



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

KELLY ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

**DISPARIDADES ÉTNICO/RACIAL E PARTO PREMATURO NUMA CIDADE DO
INTERIOR DA BAHIA/BRASIL**

Feira de Santana

2016

KELLY ALBUQUERQUER DE OLIVEIRA

**DISPARIDADES ÉTNICO/RACIAL E PARTO PREMATURO NUMA CIDADE DO
INTERIOR DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Edna Maria de Araújo

Co-orientador: Prof Dr Djanilson Barbosa dos Santos

Feira de Santana

2016

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

O47d Oliveira, Kelly Albuquerque de
Disparidades étnico/racial e parto prematuro numa cidade do interior
da Bahia/Brasil / Kelly Albuquerque de Oliveira. - 2016.
119 f.: il.
Orientadora: Edna Maria de Araújo. Coorientador:
Djanilson Barbosa dos Santos.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.
1. Parto (Obstetrícia) - Aspectos raciais - Santo Antônio de Jesus, BA.
I. Araújo, Edna Maria de, orient. II. Santos, Djanilson Barbosa dos,
coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana.
IV. Título.

CDU: 618.4(814.22)

KELLY ALBUQUERQUER DE OLIVEIRA

**DISPARIDADES ÉTNICO/RACIAL E PARTO PREMATURO NUMA CIDADE DO
INTERIOR DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia

Feira de Santana, 14 de abril de 2016.

Banca Examinadora:

PROF^a. DR^a. EDNA MARIA DE ARAÚJO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

PROF. DR. CESAR AUGUSTO CASOTTI

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

PROF. DR. CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma dívida emocional impagável. A sincera gratidão é respeito e consideração, que reforça laços que se eternizam... Laços de amizade!

(Luciana Feliciano)

Agradeço primeiramente e acima de tudo a **DEUS**, que me acolhe e me protege me dando forças para continuar minha caminhada em segurança, me sustentando para que eu enfrente todas as dificuldades que se apresente, dando-me graça e sabedoria; Ele que me ensina a transformar todos os problemas que me advêm em soluções para minha vida, ajudando assim no meu amadurecimento espiritual e testificando cada vez mais a sua presença real e fiel na minha vida; enfim, Ele que me deu a graça de ser mãe, me presenteando com a dadiva da maternidade.

A meu filho, **Vitor** que está para chegar, mas que já tenho um profundo amor e, sem sombra de dúvidas, já representa a minha essência como ser humano e por ele minha vontade de continuar lutando, indo à busca da vitória só cresceu.

A minha mãe, **Maridelma**, mulher guerreira e de fé, pela íntegra educação moral que me deu e pela luta contínua em proporcionar-me uma vida digna, o que muito contribuiu para que eu chegasse onde cheguei.

Às minhas irmãs, **Keyte e Zenita**, por me acompanharem durante todo o percurso, não apenas desse curso, mas pela vida, me incentivando e apoiando de forma carinhosa.

Aos meus sobrinhos, **Ketully, João, Lucas e Mateus**, por deixarem a vida mais leve me proporcionando momentos de alegrias durante meus dias, deixando a vida sempre mais leve.

Aos meus queridos **Ricardo e José Carlos** que são bem mais que cunhados/compadres são bênçãos na minha família.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo convívio humano e solidário, em especial **Fernanda e Layla**, minhas companheiras de viagem e a **Daniel** meu companheiro de trajeto, pois foram mais que companheiros, foram verdadeiros amigos e que me ajudaram na minha luta durante essa minha trajetória.

A **Flávia**, hoje, não mais uma colega e sim, uma grande amiga, que me deu colo, aconchego, amor, compreensão, força em todos os momentos difíceis que passei nesses meus dois últimos anos.

Aos meus mestres do curso de Mestrado que tanto contribuíram no crescer do meu conhecimento e, em especial, a minha orientadora, Prof^a. **Edna Maria de Araújo**, pela

competência, pelos conhecimentos a mim destinados, que com sua ética e postura ajudou-me a atravessar todos os limites que eu pensava serem intransponíveis.

Ao querido Prof. **Djanilson Barbosa dos Santos**, que desde antes do meu ingresso a esse curso, tanto me estimulou, deu-me ânimo e contribuiu para que eu não desistisse da minha admissão ao presente Mestrado e que tanto me acolhe, me incentiva, ajudando-me a enxergar o quanto eu era capaz de vencer essa etapa da minha vida e prosperar por mais sucessos.

