTI, R., GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC systems. **Cien. Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

MENDES, L. M. C. et al. Adesão tardia e as representações sociais relacionadas à assistência pré-natal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 34, p. 7–7, 23 dez. 2021.

MENDES, R. B. et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 793-804, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em: 24 fev. 2022.

MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev. Sociol. Pol.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 277-291, 2014.

NUNES, A. D. S. *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, 29 set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>. Acesso em: 24 fev. 2022.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 939–948, 25 nov. 2019.

OSÓRIO, R. G. Desigualdade racial e mobilidade social no Brasil: um balanço das teorias. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**, v. 120, p. 65-96, 2008.

PETERSEN EE, DAVIS NL, GOODMAN D, et al. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths — United States, 2007–2016. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2019; 68: 762–765. Disponível em:

<<<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm#suggestedcitation>> acesso em: 15 mar 2021.

POLGLIANE, R. B. S. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n.7,, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013> . Acesso em: 20 dez. 2021.

RIOS, F.; GONZÁLEZ-ZAMBRANO, C. Ciência e política na produção das diferenças: entrevista com Peter Wade. **Revista de Antropologia**, v. 57, n. 2, p. 485–505, 19 dez. 2014.

ROSENTHAL, L.; LOBEL, M. Explaining racial disparities in adverse birth outcomes: unique sources of stress for black american women. **Soc Sci Med**, Berhesda, v. 75, n. 6, p. 977-983, 4 fev. 2011. Disponível em: 10.1016/j.socscimed.2011.01.013. Acesso em: 20 dez. 2021.

SANTOS, L. A. V. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 617–625, fev. 2018.

SILVA, F. S. **Mulheres negras e brancas: análise do acesso às consultas de pré-natal no Estado do Rio Grande do Sul**: 2016. 2018. 133 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184648>. Acesso em: 24 fev. 2022.

SILVA, I. C. M. *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. e000100017, 5 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/105123/S1679-49742018000100017>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SILVEIRA, R. et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS)

no Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200414, 24 set. 2021.

THEME FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B.; LEAL, M. C. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro: 1999-2001. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S83-S91, 2004.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>. Acesso em: 14 fev. 2022.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 3 abr. 2017. TSUNECHIRO, M. A. et al. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 771-780, dez. 2018.

VICTORA, C. G. *et al.* Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy Plan**, v. 25, n. 4, p. 253-261, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20123940/>. Acesso em: 12 dez. 2021.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl 1, p. S85-100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 14 fev. 2022.

VILDA, D. *et al.* Income inequality and racial disparities in pregnancy-related mortality in the US. **SSM Popul. Health**, Reino Unido, v. 9, dez. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827319301673>. Acesso em: 26 mar 2021.

VIVEROS, Mara; GIL, Franklin (2006), “De las desigualdades sociales a las diferencias culturales. Género, “raza” y etnicidad en la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia”, Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia, Bogotá, CLAM, **Tercer Mundo, Universidad Nacional de Colombia**, págs. 87-108.

WALLACE, M. *et al.* Separate and unequal: Structural racism and infant mortality in the US. **Health Place**, v. 45, , p. 140-147, maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.012>. Acesso em: 26 mar. 2021.

ANEXOS

Normas revista Cadernos de Saúde Pública.

01/03/2022 15:52

Instrução para Autores | CSP - Cadernos de Saúde Pública

BRASIL

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ISSN (impresso) 0102-311X
ISSN (on-line) 1678-4464

Sobre o CSP

Submissão

Acervo

PT EN ES



Volume 38, 2022

Fevereiro
JaneiroFoto: UFF
Letras, Janeiro de 2011.

Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESEÇÕES:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e Integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.
- 1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).
- 1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).
- 1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).
- 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de

cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores

Submeta seu texto

SAGAS
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos

USUÁRIO
 SENHA

[Cadastre-se](#)
[Esqueceu sua senha?](#)

Submissão

INSTRUÇÃO PARA AUTORES
PASSO-A-PASSO
ACESSO AO SAGAS

Índice

SAGAS
Instruções para os autores

PORTAL DE PERIÓDICOS

SciELO Brasil
Scientific Electronic Library Online

FASCÍCULOS ANTERIORES

SIGA-NOS
NO FACEBOOK

SIGA-NOS
ON TWITTER

1/3

CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
- 3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:
- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
 - Clinical Trials
 - International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
 - Netherlands Trial Register (NTR)
 - UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
 - WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

- 4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

- 5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

- 6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
- 6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.
- 6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

- 7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

- 8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.
- 8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverão converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

- 9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

- 10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.
- 10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa

01/03/2022 15:52

Instrução para Autores | CSP - Cadernos de Saúde Pública

foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).



Inicial Voltar Topo

Cadernos de Saúde Pública | Reports in Public Health
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil
Secretaria Editorial +55 21 2598-2511.
cadernos@fiocruz.br



©2015 | Cadernos de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca | Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde Governo Federal | Desenvolvido por Riocom Design





Volume 38, 2022

 Fevereiro
 Janeiro
Folha de São Paulo
Luz, Rio de Janeiro, março de 2011.

Passo-a-passo

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

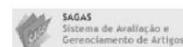
- 1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do site do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.
- 1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
- 1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha?".
- 1.4 – Para os novos usuários, após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

- 2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção "Submeta seu texto".
- 2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.
- 2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.
- 2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
- 2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

Submeta seu texto



<input type="text"/>	USUÁRIO
<input type="text"/>	SENHA
<input type="button" value="Login"/>	Cadastre-se Esqueceu sua senha?

Submissão

 INSTRUÇÃO PARA AUTORES
 PASSO-A-PASSO
 ACESSO AO SAGAS

Índice



PORTAL DE PERIÓDICOS



FASCÍCULOS ANTERIORES



- 3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

- 4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

5. PROVA DE PRELO

- 5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acao/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.
- 5.2 – Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acao/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo
- 5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).
- 5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).
- 5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.
- 5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.
- 5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:
- 5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.
- 5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.
- 5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.
- 5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em "Finalizar" e assim concluir a etapa.
- 5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acao/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

- 6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.
- 6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.
- 6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.
- 6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no resumo.
- 6.4.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).
- 6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.
- 6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.
- 6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.
- 6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.
- 6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.
- 6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

01/03/2022 15:52

Passo-a-passo | CSP - Cadernos de Saúde Pública

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.



Inicial Voltar Topo

Cadernos de Saúde Pública | Reports in Public Health
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil
Secretaria Editorial +55 21 2598-2511.
cadernos@fiocruz.br



©2015 | Cadernos de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca | Fundação Oswaldo Cruz. - Ministério da Saúde Governo Federal | Desenvolvido por Riocom Design

