

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA

LUZIANE SOUZA DAS NEVES

Tendência temporal das desigualdades dos cuidados no pré-natal e parto entre mulheres
negras e brancas:
resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Uberlândia
2024

LUZIANE SOUZA DAS NEVES

Tendência temporal das desigualdades dos cuidados no pré-natal e parto entre mulheres
negras e brancas:
resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Trabalho de Conclusão de Curso ou
Dissertação à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito total para obtenção do título de
bacharelem nutrição.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Ana Elisa Madalena Rinaldi

Uberlândia

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

N518 2024	Neves, Luziane Souza das, 1997- Tendência temporal das desigualdades dos cuidados no pré-natal e parto entre mulheres negras e Brancas: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019 [recurso eletrônico] / Luziane Souza das Neves. - 2024. Orientadora: Ana Elisa Madalena Rinaldi. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em Nutrição. Modo de acesso: Internet. Inclui bibliografia. 1. Nutrição. I. Rinaldi, Ana Elisa Madalena, 1982-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Graduação em Nutrição. III. Título. CDU: 612.39
--------------	---

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

LUZIANE SOUZA DAS NEVES

Tendência temporal das desigualdades dos cuidados no pré-natal e parto entre mulheres
negras e brancas:
resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Trabalho de Conclusão de Curso ou
Dissertação à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito total para obtenção do título de
bacharelem nutrição.

Área de concentração: Ciências da saúde

Uberlândia, 23 de abril de 2024.

Banca Examinadora:

Catarina Machado Azeredo – Doutora em Ciências (FAMUSP)

Luana Pádua Soares – Doutorado em Saúde na Comunidade (USP)

Rejane Sousa Romão – Mestre em Ciências da Saúde (UFU)

Dedico este trabalho a minha esposa e
meus pais, pelo estímulo, paciência, carinho e
compreensão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me conceder forças diariamente para me manter de pé em cada momento dessa jornada.

Expresso profundos agradecimentos à minha querida professora e amiga Ana Elisa, sua motivação constante, orientação e paciência foram fundamentais nesta jornada acadêmica, em diversos momentos.

Quero dedicar uma gratidão especial à minha mãe, cujo apoio e dedicação são inestimáveis. Agradeço também ao meu pai, cuja determinação incansável em enfrentar desafios em prol da família é uma inspiração. Aos meus irmãos, que são minha maior riqueza, e que comemoram comigo cada conquista.

Além disso, não poderia deixar de expressar minha profunda gratidão aos meus amigos, cujo apoio e incentivo foram cruciais em momentos de desafio. Sua presença e amizade tornaram essa jornada mais leve e significativa.

Por fim, expresso minha imensa gratidão à minha esposa, verdadeira alegria da minha existência, cujo amor e apoio são a base de tudo.

A todos vocês, meu sincero agradecimento por fazer parte da minha jornada e contribuir para o meu sucesso.

“O sábio não é aquele que sabe muitas coisas, mas sim aquele que compreende o valor do conhecimento.”
(Confúcio)

RESUMO

O objetivo foi analisar a tendência temporal do acesso aos cuidados no pré-natal e no parto em mulheres negras e brancas no período de 2013 a 2019. Este estudo utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019, conduzida pelo IBGE, para compreender a saúde da população brasileira. Neste estudo foram selecionadas as mulheres com idade entre 18 e 50 anos que haviam engravidado nos últimos dois anos. As variáveis do pré-natal selecionadas foram realização do pré-natal, número de consultas, período de início do pré-natal, profissional responsável pela realização, realização de exames físicos, antropométricos e laboratoriais. Quanto aos partos, foram analisadas variáveis como número de partos, local, tipo de parto e se foi realizado pelo SUS. No que diz respeito à raça, as mulheres foram classificadas como negras (pretas e pardas) e brancas para investigar disparidades no acesso aos cuidados de saúde. A análise estatística, realizada no STATA/SE® 12, considerando a complexidade da amostra da PNS. Foram calculadas prevalências e comparadas diferenças entre mulheres brancas e negras, e entre os anos estudados, utilizando intervalos de confiança de 95% (IC95%) para identificar discrepâncias significativas no acesso aos serviços de saúde. Em 2013 e 2019 a paridade foi superior entre mulheres negras, com maior percentual de 3 filhos. Em ambos os anos a realização do pré-natal foi virtualmente universal em mulheres brancas e negras, assim como o acesso ao cartão da gestante. A prevalência de realização do pré-natal no SUS foi superior entre as mulheres negras em 2013 (79,4%, IC95%=75,6%;83,1% vs 53,4%, IC95%=47,0%;59,7%) e 2019 (72,6%, IC95%=68,8%;76,4% vs 48,1%, IC95%=42,8%;53,3%, respectivamente). O número de consultas pré-natal foi superior entre as mulheres brancas em 2013 (91,9%, IC95%=89,1;94,7% vs 79,5%, IC95%=75,7%;83,4%) com redução da desigualdade em 2019. Em 2019, enquanto 86,3% das mulheres brancas realizaram consultas pré-natal com médicos (IC 95%: 83,2%;89,4%), apenas 67,6% das mulheres negras o fizeram (IC 95%: 64,4%;70,8%). Além disso, a proporção de partos por cesariana foi de 62,4% para mulheres brancas (IC 95%: 57,1%;67,7%) e 52,6% para mulheres negras (IC 95%: 49,0%;56,3%). A aferição da pressão arterial em todas as consultas foi inferior entre mulheres negras em 2019. A prevalência de parto normal foi maior entre mulheres negras em 2013 e 2019. De forma geral, verificamos que entre as mulheres negras há maior paridade, maioria das consultas de pré-natal e o parto sendo realizados no SUS, maior prevalência das consultas de pré-natal sendo realizada por profissionais enfermeiros e predomínio de parto normal e razão da cesárea para realização de laqueadura. Houve redução da desigualdade no período analisado entre mulheres negras e brancas para número de consultas de pré-natal, realização do exame das mamas no pré-natal, porém aumento da desigualdade para aferição da pressão arterial em todas as consultas.

Palavras-chave: desigualdades raciais; assistência pré-natal; assistência ao parto; SUS.

ABSTRACT

The objective was to analyze the temporal trend of access to prenatal care and childbirth in black and white women from 2013 to 2019. This study used data from the 2013 and 2019 National Health Survey (PNS), conducted by the IBGE, to understand the health of the Brazilian population. This study selected women aged between 18 and 50 who had become pregnant in the last two years. The prenatal care variables selected were prenatal care, number of visits, period when prenatal care began, professional responsible for the prenatal care, and physical, anthropometric and laboratory examinations. With regard to births, variables such as number of births, location, type of birth and whether it was carried out by the SUS were analyzed. With regard to race, the women were classified as black and white to investigate disparities in access to healthcare. The statistical analysis was carried out using STATA/SE® 12, taking into account the complexity of the PNS sample. Prevalence rates were calculated and differences were compared between white and black women and between the years studied, using 95% confidence intervals (95%CI) to identify significant discrepancies in access to health services. In 2013 and 2019, parity was higher among black women, with a higher percentage of 3 children among black women. In both years, prenatal care was virtually universal among white and black women, as was access to the pregnancy card. The prevalence of prenatal care in the SUS was higher among black women in 2013 (79.4%, 95%CI=75.6%;83.1% vs 53.4%,95%CI=47.0%;59.7%) and 2019 (72.6%, 95%CI=68.8%;76.4% vs 48.1%,95%CI=42.8%;53.3%, respectively). The number of prenatal consultations was higher among white women in 2013 (91.9%, 95%CI=89.1;94.7% vs 79.5%, 95%CI=75.7%;83.4%) with a reduction in inequality in 2019. In 2019, while 86.3% of white women had prenatal consultations with doctors (95% CI: 83.2%;89.4%), only 67.6% of black women did (95% CI: 64.4%;70.8%). In addition, the proportion of deliveries by caesarean section was 62.4% for white women (95% CI: 57.1%;67.7%) and 52.6% for black women (95% CI: 49.0%;56.3%). Blood pressure measurement at all appointments was lower among black women in 2019. The prevalence of normal delivery was higher among black women in 2013 and 2019. In general, we found that among black women there is greater parity, the majority of prenatal consultations and childbirth being carried out in the SUS, a higher prevalence of prenatal consultations being carried out by professional nurses and a predominance of normal childbirth and the reason for cesarean sections for tubal ligation. There was a reduction in inequality in the period analyzed between black and white women in terms of the number of prenatal consultations, breast exams during prenatal care, but an increase in inequality in terms of blood pressure measurement at all consultations.