A todos os funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS, em especial a **Jorge Barros e Goreth Pinto**, pela atenção, carinho, apoio e cuidado com todos nós, alunos do curso, nos proporcionando as condições necessárias ao seu andamento e concretização.

Obrigada também a toda **Equipe do VIEP** de Santo Antônio de Jesus, que tanto me ajudaram na fase da coleta de dados para que a realização deste trabalho.

A todos os que contribuíram de alguma forma para a conclusão deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead	24
Figura 2. Modelo preditivo demonstrando a possível associação entre a variável independente e a dependente e as possíveis variáveis modificadoras de efeito e/ou confundidoras.	32
Quadro 1. Definições operacionais, categorização e níveis de medição das variáveis do estudo.	42
Artigo 1. Associação entre Raça/Cor da Pele e Parto Prematuro: uma revisão sistemática com meta-análise.	
Quadro 1- Distribuição dos resultados da busca dos artigos segundo as associações dos descritores e os bancos de dados.	58
Figura 1- Fluxograma para seleção dos estudos observacionais avaliando raça/cor da pele associado à prematuridade.	59
Tabela 1- Síntese dos Artigos que Avaliaram a Associação entre a Raça/cor da pele e a Prematuridade.	60
Figura 2- Forest plot dos estudos observacionais sobre associação da raça/cor da pele e prematuridade.	61
Figura 3- Gráfico de funil da associação entre a raça/cor da pele e prematuridade.	62
Artigo 2. Raça/Cor da Pele Materna e Prematuridade durante a Gestação em uma Cidade do Nordeste do Brasil .	
Tabela 1- Características sócio-demográficas, hábitos de vida e história obstétrica da população estudada segundo a raça/cor da pele. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011-2015.	82
Tabela 2 - Associação entre prematuridade e co-variáveis do estudo. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011-2015.	83
Tabela 3- Razão de prevalência estimada da associação entre raça/cor materna e prematuridade na população estudada. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011 a 2015.	84
Tabela 4- Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC: 95%) obtidos mediante regressão logística para a associação entre raça/cor materna e prematuridade na população estudada (n= 938). Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011 a 2015.	85

RESUMO

A prematuridade é a principal causa da morbimortalidade neonatal e a segunda maior causa de morte em menores de cinco anos em todos os países do mundo. Sua etiologia não é bem conhecida e muitos fatores de risco têm sido responsabilizados pela sua ocorrência, dentre eles estão os relacionados a desigualdades sociais, como baixa escolaridade, difícil acesso aos serviços de saúde e a raça/cor da pele negra. Há evidências de que as disparidades étnico-raciais podem levar a prematuridade gestacional, no entanto, no Brasil, poucos são os estudos que buscam avaliar a associação da raça/cor da pele e a ocorrência da prematuridade. Analisar a ocorrência da prematuridade gestacional e diferenças raciais maternas se faz necessário, para que as disparidades étnico-raciais possam ser consideradas no planejamento de programas para melhorar os resultados de saúde. O objetivo desse estudo é analisar a associação entre a raça/cor materna e a prematuridade entre as gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia. O delineamento deste estudo se deu através de realização de uma meta-análise e um estudo de corte transversal aninhado a uma coorte prospectiva de uma amostra aleatória de gestantes acompanhadas nos serviços de pré-natal da rede pública de saúde. Para a meta-análise foram analisados 17 artigos de estudos epidemiológicos observacionais. A meta-análise indicou uma associação positiva para o risco da prematuridade segundo a raça/cor da pele, onde as mulheres negras apresentaram um risco de 51% a mais de parto prematuro, se comparado com mulheres não negras (RR: 1,51; IC 95%: 1,39-1,65). No estudo de corte transversal em uma amostra de 938 gestantes, de 18 a 45 anos de idade a prevalência da prematuridade gestacional foi de 11,8% e a probabilidade da prematuridade foi maior nas mulheres negras (RP= 2,16; IC: 1,12 – 4,17) quando comparadas com as mulheres não negras. Os resultados revelam variação na prevalência da prematuridade de acordo a raça/cor da pele, mesmo após o ajuste das co-variáveis.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde; Distribuição por raça ou etnia; Prematuro; Nascimento prematuro, Trabalho de parto prematuro, Estudos transversais.

