

REBECCA LUCENA THEOPHILO

DESIGUALDADES RACIAIS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO NO
SUS: DADOS DA PESQUISA DA SATISFAÇÃO DA REDE CEGONHA

BRASÍLIA, 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

REBECCA LUCENA THEOPHILO

DESIGUALDADES RACIAIS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO NO
SUS: DADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA REDE CEGONHA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Daphne Rattner

BRASÍLIA

2016

REBECCA LUCENA THEOPHILO

DESIGUALDADES RACIAIS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO NO
SUS: DADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA REDE CEGONHA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 19 de maio de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daphne Rattner – Presidente
Universidade de Brasília

Profa. Dra. – Leila Posenato Garcia – Membro Interno
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Everton Luís Pereira – Membro Externo
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Ao pai e ao filho

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador de todas as coisas, por permitir que tudo aconteça na minha vida como deve acontecer; por me fazer entender que sem Ele nada sou; por perscrutar minha alma e me confortar em todos os momentos. Por ter me dado forças para continuar a viver, mesmo depois de todo o processo de doença e morte do meu pai e logo depois do meu Tio Marcos. Sou muito grata pelo imensurável amor.

Ao meu pai, Xyco Theophilo, que sempre foi um incentivador nos pequenos e grandes desafios da minha vida, seu altruísmo me ensinou a ser resiliente. As lágrimas se transformam em ternura na certeza de que ele é o meu fiel anjo da guarda, pois nosso amor sempre foi mútuo, mesmo com todas as nossas imperfeições.

Ao meu filho, Enzo Theophilo que, com apenas nove anos, já sabe o que é enfrentar os desafios diários da vida. Aceitou minhas ausências ou teve que ir comigo para as aulas, alegrando-se em todos os momentos por estar fazendo parte da minha vida escolar. Sou grata por ele contribuir diariamente para que eu seja uma pessoa melhor e por descobrir com ele o verdadeiro sentido do amor.

À minha mãe, que sempre provou que é possível ser mãe, dona de casa, esposa e estudante, prova disso é sua graduação ter sido realizada com os quatro filhos com idades entre um e oito anos. O Campus da Universidade Federal do Ceará, o laboratório onde eram preparadas as comidas, o senhor que vendia laranjas descascadas e a Ave Maria de Schubert tocando no rádio quando íamos embora foram as memórias guardadas no meu coração e que revivem todas as vezes que levo Enzo comigo para as aulas no Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília.

À minha tia Norma, que passa horas comigo no telefone acalmando meu coração e suprimindo a saudade que sinto diariamente de meu papai e colocando todas as minhas necessidades em suas orações ricas de fé.

À minha avó, irmãos, sobrinhos, tias, primas e primos e todos que, durante esses dois anos de perdas e dor, conseguiram me fazer acreditar que a família é a base para o meu amadurecimento.

À amiga Adriana Oliveira Neto, por todas as vezes que saiu da sua casa para ficar com meu filho, permitindo eu ir às aulas noturnas. O seu desprendimento e companhia sempre foram motivos de muita alegria.

À amiga Cecília Gabriele que, aqui no planalto central, supre o papel de amiga, mãe e conselheira com toda maestria, amor e delicadeza. Que envolveu toda sua família para que a minha caminhada fosse mais leve. Obrigada, Beto, Clarinha e Liginha, por tanto acolhimento e afeto, por deixar Enzo e eu fazermos parte da família de vocês.

À amiga Luciana Uchoa que, mesmo longe fisicamente, está sempre presente em todos os momentos da minha vida nossa amizade é um exemplo de que a alma une e fortalece, nos transformando em verdadeiras irmãs, uma coadunação perfeita.

À amiga Remédios Mendes que, desde a especialização em Direito Sanitário, foi uma incentivadora fiel para que eu continuasse na academia; ela me ensina como quem reza com a alma genuflecta, citando o poeta Filgueiras Lima, um dos pontos convergentes da nossa amizade.

Aos anjos da vida real: Lorena Lucena, Katherine Maia, Cilene Santos, Maria Isabel Ciasca, Maria Helena Filgueiras Lima, Maria Lúcia Filgueiras Lima, Maria Cláudia Filgueiras Lima, Marisa Lima, Silvana Chagas, Aline Reis, Caroline Cals, Maria Silva, Luciane Lima, Renata Rebouças, Barbarah Rebouças, Lucilene Rebouças, Izabella Maróstica, Vevé Oliveira, Moisés Passos, Erika Lizette e tantas outras que fazem parte da minha caminhada, cujo amor me fortalece em todos os momentos.

Ao anjo celestial Rui Filgueiras Lima, que sempre acreditou que eu era capaz.

Às mães Maristas e ex-Maristas: Luciana Ribeiro, Moema Madeira, Sandra Shimoka, Iris Oliveira, Ludimila Magalhães, Rebeca Bautista, Sanny Amorim, que incluíram eu e Enzo em suas famílias, fazendo nossos dias em Brasília mais suaves.

Ao Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, que me deu a oportunidade de trabalhar no Ministério da Saúde em Brasília, em 2011, e que fortaleceu minha inteligência emocional com seus conselhos algumas vezes duros, mas significativos para eu seguir em frente com a cabeça sempre erguida.

Às diretoras do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde, Vanilda Alves e Eliana Pinto, que permitiram minhas ausências do trabalho para as

assistir as aulas diurnas do mestrado. Aos colegas de trabalho que se dispuseram a tirar todas as minhas dúvidas sobre a Pesquisa da Rede Cegonha.

À Maria Fátima de Souza e Ana Valéria Machado que confiaram que uma turismóloga era capaz de ser mestre em Saúde Coletiva.

Aos amigos conquistados na Universidade de Brasília, que fizeram o espaço acadêmico ser mais livre, criativo, objetivo, simples, solidário e humilde.

À minha querida orientadora Daphne Rattner, que soube me dar as melhores indicações de qual caminho deveria seguir. Sua magnanimidade foi preponderante para minha formatura e despertar para continuidade da vida acadêmica.

“Um indivíduo não começa a viver até que consiga se elevar acima dos estreitos limites de seus interesses individuais e alcançar os interesses mais amplos de toda a humanidade”

(Martin Luther King)

RESUMO

Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial e ainda à promoção da equidade, a Rede Cegonha, dentre as ações, propõe a formação de uma rede de cuidados às mulheres de forma a assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. **Objetivos:** avaliar o inquérito telefônico da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha realizado com mulheres puérperas atendidas pelo SUS de março a dezembro de 2012, com interesse específico de verificar diferenças raciais nas respostas. **Metodologia:** desenho de estudo descritivo que utiliza o banco de dados secundários provenientes da pesquisa de satisfação da Rede Cegonha realizada através de um inquérito telefônico, operacionalizado pelo Disque Saúde-136, com mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS em 2012. **Resultados:** 253.647 mulheres constituíram o universo desta investigação, 128.922 se auto declaram pardas, 89.809 brancas, 26.935 pretas, 5.306 amarela, 1.533 indígenas e 1.142 não tinha informações sobre raça/cor. As mulheres de raça/cor preta/parda aparecem em maiores proporções nas características socioeconômicas no que diz respeito a gestações na adolescência, mães solteiras, analfabetas ou com nível fundamental incompleto, mulheres sem renda ou recebendo menos de 1 salário mínimo e são as que mais recebem bolsa família. Na assistência ao pré-natal as mulheres pretas/pardas também aparecem em maior proporção na gravidez não planejada, são as que mais utilizam a rede pública de saúde, tiveram menos consultas de pré-natal. Na assistência ao parto elas também foram menos favorecidas no tempo de espera, na falta de acompanhante e foram as que mais realizaram partos normais. **Considerações finais:** ficou evidenciado a vulnerabilidade das mulheres de raça/cor preta/parda em suas características socioeconômicas e demográficas na assistência pré-natal e na assistência ao parto. O conhecimento sobre iniquidades deve servir de alerta para a sociedade e para o poder público como diretriz para a elaboração de políticas e ações destinadas a reduzir as desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde; Equidade em Saúde; Distribuição por Raça ou Etnia; Sistema Único de Saúde; Mães

ABSTRACT

With principles of respect to the protection and implementation of human rights, cultural diversity, ethnic and racial and even the promotion of equity, Stork Network, among the actions, proposes the formation of a network of care to women in order to ensure the right to reproductive planning and the provision of continuous actions of attention to maternal and child health. **Objectives:** To evaluate the telephone survey of Satisfaction Survey of Stork Network carried out with puerperal women attended by SUS March to December 2012, with specific interest to check racial differences in responses. **Methodology:** descriptive study design that uses the secondary database from the Network Stork satisfaction survey conducted through a telephone survey, operated by Health Hotline-136, with women who had their births attended in the SUS in 2012. **Results:** 253,647 women constituted the universe of this investigation, 128,922 self declare brown, 89,809 white, 26,935 black 5306 yellow, 1,533 Indians and 1,142 had no information on race / color. The women's race / black / depart appear in larger proportions in socioeconomic characteristics in relation to pregnancies in adolescence, single mothers, illiterate or with incomplete basic level without income women or getting less than 1 minimum wage and are the most receive family allowance. In assistance to prenatal black / brown women also appear in greater proportion in unplanned pregnancy, they are the most use the public health system, had fewer prenatal consultations. In childbirth they were also disadvantaged in waiting time, in the absence of escort and were the most normal deliveries made. **Final thoughts:** it was evident the vulnerability of women race / black / brown in their socioeconomic and demographic characteristics in prenatal care and childbirth assistance. Knowledge about inequities should serve as a warning to society and to the government as a guideline for the development of policies and actions to reduce health inequalities.

Keywords: Health Vulnerability; Equity in Health; Distribution by Race and Ethnicity; Health Unic System; mothers

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição (nº e %) das características socioeconômicas e demográficas das mulheres respondentes à Pesquisa da Rede Cegonha. Brasil, 2012.....	26
Tabela 2 - Tabela 2 – Distribuição (n e %) das respostas referentes à assistência pré-natal das mulheres respondentes à Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha. Brasil, 2012.....	28
Tabela 3 - Distribuição (n e %) das respostas referentes à assistência ao parto das mulheres respondentes à Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha. Brasil, 2012.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CGSM	Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DDD	Discagem Direta à Distância
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
GM	Gabinete do Ministro
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSRC	Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha
RC	Rede Cegonha
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VS	Versus

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO.....	16
3. OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivo Específico.....	20
4. METODOLOGIA.....	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
Vulnerabilidade das mulheres negras na assistência ao pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa de satisfação da Rede Cegonha.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA REDE CEGONHA.....	46
ANEXO 2 – ROTEIRO DA PESQUISA – REDE CEGONHA	54
ANEXO 3 - CONDUTAS PADRÃO PARA SITUAÇÕES DA PESQUISA REDE CEGONHA	55
ANEXO 4 – COMPROVAÇÃO COMITE DE ETICA.....	65
ANEXO 5 – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	66

1. APRESENTAÇÃO

Minha vida sempre foi traçada por grandes desafios e um deles foi sair da área de Ciências Administrativas para a área de Ciências da Saúde. Minha trajetória na saúde começa em 2003, quando trabalhei na diretoria de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), administrando contratos da área da saúde e foi quando pude perceber quão grandiosa é a capacidade do ser humano de contribuir para que todas as pessoas tenham um completo estado de bem-estar físico, mental e social, conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo o significado de saúde, indo além de apenas ausência de alguma enfermidade.

Na especialização em Direito Sanitário, aprendi que a nossa Constituição Cidadã legitima a todos os cidadãos a assunção da saúde como direito humano inalienável e coloca os Entes Federados como responsáveis em garantir um acesso universal, igualitário e integral, livre de preconceitos e privilégios de qualquer espécie, fortalecendo o controle social, colocando os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) como o centro das atenções na adequação das necessidades sociais.