Keywords: racial disparities; prenatal care; access to healthcare; SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da condição do pré-natal entre Mulheres Negras e Brancas. PNS, 2013 e 2019.	21
Tabela 2 - Prevalência de realização de exames físico, antropométrico e laboratorial durante as consultas de pré-natal entre Mulheres Negras e Brancas. PNS, 2013 e 2019.	22
Tabela 3 – Prevalência dos dados de parto entre mulheres negras e brancas. PNS, 2013 e 2019.	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 MÉTODOS.....	14
3 RESULTADOS	19
4 DISCUSSÃO	26
5 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal e a assistência ao parto exercem papéis cruciais na promoção da saúde materno-infantil em todo o mundo. Durante o pré-natal, as mulheres recebem cuidados médicos e orientações essenciais para garantir uma gestação saudável, identificar e tratar de forma precoce possíveis complicações, além do preparo físico e emocional para o momento do parto e o período pós-parto (OMS, 2016). Quando há amparo apropriado para o parto, há redução do risco de complicações para a mãe e o bebê, colaborando para experiências de parto positivas e seguras, promovendo o vínculo mãe-filho e um início saudável na vida para o recém-nascido (OMS, 2018). Por meio desses cuidados, é possível prevenir doenças, reduzir a mortalidade materno-infantil e promover o bem-estar da família como um todo (Villar *et al.*, 2001; UNFPA, 2021).

Apesar de todas as políticas públicas voltadas à garantia da assistência ao período gestacional e ao parto, há iniquidades no acesso e qualidade do serviço segundo nível educacional, econômico e de raça, segundo resultados preliminares de 2022 da pesquisa "Nascer no Brasil" (Ministério da Saúde, 2024), sinalizaram taxa de mortalidade materna significativamente mais alta entre mulheres pretas e pardas em comparação com mulheres brancas: 100,38 por 100 mil nascidos vivos para mulheres pretas e 50,36 para mulheres pardas, em contraste com 46,56 para mulheres brancas. Tais discrepâncias, entre os grupos raciais, quando comparadas com a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde em maio de 2018 de reduzir a mortalidade materna para 30 óbitos até 2030, ressaltam a urgência de políticas eficazes e intervenções focalizadas (IPEA, 2019).

Com relação à análise das desigualdades no acesso aos serviços de saúde materna, destaca-se a pesquisa conduzida pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2022), que mostra um cenário preocupante de desigualdade e acesso limitado aos cuidados de saúde, sobretudo para determinados grupos. Segundo o estudo feito entre 2014 e 2020, as mulheres negras enfrentaram dificuldades no acesso aos cuidados pré-natais em comparação com as mulheres brancas (Lessa *et al.*, 2022). Essas descobertas são apoiadas por observações anteriores que destacam a cor da pele como um marcador de desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Souza *et al.*, 2022). Além disso, outros estudos também mostram situação desfavorável para mulheres de pele preta e parda ao iniciar o pré-natal com 12 semanas ou menos, em comparação com as mulheres brancas (Nascimento *et al.*, 2022). Diante desses desafios, é urgente a implementação de políticas que fortaleçam a atenção primária à saúde,

como a Estratégia de Saúde da Família, visando assegurar um cuidado equitativo para todas as gestantes, independentemente de sua origem étnica (Coelho *et al.*, 2022).

Dessa forma, a atenção primária à saúde desempenha um papel fundamental na prestação de serviços essenciais à população, representando a porta de entrada da rede de atenção à saúde. No Brasil, mulheres negras enfrentam maiores barreiras no acesso ao pré-natal e ao parto do que as mulheres brancas, destacando as disparidades raciais latentes no sistema de saúde brasileiro (Leal *et al.*, 2005). A literatura nacional destaca a análise da desigualdade racial nos cuidados gestacionais como um instrumento essencial para identificar padrões, tendências e lacunas que podem orientar políticas e intervenções direcionadas à promoção da igualdade em saúde (Fiocruz, 2018; Viellas, 2014; Nascimento *et al.*, 2022). Ao observar o avanço dessas diferenças ao longo do tempo, é possível compreender mais detalhadamente e organizar estratégias mais apropriadas e direcionadas para romper essas barreiras.

Diante desse contexto, o objetivo principal deste estudo foi analisar a tendência temporal do acesso aos cuidados pré-natais e no parto em mulheres negras e brancas no período de 2013 a 2019. A escolha desse intervalo temporal se fundamenta em mudanças políticas e sociais que impactaram a assistência à gravidez no Brasil. Entre as mudanças, destaca-se o programa Mais Médicos, que influenciou significativamente a prestação de serviços de saúde em áreas vulneráveis (Brasil, 2013), como alterações na Política Nacional de Atenção Básica, que moldaram o funcionamento dos serviços de atenção primária (Brasil, 2017), e a epidemia do Zika Vírus, cujo ápice ocorreu entre 2015 e 2016 (Brasil, 2017; OPAS, s.d.), trazendo questões adicionais com a saúde materna. Além disso, o período de 2013 a 2019 abrange um intervalo no qual temos dados disponíveis, possibilitando uma análise robusta e representativa das tendências, permitindo também uma visão abrangente e representativa das tendências observadas nos últimos anos.

2 MÉTODOS

Este é um estudo transversal de série temporal, cujos dados são provenientes da primeira e segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 e 2019, respectivamente. As pesquisas ocorreram no âmbito domiciliar em todo o país operacionalizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), abordando a saúde da população residente em moradias fixas permanentes no Brasil, excluindo áreas específicas como quartéis, hospitais e presídios. A PNS agrega-se ao Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, aproveitando a mesma infraestrutura amostral de outras pesquisas domiciliares do instituto e tem como objetivo principal proporcionar informações abrangentes sobre a saúde, hábitos de vida e acesso aos serviços de saúde no Brasil, fornecendo assim dados para análises e para a melhoria do sistema de saúde do país (ICICT, s.d.).