ABSTRACT

Prematurity is the leading cause of neonatal morbidity and mortality and the second leading cause of death in children under five years in all countries of the world. Its etiology is not well known and many risk factors have been blamed for their occurrence, among them are those related to social inequality, low education, poor access to health services and the black race. There are several evidences that ethnic and racial disparities can lead to premature birth, however, in Brazil, there are few studies that seek to evaluate the association of race/skin color and the occurrence of prematurity. To analyze the incidence of prematurity and maternal racial differences is necessary so that ethnic and racial disparities can be considered when planning programs to improve health outcomes. The aim of this study is to analyze the association between race/color maternal and prematurity among pregnant women assisted in the prenatal public network, residents in Santo Antônio de Jesus - Bahia. The design of this study was through conducting a meta-analysis and cross-sectional study nested in a prospective cohort study of a random sample of pregnant women assisted in the prenatal public health network services. For the meta-analysis were analyzed 17 articles of observational epidemiological studies. The meta-analysis indicates a positive association to the risk of prematurity according to race / skin color, where the black women had a risk of 51% more premature birth, compared with non-black women (RR: 1.51; 95% CI: 1.39 to 1.65). In the cross-sectional study in a sample of 938 pregnant women, 18 to 45 years old the prevalence of preterm birth was 11.8% and the probability of prematurity was higher in black women (PR = 2.16, CI: 1.12 to 4.17) when compared with non-black women. The results highlight the variation in the prevalence of prematurity according to race / color, even after adjustment of covariates.

Keywords: Health inequalities; Race or ethnic group distribution; Infant premature; Obstetric labor premature, Cross-sectional studies.

LISTA DE SIGLAS

DNV	Declaração de nascidos Vivos;
DUM	Data da Última Menstruação;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano;
IDHAD	Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado para a Desigualdade;
IG	Idade Gestacional;
MS	Ministério da Saúde;
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;
OMB	Office of Management and Budget;
OMS	Organização Mundial da Saúde;
RN	Recém-Nascido;
RP	Razão de Prevalência;
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	HIPÓTESE.....	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	Assistência ao pré-natal	15
4.2	A Prematuridade.....	17
4.2.1	Classificação da Prematuridade.....	18
4.2.2	Aspectos epidemiológicos da Prematuridade	19
4.3	Desigualdades em Saúde.....	20
4.3.1	Determinantes Sociais da Saúde	23
4.3.2	A relação entre Raça/cor da pele e Saúde	25
4.3.3	Classificação étnico/racial.....	27
4.4	A Raça/Cor como determinante para a Prematuridade.....	29
4.4.1	Modelo Preditivo	30
5	METODOLOGIA.....	35
5.1	Delineamento da Revisão Sistemática	35
5.1.1	Tipo de estudo	35
5.1.2	Critérios de elegibilidade	35
5.1.3	Critérios de Busca	35
5.1.4	Seleção dos Artigos	36
5.1.5	Extração e Qualidade dos dados	36
5.1.6	Análise Estatística	37
5.2	Delineamento do Estudo Transversal	37

5.2.1	Tipo de Estudo	37
5.2.2	Local do Estudo	37
5.2.3	População do Estudo	38
5.2.4	Coleta de dados	38
5.2.5	Variáveis do Estudo	39
5.2.5.1	<u>Variável Independente</u>	39
5.2.5.2	<u>Variável Dependente</u>	39
5.2.5.3	<u>Covariáveis</u>	39
5.2.6	Cálculo Amostral.....	40
5.2.7	Análise dos Dados	40
5.2.8	Aspectos Éticos.....	44
6	RESULTADOS	45
6.1	Artigo 1	46
6.2	Artigo 2	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	88
	ANEXOS E APÊNDICES	99

1 INTRODUÇÃO

As características do nascimento relacionadas à idade gestacional e ao peso têm grande influência nas condições de saúde e sobrevivência infantil (MINAGAWA et al., 2006). Enquanto que as características sociodemográficas, como escolaridade materna ou raça/cor da pele do recém-nascido são importantes, pois podem evidenciar desigualdades na atenção durante a gestação e/ou o parto.

O Ministério da Saúde instituiu em 2011 a Rede Cegonha para garantir uma assistência pré-natal adequada, com a detecção e intervenção precoce das situações de risco, através do conjunto de iniciativas para acompanhamento da gestante desde o início da gravidez até o período puerperal, garantido por consultas, visitas domiciliares, atividades educativas em grupo e individual, além de encaminhamentos para realização de exames, vacinação e vinculação da gestante à maternidade (BRASIL, 2012 a).