Na Ouvidoria Geral do SUS acompanho, na minha rotina de trabalho, os anseios dos cidadãos para a efetivação dos seus direitos à saúde, fazendo da Ouvidoria um canal de participação da sociedade civil atenta e atuante, como forma de fortalecimento no processo de efetivação das políticas públicas em saúde. Por meio da Ouvidoria Ativa, se busca a participação da sociedade, com o objetivo de angariar informações avaliativas sobre os serviços prestados no SUS, e uma dessas iniciativas foi a Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha (PSRC).

Quando o Ministério da Saúde lançou a Campanha Contra o Racismo Institucional, em novembro de 2014, reconhecendo o racismo como determinante social em saúde, com a necessidade urgente de ser enfrentado e denunciado, com o objetivo de informar a população em geral sobre os motivos e agravos que dificultam o acesso integral da população negra aos serviços, assim como para conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência do racismo institucional – isso despertou em mim o interesse de unir os bancos de dados existentes na Ouvidoria com a campanha lançada.

Através de observações e leituras, ainda sem grande aprofundamento, pude constatar que a população negra está vulnerável à má qualidade e tem dificuldades no acesso à saúde pública do Brasil. A partir daí, despertei para o fato de que poderia contribuir para a academia, fazendo uma análise mais detalhada do banco de dados da PSRC sob o enfoque de raça/cor, trabalho que resultou nesta minha dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

2. INTRODUÇÃO

No século XIX, o conceito de raça foi utilizado pela biologia para explicar as diferenças culturais entre os povos e o modo subordinado com que foram incorporados ao sistema mercantil global pela expansão e conquistas europeias, excluindo as formas sociais, econômicas e culturais como uma maneira de reduzir as desigualdades de situação entre os povos. (GUIMARÃES, 2011)

No governo de Getúlio Vargas (1930-1945) buscou-se recuperar a imagem do trabalho e do trabalhador através da educação dos melhores indivíduos, para que o Brasil fosse dotado de trabalhadores moral e fisicamente fortes e saudáveis, além de constituir uma elite intelectual e política capaz de apontar os caminhos do desenvolvimento cultural e econômico. Buscava-se a constituição da homogeneidade racial como objetivo de eliminar diferenças étnicas e culturais, pois nos meios acadêmicos havia uma posição supostamente igualitária sobre a inexistência de preconceito racial, ideia que se tornou corrente na sociedade brasileira de maneira geral; em contraponto, alguns intelectuais defendiam a ideia de que a miscigenação tornaria possível o branqueamento do povo brasileiro. O ideal da harmonia racial se baseava na ausência de antagonismos e violência entre brancos, negros e índios, consideradas unidades formadoras da identidade nacional, sendo o culto à mestiçagem o principal formador dessa identidade, afastando a percepção negativa das misturas raciais. A mulher passou a ser responsável pela construção de uma nação miscigenada e capaz de melhorar as qualidades físicas e morais das gerações futuras e, aquelas que não dispunham de todos os requisitos necessários para a construção de um futuro progressista para a nação, eram banidas do projeto. (SILVA e FONSECA, 2012)

Para uma sociedade cujo projeto global necessitava de hierarquia, é difícil admitir que entre humanos não havia superiores nem inferiores e que as espécies evoluem sem haver uma obediência a um plano sobrenatural, implantando o que eles chamaram de darwinismo social, que nada mais era do que o darwinismo vulgar a serviço dos opressores, alicerçado em pretensões de eternização das desigualdades sociais. Havia uma percepção incipiente do processo da hereditariedade e sua ligação com a transmissão da saúde ou da doença. (OLIVEIRA, 2003)

Em 1969, o Brasil tornou-se signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação Racial (PRESIDENCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 1969); ademais, em 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado por meio da promulgação de sua Constituição (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 1988), ratificando a necessidade de desenvolvimento da dignidade dos brasileiros como cidadãos e seres humanos.

A Constituição Federal Brasileira perfez o direito à igualdade entre os povos e efetivou os princípios de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, igualitário e integral (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 1988). Trata-se de um Sistema que deve garantir a mais de 200 milhões de pessoas o direito à saúde, configurado como um conjunto de ações e serviços de saúde capaz de assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

A sociedade necessita ter o sentimento de pertencimento em relação aos serviços públicos de saúde, pois a qualidade de vida tem fortes implicações com as políticas de Estado, fazendo com que se torne necessária a participação de todos nas discussões das políticas sociais e econômicas da área da saúde. A comunidade deve se sentir responsável pelos destinos da sua cidade tendo, como dever ético originado da vida, um dever moral que impõe responsabilidades individuais e sociais e dever de uns para com os outros, pois o Estado por si só não tem forças para resguardar a paz social. Assim, a saúde, por estar intrinsecamente vinculada ao bem-estar social e individual, implica responsabilidades públicas e sociais de todas as ordens, como exercício de liberdade, cidadania e garantia de dignidade (SANTOS, 2010).

O princípio da equidade é acompanhado no âmbito dos direitos pelo desenvolvimento dos direitos difusos e coletivos que introduzem princípios de solidariedade, tolerância, confiança e correspondem às formas de pensar os arranjos sociais, considerando as diferenças como dado da realidade e incorporando a equidade como princípio orientador. A diversidade é a base das sociedades modernas, onde se mantêm vínculos orgânicos de solidariedade que se exige para a elaboração de políticas equitativas dirigidas aos grupos social e economicamente mais vulneráveis, um processo de expansão dos direitos sociais orientado por uma modalidade de cidadania emancipada em que, além da participação, há o protagonismo cívico e social. (SCOREL, 2001)

Somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades dos sujeitos sociais é que se pode alcançar a igualdade, ponto de chegada da justiça

social, referencial dos direitos humanos e consequência desejada da equidade. A equidade permite resolver uma parte razoável das distorções na distribuição da saúde, tendo a base ética para guiar o processo decisório da alocação de recursos, associada aos princípios de responsabilidade e da justiça, para fazer valer o direito a saúde (GARRAFA, OSELKA e DINIZ, 1997).

É sabido que as condições de vida, trabalho, qualidade dos equipamentos sociais a que se tem acesso, a humanização e o compromisso dos profissionais da saúde pelos quais os indivíduos são atendidos influenciam diretamente a situação de sua saúde, e a chance de exposição das pessoas ao adoecimento é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade a adoecer. De modo inseparável, a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção dos indivíduos revela a vulnerabilidade como um indicador de iniquidade e de desigualdade social (AYRES *et al.*, 2003).

A redução da vulnerabilidade em Saúde Pública depende do conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde. Desta forma, necessita-se formular e implementar políticas públicas que visem a redução de desigualdades sociais (LORENZO, 2006). As consequentes vivências de condições de marginalidade e vulnerabilidade e o reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil desde a abolição da escravatura até a atualidade revelam a importância da avaliação da dimensão étnico-racial nos estudos em saúde (CUNHA, 2012).

Em 1996, durante a realização da Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, com a participação de cientistas, militantes da sociedade civil, médicos e técnicos do Ministério da Saúde, a problemática da saúde da população negra foi dividida em blocos, conforme descrito por Oliveira (2003):

- Primeiro bloco: doenças que têm berço hereditário, ancestral e étnico;
- Segundo bloco: conjunto de ocorrências, condições, doenças e agravos adquiridos, derivados de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, além da intensa pressão social;
- Terceiro Bloco: doenças cuja evolução agrava-se ou o tratamento é dificultado pelas condições negativas, ou seja, apesar de incidentes sobre toda a sociedade, algumas doenças se tornam mais graves na

população negra, devido às carências econômicas, sociais e culturais a que está submetida; e

- Quarto Bloco: conjunto de condições fisiológicas que sofrem interferências das condições negativas, contribuindo para sua evolução para doença; nesse grupo estão o crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

Com a incorporação do campo raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH) pela portaria MS/SAS nº 719 em 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS, 2007), foi possível conhecer os perfis de morbimortalidade da população brasileira no que tange à auto declaração étnico-racial e evidenciar diferenças raciais de vulnerabilidade produzidas no processo saúde-doença, permitindo subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades. (SOARES FILHO, 2012) Essa identificação é também muito útil como marcador do risco de discriminação ou de exposições sociais. (ARAÚJO, COSTA, *et al.*, 2009)

Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial e ainda à promoção da equidade, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, instituiu a Rede Cegonha (RC), visando o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. A RC tem como objetivos garantir: o acolhimento, as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento; a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade; a resolubilidade; e o acesso às ações do planejamento reprodutivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Os eixos de ação da Rede Cegonha são: a qualificação da atenção básica (pré-natal, puerpério, planejamento reprodutivo e atenção à criança até 2 anos); qualificação da atenção ao parto e nascimento (suficiência e qualidade dos serviços, com mudança do modelo de atenção e gestão); ativação dos territórios para elaboração de plano de ação, integando atenção básica e atenção ao parto e nascimento, regulação, transporte e sistemas de informação; e, a mobilização social.

Visando dimensionar o alcance desses objetivos, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), em parceria com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS), ambos departamentos do Ministério da Saúde, realizaram a Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha (PSRC) que teve como objetivo avaliar a implementação da Rede Cegonha nos estados brasileiros, considerando o olhar de uma amostra representativa de mães que tiveram seus partos

financiados pelo SUS, estabelecendo uma relação direta dos gestores do SUS com as cidadãs.

Destarte, este trabalho tem por objetivo descrever e analisar o inquérito telefônico da PSRC realizado com mulheres puérperas atendidas pelo SUS de março a dezembro de 2012, com interesse específico de verificar diferenças raciais nas respostas, sob a ótica dos princípios do SUS e da Rede Cegonha, entendendo o Estado como uma estrutura complexa em que estão refletidas desigualdades e disputas sociais e que falhas coletivas em prover um serviço apropriado às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica podem ser interpretadas como racismo institucional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os serviços de pré-natal, parto e puerpério entre mulheres que realizaram partos financiados pelo SUS no Brasil em 2012, com base na Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha

3.2 Objetivo Específico

Verificar diferenças raciais segundo a categoria de raça/cor nas respostas ao inquérito da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de avaliação com desenho descritivo que utiliza um banco de dados secundários provenientes da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha (PSRC).

População e Métodos

A PSRC é realizada através de um inquérito telefônico operacionalizado pelos tele atendentes do Disque Saúde – 136, no período de maio de 2012 a junho de 2013, com mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS no ano de 2012.

Os procedimentos da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha/MS são como seguem:

- Elaboração do questionário pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/SGEP) e da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres

(CGSM/DAPES/SAS) do Ministério da Saúde, com 57 questões com respostas fechadas; (Anexo 1)

- Identificação e extração na Autorização Internação Hospitalar (AIH) dos nomes e telefones das parturientes. Somente a partir de 23 de fevereiro de 2012, por meio da Portaria nº 133 tornou-se obrigatório o preenchimento do campo 'telefone' na tela de identificação do usuário deste sistema, tendo efeito nas AIH's a partir de março de 2012. E só foi possível extrair dados para as mulheres que informaram números válidos e não repetidos, entendendo como válido o campo "telefone" composto por 10 ou 11 dígitos, sendo os dois primeiros correspondentes ao código de Discagem Direta à Distância (DDD) do telefone e os demais correspondentes ao número do telefone da usuária.

- Capacitação para orientar os técnicos do Disque Saúde -136, referente ao Roteiro da Pesquisa e as Condutas Padrão a serem seguidas; (diretrizes da capacitação constantes nos Anexos 2 e 3)

- Realização das ligações no período de maio de 2012 a julho de 2014;

O banco de dados brutos foi reanalisado para extração de inconsistências e, para fins deste trabalho, foram considerados apenas os partos ocorridos de março a dezembro de 2012.