O desenho amostral da PNS é uma amostra complexa, delineada em três estágios de seleção por conglomerado, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). No primeiro estágio, foram selecionadas as UPAs por amostragem aleatória simples, preservando a estratificação da Amostra Mestra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). As UPAs foram compostas por setores censitários ou composições de setores. No segundo estágio, foi selecionado aleatoriamente um número predefinido de residências particulares permanentes, utilizando o Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE). No terceiro estágio, dentro de cada domicílio da amostra, um morador elegível foi escolhido com igual probabilidade para participar da entrevista individual. O morador elegível precisava ter 18 anos ou mais na pesquisa de 2013 e 15 anos ou mais na pesquisa de 2019, conforme especificado pelos critérios de elegibilidade da pesquisa.

A amostra total em 2013 compreendeu 205.546 pessoas, das quais 99.236 (48,3%) eram homens e 106.310 (51,7%) mulheres. Para o presente estudo, foram selecionadas apenas mulheres com idades entre 18 e 50 anos que já haviam engravidado previamente e que tiveram filhos nos últimos dois anos, resultando em uma amostra final de 1878 (0,9%) mulheres. Dessas 1272 (67,7%) são negras, e 606 (32,3%) são mulheres brancas.

A amostra total em 2019 compreendeu 279.382 indivíduos, com 134.442 (48,2%) homens e 144.940 (51,8%) mulheres. Para o presente estudo, também foram selecionadas apenas mulheres com idades entre 18 e 50 anos que já haviam engravidado previamente nos últimos dois anos. Foram consideradas 2.745 mulheres para análise, dessas, 1945 (70,9%) eram mulheres negras e 800 (29,1%) mulheres brancas.

Em ambos os anos o número de mulheres que se autodeclararam indígenas e amarela foi muito pequeno (2013: 24 amarelas e 16 indígenas; e 2019: 31 amarelas e 30 indígenas). Desta forma, optou-se por não as incluir na amostra.

2.1 Variável de raça

Adotamos a cor de pele como uma *proxy* da raça. O estatuto da Igualdade Racial define 'população negra' como aqueles que se autodeclararam pretos e pardos, seguindo o quesito de cor ou raça do IBGE, ou que adotam alguma outra autodeclaração semelhante. Por isso, no atual estudo, as mulheres negras são representadas pelas autodeclaradas pretas e pardas. O presente estudo busca distinguir os resultados de saúde durante a gravidez com foco na identificação de disparidades baseadas no critério de raça. Para tal, o estudo centrou-se na análise das diferenças no acesso aos cuidados de saúde materno-infantil entre diferentes grupos raciais, incluindo mulheres negras e brancas, a fim compreender e abordar quaisquer possíveis diferenças identificadas.

2.2 Variáveis sobre pré-natal

Neste estudo, optou-se por incluir todas as variáveis referentes ao pré-natal e parto que fossem compatíveis nos dois anos da pesquisa. De forma geral, as variáveis do pré-natal abordaram o acesso a este serviço, o momento adequado da sua realização e o local de realização. As variáveis estão listadas abaixo para os dois anos da pesquisa.

A variável "Realização de pré-natal" (não/sim), registra se a mulher realizou ou não o acompanhamento pré-natal durante a gestação. A variável "Cartão pré-natal/tem caderneta da gestante" (não/sim), indica se a mulher possui o cartão pré-natal ou a caderneta da gestante, documento utilizado para registrar informações relevantes sobre o pré-natal e a gestação.

A variável "Início do pré-natal em semanas" registra em quantas semanas de gestação a mulher iniciou o acompanhamento pré-natal. Neste estudo, as opções de resposta foram organizadas em duas categorias: início no primeiro trimestre (recomendação dos órgãos de saúde), compreendendo de 1 a 11 semanas de gestação; início no segundo ou terceiro trimestre abrangendo de 12 a 44 semanas de gestação.

A variável "Fez a primeira consulta dentro das 6 primeiras semanas" indica se a mulher realizou a primeira consulta de pré-natal dentro das primeiras 6 semanas de gestação, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. As opções de resposta foram divididas em duas

categorias: "sim" para respostas abaixo de 6 semanas de gestação, e "não" para respostas entre 6 e 44 semanas de gestação.

A variável "Quantidade de consultas pré-natal" registra o número total de consultas de pré-natal que a mulher realizou ao longo da gestação. Em ambos os anos, as opções de resposta foram divididas em duas categorias: "Menos de 6 consultas", abrangendo de 1 a 5 consultas; e "Igual ou mais que 6 consultas", compreendendo de 6 a 40 consultas.

A variável "Rede de saúde usada para as consultas pré-natal", descreve os diferentes tipos de serviços de saúde que as mulheres realizaram suas consultas de pré-natal. As opções de resposta foram diferentes nos dois anos da pesquisa. Desta forma, foi necessário criar categorias que fossem correspondentes em ambos os anos (Unidade básica de saúde, Hospital público, Rede privada e outros). Para 2013, a categoria Unidade básica de saúde incluiu posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família; Hospital público inclui ambulatório; Rede privada, consultório particular ou clínica privada e outros inclui Centros de especialidades, Policlínicas públicas ou ambulatórios de empresas ou sindicatos. Já em 2019, Unidade básica de saúde (correspondendo a posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família), Hospital público (ambulatório), Rede privada (consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado, incluindo pronto atendimento ou emergência de hospital privado), e Outros (como Policlínicas públicas, Postos de assistência médica, Centros de especialidades públicos, Unidades de pronto atendimento, outros tipos de pronto atendimento público, pronto-socorro ou emergência de hospital público, atendimento domiciliar, entre outros).

A variável "Pagou por alguma consulta", indica se a mulher teve que pagar por alguma consulta de pré-natal. Em 2013, as opções foram organizadas em "Sim" e "Não". Já em 2019, as opções foram mais detalhadas, sendo "Sim todas" para aquelas que pagaram por todas as consultas do pré-natal, e "Sim algumas" para aquelas que pagaram por apenas algumas consultas de pré-natal. Optamos por manter em "sim" somente aquelas que mulheres que pagaram todas as consultas e em "não" aquelas que não pagaram e que pagaram algumas.

A variável "pré-natal feito pelo SUS:", indica se o acompanhamento pré-natal foi realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em ambos os anos, as opções de resposta foram divididas em três categorias: "Sim todas" para aquelas que fizeram todas as consultas pré-natal pelo SUS, "Sim algumas" para aquelas que fizeram apenas algumas consultas de pré-natal pelo SUS, e "Não" para aquelas que não fizeram nenhuma consulta pré-natal pelo SUS.

A variável "Profissional que fez a maioria das consultas", registra qual profissional de saúde realizou a maioria das consultas de pré-natal. Neste estudo, as opções de resposta foram organizadas em três categorias, em ambos os anos: "Médico", para consultas realizadas

majoritariamente por médicos, "Enfermeiro" para consultas realizadas majoritariamente por enfermeiros e "Outros", para consultas realizadas por técnico ou auxiliar de enfermagem, parteira e outros profissionais de saúde.

2.3 Variável de exames físico, antropométrico e laboratorial durante o pré-natal

As variáveis "A pressão arterial foi aferida em todas as consultas?" "Seu peso foi aferido em todas as consultas?" "Mediram sua barriga em todas as consultas?" "Ouviram o coração do bebê em todas as consultas?" "Examinaram suas mamas em todas as consultas?", "Durante o Pré-natal Fizeram Exames de Sangue" registram os exames físico, antropométrico e laboratorial que foram realizados durante as consultas de pré-natal. Em ambos os anos analisados, a resposta foi categorizada da seguinte forma: "Todas" foi representado como "Sim" e "Algumas e Nenhuma" como "Não".