A gestação é um fenômeno fisiológico, entretanto ela pode trazer riscos. Riscos estes inerentes ao processo gestacional associado às características específicas e a presença de algum tipo de agravo e que aumentam a probabilidade de uma evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, caracterizando-se como gravidez de alto risco (COSTA, 2002; BRASIL, 2006). É inquestionável que a identificação desses riscos pode favorecer a eliminação ou o controle destes, prevenindo e/ou minimizando a ocorrência de desfechos gestacionais adversos (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Uma revisão sistemática publicada no ano de 2010, com objetivo de analisar as taxas de partos prematuros no mundo e mapear a distribuição dos nascimentos prematuros, estimou que 9,6% dos nascimentos foram prematuros, ou seja, cerca de 12,9 milhões de nascimentos definidos como pré-termos. Destes 85% estavam concentrados na África e Ásia, com 10,9 milhões de nascimentos prematuros, enquanto que na Europa e na América do Norte foram 0,5 milhões de nascimentos prematuros e 0,9 milhões ocorreram na América Latina e no Caribe (BECK et al., 2010).

No Brasil, observa-se uma tendência ao aumento da prematuridade ao longo dos anos. A prevalência de prematuridade passou de 11,2% em 2000 para 11,8% em 2011 (UNICEF, 2013). Na Bahia, a prematuridade teve uma prevalência de 10,9% em 2000 e 11,4% em 2011 (MATIJASEVICH et al., 2013).

A prematuridade, como causa de mortalidade infantil, tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constatarem que a natureza multicausal da prematuridade, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e

descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico (RAMOS; CUMAN, 2009). Outros autores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho). Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (SILVEIRA, 2009; RAMOS e CUMAN, 2009; MELO; CARVALHO, 2014). Apesar das informações existentes sobre os fatores determinantes do nascimento prematuro não ser ainda claras, ocorreu um crescente aumento nos últimos anos (ASSUNÇÃO et al., 2012).

Há evidências de que as disparidades étnico-raciais estão relacionadas à prematuridade: uma coorte realizada nos Estados Unidos mostrou que nascimentos prematuros em negros ocorrem independentemente de fatores médicos e socioeconômicos maternos; e estudo realizado sobre a epidemiologia e as causas da prematuridade mostrou que mulheres classificadas como negras e afrodescendentes apresentam maior risco de nascimento pré-termo (GOLDENBERG; CULHAME; ROMERO, 2008; KISTKA et al, 2007).

A análise dos resultados dos partos por diferenças étnicas maternas se faz necessária, pois podem sugerir hipóteses etiológicas, destacar as implicações nos desfechos gestacionais e direcionar para uma melhoria da qualidade das consultas de pré-natal (STEIN et al., 2009). Segundo o relatório da UNICEF (2013) fatores como raça, etnia e a idade da mãe também têm influência na prevalência dos casos de prematuridade. Portanto as disparidades étnico-raciais devem ser consideradas no planejamento de programas para melhorar os resultados de saúde materna. Nesse sentido a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada para identificar as necessidades de saúde da população negra de forma a garantir uma melhor qualidade de vida dessa população através da realização de estudos sobre o racismo e saúde na população negra para estabelecer os critérios de planejamento e definição de prioridades (BRASIL, 2007).

No âmbito da Saúde Pública, o número de estudos destaca a importância das disparidades no acesso, morbidade e mortalidade devido à raça/cor da pele vem aumentando consideravelmente nos últimos anos (ARAÚJO- SILVA et al., 2009). As taxas de incidência de partos prematuros podem variar segundo a raça/cor da pele, onde as mulheres negras têm o risco 2,5 vezes maior para um parto pré-termo em comparação com mulheres brancas e essas disparidades raciais têm aumentado desde 1990 (KRAMER et al., 2011; MENON et al., 2011). Embora as taxas de prematuridade entre as mulheres negras diminuam na última década nos Estados Unidos, em geral essas mulheres continuam a experimentar uma maior proporção de nascimentos prematuros (VIANNA, 2006).

Em estudo realizado nos Estados Unidos foi observada uma variação considerável nos resultados dos nascimentos segundo a raça materna, onde 18,4% dos partos de mulheres negras ocorreram antes de 37 semanas (JONGH et al., 2012). Relatório sobre as estatísticas vitais dos Estados Unidos, referente aos anos 2010-2011, mostrou desigualdades entre as taxas de prematuridade, segundo a raça, onde a taxa foi de 10,8% entre as mulheres brancas, 17,1% entre as mulheres negras e 11,8% entre as mulheres latino-americanas, evidenciando que as taxas de nascimento prematuro em mulheres negras são aproximadamente o dobro do observado nas mulheres brancas (HAMILTON et al., 2013).