As variáveis estudadas para compor o perfil sócio demográfico foram: raça/cor, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, recebimento de bolsa família e região de residência. Sobre atenção ao pré-natal foram consideradas: se a gravidez foi planejada, onde o pré-natal foi realizado, números de consultas de pré-natal na rede pública, participação em atividades educativas, internação no SUS por complicação, principal motivo da internação no SUS, se recebeu informação sobre parto normal e informação sobre local do parto. E as variáveis para a atenção ao parto foram: se o parto foi realizado no primeiro serviço de saúde buscado, tempo de espera para ser atendida, se teve acompanhante no parto, motivos para a falta de acompanhante, tipo de parto, agressão (verbal, física e mau atendimento) durante o parto e se houve pagamento adicional. Para as mulheres cujo desfecho foi aborto, a pesquisa foi interrompida a partir da questão sobre internamento por complicações. Para fins de análise do banco de dados, adotando como variável de interesse raça/cor/etnia, foram excluídas as mulheres que não informaram esse dado (0,45%). Ainda nessa variável foram agrupadas mulheres de raça negra e parda, e mulheres de raça branca e

amarela, tendo sido excluídas as indígenas por representar uma categoria com baixa representação e com características muito peculiares (0,60%).

As variáveis foram analisadas por meio de tabelas de distribuição de frequência, no programa Excel 2013, utilizando o *chi quadrado* de Pearson como teste de significância estatística e adotando a probabilidade de $p < 0,05$ como estatisticamente significativa.

Uma vez que esta pesquisa utilizou um banco de dados público em que respondentes não são identificados, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Saúde/Universidade de Brasília emitiu parecer nº 1.166.760 em 01 de agosto de 2015 autorizando a pesquisa com CAAE nº 42987114.7.0000.0030 (Anexo 4), conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vulnerabilidade das mulheres negras na assistência ao pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa de satisfação da Rede Cegonha **Vulnerability of black women in prenatal care and childbirth in SUS: Analysis of the Stork Network satisfaction survey**

RESUMO

Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial e ainda à promoção da equidade, a Rede Cegonha assegura o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. Este trabalho tem por objetivo avaliar a Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha realizada com mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS em 2012, com interesse específico de verificar diferenças raciais nas respostas. Foi realizado estudo descritivo utilizando, o banco de dados secundários proveniente da pesquisa realizada pela Ouvidoria Geral do SUS. 253.647 mulheres constituíram o universo desta investigação, sendo que 128.922 se auto declaram pardas, 89.809 brancas, 26.935 pretas, 5.306 amarela, 1.533 indígenas e 1.142 não tinha informações sobre raça/cor. A mulheres de raça/cor preta/parta aparecem em piores condições nas características socioeconômicas, na assistência ao pré-natal e na assistência. O conhecimento sobre iniquidades e vulnerabilidade de um grupo deve servir de alerta para a sociedade e para o poder público como diretriz para a elaboração de políticas e ações destinadas a reduzir as desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde; Equidade em Saúde; Distribuição por Raça ou Etnia; Sistema Único de Saúde; Mães

ABSTRACT:

With principles of respect to the protection and implementation of human rights, cultural diversity, ethnic and racial and even the promotion of equity, Stork Network, ensures the right to reproductive planning and provision continue the care actions to maternal and child health . This study aims to evaluate the Network Satisfaction Survey Stork conducted with women who have had their births assisted in the SUS in 2012, with specific interest to check racial differences in responses. It was analyzed by a

descriptive study design using the secondary database from the survey conducted by the NHS Ombudsman. 253,647 women constituted the universe of this investigation, and 128,922 self declare brown, 89,809 white, 26,935 black 5306 yellow, 1,533 Indians and 1,142 had no information on race / color. The women's race / black / depart appear worse off in socioeconomic characteristics, care and prenatal care. Knowledge about inequalities and vulnerability of a group should serve as a warning to society and to the government as a guideline for the development of policies and actions to reduce health inequalities.

Keywords: Health Vulnerability; Equity in Health; Distribution by Race and Ethnicity; Health Unic System; mothers

INTRODUÇÃO

O Brasil, signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1), reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio da promulgação de sua Constituição em 1988 (2), e ratifica a necessidade de desenvolvimento da dignidade dos brasileiros como cidadãos e seres humanos. Estes documentos marcam a discriminação racial como uma barreira a ser combatida para a melhoria das relações sociais no território nacional.

A Constituição Federal Brasileira perfez o direito à igualdade entre os povos e efetivou os princípios de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, igualitário e integral. (2) Trata-se de um Sistema que garante o direito à saúde e se configura por um conjunto de ações e serviços capazes de assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, instituiu a Rede Cegonha (RC). Essa rede de cuidados assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. Além disso, fomenta a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e a assistência à criança até 24 meses. Com isso, busca garantir o acolhimento, as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento; a resolubilidade e o acesso às ações de

planejamento reprodutivo. (Unsupported source type (Misc) for source EspaçoReservado1.)

Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, e ainda à promoção da equidade, a RC incorporou parte dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, que tem por objetivo promover mudanças culturais nos modelos de atenção e gestão da saúde como uma política afirmativa e transversal do SUS.

Observar a saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode 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.

Para Ayres (4), vulnerabilidade diz respeito aos condicionantes estruturais que indicam “susceptibilidade” de determinadas populações para alguma questão. Esse modelo explicativo busca se distanciar dos condicionantes individuais, com vistas a compreender os processos que impactam nas condições de saúde de uma população. A proposta de Ayres é pautada nas reflexões de Mann (5) sobre a relação entre saúde e direitos humanos. O modelo de vulnerabilidade proposto está conformado por três eixos interdependentes de determinação: o individual; o social; e o programático.

Para esses autores, a vulnerabilidade individual se refere ao grau e qualidade da informação que o indivíduo dispõe e a elaboração em sua vida prática. A vulnerabilidade social diz respeito ao conjunto de fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações. A vulnerabilidade programática corresponde aos programas e políticas pensadas e executadas pelo poder público e outras instituições para dar resposta para determinadas problemáticas.

Para os autores, os três níveis de vulnerabilidade afetam indivíduos e coletividades, a depender das configurações sociopolíticas e culturais. Esse modelo demonstra como não é possível encarar os sujeitos fora das relações sociais que os produzem, visto que em todos os momentos eles serão influenciados por forças que impossibilitam determinadas tomadas de decisão.

No Brasil viveu-se um movimento contínuo de exclusões sociais da população negra, marcado pelo ideal de embranquecimento e por políticas que marcaram este grupo populacional como desigual. Theodoro (6) ressalta os mecanismos legais, construídos pelo próprio Estado brasileiro, que legitimaram a exclusão e a violência contra a população negra, especialmente a forma como a Lei de Terras de 1850 e a Lei da Abolição foram construídas e implantadas.

As consequentes vivências em condições de marginalidade e vulnerabilidade e o reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil desde a abolição da escravatura até a atualidade reforçam a importância da avaliação da dimensão étnico-racial nos estudos em saúde. (7) Uma das ações importantes neste sentido foi a introdução da pergunta “Qual é a sua cor/raça” nos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a partir de 1991. Essa iniciativa visibilizou a população negra e parda brasileira e possibilitou a adoção do recorte raça/cor nas pesquisas e ações no Brasil. Além disso, ressaltou um debate latente na sociedade nacional sobre o uso dos termos “cor” e “raça” e os impactos de cada uma dessas nomenclaturas no país.

Somada à iniciativa do IBGE, a incorporação do campo raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH) em 2007 (Unsupported source type (Misc) for source EspaçoReservado2.) permitiu conhecer os perfis de morbimortalidade da população usuária do SUS no que tange à auto declaração étnico-racial. Com isso, iniciou-se um processo de evidenciar diferenças raciais de vulnerabilidade produzidas no processo saúde-doença, permitindo subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades. (9)

A produção de informações com o marcador raça/cor foi um passo importante para a produção de ações que permitem reconhecer as vulnerabilidades que afetam especificamente a população negra para superar as iniquidades em saúde. Assim, reconhecemos que, visto o contexto sociocultural e programático brasileiro, as mulheres negras estão em dupla situação de vulnerabilidade: vivenciam experiências de exclusão histórica marcada pela produção dos preconceitos no seio da sociedade; e são marcadas pela ausência de ações específicas para a superação da desigualdade.

Com os pressupostos acima pontuados, este trabalho avaliará o inquérito telefônico Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha (PSRC), realizado com mulheres puérperas atendidas no SUS de março a dezembro de 2012, com o interesse específico de verificar diferenças raciais nas respostas, sob a ótica dos princípios do SUS e da Rede Cegonha.

MÉTODOS

A Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha (PSRC) foi realizada para avaliar o grau de satisfação em relação aos serviços de pré-natal, parto e puerpério, por parte das mulheres que realizaram seus partos no SUS, estabelecendo uma relação direta dos gestores do SUS com as cidadãs. Foi executada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), em parceria com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS), ambos departamentos do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo de avaliação com desenho descritivo, um inquérito, que utilizou um banco de dados secundários provenientes da PSRC.

População e Métodos

A PSRC foi realizada através de um inquérito telefônico operacionalizado pelos tele atendentes do Disque Saúde – 136, no período de maio de 2012 a junho de 2013, com mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS no ano de 2012.

Os procedimentos da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha/MS são como seguem:

- Elaboração do questionário pelo DOGES/SGEP e da CGSM/DAPES/SAS do Ministério da Saúde, com 57 questões com respostas fechadas;

- Identificação e extração na Autorização Internação Hospitalar (AIH) dos nomes e telefones das parturientes. Somente a partir de 23 de fevereiro de 2012, por meio da Portaria nº 133, tornou-se obrigatório o preenchimento do campo ‘telefone’ na tela de identificação do usuário deste sistema, tendo efeito nas AIH’s a partir de março de 2012. E só foi possível extrair dados para as mulheres que informaram números válidos e não repetidos, entendendo como válido o campo “telefone” composto por 10 ou 11 dígitos, sendo os dois primeiros correspondentes ao código

de Discagem Direta à Distância (DDD) do telefone e os demais correspondentes ao número do telefone da usuária.

- Capacitação para orientar os técnicos do Disque Saúde -136, referente ao Roteiro da Pesquisa e as Condutas Padrão.

- Realização das ligações no período de maio de 2012 a julho de 2014; supervisão de 5% dos questionários, por meio de nova ligação, em que eram verificadas as respostas a uma amostra das perguntas.

O banco de dados brutos foi reanalisado para extração de inconsistências e, para fins deste trabalho, foram considerados apenas os partos ocorridos de março a dezembro de 2012.

As variáveis estudadas para compor o perfil sócio demográfico foram: raça/cor, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, recebimento de bolsa família e região de residência. Sobre atenção ao pré-natal foram consideradas: se a gravidez foi planejada, onde o pré-natal foi realizado, números de consultas de pré-natal na rede pública, participação em atividades educativas, internação no SUS por complicação, principal motivo da internação no SUS, se recebeu informação sobre parto normal e informação sobre local do parto. E as variáveis para a atenção ao parto foram: se o parto foi realizado no primeiro serviço de saúde buscado, tempo de espera para ser atendida, se teve acompanhante no parto, motivos para a falta de acompanhante, tipo de parto, agressão (verbal, física e mau atendimento) durante o parto e se houve pagamento adicional. Para as mulheres cujo desfecho foi aborto, a pesquisa foi interrompida a partir da questão sobre internamento por complicações.