2.4 Variável de partos

Em 2013 e 2019, a variável "quantidade de partos", registra o número total de partos que a mulher realizou ao longo de sua vida até o momento da pesquisa em cada ano. As opções de resposta foram agrupadas com base na resposta de quantidade de partos: "1 parto", para apenas 1 parto realizado, "2 partos" para apenas 2 partos realizados e "acima de 3 partos" para quantidades de 3 a 14 partos realizados.

A variável "Quem fez o último parto", registra quem realizou o último parto da mulher. Em 2013, as opções de resposta foram organizadas em quatro categorias "Médico", para parto realizado por médicos "Enfermeiro" para parto realizado por enfermeiros, "Parteiras" para parto realizado por parteiras e "Outros" para parto realizado auxiliar de enfermagem, estudantes de enfermagem ou medicina, outra pessoa sem treinamento ou ninguém. Em 2019, apenas a resposta houve o acréscimo a opção de "Outros" com outro profissional de saúde e parentes/amigos.

A variável "Onde foi realizado o último parto", indica onde o último parto da mulher ocorreu, distinguindo se foi em hospital ou não. Em 2013, as opções foram organizadas em duas categorias de resposta: "Sim" englobando Hospital ou maternidade e "Não" para "Casa de parto, outro tipo de serviço de saúde em casa ou outro". Em 2019, as opções foram organizadas em duas categorias de resposta também, para "Sim" englobando hospital ou maternidade, incluindo hospital público ou maternidade pública, consultório particular, clínica privada ou

ambulatório de hospital privado, pronto atendimento ou emergência de hospital privado, e "Não" para Unidade básica de saúde, Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou centro de especialidades público, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público, casa de parto, em domicílio ou outro serviço.

A variável "Parto foi feito pelo SUS" indica se o último parto da mulher foi realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2013 e 2019 as opções de resposta foram agrupadas nesse estudo em: "Sim" para indicar que o parto foi realizado pelo SUS e "Não e não sei" para indicar que não foi feito pelo SUS, ou para aqueles que não sabiam.

A variável "Tipo de parto", registra o tipo de parto realizado, foram organizadas em duas categorias: "Normal/vaginal" referente a vaginal, e "Cesariana" para cesárea.

A variável "Motivo para a cesariana" registra os motivos que levaram à realização de uma cesariana. Em 2013 e 2019, foram organizadas da mesma forma: "Já tinha um parto cesáreo anterior." "Queria ligar as trompas." "Não queria sentir a dor do parto ou por ser mais conveniente." "Por escolha do médico durante o pré-natal." "Indicação médica por complicação na gravidez ou no trabalho de parto." "Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto." "Outro".

2.5 Análise estatística

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software STATA/SE® 12, incorporando a estrutura amostral complexa da PNS. Para as análises descritivas, calculamos as prevalências das variáveis de interesse, juntamente com seus intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Foi realizada a comparação dos serviços de saúde utilizados para consultas pré-natal entre mulheres brancas e negras em cada ano e entre mulheres negras entre os anos estudados. Para verificar a presença de diferença estatística, foi analisado os intervalos de confiança. Quando os intervalos de confiança não se sobrepuseram, indicou uma diferença significativa entre os grupos étnicos. Em contrapartida, a sobreposição dos intervalos de confiança significou a ausência de diferença estatística entre os grupos. Essa abordagem permite identificar discrepâncias na utilização dos serviços de saúde entre mulheres brancas e negras. Foi adotado nível de significância de 5%.

3 RESULTADOS

A proporção de mulheres negras que tiveram apenas um parto em 2013 foi de 32,1% (IC 95%: 27,8%; 36,4%) e de mulheres brancas foi 44,0% (IC 95%: 38,4%; 49,6%), mantendo a diferença em 2019 32,9% (IC 95%: 29,3%; 36,4%) para mulheres negras e 41,4% (IC 95%: 36,4%; 46,3%) para mulheres brancas. Para dois partos, a prevalência em 2013 foi de 37,5% (IC 95%: 32,8%; 42,2%) para mulheres negras e 33,8% (IC 95%: 28,9%; 38,8%) para mulheres brancas. Em 2019, essas prevalências foram de 36,1% (IC 95%: 32,6%; 39,6%) para mulheres negras e 39,5% (IC 95%: 35,6%; 44,5%) para mulheres brancas. Já a proporção de mulheres negras que tiveram três ou mais partos em 2013 foi de 30,4% (IC 95%: 26,5%; 34,2%), enquanto entre as mulheres brancas foi de 22,2% (IC 95%: 17,8%; 26,5%). Em 2019, proporção de mulheres negras foi de 31,0% (IC 95%: 27,7%; 34,2%), e a proporção de mulheres brancas de 19,1% (IC 95%: 14,9%; 23,1%). Houve diferença entre as mulheres brancas e negras em todos os anos, sendo que o maior número de filhos é maior entre mulheres negras (dados não mostrados em tabela).

Com relação a pagar por consultas do pré-natal, foi notado aumento nas proporções de mulheres que pagaram por consultas em 2019 em comparação com 2013, tanto para mulheres negras quanto brancas. Essa diferença é mais acentuada entre as mulheres brancas em ambos os anos. Em 2013, a proporção de mulheres negras que pagaram por consultas foi de 8,7% (IC 95%: 6,1%; 11,3%), enquanto entre as mulheres brancas foi de 12,2% (IC 95%: 8,7%; 15,6%). Em 2019, essas proporções foram de 13,6% (IC 95%: 10,7%; 16,5%) para mulheres negras e 23,8% (IC 95%: 19,4%; 28,1%) para mulheres brancas mostrando uma diferença significativa entre mulheres brancas pagando mais por consultas. (dados não mostrados em tabela).

No que diz respeito ao pré-natal feito pelo SUS, em 2013, as mulheres negras apresentaram uma diferença significativa com relação ao pré-natal realizado integralmente pelo SUS, com 79,4% (IC 95%: 75,6%; 83,1%), em comparação com as mulheres brancas com 53,4% (IC 95%: 47,0%; 59,7%). Em 2019, a diferença se mantém, sendo que 72,6% (IC 95%: 68,8%; 76,4%) das mulheres negras realizaram pré-natal integralmente no SUS versus 48,1% (IC 95%: 42,8%; 53,3%) nas mulheres brancas. (dados não mostrados em tabela).

Analisando qual o profissional que fez a maioria das consultas, observa-se uma predominância de médicos em ambos os grupos étnicos e anos, porém superior entre as mulheres brancas. Em 2013, 64,6% (IC 95%: 60,0%; 69,2%) das mulheres negras tiveram o pré-natal realizado por médicos versus 82,8% (IC 95%: 79,3%; 86,3%) das mulheres brancas.

Por outro lado, a proporção de consultas realizadas por enfermeiros foi de 34,0% (IC 95%: 29,4%; 38,5%), em comparação com as mulheres brancas, que foi de 16,3% (IC 95%: 12,95; 19,7%) representando uma diferença significativa. Em 2019, a tendência se manteve, com mulheres negras com 67,6% (IC 95%: 64,4%; 70,8%) das consultas realizadas por médicos, e mulheres brancas registraram 86,3% (IC 95%: 83,2%; 89,4%). Da mesma forma, a proporção de consultas realizadas por enfermeiros foi de 31,7% (IC 95%: 28,5%; 34,9%) para mulheres negras e 13,2% (IC 95%: 10,1%; 16,3%) para mulheres brancas. (dados não mostrados em tabela).