No Brasil, Perpétuo (2000) e Chacham (2001) observaram uma persistente situação desfavorável para as mulheres de pele preta e parda, na qual elas apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal e ainda menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao 4º mês de gravidez. Resultados de três coortes no sul do Brasil evidenciou que a proporção de gestantes negras e pardas tinha uma menor média de consultas de pré-natal e de início tardio comparadas com gestantes brancas. E que os nascimentos prematuros aumentaram 350% para as mulheres negras e pardas entre os anos de 1982 e 2004 (MATIJASEVICH et al. 2008).

As pesquisas e estudos relacionados à saúde, segundo raça/cor da pele, apontam que existem ainda grandes desafios a serem encarados na produção sobre esse tema. Assim, considera-se importante que novas pesquisas voltem à atenção ao aprofundamento e atualização dos condicionantes do processo saúde-doença-morte de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, analisando as ocorrências, condições de agravos e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Ainda com a finalidade de fornecer subsídios na luta pela equidade em saúde, também deveriam ser enfatizados aspectos sobre cuidados e tratamentos de doenças fortemente afetados pelas condições socioeconômicas desfavoráveis de determinados grupos populacionais (CUNHA, 2008). Questões sobre as disparidades étnico-racial na ocorrência da prematuridade ainda são poucas discutidas e aprofundadas nos estudos. Diante deste contexto, levanta-se a seguinte questão: existe associação entre a raça/cor e a prematuridade em gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a associação entre a raça/cor da pele e a prematuridade entre as gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico, hábitos de vida e história obstétrica da população estudada segundo a raça/cor da pele;
- Estimar a associação entre prematuridade e os dados sócio-demográficos, hábitos de vida e história obstétrica da população estudada;
- Estimar a razão de prevalência da associação entre raça/cor materna e prematuridade na população estudada.

3 HIPOTÉSE

A prevalência da prematuridade é maior entre as gestantes negras do que nas gestantes não negras acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Assistência ao pré-natal

A adequada assistência ao pré-natal é uma das principais ações de promoção à saúde tanto da gestante quanto do feto, além de prevenir eventos desfavoráveis da gestação, no parto e no puerpério. A qualidade do pré-natal é de grande importância devido a possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal, que apesar de preveníveis, vem aumentando no Brasil e no mundo (VETTORE et al., 2013).

O desfecho gestacional esperado é a aquisição de recém-nascido (RN) saudável com mínimo trauma para a mãe. Em algumas situações, isso não é possível, devido a complicações durante a gravidez ou parto, ou com o conceito. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico puerperal geram riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do conceito e podem evoluir para a morte (RAMOS e CUMAN, 2009).

Durante o período gestacional, a mulher passa por várias transformações no corpo, tanto fisiológicas quanto psicológicas, por isso o cuidado do profissional de saúde deve ser voltado para minimizar as complicações destas mudanças. A assistência pré-natal adequada contribui para desfechos gestacionais mais favoráveis, pois permite acompanhamento, diagnósticos e tratamento adequado de possíveis complicações, e também contribui para o controle de possíveis fatores de risco que possam prejudicar a mulher e o RN (DOMINGUES et al., 2012).

As recomendações do Ministério da Saúde para uma assistência pré-natal de qualidade englobam ações de captação, acompanhamento e encaminhamento das gestantes o mais precoce possível, de forma a garantir a saúde de qualidade tanto para a mulher quanto para o RN (BRASIL, 2012a).

Uma gestação é considerada de baixo risco quando esta evolui sem intercorrências, por isso, a consulta de pré-natal é importante para garantir o desenvolvimento da gestação, minimizando os riscos durante o parto para garantir um recém-nascido saudável e ausência de impacto para a saúde materna. Os desfechos gestacionais adversos mais importantes em virtude de suas consequências para a saúde da criança são: o baixo peso ao nascer, a prematuridade e o retardo de crescimento intrauterino que podem elevar as taxas de mortalidade e morbidade infantis, por isso tais fatores tem sido o foco de diversas investigações epidemiológicas (TAMEZ, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o número adequado de consultas pré-natal a serem realizadas pelas gestantes deve ser igual ou superior a seis (BRASIL, 2012 a). Estudo descritivo com objetivo de analisar as características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica à saúde na cidade de Goiânia, Goiás, evidenciou que 42,3% das gestantes fizeram menos que seis consultas durante a gestação e 53,6% não iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, indicando baixo nível de adequação do pré-natal (COSTA et al., 2013). Portanto, o acesso a consulta pré-natal surge como um aspecto essencial a ser avaliado como estratégia para qualificar a assistência (GONÇALVES et al., 2008).