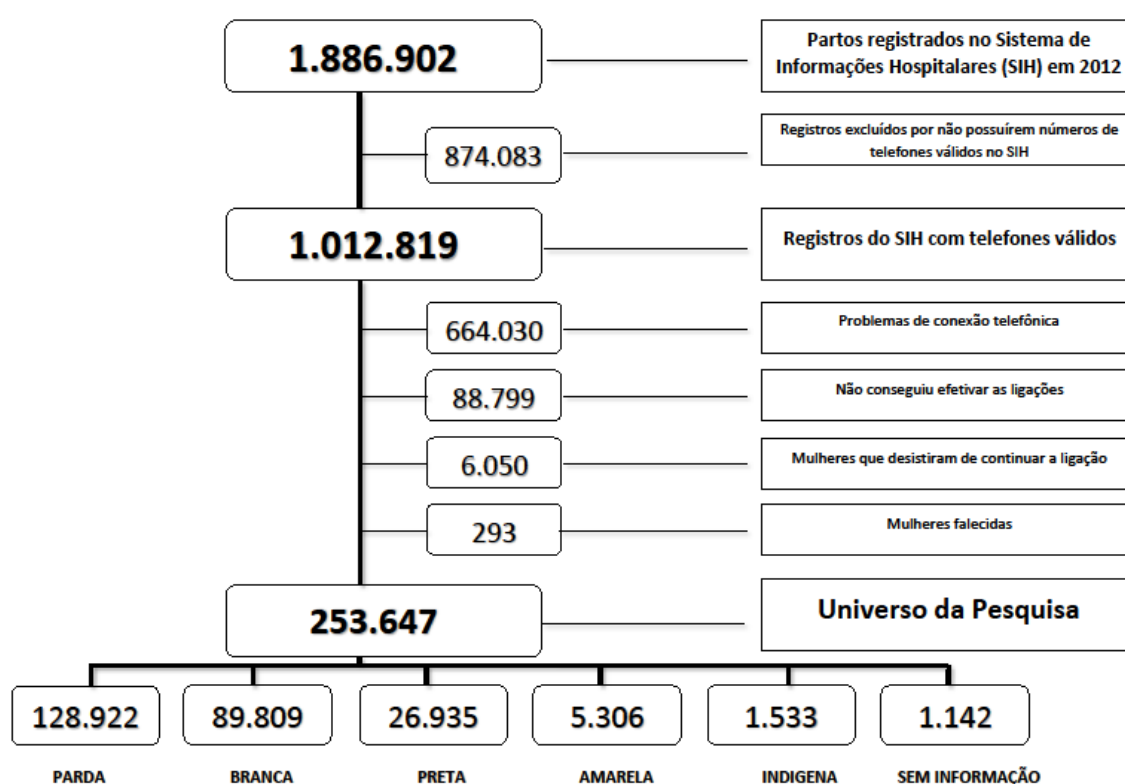
Para fins de análise do banco de dados, adotando como variável de interesse raça/cor/etnia, foram excluídas as mulheres que não informaram esse dado (0,45%). Ainda nessa variável foram agrupadas mulheres de raça negra e parda, e mulheres de raça branca e amarela, tendo sido excluídas as indígenas por representar uma categoria com baixa representação e com características muito peculiares (0,60%).

As variáveis foram analisadas por meio de tabelas de distribuição de frequência, no programa Excel 2013, utilizando o *chi quadrado* de Pearson como teste de significância estatística e adotando a probabilidade de $p < 0,05$ como estatisticamente significativa.

Uma vez que esta pesquisa utilizou um banco de dados público, em que respondentes não são identificadas, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Saúde/Universidade de Brasília emitiu parecer nº 1.166.760 em 01 de agosto de 2015 autorizando a pesquisa com CAAE nº 42987114.7.0000.0030, conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12.

RESULTADOS

Figura 1 – Demonstrativo do quantitativo de números de telefones



A figura 1 mostra o fluxograma para constituição da população estudada. Dentre as 1.886.902 mulheres constantes no SIH, 3,1 % haviam se autodeclarado pretas, 37,6% pardas, 23,6% brancas, 0,4% amarelas e 0,3% indígenas. Em 662.745 (35,1%) registros não havia informação no campo raça/cor. Reagrupando os registros que continham a informação, 62,7% autodeclararam-se pretas/pardas e 36,9% brancas/amarelas, sendo 0,4% indígenas. (10) Por outro lado, das 253.647 mulheres

entrevistadas na PSRC em 2012, 61,5% se autodeclararam pretas/pardas, 37,5% brancas/amarelas, 0,6% indígenas e 0,5% não responderam à questão.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS em 2012 e participaram da PSRC. Observa-se entre pretas/pardas, em relação às brancas/amarelas, uma proporção maior de gestantes adolescentes (18,8% vs. 15,6%), que se declaram solteiras (42,0% vs. 35,8%), analfabetas ou com nível fundamental incompleto (27,2% vs. 21,6%), mulheres sem renda ou recebendo menos de 1 salário mínimo (33,0% vs. 21,4%) e ainda uma proporção maior recebendo bolsa família (31,8% vs. 22,3%). Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

A distribuição geográfica por raça/cor também foi heterogênea: 72,2% das mulheres brancas/amarelas estavam concentradas na região sul e sudeste, sendo destas regiões 47,1% das de raça preta/parda. A proporção de mulheres pretas/pardas na região nordeste foi praticamente duas vezes maior do que de mulheres brancas/amarelas (32,6% vs. 16,9%).

Tabela 1 - Distribuição (nº e %) das características socioeconômicas e demográficas das mulheres respondentes à Pesquisa da Rede Cegonha. Brasil, 2012

Características	Branca - Amarela		Preta-Parda		Valor de P ^a	
	n	%	n	%		
Idade	10-14	365	0,4	800	0,5	<0,001
	15-19	14.504	15,2	28.519	18,3	
	20-34	68.022	71,5	109.745	70,4	
	35+	12224	12,9	16793	10,8	
Estado Civil	Solteiro (a)	34.093	35,8	65.481	42,0	<0,001
	Casado (a) e União Estável	59.276	62,3	87.581	56,2	
	Divorciado (a) - Separado (a) - Viúvo (a)	1.429	1,5	2.133	1,4	
	Não sabe/Não Informado	317	0,3	662	0,4	
Escolaridade	Não sabe ler/Escrever	200	0,2	509	0,3	<0,001
	Alfabetizado (a) /Nível Fundamental Incompleto	20.340	21,4	41.918	26,9	
	Nível Fundamental Completo/Nível Médio Incompleto	24.715	26,0	43.213	27,7	
	Nível Médio Completo/Nível Superior Incompleto	44.868	47,2	64.972	41,7	
	Superior Completo	4.921	5,2	5.097	3,3	
	Não sabe/Não Informado	71	0,1	148	0,1	

	Sem renda	4.763	5,0	10.721	6,9	
	Menos de 1 salário mínimo	15.566	16,4	40.717	26,1	
Renda Familiar	Entre 1 e 2 salários mínimos	56.820	59,7	87.018	55,8	<0,001
	Mais de 2 salários mínimos	15.386	16,2	13.417	8,6	
	Não sabe/Não Informado	2.580	2,7	3.984	2,6	
	Recebe SIM	21.202	22,3	49.596	31,8	
Bolsa Família	Recebe NÃO	73.835	77,6	106.113	68,1	<0,001
	Não sabe/Não Informado	78	0,1	148	0,1	
	Norte	3.524	3,7	15.617	10,0	
	Nordeste	16.063	16,9	50.770	32,6	
Região da Residência	Centro-Oeste	6.896	7,3	16.026	10,3	<0,001
	Sudeste	42.046	44,2	61.214	39,3	
	Sul	26.586	28,0	12.230	7,8	
Total		95.115	100,0	155.857	100,0	

^aChi quadrado de Pearson

A tabela 2 apresenta dados referentes à assistência pré-natal das mulheres pesquisadas. Observa-se entre as mulheres de raça/cor preta/parda maior proporção de gravidez não planejada (52,2% vs. 47,7%) e maior utilização da rede pública (93,1% vs. 90,6%). A Rede Cegonha preconiza 7 ou mais consultas como parâmetro de adequação da assistência ao pré-natal: este parâmetro foi atendido por 64,7% das mulheres pretas/pardas e por 71,2% de mulheres brancas/amarelas.

As mulheres pretas/pardas tiveram menos internações por complicações na gravidez na rede pública de saúde do que as mulheres brancas/amarelas (15,3% vs.16,7%), sendo as principais causas hipertensão (16,9%), infecção urinária (16,4%), ameaça de parto prematuro (12,2%) e sangramento (10,2%).

Em termos de participação nas atividades educativas nos serviços de saúde, há uma pequena diferença entre as mulheres pretas/pardas e brancas/amarelas (28,2% vs. 27,2%). Ademais, uma proporção menor delas recebeu informação sobre o parto normal (59,6% vs. 63,8%) e sobre o local do parto (57,9% vs. 65,3%). Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Distribuição (nº e %) ao pré natal de mulheres que tiveram partos assistidos no SUS, em 2012, e aceitaram participar da pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha

Características		Branca - Amarela		Preta-Parda		Valor de P ^a
		n	%	n	%	
Gravidez Planejada	SIM	49.564	52,1	74.182	47,6	<0,001
	NÃO	45.386	47,7	81.359	52,2	
	Não sabe/Não Informado	165	0,2	316	0,2	
Pré Natal	SIM rede pública	86.176	90,6	145.073	93,1	<0,001
	SIM rede privada	8.361	8,8	9.399	6,0	
	NÃO	573	0,6	1.373	0,9	
	Não sabe/Não Informado	5	0,0	12	0,0	
Nº de Consultas de Pré Natal na Rede Pública ^b	1 a 2	1.090	1,3	2.229	1,5	<0,001
	3 a 4	4.876	5,7	10.739	7,4	
	5 a 6	15.866	18,4	33.334	23,0	
	7 ou mais	61.375	71,2	93.929	64,7	
	Não sabe/Não Informado	2.969	3,4	4.842	3,3	
Participação em Atividades Educativas ^b	SIM	23.432	27,2	40.969	28,2	<0,001
	NÃO	62.610	72,7	103.885	71,6	
	Não sabe/Não Informado	134	0,2	219	0,2	
Internação, SUS, por complicação	SIM	15.842	16,7	23.915	15,3	<0,001
	NÃO	79.254	83,3	131.895	84,6	
	Não sabe/Não Informado	19	0,0	47	0,0	
Principal motivo da internação no SUS ^c	Aborto	224	1,4	375	1,6	<0,001
	Ameaça de parto prematuro	2.332	14,7	2.916	12,2	
	Diabetes	616	3,9	804	3,4	
	Hipertensão	2.542	16,0	4.046	16,9	
	Infecção Urinária	2.646	16,7	3.911	16,4	
	Sangramento	1.536	9,7	2.439	10,2	
	Outros	5.688	35,9	8.990	37,6	
Não sabe/Não Informado	258	1,6	434	1,8		
Informação sobre Parto Normal ^b	SIM	54.971	63,8	86.438	59,6	<0,001
	NÃO	30.876	35,8	58.162	40,1	
	Não sabe/Não Informado	329	0,4	473	0,3	
Informação do local do parto ^d	SIM	56.211	65,3	83.886	57,9	<0,001
	NÃO	29.651	34,5	60.653	41,9	
	Não sabe/Não Informado	177	0,2	256	0,2	
Total		95.115	100,0	155.857	100,0	

^a Chi quadrado de Pearson

^b Do total de mulheres com pré-natal assistido na rede pública

^c Do total de mulheres com parto assistido na rede pública e internadas por complicação

^d Do total de mulheres com parto assistido na rede pública, excluindo os abortos

A tabela 3 apresenta dados referentes à assistência ao parto das mulheres pesquisadas. Constata-se que, para as mulheres pretas/pardas, o atendimento no primeiro serviço ocorreu em 61,2% dos casos e, para as brancas/amarelas, em 67,9%.

Cabe ressaltar que existe uma importante proporção de casos sem informação (26,1% e 21,2% respectivamente).

O tempo de espera foi maior para as mulheres pretas/pardas (16,6% vs. 14,7%). Uma proporção maior de mulheres pretas/pardas não teve acompanhante no parto (68,0% vs.63,7%), sendo que para mais de 50% de todas as mulheres, o motivo foi a desautorização do serviço de saúde. A proporção de partos normais foi maior entre as mulheres pretas/pardas (53,3% vs.49,0%). Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de mulheres com referência à agressão durante o trabalho de parto e parto e à cobrança de pagamento adicional.