Ao analisar quem realizou o último parto, observa-se que a maioria das mulheres, tanto negras quanto brancas, o parto foi com médicos em ambos os anos. Em 2013, para mulheres negras, o número foi de 86,0% (IC 95%: 83,1%; 88,8%) e para mulheres brancas foi de 92,9% (IC 95%: 90,3%; 95,5%). Na proporção de partos realizados por enfermeiros entre os dois grupos, os números foram de 10,2% (IC 95%: 7,6%; 12,7%) para mulheres negras e 5,8% (IC 95%: 3,4%; 8,2%) para mulheres brancas. Em 2019, a maioria dos partos ainda foi realizado por médicos em ambos os grupos étnicos, porém maior entre as mulheres brancas, sendo 91,3% (IC 95%: 89,1%; 93,0%) e 85,8% (IC 95%: 83,2%; 88,3%) entre as mulheres negras. A proporção de partos realizados por enfermeiros para as mulheres negras foi de 10,6% (IC 95%: 8,3%; 12,9%), e as mulheres brancas foi de 7,7% (IC 95%: 5,4%; 9,0%). (dados não mostrados em tabela).

Referente ao local de realização do parto, foi observado poucas diferenças entre os grupos étnicos e ao longo dos anos. Em 2013, as mulheres negras e brancas tiveram o parto realizado em hospital ou maternidade, com proporções de 97,2% (IC 95%: 96,0%; 98,5%) e 98,4% (IC 95%: 97,2%; 99,7%). A proporção de partos realizados fora de um hospital ou maternidade é baixa para ambos os grupos étnicos, com mulheres negras registrando 2,8% (IC 95%: 1,5%; 4,0%) e mulheres brancas registrando 1,6% (IC 95%: 0,3%; 2,8%). Em 2019, a maioria das mulheres negras e brancas também tiveram o parto realizado em hospital ou maternidade, com proporções de 91,6% (IC 95%: 89,6%; 93,7%) e 93,1% (IC 95%: 90,0%; 96,2%). A proporção de partos realizados fora de um hospital ou maternidade aumentou para ambos os grupos étnicos, com mulheres negras registrando 8,4% (IC 95%: 6,4%; 10,4%) e mulheres brancas registrando 6,9% (IC 95%: 3,8%; 9,9%). Para a análise de mulher negra entre os anos, houve uma diminuição na proporção de partos realizados em hospital ou maternidade, passando de 97,2% (IC 95%: 96,0%; 98,5%) em 2013 para 91,6% (IC 95%: 89,6%; 93,7%) em 2019. (dados não mostrados em tabela).

Verificamos que o acesso a pelo menos uma consulta de pré-natal foi universal em ambos os grupos étnicos e anos da pesquisa, assim como o acesso ao cartão pré-natal. Há diferença significativa na quantidade de consultas pré-natal durante a gravidez, especificamente aquelas em que foram realizadas seis ou mais consultas, entre mulheres negras e brancas. Em 2013, 91,9% das mulheres brancas (IC 95%: 89,1% ;94,7%) tiveram seis ou mais consultas, enquanto apenas 79,5% das mulheres negras (IC 95%: 75,7%;83,4%) alcançaram esse número. Essa diferença desapareceu em 2019, com 91,4% das mulheres brancas (IC 95%: 88,9% ;94,0%) e 87,6% das mulheres negras (IC 95%: 85,4% ;89,8%) realizando seis ou mais consultas pré-natal (Tabela 1).

A rede de saúde para as consultas pré-natal apresentou diferença significativa entre mulheres negras e brancas nos dois anos analisados. Em 2013, 67,7% (IC 95%: 63,5%;71,9%) das mulheres negras realizaram as consultas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em comparação com 48,9% (IC 95%: 42,55%;55,5%) das mulheres brancas, com diferença significativa, essa diferença continuou em 2019, com 66,6% (IC 95%: 62,6%;70,5%) das mulheres negras e apenas 42,2% (IC 95%: 37,0%;47,4%) das mulheres brancas utilizando por UBS para as consultas pré-natal. Em 2013, 43,9% das mulheres brancas utilizaram a rede privada (IC 95%: 37,6%;50,1%), enquanto apenas 17,5% das mulheres negras o fizeram (IC 95%: 13,8%;21,1%). Essa diferença se manteve em 2019, com 47,1% das mulheres brancas (IC 95%: 41,8%;52,3%) e 23,3% das mulheres negras (IC 95%: 19,5%;27,1%) realizando o pré-natal na rede privada. (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição da condição do pré-natal entre Mulheres Negras e Brancas. PNS, 2013 e 2019.

Descrição das Condições		2013		2019	
		Mulheres Negras	Mulheres Brancas	Mulheres Negras	Mulheres Brancas
Realização de pré-natal	Não	3,8 (2,3;5,4)	1,6 (0,2;3,0)	2,0 (1,2;2,8)	1,4 (-0,03;2,9)
	Sim	96,2 (94,6;97,7)	98,4 (96,9;99,8)	98 (97,2;98,8)	98,6 (97,0;100,0)
Tem cartão pré-natal/caderneta da gestante	Não	3,7 (2,1;5,3)	5,8 (2,5;9,0)	3,2 (1,6;4,9)	4,8 (2,1;7,4)
	Sim	96,3 (94,7;97,8)	94,2 (90,9;	96,8 (95,1;98,4)	95,2 (92,5;97,8)

Início do pré-natal em semanas	Primeiro trimestre	73,1 (69,0;77,0)	80,7 (75,8;85,6)	79,8 (75,5;84,2)	86,1 (81,5;90,7)
	A partir do segundo trimestre	26,9 (23,0;30,9)	19,3 (13,4;24,2)	20,2 (15,8;24,5)	13,9 (9,3;18,5)
Primeira consulta dentro das 6 primeiras semanas	Não	52,5 (47,7;57,2)	44,6 (39,0;50,2)	53,9 (48,9;58,8)	44,4 (41,1;50,7)
	Sim	47,5 (42,7;52,2)	55,4 (49,8;60,9)	46,1 (41,1;51,0)	55,6 (49,2;62,0)
Quantidade de consultas pré-natal durante a gravidez	Menos de 6 consultas	20,5 (16,2;24,3)	8,1 (5,3;10,9)	12,4 (10,2;14,7)	8,6 (6,0;11,1)
	Maior ou igual a 6 consultas	79,5 (75,7;83,4)	91,9 (89,1;94,7)	87,6 (85,4;89,8)	91,4 (88,9;94,0)
Rede de saúde usada para as consultas pré-natal	Unidade Básica de Saúde	67,7 (63,5;71,9)	48,9 (42,5;55,5)	66,6 (62,6;70,5)	42,2 (37,0;47,4)
	Hospital Público	10,7 (7,9;13,5)	5,1 (2,7;7,5)	4,0 (2,8;5,2)	4,4 (2,0;6,7)
	Rede privada	17,5 (13,8;21,1)	43,9 (37,6;50,1)	23,3 (19,5;27,1)	47,1 (41,8;52,3)
	Outros	4,1 (2,7;5,5)	2,1 (0,6;3,5)	6,1 (4,3;8,0)	6,3 (3,8;8,8)

Durante o pré-natal, a maioria das mulheres, tanto negras quanto brancas, tiveram sua pressão arterial aferida em todas as consultas. Entretanto, notamos menor prevalência de aferição da pressão arterial em todas as consultas entre as mulheres negras em 2019. As prevalências da realização das medidas de peso, barriga, ausculta do coração do bebê e realização de exame de sangue foram semelhantes em mulheres negras e brancas nos dois anos. Já a prevalência do exame das mamas em todas as consultas foi superior entre mulheres brancas em 2013, porém com redução da desigualdade em 2019. (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de realização de exames físico, antropométrico e laboratorial durante as consultas de pré-natal entre mulheres negras e brancas. PNS, 2013 e 2019.