Tabela 3 - Distribuição (n e %) das respostas referentes à assistência ao parto das mulheres respondentes à Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha. Brasil, 2012

Características	Branca - Amarela		Preta-Parda		Valor de P	
	n	%	n	%		
Parto realizado no primeiro serviço de saúde/hospital, do SUS, procurado*	SIM	64.478	67,9	95.196	61,2	<0,001
	NÃO	10.263	10,8	19.630	12,6	
	Não sabe/Não Informado	20.150	21,2	40.656	26,1	
Quanto tempo esperou para ser atendida*	Até 1 hora	79.521	83,8	127.027	81,7	<0,001
	Mais de 1 hora	13.947	14,7	25.757	16,6	
	Não sabe/Não Informado	1.423	1,5	2.698	1,7	
Acompanhante no parto*	SIM	33.586	35,4	48.698	31,3	<0,001
	NÃO	60.443	63,7	105.703	68,0	
	Não sabe/Não Informado	862	0,9	1.081	0,7	
Motivos da falta de acompanhante**	O serviço não permitiu	30.519	50,5	55.033	52,1	<0,001
	Não sabia que podia ter acompanhante	10.007	16,6	19.382	18,3	
	Não quis acompanhante	5.062	8,4	7.424	7,0	
	Não deu tempo	4.672	7,7	6.963	6,6	
	Não tinha acompanhante	5.235	8,7	9.644	9,1	

	Outros	2.659	4,4	3.929	3,7	
	Não sabe/Não Informado	2.289	3,8	3.328	3,1	
Tipo de parto*	Normal	46.504	49,0	82.922	53,3	
	Normal a ferro (fórceps)	1.313	1,4	1.678	1,1	<0,001
	Cesárea	47.019	49,6	70.732	45,5	
	Não sabe/Não Informado	55	0,1	150	0,1	
Agressão na hora do parto*	SIM	14.188	15,0	23.436	15,1	0,346
	NÃO	80.416	84,7	131.533	84,6	
	Não sabe/Não Informado	287	0,3	513	0,3	
Pagamento do parto*	SIM	1.033	1,1	1.608	1,0	0,086
	NÃO	93.752	98,8	153.659	98,8	
	Não sabe/Não Informado	106	0,1	215	0,1	
Total		95.115	100,0	155.857	100,0	

* Chi quadrado de Pearson

**Do total de mulheres com parto assistido na rede pública, excluindo os abortos

*** Refere-se ao total de mulheres que não tiveram acompanhante na hora do parto

DISCUSSÃO

Este estudo contribui para evidenciar a vulnerabilidade das mulheres pretas/pardas, presente em suas características socioeconômicas e demográficas, como proporções maiores de adolescentes grávidas (18,8%), mulheres mães que se declaram solteiras (42,0%), analfabetas ou com nível fundamental incompleto (27,2%), mulheres sem renda ou recebendo menos de 1 salário mínimo (33,0%) e com maior proporção beneficiária do programa Bolsa Família (31,8%). Sabe-se que as condições sociais, culturais e históricas influenciam nas formas como os indivíduos se posicionam no mundo e estabelecem relações com os demais, contribuindo (ou não) para seu adoecimento. Esse nível de determinação, que estaria na ordem mais geral do modelo de Dahlgren e Whitehead *apud* Buss & Pelegrini, 2007 (11), é responsável pela manutenção ou reprodução das formas sociais que englobam outros domínios da determinação social da saúde. No modelo de Mann (5) e Ayres (4), este seria um segundo nível de vulnerabilidade que, por exemplo, impossibilitaria sujeitos de buscarem serviços de saúde.

Os reflexos das violências estruturais, seja por Leis, seja pelo próprio processo de escravidão, relegaram a população negra à condição de subalternidade na

sociedade nacional. As consequências disso são as exclusões sociais – marcadas pelo preconceito e racismo – e econômicas – perceptíveis pela pobreza – que essa população viveu e ainda vive no Brasil. As mulheres negras, dessa forma, estariam sob o impacto dos determinantes produzidos pelo movimento histórico, que construiu formas culturais específicas de se pensar a população negra, bem como vulneráveis às condições sociais produzidas por uma sociedade desigual.

A redução da vulnerabilidade em Saúde Pública depende do conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde. Desta forma, necessita-se formular e implementar políticas públicas que visem a redução de desigualdades sociais. (12)

Na assistência ao pré-natal, as mulheres de raça/cor preta/parda tiveram maiores proporções de gravidez não planejada (52,2%) e de utilização da rede pública (93,1%), e menores proporções no número de consultas preconizado pela Rede Cegonha (64,7%), de internações por complicações na gravidez no SUS (15,3%); proporção menor recebeu informações sobre o parto normal (59,6%) e informações sobre o local do parto (57,9%). Na assistência ao parto, elas encontraram mais dificuldades quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde (61,2%), esperaram mais tempo para serem atendidas (16,6%), foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto (68,0%) e tiveram mais partos normais (53,3%). Embora nem todos esses dados indiquem piores condições (por exemplo, serem usuárias do SUS, ou proporção maior partos normais), é importante a constatação de que há diferenciais por raça/cor na assistência.

Um primeiro problema para se avaliar diferenciais de atendimento em relação a raça/cor é a questão do preenchimento desse quesito no SIH. Do total de mulheres que tiveram seus partos assistidos pelo SUS, mais de 35% não tinham esse dado, fato que pode ser explicado pela falta de capacitação de recursos humanos para coleta de informação autodeclarada de raça/cor de acordo com as categorias estabelecidas pelo IBGE. (13).

As mulheres deste estudo que se autodeclararam pretas e pardas foram agrupadas por existir uma uniformidade estatística de características socioeconômicas dos dois grupos e pelo fato de as discriminações, potenciais ou

efetivas, sofridas por ambos os grupos, serem de natureza semelhante. (14) A raça/cor deve ser compreendida também como uma variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais que representam um importante determinante da falta de equidade em saúde entre os grupos raciais. (15) Por muito tempo acreditou-se que as diferenças entre grupos na sociedade eram somente por situações de classe e que pesquisas que abordassem as temáticas étnico raciais não acrescentariam nada; atualmente, com todas as dificuldades que se apresentam, o tema “raça” tem sido objeto de pesquisas e análises com resultados bastante significativos, comprovando diferenças entre grupos étnicos e abrindo caminho para a identificação de situações de discriminação. (16)

No presente estudo, nota-se que as gestantes negras se encontram em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez não planejada; na menor proporção com número adequado de consultas; e 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, assim 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. Cabe ressaltar que a assistência pré-natal tem por objetivo acolher a mulher do início ao fim da gravidez e puerpério, e assegurar um atendimento qualificado e humanizado por meio de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias e com fácil acesso aos serviços de saúde. (17)

Na análise da PSRC foi constatado que para proporção importante de mulheres, o atendimento não ocorreu no primeiro serviço de saúde, contrariando princípios da Rede Cegonha em que deveria ocorrer a garantia, às gestantes, da vinculação desde do pré-natal ao local em que será realizado o parto. (Unsupported source type (Misc) for source EspaçoReservado1.)

O estudo destaca ainda uma proporção maior de mulheres pretas/pardas que não tiveram acompanhante no parto (68%). Quando questionado o motivo, mais de 50% de todas as mulheres responderam que o serviço não permitiu. Esta avaliação é semelhante à do inquérito Nascer do Brasil, onde foi proposto que os protocolos de serviços e de treinamentos para os profissionais de saúde devem ser implementados como uma política de saúde universal e equitativa, incluindo a responsabilização dos serviços que se recusam a proteger e cumprir os direitos das mulheres. (18)

Constata-se, portanto, que a PSRC evidenciou que há importante desigualdade entre as populações estudadas, de acordo com o critério raça/cor, possivelmente devida à vulnerabilidade maior da população de raça/cor preta/parda em nosso país, na atenção à gestação e ao parto. Para Mann (5), o equilíbrio entre os Direitos Humanos e os Programas de Saúde Pública favorece os grupos em situação de vulnerabilidade, com vistas para a atenção aos impactos sociais desfavoráveis, com o desafio de promover e proteger a saúde de forma a assegurar as condições básicas essenciais nas quais as pessoas possam aumentar seu bem-estar físico, mental e social.

O reconhecimento dos determinantes sociais, a melhoria da prática dos direitos e o respeito pelas populações socialmente marginalizadas, discriminadas e estigmatizadas são vitais para o sucesso para a revitalização da Saúde Pública. (5) Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 10,6% de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por um médico ou outro profissional de saúde. Com percentuais significativamente maiores, apresentaram-se as regiões Norte (13,6%) e Centro-Oeste (13,3%). Das pessoas que se sentiram discriminadas em algum serviço de saúde destacaram-se: as mulheres (11,6%); pessoas entre 30 a 39 anos (11,9%); de 40 a 59 anos (12,0%); pessoas de cor preta (11,9%); pessoas de cor parda (11,4%); e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%).

Os atores sociais e a comunidade têm papel importante para a composição de uma política pública, desde a sua construção à sua efetivação. Podemos citar como exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (19), que visa garantir a equidade e materializar o direito à saúde de negras e negros, incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como a gestão participativa, participação popular e controle social dentre outras e que foi construída com a participação de representações dos grupos de interesse. Tanto a Rede Cegonha, como a PNSIPN, são balizadoras na busca de redução das iniquidades da saúde materna e infantil no SUS, propondo ações para todas as mulheres sem distinção por raça e cor e/ou classe social. Acrescente-se que estudo recente propôs uma ferramenta de avaliação que norteará a atualização das diretrizes Rede Cegonha, visando aprimorar seu desempenho em termos de acesso, equidade,

eficácia clínica e econômica, assim como gerar informações qualificadas à Auditoria do SUS para apuração de denúncias. (20)

Apesar de ter sido atingido o objetivo de descrever a PSRC por meio de categorias de raça/cor, identificamos algumas limitações em nosso estudo. Por exemplo, o questionário da PSRC não foi desenhado especificamente para pesquisas acadêmicas; todavia, por meio dele, foi possível identificar o grau de vulnerabilidade das mulheres de raça/cor preta/parda que estão inseridas no SUS; os resultados apontam para a necessidade de busca de equidade na atenção, possivelmente oferecendo uma assistência diferenciada a essa população, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Outra limitação refere-se ao fato de que a PSRC não teve representatividade estatística, por não ter havido um processo de amostragem probabilística; contudo, pôde-se encontrar uma distribuição semelhante às das usuárias do SUS conforme a proporcionalidade existente no SIH, em que pesem as deficiências de preenchimento dessa variável raça/cor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo vem contribuir para o conhecimento sobre iniquidades referentes a raça/cor entre as mulheres atendidas no SUS. A pesquisa sobre vulnerabilidade de um grupo e/ou indivíduo tornou-se uma necessidade emergente para que se possa combater as iniquidades, levando em consideração e colocando em prática os princípios do SUS, tornando pesquisadores, gestores e profissionais de saúde responsáveis em identificar os vieses raciais nos processos de vulnerabilidade.

A maior vulnerabilidade encontrada em mulheres pretas/pardas serve como alerta para toda a sociedade e para o poder público. Os resultados apontam para a necessidade de busca de equidade na atenção, possivelmente oferecendo uma assistência diferenciada a essa população, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República do Brasil. Decreto Nº 65.810, DE 8 de Dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Brasília; 1969.
2. Presidência da República do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil Brasília; 1988.
3. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
4. Ayres JRdCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
5. Mann JM. Saúde Pública e Direitos Humanos. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 1996: p. 135-145.
6. Theodoro M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In Theodoro OM. As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos. Brasília: IPEA; 2008. p. 15-43.
7. Cunha EMGdPd. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da População Negra. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros ; 2012. p. 22-33.
8. Ministério da Saúde - Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº 719, de 28 de Dezembro de 2007. Qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde.
9. Soares Filho AM. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde no Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da População Negra. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. p. 34-43.
10. Ministério da Saúde. Datasus. [Online]. [cited 2015 Dezembro 10. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>.

11. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSYS: Revista Saúde Coletiva*. 2007; 17(1).
12. Lorenzo C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira em Bioética*. 2006; 2(3).
13. Araújo CLF, Cruz LMFd, Lopes MC, Fernandes ECdS. O Quesito Cor/Raça em Formulários de Saúde: A visão dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2010 abril/junho: p. 241-6.
14. Osorio RG. O Sistema Classificatório do "Cor ou raça" do IBGE. Texto para Discursão nº 996. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ; 2003. Report No.: 1415-4765.
15. Araújo EMd, Costa MdCN, Hogan VK, Araújo TMd, Dias AB, Oliveira LOAd. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2009 out/dez; 13(31).
16. Schwartzman S. Fora de Foco: Diversidade e Identidade Étnicas no Brasil. *Novos Estudos- CEBRAP*. 1999 Novembro;(55).
17. Ministério da Saúde - Secretária de Atenção à Saude. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Diniz CSGea. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2014: p. S140-S153.
19. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria nº 922, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Brasília; 2009.
20. Matos JdC. Avaliação da Ferramenta Protocolo nº 22 - Ação Rede Ceonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. 2015.

Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Rio de Janeiro.

21. Conselho Nacional de Saúde. [Online]. [cited 2015 Dezembro 15. Available from: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep.
22. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Relatório Preliminar de Pesquisa - Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS entre maio de 2012 e fevereiro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS; 2012.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que o Brasil vem tentando minimizar os processos de exclusão e estigmatização social existentes desde do seu descobrimento através das políticas públicas que ratificam a necessidade de transformação de uma sociedade historicamente desigual e preconceituosa.

Os estudos dos anos 30, em que se promoveu a crença de que desigualdades raciais não eram importantes para o Brasil, vieram contribuir para a fragilidade de uma identidade étnica; assim, as políticas afirmativas na área da saúde vêm desmitificar que o Brasil é miscigenado, fato que durante anos foi ocultado, resultando em comportamentos iníquos por parte de toda a sociedade.

O presente estudo vem contribuir para o conhecimento sobre iniquidades referentes a raça/cor entre as mulheres atendidas no SUS. A maior vulnerabilidade encontrada em mulheres de raça/cor preta/parda serve como alerta para toda a sociedade e para o poder público, principalmente para a orientação de políticas e ações destinadas a reduzir as desigualdades em saúde e prover o bem-estar social. A vulnerabilidade maior encontrada nas populações de usuárias pretas e pardas do SUS sugere a necessidade de adequação programática, com maiores investimentos para captação precoce para o pré-natal, uma assistência ao pré-natal e ao parto que contemple suas vulnerabilidades, assim como um acompanhamento no puerpério e

no primeiro não de vida, com vistas a reduzir as desigualdades encontradas. Será necessário, ainda, uma avaliação periódica para verificar a adequação das medidas adotadas, e se conseguiram ter algum impacto nas inequidades.

Combater as iniquidades em saúde é uma ação necessária e atual, pois estas influenciam a ocorrência de problemas de saúde e potencializam fatores de risco já existentes. Os profissionais da saúde são os principais atores na luta para a redução das iniquidades existentes fazendo-se, portanto, cada vez mais, necessárias capacitações com dados que as revelem, baseados em estudos científicos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARAÚJO, C. L. F. *et al.* O Quesito Cor/Raça em Formulários de Saúde: A visão dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, 18, n. 2, abril/junho 2010. 241-6.

ARAÚJO, E. M. D. *et al.* A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 31, out/dez 2009.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. D. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência saúde coletiva**, v. 17, n. 11, Novembro 2012.

AYRES, J. R. D. C. M. *et al.* O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep>. Acesso em: 15 Dezembro 2015.

CUNHA, E. M. G. D. P. D. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra**. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 22-33.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 30, n. Suplemento 2014, 2014. S140-S153.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, 30, n. Suplemento 2014, 2014. S101-S116.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-nata segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panamericana de Salud Publica**, 37, 2015. 140-7.

D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O. M. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, 30, n. Suplemento 2014, 2014. S154-S168.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, p. 22. 2001. (Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/242736079_OS_DILEMAS_DA_EQUIDADE_EM_SAUDE_A_SPECTOS_CONCEITUAIS Acessado em 01 de maio de 2016.).

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, 1997. ISSN 1983-8034.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça, cor, cor da pele e etnia. **Cadernos de Campo - Revista dos Alunos de pós-graduação em Antropologia Social da USP**, v. 20, n. 20, Jan - Dez 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para uso Pessoal - 2013**. Coleção Ibgiana. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência : Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. ISBN 978-85-240-4346-8.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira**. Comunicados do IPEA nº 91. ed. Brasília: [s.n.], 2011.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira em Bioética**, v. 2, n. 3, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em: 10 Dezembro 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 922, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: [s.n.], 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria nº 719, de 28 de Dezembro de 2007**. [S.l.]: [s.n.]. Qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Relatório Preliminar de Pesquisa - Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS entre maio de 2012 e fevereiro de 2013**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 6. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/GM. **Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** [S.l.]. (Disponível em

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra:** Brasil ano 2001. 1ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, v. 1, 2003.

OSORIO, R. G. **O Sistema Classificatório do "Cor ou raça" do IBGE.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, p. 50. 2003. (1415-4765).

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL. **Decreto Nº 65.810, DE 8 de Dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial.** Brasília:

[s.n.], 1969. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=94836>>. Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: [s.n.], 1988. Brasília.

RODRIGUES, D. P. *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, 19, n. 4, Dezembro 2015. 614-20.

ROUSSEAU, J.-J. **Discurso sobre a Origem da Desigualdade.** Ridendo Castigat Mores. ed. [S.l.]: www.jahr.org, 1754.

SANTOS, L. Qualidade de vidas e responsabilidades individuais, sociais e públicas: a questão moral da saúde. In: SOUZA, A. E. D. S. E. A. **Direito da saúde no Brasil.** 1. ed. Campinas/SP: Saberes, v. 1, 2010. p. 18-42.

SCHWARTZMAN, S. Fora de Foco: Diversidade e Identidade Étnicas no Brasil. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 55, Novembro 1999.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Situação social da população negra por estado.** Brasília: IPEA, 2014.

SILVA, E. G. D.; FONSECA, A. B. C. A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. In: LUÍS EDUARDO BATISTA, J. W. E. F. L. (. **Saúde da População Negra.** 2ª. ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, v. 1, 2012. p. 240-261.

SOARES FILHO, A. M. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde no Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra.** Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 34-43.

VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto&Contexto - Enfermagem**, 21, n. 2, Abr/Jun 2012. 458-466.

VIELLAS, E. F.; *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 30, n. Suplemento 2014, 2014. S85-S100.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, 17, n. 3, Julho/Setembro 2008. 138-151.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA REDE CEGONHA

Perfil da entrevistada

Idade: _____ anos

Não informado

Estado Civil:

Casada;

Solteira;

- Viúva;
- Divorciada;
- Separada;
- União Estável;
- Não Informado.

Raça/cor?

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Não Informado

Escolaridade:

- Não sabe ler/escrever
- Alfabetizado
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Fundamental Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Não Informado

Renda familiar:

- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não tem renda
- Não Informado

Você recebe Bolsa Família?

- Sim
- Não
- Não sei

Questionário

1. Você recebeu orientações sobre planejamento familiar, ou seja, sobre métodos para evitar a gravidez em algum serviço do SUS

- Sim
- Não
- Não sei

2. Sua gravidez foi planejada?

- Sim

Não

3. Você fez pré-natal durante esta gravidez?

Sim, pelo SUS (Pular para a pergunta 5).

Sim, particular ou plano de saúde (Pular para a pergunta 12, 13, 14, 15, 16, 21 em diante)

Não (Passar para a pergunta 4 e depois para 12, 13, 14, 15, 16, 21 em diante)

4. Por que você não fez o pré-natal?

Não recebeu informação

Não conseguiu consulta

Não achou importante

Não sabia que precisava

Era longe

Não quis

Outro Motivo Qual? _____

5. Ao iniciar o pré-natal você recebeu a Caderneta ou Cartão da Gestante?

Sim

Não

6. Quantas consultas de pré-natal você realizou pelo SUS?

1 a 2

3 a 4

5 a 6

7 ou mais

Não sei

7. Durante o pré-natal (realizado pelo SUS) você participou de atividades educativas em grupo?

Sim

Não

Não sei

8. Durante o pré-natal (realizado pelo SUS) você foi informada sobre os benefícios do parto normal?

Sim

Não

Não sei

9. Quais exames você realizou pelo SUS durante o pré-natal? (pode marcar mais de uma opção).

Sífilis

HIV/Aids

Hepatites

Exame de sangue para detectar anemia

Exame de urina

Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)

Ecografia/ultrassonografia

- Outros
- Não sei

10. De quais exames (realizados pelo SUS) você recebeu os resultados? (pode marcar mais de uma opção)

- Sífilis
- HIV/Aids
- Hepatites
- Exame de sangue para detectar anemia
- Exame de urina
- Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)
- Ecografia
- Recebi os resultados de todos os exames
- Não recebi os resultados dos exames
- Não sei

11. De 0 a 10, que nota você daria para unidade de saúde/hospital do SUS onde você realizou o pré-natal?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Durante esta gravidez você foi internada por alguma complicação (no SUS)?

- Sim (Passar para a pergunta 13, 14, e depois para a 16 em diante)
- Não (Pular para a pergunta 17)

13. Qual principal motivo da internação (no SUS)?

- Hipertensão
- Diabetes
- Infecção Urinária
- Sangramento
- Ameaça de parto prematuro
- Aborto (Responder as perguntas 15, 16 e encerrar a pesquisa).
- Não sei
- Outros. Qual?

14. Qual foi o outro motivo da internação?

- Ameaça de aborto
- Dores
- Gravidez de risco
- Infecção
- Perda de líquido ou sangue
- Eclâmpsia
- Anemia 93

15. Se a entrevistada teve um aborto: Durante sua internação por abortamento você se sentiu:

- Bem acolhida/bem atendida
- Agredida verbalmente
- Agredida fisicamente

- Mal acolhida/mal atendida
- Dividiu o espaço com outras mulheres que tiveram seus bebês

16. Devido à complicação você foi internada na UTI do SUS?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

17. No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto?

- Sim
- Não (Pular para a pergunta 21).
- Não sei (Pular para a pergunta 21)

18. Você visitou o local onde deveria ter o parto durante a gravidez?

- Sim
- Não

19. Você fez parto no serviço de saúde/hospital (do SUS) que foi indicado?

- Sim
- Não (Passar para a pergunta 21)

20. Por que não fez o parto no serviço que foi indicado?

- Não achou importante
- Era longe
- Não conseguiu vaga
- Não quis
- Outro motivo. Qual? _____

21. Você teve parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?

- Sim
- Não

22. Qual o meio de transporte utilizado por você para chegar à unidade onde realizou o parto?

- SAMU
- Bombeiros
- Ambulância
- Carro próprio (**no seu carro**)
- Carro de terceiros (**no carro de irmão, pai, mãe, amigo, vizinho etc.**)
- Moto
- Ônibus
- Táxi
- A pé
- Outros 94

25. Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Quanto tempo (aproximadamente) você esperou para ser atendida? (por um profissional de saúde)

- Até 30 minutos
- 30 minutos a 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 2 a 4 horas
- Mais de 4 horas
- Não sei

27. De 0 a 10, que nota você daria às instalações, ou seja, ao espaço físico e aos equipamentos da unidade do SUS onde teve o parto?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto?