Prevalência de realização de exames		2013		2019	
		Mulheres Negras	Mulheres Brancas	Mulheres Negras	Mulheres Brancas
Aferição da pressão arterial em todas as consultas	Sim	91,5	93,3	93,9	96,9
		(89,2;93,8)	(91,1;95,5)	(92,4;95,4)	(95,6;98,1)
	Não	8,5	6,7	6,1	3,1
		(6,2;10,7)	(4,4;8,9)	(4,6;7,6)	(1,9;4,4)
Aferição do peso em todas as consultas	Sim	91,7	92,8	94,9	95,4
		(89,4;93,9)	(90,2;95,4)	(93,4;96,3)	(92,8;98,0)
	Não	8,3	7,2	5,1	4,6
		(6,1;10,5)	(4,6;9,8)	(3,7;6,6)	(1,9;7,2)
Medida da barriga em todas as consultas	Sim	78,1	83,2	85,4	85,5
		(74,9;81,3)	(78,9;87,3)	(82,6;88,1)	(81,8;89,1)
	Não	21,9	16,8	14,6	14,5
		(18,6;25,2)	(12,7;21,0)	(11,8;17,4)	(10,8;18,1)
Ausculta do coração do bebê em todas as consultas	Sim	79,6	80,2	81,0	82,8
		(75,9;83,3)	(75,6;84,8)	(78,3;83,6)	(78,9;86,6)
	Não	20,4	19,8	19,0	17,2
		(16,7;24,1)	(15,1;24,4)	(16,3;21,6)	(13,4;21,0)
Exame das mamas em todas as consultas	Sim	33,8	44,8	20,3	27,6
		(29,5;38,1)	(38,5;50,9)	(17,1;23,6)	(22,9;32,2)
	Não	66,2	55,2	79,7	72,4
		(61,8;70,5)	(49,0;61,4)	(76,4;82,9)	(67,8;77,1)
Realização de exame de sangue	Sim	96,7	98,4	94,6	94,6
		(95,0;98,2)	(97,2;99,6)	(92,8;96,3)	(91,5;97,6)
	Não	3,3	1,6	5,4	5,4
		(1,7;4,9)	(0,3;2,8)	(3,7;7,1)	(2,4;8,5)

A proporção de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi significativamente maior entre as mulheres negras em ambos os anos. Em 2013, 81,1% (IC 95%: 77,5%; 84,8%) das mulheres negras deram à luz pelo SUS, comparado com 53,5% (IC 95%: 47,2%; 59,5%) das mulheres brancas. Em 2019, esses números foram de 76,4% (IC 95%: 72,9%; 80,0%) para mulheres negras e 54,8% (IC 95%: 49,3%; 60,4%) para mulheres brancas. Não houve uma diferença significativa na proporção de partos realizados pelo SUS entre

mulheres negras comparando os dois anos, sendo de 81,1% (IC 95%:77,5%; 84,8%) em 2013 e 76,4% (IC 95%: 72,9%; 80,0%) em 2019.

Houve diferenças significativas nas proporções de partos normais/vaginais entre mulheres negras e brancas. Em 2013, 53,6% (IC 95%: 49,3%; 57,9%) das mulheres negras tiveram parto normal/vaginal, comparado com apenas 32,3% (IC 95%: 31,6%; 39,2%) das mulheres brancas. Em 2019, esses números foram de 47,4% (IC 95%: 43,7%;51,0%) para mulheres negras e 37,6% (IC 95%: 32,3%; 42,9%) para mulheres brancas. Quanto às cesarianas, as mulheres brancas tiveram uma proporção significativamente maior em ambos os anos. Em 2013, 46,4% (IC 95%: 42,0%; 50,7%) das mulheres negras tiveram cesariana, comparado com 67,7% (IC 95%: 62,3%;73,0%) das mulheres brancas. Já em 2019, esses números foram de 52,6% (IC 95%: 49,0%; 56,3%) para mulheres negras e 62,4% (IC 95%: 57,1%;67,7%) para mulheres brancas. As taxas de partos vaginais/vaginais entre mulheres negras diminuíram de 2013 para 2019, com 53,6% (IC 95%: 49,3%; 57,9%) em 2013 e 47,4% (IC 95%: 43,7%;51,0%) em 2019, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Ao avaliar a opção de resposta "Queria ligar as trompas (laqueadura)" da variável "Motivo da cesariana", observou-se que mulheres negras escolheram mais esse procedimento em comparação com mulheres brancas. Em 2013, a proporção de mulheres negras que escolheram a laqueadura foi de 8,6% (IC 95%: 5,7%;11,4%), enquanto as mulheres brancas foram de 4,8% (IC 95%: 2,1%;7,5%).

Tabela 3 – Prevalência dos dados de parto entre mulheres negras e brancas. PNS, 2013 e 2019.

Dados de Partos		2013		2019	
		Mulheres Negras	Mulheres Brancas	Mulheres Negras	Mulheres Brancos
O parto foi feito pelo SUS	Sim	81,1 (77,5;84,8)	53,5 (47,2;59,5)	76,4 (72,9;80,0)	54,8 (49,3;60,4)
	Não	18,9 (15,1;22,5)	46,5 (40,2;52,8)	23,6 (20,0;27,1)	45,2 (39,6;50,1)
Tipo de Parto	Normal/Vaginal	53,6 (49,3;57,9)	32,3 (31,6;39,2)	47,4 (43,7;51,0)	37,6 (32,3;42,9)
	Cesariana	46,4 (42,0;50,7)	67,7 (62,3;73,0)	52,6 (49,0;56,3)	62,4 (57,1;67,7)
Motivo para a cesariana	Já tinha um parto cesáreo anterior	14,6 (8,9;20,3)	14,2 (8,8;19,6)	12,1 (9,0;15,0)	12,6 (9,0;16,2)
	Queria ligar as trompas(Laqueadura)	8,6 (5,7;11,4)	4,8 (2,1;7,5)	8,0 (4,8;11,3)	3,3 (1,3;5,3)
	Não queria sentir a dor do parto /Por ser mais conveniente.	9,6 (5,8;11,4)	15,0 (9,5;20,5)	10,1 (7,2;13,1)	21,0 (16,0;26,0)
	Por escolha do médico durante o pré-natal	11,4 (6,9;13,5)	10,8 (6,8;14,7)	8,5 (5,6;11,5)	9,4 (5,7;13,2)
	Indicação médica por complicação na gravidez ou no trabalho de parto	32,3 (26,1;38,4)	28,4 (22,5;34,2)	36,1 (31,7;40,5)	35,1 (28,4;41,7)
	Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto	17,4 (12,2;22,7)	20,8 (14,3;27,4)	17,2 (12,6;21,7)	13,6 (8,9;18,2)
	Outros	6,1 (3,0;9,2)	6,0 (2,3;9,7)	8,0 (4,3;11,8)	5,0 (2,4;7,6)

4 DISCUSSÃO

A análise dos dados revela que, embora existam algumas diferenças, estas não são tão pronunciadas com relação a desigualdades no acesso da assistência pré-natal entre mulheres negras e brancas ao longo dos anos de 2013 e 2019. Os dados de realização do pré-natal revelaram que a cobertura é amplamente universal e semelhante entre os dois grupos étnicos, assim como ter o cartão da gestante. No entanto, encontramos desigualdades raciais em detrimento às mulheres negras para outros tipos de serviços oferecidos, tais como o número de consultas pré-natal, a realização de consultas com médicos, a aferição da pressão arterial em todas as consultas, e a prevalência de partos por cesariana, com maior incidência de cesarianas entre mulheres brancas.

O estudo de Lucena et al. (2018) analisa a vulnerabilidade das mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS, utilizando dados da pesquisa da Ouvidoria ativa. Assim como o presente estudo, identifica uma disparidade no momento de início das consultas pré-natais entre mulheres negras e brancas, evidenciando desafios no acesso ou na adesão aos cuidados pré-natais. Além disso, é observado que as mulheres negras têm uma maior tendência a buscar assistência pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma constatação também corroborada pelos achados tanto de Lucena quanto do presente estudo, conforme observado em 2013 e 2019. Esses resultados ressaltam a persistência das disparidades étnico-raciais no acesso aos serviços de saúde materna ao longo do tempo.

Durante o pré-natal, houve prática de exames físicos, antropométricos e laboratoriais, incluindo a medição do peso, ausculta do coração do bebê, exames de sangue e aferição da pressão arterial. Destacando que, em 2019, persistiram desigualdades significativas entre mulheres negras e brancas com relação à aferição da pressão. Este resultado é preocupante uma vez que de acordo com o estudo de Pacheco et al. (2018), este exame é sobretudo essencial, para mulheres negras, devido ao maior risco que enfrentam de desenvolver eclâmpsia e outras complicações hipertensivas da gestação. Além disso, algumas diferenças foram observadas, como na realização do exame das mamas, que foi observada apenas em 2013. Destacamos que o percentual elevado de mulheres que não tiveram este exame realizado em todas as consultas em função da preconização de que esse exame apenas na primeira consulta, de acordo com a recomendação estabelecida de pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), nos Protocolos da Atenção Básica para a Saúde das Mulheres (Brasil, 2016) e no presente estudo as respostas foram consideradas para todas as consultas.

Com relação aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados pré-natais e no parto, foi possível verificar uma predominância de médicos em ambos os grupos étnicos. No entanto, em 2013, em uma proporção menor de mulheres negras as consultas foram realizadas por médicos em comparação às mulheres brancas e maior prevalência de consultas realizadas por enfermeiros. Essa diferença foi menor em 2019, mas ainda é significativa. Isso sugere possíveis desigualdades no acesso aos cuidados de saúde pré-natal entre os dois grupos étnicos. Com base na literatura, e a composição dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados pré-natais e no parto pode variar entre diferentes grupos étnicos, o que pode resultar em disparidades no acesso aos serviços de saúde. Estudos anteriores sugerem que mulheres negras podem enfrentar desafios adicionais no acesso a cuidados pré-natais de qualidade, incluindo uma menor probabilidade de receberem atendimento de médicos durante a gestação (Giscombe e Lobel, 2005). Outra possível explicação para esta desigualdade entre o profissional que realiza o pré-natal, é a maior prevalência de mulheres negras realizarem o pré-natal no SUS, especificamente na atenção básica. De acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo decreto nº 94.406/87, as consultas pré-natais podem ser conduzidas por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde, especialmente em gestações de baixo risco, o que pode explicar esses resultados.

Em 2019, houve um aumento expressivo na proporção de mulheres negras que pagaram por consultas em comparação com 2013, destacando uma possível barreira financeira para o acesso a serviços de saúde adequados entre mulheres negras, já que no contexto racial, é crucial considerar a predominância da população negra entre os mais pobres, o que representa um importante fator nessa análise da configuração da desigualdade. (Silva *et al.*, 2018).

Com relação ao local onde o parto foi realizado, observa-se que a maioria das mulheres negras e brancas tiveram o parto em hospital ou maternidade, sem diferença entre os grupos étnicos e ao longo dos anos. Com base nas evidências disponíveis na literatura, é possível inferir que a escolha do local de parto pode variar entre diferentes grupos étnicos, refletindo uma série de fatores sociais, culturais e pessoais. Estudos anteriores sugerem que mulheres negras podem ter preferências distintas em relação ao local de parto, muitas vezes influenciadas por suas experiências, crenças culturais e acesso a recursos de saúde (Burrowes *et al.*, 2017). Além disso, a flexibilidade de opções de parto pode ser uma consideração importante para as mulheres negras, especialmente diante das barreiras estruturais e das desigualdades de acesso aos serviços de saúde (Leal *et al.*, 2017). Portanto, os achados destacam as necessidades de abordagens culturalmente sensíveis na prestação de cuidados obstétricos.

A diferença significativa na escolha da ligadura das trompas entre mulheres negras do que as brancas podem ser atribuídas a uma série de fatores socioeconômicos, culturais e estruturais que influenciam as decisões reprodutivas das mulheres. Com base na pesquisa de Goes e Nascimento (2013), dificuldades enfrentadas por pretos e pardos no sistema educacional do estado de São Paulo refletem desafios semelhantes em todo o Brasil, ainda em sua pesquisa mulheres com maior nível educacional geralmente têm melhor acesso aos serviços de saúde preventiva, com uma disparidade evidente entre mulheres brancas e negras. Segundo Vieira (2007), é evidente que o baixo nível educacional das mulheres está associado a uma maior proporção de laqueaduras. Esses estudos indicam que mulheres com menor escolaridade tendem a optar mais pela esterilização cirúrgica, sugerindo uma relação inversa entre a educação e a decisão de se submeter à laqueadura. Essa associação é reforçada pela constatação de que mulheres submetidas à laqueadura frequentemente apresentam níveis educacionais mais baixos em comparação com a população em geral (Carvalho *et al.*, 2004).

A predominância de médicos em relação aos enfermeiros na condução de partos que é maior nos dois grupos e pode ser justificada pela formação mais extensa e específica dos médicos em obstetrícia (Silva *et al.*, 2018). Além disso, as regulamentações legais tendem a favorecer os médicos para realizar procedimentos obstétricos, enquanto os enfermeiros podem ter permissão mais restrita (Downe *et al.*, 2018). Essas diferenças na formação e nas políticas regulatórias contribuem para a distribuição de responsabilidades entre esses profissionais durante o processo de parto.

Limitações

Identificamos duas limitações principais no nosso estudo em função da disponibilidade dos dados em ambas as pesquisas. A diferença nos critérios de idade entre a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e a de 2019 – 18 anos ou mais na primeira e 15 anos ou mais na segunda - limita a compreensão abrangente da saúde das mulheres em idade fértil no Brasil. Essa variação exclui experiências significativas de saúde no pré-natal e no parto das mulheres mais jovens e pode deixar de fora aquelas que iniciaram sua vida reprodutiva e engravidaram antes dos 18 anos. A ausência de uma variável que indique se a gestação foi classificada como de baixo, médio ou alto risco. Essa informação é crucial, pois pode influenciar tanto o tipo de profissional de saúde que irá atender a gestante, quanto a exames e o número de consultas de pré-natal que é necessário. A falta dessa variável pode limitar nossa compreensão completa das

desigualdades no acesso aos cuidados no pré-natal e na qualidade do atendimento entre diferentes mulheres negras e brancas.