- Sim (Passar para a pergunta 29, 30 e 32 em diante)
- Não (Passar para a pergunta 31)

29. Por quem você foi acompanhada? (marcar uma opção)

- Pelo pai do bebê
- Pela sua mãe
- Pelo seu pai
- Por um(a) amigo(a)
- Pelo seu companheiro (a) - se não for o pai do bebê (Marido também entra nesse opção se não for o pai do bebê)
- Pelo (a) irmão (ã)
- Outros Qual?

30. Qual foi a outra pessoa que te acompanhou?

- Cunhada
- Prima
- Sogra
- Tia

31. Por que não teve acompanhante?

- O serviço não permitiu
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante
- Outros

32. Qual foi o tipo de parto para ter este filho?

- Normal
- Normal a ferro (fórceps)
- Cesária (Passar para a pergunta 34) 95

33. Em que posição você teve o parto?

- Deitada
- Sentada
- Agachada (cócoras)
- Outros

34. De 0 a 10, que nota daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado a você?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Durante o procedimento do parto (realizado pelo SUS), você passou por alguma dessas situações: (pode marcar mais de uma opção)

- Agressão verbal
- Agressão física
- Não foi ouvida/atendida nas suas necessidades
- Foi mal atendida
- Outros. Qual:

36. Qual foi a outra situação pela qual passou?

- Negligência médica
- Parto realizado sem médico
- Demora no atendimento
- Ambiente sujo ou inadequado
- Falta de materiais

37. A criança teve alguma complicação após o parto?

- Não
- O bebê faleceu após o parto (passar para a 51 e encerrar a pesquisa)
- O bebê teve complicações
- O bebê nasceu prematuro
- Outros. Qual? _____

38. Qual a outra complicação que a criança apresentou?

- Descontrole glicêmico
- Fratura ou deslocamento da clavícula
- Infecção
- Problema cardíaco
- Problema respiratório
- Demorou para nascer
- Aspiração de líquido ou sangue
- Nasceu roxo
- Cordão umbilical enrolado no pescoço

39. A criança foi colocada em seu colo ou no peito para mamar imediatamente após o parto?

- Sim
- Não

40. De 0 a 10, que nota você daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado ao bebê?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

41. Você utilizou algum serviço de saúde do SUS, após o parto?

- () Sim (por conta própria)
- () Sim (por conta do encaminhamento médico)
- () Não (Passar para a pergunta 44)
- () Não, (porque não recebeu encaminhamento médico) (Passar para a pergunta 44)
- () Não, (porque não conseguiu acesso/ consulta) (Passar para a pergunta 44)

42. Se sim, por quê?

- () Consulta de rotina da mãe/bebê
- () Icterícia do bebê
- () Prematuridade do bebê
- () Malformação congênita do bebê
- () Mastite da mãe
- () Infecções puerperal da mãe
- () Hemorragia da mãe
- () Eclâmpsia da mãe
- () Lesão no canal do parto da mãe
- () Outros. Qual?

43. Qual outro motivo te levou a utilizar serviço de saúde do SUS, após o parto?
(complementando a anterior)

- () Descontrole glicêmico do bebê
- () Infecção do bebê
- () Problema cardíaco do bebê
- () Problema respiratório do bebê
- () Aspiração de líquido ou sangue do bebê
- () Alergia do bebê
- () Alteração na pressão da mãe
- () Anemia da mãe ou do bebê
- () Dores da mãe ou do bebê
- () Depressão pós-parto da mãe

44. Quais testes foram realizados pelo SUS em seu bebê (pode marcar mais de uma opção):

- () Teste do pezinho
- () Teste da orelhinha
- () Teste do olhinho
- () Outros Qual? _____

45. Quais vacinas o seu bebê já tomou pelo SUS?

- () BCG
- () Hepatite B – 1ª dose
- () Hepatite B – 2ª dose
- () Outros. Quais? _____

46. Quais outras vacinas o seu bebê já tomou pelo SUS?

- Tetravalente
- Rotavírus 97
- Sabin/antipólio/paralisia
- H1N1
- Meningite

47. Qual a alimentação você tem ofertado a seu bebê?

- Leite materno exclusivo
- Leite artificial exclusivo
- Leite materno e artificial
- Outros

48. Você recebeu a Caderneta da Criança?

- Sim, no hospital onde foi realizado o parto
- Sim, na unidade básica de saúde
- Não

49. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum agente comunitário de saúde?

- Sim, na primeira semana
- Sim, no primeiro mês
- Sim, depois do primeiro mês
- Não – Pular para 51
- Não se aplica – Pular para 51

50. Que nota você daria para a atuação desse profissional, de 0 a 10?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

51. A senhora pagou algum valor para a realização do parto? (pelo SUS nenhuma cobrança poderá ser feita)

- Sim
- Não
- Não informado

ANEXO 2 – ROTEIRO DA PESQUISA – REDE CEGONHA

A partir do momento que a ligação for recepcionada, solicite o contato com a mulher que realizou o parto.

Em seguida informe:

“Bom dia/boa tarde, meu nome é Esta ligação está sendo gravada. O Ministério da Saúde está realizando uma pesquisa para avaliar o grau de satisfação das mulheres que tiveram parto pelo Sistema Único de Saúde.”

Verificar a disponibilidade em responder:

“Sra., (VOCATIVO), pode responder algumas perguntas?”

- **Se NÃO**, registrar no sistema e encerrar: **“O Ministério da Saúde e agradece a atenção, obrigado (a)!”**.
- **Se SIM**, passar para o questionário.

OBSERVAÇÕES:

- Se a ligação cair durante a realização da pesquisa, tentar ligar novamente. Se não conseguir o contato, registrar no sistema em “observações” e sinalizar em qual questão parou no campo próprio para tal.
- O agendamento poderá ser realizado no caso de conseguir algum contato com o telefone. Seja nos exemplos em que a própria mulher atende mas não pode responder no momento, seja quando conseguiu falar com alguém, mas ela não estava.
- O termo “vocativo” refere-se ao nome da cidadã.

Encerramento :“O Ministério da Saúde agradece sua colaboração. Tenha um bom dia/boa tarde/boa noite”.

ANEXO 3 - CONDUTAS PADRÃO PARA SITUAÇÕES DA PESQUISA REDE CEGONHA

SITUAÇÃO 1: “Após ser recepcionada (o)”

“Bom dia/boa tarde / boa noite, meu nome é NOME E PRIMEIRO SOBRENOME do Ministério da Saúde. Posso falar com Sra. (nome da cidadã do cadastro)?”

“O Ministério da Saúde está realizando uma pesquisa com mulheres que tiveram parto pelo Sistema Único de Saúde para avaliar o grau de satisfação com os serviços utilizados. A Sra. pode responder algumas perguntas?”

Caso não seja a cidadã quem recepcionou, ao falar com ela repita a primeira parte para que ela saiba quem está falando.

Após a cidadã confirmar, o operador deverá informar antes de iniciar o questionário:

“Informo que essa ligação será gravada.”

Antes de iniciar o questionário informar:

“Sra. antes de iniciar o questionário preciso confirmar alguns dados cadastrais.”

Nesse momento da entrevista será necessário confirmar os dados cadastrais da cidadã. Dessa forma, somente os seguintes campos serão ditos pelo operador para que a entrevistada confirme: **nome completo da** entrevistada, nome do hospital onde teve o parto e data de internação. Ressaltamos que somente a **data de nascimento** deverá ser questionada a entrevistada, ou seja, o operador deverá perguntar para a cidadã responder e não informar a data para que a mesma confirme.

Após a coleta dos dados do perfil e antes de iniciar o questionário:

“Sra., nesse momento iniciaremos o questionário”.

SITUAÇÃO 2: “Encerramento”

“Sra., informo que terminamos a pesquisa. O Ministério da Saúde agradece sua colaboração. Tenha um (a) bom dia/boa tarde/boa noite.”

SITUAÇÃO 3: “A cidadã não pode responder no momento”

Nessa situação será necessário que o operador verifique a possibilidade da cidadã responder em outro momento. Com isso, o mesmo deverá mediar obrigatoriamente um **agendamento**. Nesse momento o teleatendente deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, a sua participação e colaboração são muito importantes para essa pesquisa, podemos agendar sua entrevista para outro dia / momento?”

“Qual data e horário seria melhor?”

Após finalizar o agendamento (**com a cidadã na linha**), informar:

“Sra. o agendamento foi realizado para o dia xx hora yy. O Ministério da Saúde agradece a atenção. Tenha um (a) bom dia/boa tarde/boa noite.”

- **Atenção: somente realizar agendamento se entrar em contato com alguém que marque um dia e um horário adequado. Lembrando que nosso atendimento é de 08:00 às 20:00, de segunda a sexta.**

SITUAÇÃO 4: “A cidadã não quis responder a pesquisa”

Nessa situação será necessário que o operador informe para a cidadã a importância de sua participação. Com isso, o mesmo deverá obrigatoriamente **tentar** realizar a entrevista. Nesse momento o tele atendente deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, a sua participação é muito importante, pois essa pesquisa tem o objetivo de avaliar o grau de satisfação das mulheres com os serviços utilizados. Ela permite que o Ministério da Saúde acompanhe também a implementação das ações de atenção à saúde relativas ao Programa Rede Cegonha. Poderia colaborar e responder a nossa pesquisa?”

SITUAÇÃO 5: “Encaminhamento para o Disque Saúde - 136”

A partir da resposta ou questionamento da cidadã durante a aplicação do questionário, o operador poderá e/ou deverá encaminhar a usuária para o Disque Saúde – 136, para que a mesma possa receber as orientações e informações necessárias sobre seu questionamento ou afirmação, ou seja, o teleatendente não deverá disseminar informações e sim encaminhar a cidadã. Exemplos de situações: **questionamento sobre o Programa Bolsa Família, o relato de precisar e não conseguir consultas, exames, questionamento acerca do direito ao acompanhante**, etc. Nesse momento o tele atendente deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, para receber orientações específicas e direcionadas sobre a situação exposta, é importante entrar em contato com o Disque Saúde, através do telefone 136; pois além de disseminar informações em saúde, o mesmo acolhe ainda manifestações, como reclamações, denúncias, solicitações entre outras”.

SITUAÇÃO 6: “Quando a entrevistada relatar agressão”.

No relato de agressão: (não é obrigatório encaminhar em todas as situações de agressão, mas naqueles relatos de situações mais graves ou que o (a) cidadão (ã) se mostre indignado com o fato).

“Sr.(a), em relação a este fato relatado, caso queira, pode registrar uma denúncia no Disque Saúde 136 e, se preferir, pode solicitar o sigilo no momento do registro.”

SITUAÇÃO 7: “Quando a entrevistada relatar cobrança indevida”.

Nessas situações o operador deverá sondar o procedimento cobrado e o valor pago, e em seguida sinalizar no campo de observação o relato. É importante lembrar que o colaborador terá que encaminhar a cidadã para o Disque Saúde – 136 (conforme explícito na situação 5). No caso de cobrança indevida:

“Sr.(a), informo que pelo SUS nenhuma cobrança poderá ser feita. Caso queira, pode entrar em contato com Disque Saúde 136 para obter maiores informações.”

SITUAÇÃO 8: “Para informar o que é o Disque Saúde – 136” – “ é o serviço de atendimento telefônico do Ministério da Saúde que dissemina informações em saúde e acolhe manifestações como reclamações, denúncias, solicitações entre outras”.

SITUAÇÃO 9: “Quando questionado o motivo da Pesquisa da Rede Cegonha”

Quando a cidadã questionar a motivo da Pesquisa da Rede Cegonha, o operador deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, essa pesquisa tem como objetivo principal conhecer a satisfação das mulheres atendidas na rede do SUS para os procedimentos de parto. Como isso ela permite que o Ministério da Saúde acompanhe também a implementação das ações de atenção à saúde relativas ao Programa Rede Cegonha.”