5 CONCLUSÃO

Em suma, nossa análise revela que entre as mulheres negras há uma tendência significativa: maior paridade, realização da maioria das consultas pré-natal e partos pelo SUS, prevalência elevada de consultas pré-natal conduzidas por profissionais enfermeiros, e um predomínio do parto normal, com a cesárea sendo mais comumente realizada para a realização de laqueadura.

Notamos desigualdades raciais no acesso à assistência pré-natal e ao parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma proporção maior de mulheres negras buscando assistência pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em comparação com mulheres brancas. Houve aumento da prevalência de pagamento por consultas de pré-natal entre as mulheres negras entre 2013 e 2019, porém maior entre mulheres brancas em ambos os anos. Também notamos diferenças na composição dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados pré-natais e no parto, com uma menor proporção de consultas realizadas por médicos para mulheres negras em 2013 em comparação com mulheres brancas. Além disso, identificamos uma maior prevalência de partos normais entre mulheres negras, atribuída à busca mais frequente pelo sistema público de saúde. Por fim, constatamos uma diferença significativa na escolha da ligadura das trompas entre mulheres negras e brancas, associada a fatores socioeconômicos, culturais e educacionais que influenciam as decisões reprodutivas das mulheres.

Essas desigualdades ressaltam a necessidade de medidas específicas para diminuir as disparidades no acesso aos cuidados de saúde materna entre mulheres de diferentes grupos étnico-raciais. É imprescindível que as políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a saúde materna, adotem abordagens mais abrangentes e desenvolvam metodologias que levem em conta não apenas indicadores quantitativos, mas também aspectos qualitativos e socioeconômicos, como raça/etnia, classe social, acesso a serviços de saúde e discriminação institucional. Essa abordagem mais ampla e sensível às desigualdades é essencial para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos cuidados pré-natais e durante o parto para todas as mulheres, independentemente sua etnia.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G.; MACCHETTI, C. E.; SOUSA, M. H. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 854-864, 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230p: ISBN 978-85-334-2360-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf. Acesso em: 19 abr. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Senado Federal. Mesa Diretora, Biênio 2023/2024. Presidência do Senador Rodrigo Pacheco. **Manual Quesito Cor/Raça e Etnia do Senado Federal**. Brasília: DF, 2023. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/642501/Manual_quesito_cor_raca_etnia_SF.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 abr. 2024.

BURROWES, D. P.; MEDELLIN, A.; HARRIS, A. C.; MILOT, L.; WILSON, S. R. Contrast-enhanced US approach to the diagnosis of focal liver masses. **Radiographics**, v. 37, n. 5, p. 1388-1400, 2017.

CARVALHO L. E. C.; CECATTI J. G.; OSIS, M. J. D.; SOUSA, M. H. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1565-1574, 2004.

COELHO, R.; NASCIMENTO, E. R.; LESSA, M. S. A.; SOARES, I. J. Desigualdades raciais no acesso e qualidade do pré-natal no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 25, e210011, 2022.

COSTA, M. C. N. Percepção de mulheres negras sobre a assistência ao parto e nascimento em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27 n. 3, p. 567-584, 2017.

DECRETO nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Brasília,

1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em: [data de acesso].

DOWNE, S.; FINLAYSON, K.; TUNCALP, Ö.; METIN GÜLMEZOĞLU, A. WHAT matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 4, p. 529-539, 2016.

FIOCRUZ. **Dados preliminares da pesquisa nascer no Brasil**. Novembro, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas**. Julho, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

GISCOMBE, C. L.; LOBEL, M. Explaining disproportionately high rates of adverse birth outcomes among African Americans: the impact of stress, racism, and related factors in pregnancy. **Psychological bulletin**, v. 131, n. 5, p. 662, 2005.

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

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICICT). **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. s.d. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Mulheres negras tiveram menos acesso ao pré-natal e maiores índices de mortalidade materna entre 2014 e 2020, aponta pesquisa do IEPS**. 24 ago. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/mulheres-negras-tiveram-menos-acesso-ao-pre-natal-e-maiores-indices-de-mortalidade-materna-entre-2014-e-2020-aponta-pesquisa-do-ieps/#:~:text=Os%20C3%ADndices%20de%20pr%C3%A9%2Dnatal,%2C54%25%20entre%20mulheres%20brancas>. Acesso em: 19 abr. 2024.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Saúde e Bem-estar**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html#:~:text=No%20dia%2028%20de%20maio,maternas%20por%20100.000%20nascidos%20vivos>. Acesso em: 19 abr. 2024.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N.; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

LEAL, M. C.; NOGUEIRA DA GAMA, S. G.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 100-107, 2005.

LESSA, M. S. A.; COELHO, R.; NASCIMENTO, E. R.; SOARES, I. J. Estratégias para redução das desigualdades raciais no acesso ao pré-natal no Brasil. **Saúde em Debate**, 46(113), 156-168, 2022.

LUCENA, R.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3505-3516, 2018.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200098, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 19 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa**. Novembro, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório sobre Mortalidade Materna de Mulheres Negras é Divulgado**. Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/relatorio-sobre-mortalidade-materna-de-mulheres-negras-e-divulgado>. Acesso em: 19 abr. 2024.

NASCIMENTO, E. R.; LESSA, M. S. A.; COELHO, E. A. C.; SOARES, I. J. (2022). Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3881-3890, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva**. 15 fev. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-cuidado-para-mulheres-gravidas-e>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Zika**. s.d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/zika#:~:text=O%20v%C3%ADrus%20foi%20isolado%20pela,75%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20foi%20infectada>. Acesso em: 19 abr. 2024.

PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R., & SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde Debate**, 42(116), 125-137, jan-mar 2018.

SILVA, R. C. P.; OLIVEIRA, L. B.; MOTA, R. S. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. **Serviço Social & Sociedade**, v. 137, p. 610-631, 2018.

SILVA, T. P. R. D.; DUMONT-PENA, E.; MOREIRA, A. D.; CAMARGOS, B. A.; MEIRELES, M. Q.; SOUZA, K. V. D.; MATOZINHOS, F. P. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180996, 2020.

SOUZA, M. A. L.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C.; SOARES, I. J. **Desigualdades raciais na saúde materna: evidências de morbimortalidade e atenção peri e neonatal no Brasil**. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 22(4), 889-901, 2022.

UNFPA. **Situação de Jovens Mulheres no Brasil: Dados Consolidados**. 2021. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-unfpa-sowmy2021-pt_br.pdf. Acesso em: 19 abr. 2024.

VIEIRA, E. M. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, p. 225-229, 2007.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V.; BASTOS, M. H.; LEAL, M. C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

VILLAR, J.; BA'AQEEL, H.; PIAGGIO, G.; LUMBIGANON, P.; MIGUEL BELIZÁN, J.; FARNOT, U.; AL-MAZROU, Y.; CARROLI, G.; PINOL, A.; DONNER, A.; LANGER, A.; NIGENDA, G.; MUGFORD, M.; FOX-RUSHBY, J.; HUTTON, G.; BERGSJO, P.; BAKKETEIG, L.; BERENDES, H.; GARCIA, J. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **The lancet**, v. 357, n. 9268, p. 1551-1564, 2001.