ATENÇÃO! Caso a cidadão queira saber mais informações sobre o Programa Rede Cegonha, o operador deverá encaminhá-la para o Disque Saúde – 136.

SITUAÇÃO 10: “Caso a mãe tenha falecido”

Nos casos em que o teleatendente realizar o contato e for informado sobre o falecimento da cidadã (mãe a ser entrevistada) o mesmo deverá realizar a devida marcação no sistema e conduzir da seguinte forma:

“Senhor (a) lamentamos pela perda. O Ministério da Saúde agradece pela atenção. Tenha um (a) bom dia / boa tarde / boa noite.”

SITUAÇÃO 11: “Caso o bebê tenha falecido”

Nos casos em que o teleatendente for informado sobre o falecimento do bebê o mesmo deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, lamentamos pela perda. Poderia responder uma última questão para finalizarmos a pesquisa?”

Caso ela já informe sobre o falecimento no início da pesquisa:

“Senhora, lamentamos pela perda. A senhora poderia responder a nossa pesquisa?”

Após as respostas ou caso ela se recuse:

“O Ministério da Saúde agradece pela atenção. Tenha um (a) bom dia / boa tarde / boa noite.”

ATENÇÃO! Neste caso, se não quiser responder a última questão o teleatendente marcará como **“não informado”** no sistema e finalizará a pesquisa.

Ao chegar na questão 37 (“o bebê teve complicações após o parto?”) marcar a opção “o bebê faleceu após o parto”.

SITUAÇÃO 12: “Caso de aborto”

Nos casos em que o teleatendente for informado sobre o falecimento do bebê o mesmo deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, lamentamos por esta situação. Poderia responder mais duas questões para finalizarmos a pesquisa?”

Após as respostas ou caso ela se recuse, disparar a seguinte frase:

“O Ministério da Saúde agradece pela atenção. Tenha um (a) bom dia / boa tarde / boa noite.”

ATENÇÃO! Neste caso, se ela não quiser responder as duas questões o teleatendente marcará como **“não informado”** no sistema e finalizará a pesquisa.

SITUAÇÃO 13: “Quando a ligação cair ou a cidadã desligar durante a aplicação do questionário”

Nos casos em que a ligação por algum motivo cair durante a aplicação do questionário, o operador deverá retornar (**somente uma vez**) e ao ser recepcionado pela cidadã deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, a ligação caiu, podemos prosseguir com a pesquisa?”

Se a cidadã disser **SIM**, continue com o questionário, se disser **NÃO**, explique a importância da pesquisa, se mesmo assim ela não quiser continuar, finalize informando:

“O Ministério da saúde agradece a atenção tenha um (a) bom dia/boa tarde/boa noite!”

Caso o teleatendente não consiga contato, o mesmo deverá finalizar com situação telefone **“ligação caiu”**.

SITUAÇÃO 14: “Quando o sistema ficar indisponível durante a aplicação do questionário”

Nos casos em que o sistema por qualquer motivo ficar inoperante durante a aplicação do questionário, e que o mesmo não se restabelecer rapidamente, atendente deverá conduzir da seguinte forma:

“Senhora, o nosso sistema saiu do ar temporariamente, estarei retornando o contato para darmos continuidade à pesquisa, tudo bem? O Ministério da saúde agradece a atenção tenha um (a) bom dia/boa tarde/boa noite!”

SITUAÇÃO 15: “Quando a cidadã relatar peregrinação regulada (Questão 21 do questionário - Você teve parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?)”.

Quando a entrevistada informar que não teve seu parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou, o colaborador deverá sondar o motivo que a levou buscar outro serviço. Caso ela informe que foi encaminhada para outra unidade saúde pelo primeiro serviço de saúde que procurou, ou seja, foi transferida, o operador deverá marcar a opção **“sim”** e sinalizar no campo de observação **“peregrinação regulada”**. Somente quando a cidadã informar que procurou outro serviço por conta própria, o operador deverá marcar **“não”**.

SITUAÇÃO 16: “Cidadã informa que teve seu parto em casa / trajeto para o hospital”.

Nessas situações o operador deverá marcar no sistema de pesquisa da seguinte forma:

- ✓ Questão 19 - Você fez parto no serviço de saúde/hospital do SUS que foi indicado?: marcar **“não”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 20 - Por que não fez o parto no local indicado?: marcar **“outro motivo”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 21 - Você teve parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?: marcar **“não”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 22 - Qual o meio de transporte utilizado por você para chegar à unidade onde realizou o parto?: **“outros”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 25 - Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10?: marcar **“não sabe/não informado”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 26 - Quanto tempo (aproximadamente) você esperou para ser atendida por um profissional de saúde?: marcar **“não sabe/não informado”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 27 - De 0 a 10, que nota você daria às instalações, ou seja, ao espaço físico e aos equipamentos da unidade do SUS onde teve o parto?: marcar **“não sabe/não informado”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 28 - Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto?: marcar **“não”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 31 - Por que não teve acompanhante?: **“outros”** e preencher **“parto realizado em casa/trajeto para o hospital”** no campo de observação;
- ✓ Questão 34 - De 0 a 10, que nota daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado a você?: antes de realizar essa pergunta, o operador deverá questionar para a cidadã se após seu parto ela foi para o hospital (lembrando que os dados cadastrais foram retirados de uma AIH gerada para o procedimento que a entrevistada passou).

Se “**sim**”, o colaborador deve dar sequência a entrevista normalmente, se “**não**” operador deverá fazer a pergunta 34 marcar “**nota 0**” e preencher “**parto realizado em casa/trajeto para o hospital**” no campo de observação;

- ✓ Questão 35 - Durante o procedimento do parto realizado pelo SUS, você passou por alguma dessas situações: marcar “**não sabe/não informado**” e preencher “**parto realizado em casa/trajeto para o hospital**” no campo de observação;
- ✓ Questão 40 - De 0 a 10, que nota você daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado ao bebê?: antes de realizar essa pergunta, o operador deverá questionar para a cidadã se após seu parto ela e o bebê foram para o hospital (lembrando que os dados cadastrais foram retirados de uma AIH gerada para o procedimento que a entrevistada passou). Se “**sim**”, o colaborador deve dar sequência a entrevista normalmente, se “**não**” operador deverá fazer a pergunta 34 marcar “**nota 0**” e preencher “**parto realizado em casa/trajeto para o hospital**” no campo de observação.

SITUAÇÃO 17: “Cidadã informa que teve seu parto de forma particular / plano de saúde”.

- ✓ Se a cidadã durante a pesquisa informar que fez o *parto particular ou pelo plano de saúde*, o operador deverá confirmar o hospital e realizar normalmente a pesquisa, pois essa unidade de saúde é conveniada do SUS. Quando chegar na questão 51 “A senhora pagou algum valor para a realização do parto?” o operador vai marcar “SIM” e colocar no campo de observações que a cidadã informou durante a pesquisa que pagou pelo parto ou que realizou o parto pelo plano de saúde, devendo questionar à cidadã ao que se refere o pagamento, para quem pagou e quanto, sendo orientada a ligar no 136;

Orientar para a cidadã:

“Sr.(a), consta para o Ministério da Saúde que a realização do seu parto foi paga pelo SUS. Desta forma, nenhuma cobrança deveria ser feita para a senhora. Caso queira, pode entrar em contato com Disque Saúde 136 para obter maiores informações.”

SITUAÇÃO 18: “Telefone ocupado/ Não atende”.

- ✓ Quando ligar num contato com a mulher e o **telefone der ocupado**, vamos sinalizar em “**várias tentativas sem sucesso**” na primeira e na segunda vez. Já na **terceira vez**

que der ocupado, deve ser sinalizado em **“telefone ocupado”**. O mesmo vale para **telefone não atende**, na primeira e segunda vez que ligar, marca em várias tentativas. Na **terceira vez** que ligar, se continuar sem atender, marca em **“telefone não atende”**;

SITUAÇÃO 19: “Questão 33. ‘Em que posição teve o parto?’ ”.

- ✓ A questão 33 sobre a posição que a cidadã teve o parto está causando certo constrangimento. O operador poderá adaptar a pergunta. Uma forma de modificação seria: A senhora teve o parto deitada, sentada, agachada (cócoras) ou de outra forma?

SITUAÇÃO 20: Questão 46. “Cidadã responde vacina pentavalente”.

- ✓ Na questão 46 é para **continuar falando a vacina tetravalente**. Caso a cidadã relate que o (a) filho (a) tomou a vacina pentavalente marcar no questionário como tetravalente e **colocar na observação do atendente que a criança tomou a pentavalente**;

SITUAÇÃO 21: “Dúvidas sobre o Programa Bolsa Família”.

- ✓ Caso a cidadã questione **situações relacionadas ao Bolsa Família**, durante a pesquisa, o operador deverá **informar o número do Disque Saúde 136**, pois lá vão repassar o número do Programa Bolsa Família. Isso é necessário para que o Ministério da Saúde tenha conhecimento de quantas pessoas foram direcionadas a ligar no programa;

SITUAÇÃO 22: “Únicas situações em que outra pessoa pode responder à pesquisa no lugar da mulher que teve o parto”.

Apenas nestas situações outra pessoa pode responder pela cidadã que teve o bebê:

- ✓ Quando a cidadã seja surda, muda ou ambos;
- ✓ Quando é menor de idade e os pais e/ou responsáveis não permitem que ela responda à pesquisa. Neste caso, os pais ou responsáveis que tenham acompanhado o processo de gravidez ou do parto podem responder em seu lugar;
- ✓ Caso a mulher não fale o idioma português (estrangeiras).

SITUAÇÃO 23: Esclarecimento sobre a caderneta e cartão da criança.

- ✓ A **caderneta da criança** é um documento, em forma de um **pequeno caderno**, importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança do nascimento até os 10 anos de idade, **contém também o registro da situação vacinal da criança**, ou seja, tem os dados da criança e o cartão de vacina dentro dela. Caso a cidadã pergunte se a caderneta é o cartão de vacina informar que não, e explicar a diferença entre os dois;
- ✓ **SITUAÇÃO 23:**
- ✓

SITUAÇÃO 24: Gravidez Gemelar.

- ✓ Caso a pesquisa esteja sendo feita com um caso de gemelar, orientar o operador a sinalizar no campo observação.

SITUAÇÃO 25: Gravidez Gemelar onde um dos bebês faleceu.

A caderneta da criança é um documento, em forma de um pequeno caderno, importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança.

ANEXO 4 – COMPROVAÇÃO COMITE DE ETICA

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: “ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA REDE CEGONHA”.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: REBECCA LUCENA THEOPHILO

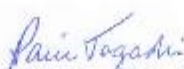
DATA DE ENTRADA: 13/07/2015

CAAE: 42987114.7.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamentou a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado “ANÁLISE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA REDE CEGONHA”. Parecer nº 1.166.760, em 01 de Agosto de 2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação.

Brasília, 23 de março de 2016.


Prof. Dra. Marie Togashi
Coordenador do CEP/FS/UnB

ANEXO 5 – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

27/06/2016

Gmail - Ciência & Saúde Coletiva - Manuscrit ID CSC-2016-1748



Rebecca Lucena Theophilo <rebeccaluena@gmail.com>

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscrit ID CSC-2016-1748

1 mensagem

Ciência & Saúde Coletiva

27 de junho de 2016

<on behalf of: danuziacienciasaudecoletiva@gmail.com@manuscriptcentral.com>

15:18

Responder a: danuziacienciasaudecoletiva@gmail.com

Para: REBECCALUCENA@gmail.com

Cc: REBECCALUCENA@gmail.com, daphne.rattner@gmail.com, daphne@unb.br, everton.epeneira@gmail.com

27-Jun-2016

Dear Ms. THEOPHILO:

Your manuscript entitled "Vulnerabilidade das mulheres negras na assistência ao pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa de satisfação da Rede Coçonha" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2016-1748.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office