Pesquisa realizada num Hospital Regional do Maranhão mostrou que 82,71% dos casos apresentaram nível insatisfatório na classificação da assistência pré-natal (MAIA et al., 2014). Enquanto que um estudo realizado na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, para avaliar o processo da atenção pré-natal em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), mostrou que a atenção ao pré-natal foi favorável devendo ser melhorada em relação aos procedimentos e exames, a fim de aprimorar a assistência pré-natal e fortalecer a atenção primária à saúde (ANVERSA et al., 2012).

No panorama mundial da saúde materna, a taxa de mortalidade materna caiu de 380 para 210 mortes por cem mil nascidos vivos, ou seja, cerca de 45% entre 1990 e 2013. No entanto essa redução não alcança a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir essa taxa cerca de 75%. As maiores taxas foram registradas na África Subsaariana e sul da Ásia, com 62% e 24% respectivamente e a taxa de redução para o Brasil foi de 43% (NAÇÕES UNIDAS, 2014). No Brasil, a razão de mortalidade materna para o ano de 2002 foi de 50,3%, a região nordeste apresentou o maior índice com 60,8%, muito acima da média do país (CUNHA et al., 2009).

Estudo realizado no Brasil mostrou que para o período de 2000 a 2009 ocorreram 16.520 óbitos maternos, com uma razão de mortalidade de 54,8 por cem mil nascidos vivos, esse valor variou por região, onde a região Nordeste apresentou as maiores taxas para todos os anos e por raça/cor onde as mulheres pardas apresentaram 42,74% dos óbitos maternos (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

A pesquisa Nacer Brasil identificou 24.061 nascidos vivos, destes 268 foram a óbito, correspondendo à taxa de mortalidade neonatal de 11,1 por cem mil nascidos vivos, 38% ocorreram na região nordeste e 81,7% entre os RN prematuros (LANSKY et al., 2014). Portanto, é inquestionável a garantia da qualidade nas consultas pré-natais, de forma a identificar os fatores de risco que podem favorecer a ocorrência dos desfechos

gestacionais e perinatais adversos, na tentativa de minimizá-los e controlá-los.

Nesse sentido, o MS institui a rede cegonha no ano de 2011, de forma a assegurar a todas mulheres o direito reprodutivo e atenção ao pré-natal, parto e puerpério de forma integral, e garantir ao RN um nascimento seguro, e um acompanhamento adequado para o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012 a). A rede cegonha busca a redução da mortalidade materna e através da captação precoce das gestantes e garantindo a consulta pré-natal e puerperal de qualidade, no entanto não foi discutida a questão da desigualdade racial, por tanto, a rede de apoio à mulher precisa ser repensada para a garantia do princípio da equidade.

No Brasil, os dados registrados sobre os nascimentos são de responsabilidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), esse sistema foi implantado em 1990 pelo MS e sua atualização, coleta e avaliação fica sob a responsabilidade obrigatória das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. O SINASC é alimentado através das Declarações de Nascidos Vivos (DNV), preenchidas nos hospitais e em outras instituições de saúde que realizam partos (PEDRAZA, 2012). Através do SINASC é possível conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos, segundo variáveis como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos de forma a fornecer contribuições para a avaliação de risco de morbimortalidade neonatal e infantil e a qualidade da rede de atenção ao pré-natal e parto (BRASIL, 2011).

4.2 A Prematuridade

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, pois acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração, e exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis, além de afetar diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade (RAMOS e CUMAN, 2009).

O parto prematuro ocorre quando a gravidez termina antes da 37ª semana de gestação, e ele é responsável por 75 a 80% da mortalidade e morbidade fetais (BECK et al, 2010; TAMEZ, 2013). Nos partos prematuros, principalmente antes de 32 semanas de gestação, há maiores risco de complicações para o recém-nascido. A prevalência de prematuridade tende a ser subestimada devido a erros de classificação de RN pré-termo com idade gestacional entre 34-36 semanas, erroneamente classificados como de termo (SILVEIRA et al, 2008).

A carga econômica associada aos nascimentos prematuros é significativa, na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato. A imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento (BRASIL, 2011).

A depender da evolução clínica da gestação a prematuridade pode ser classificada em eletiva ou espontânea. A prematuridade eletiva ou induzida ocorre por complicações relacionadas à gestante, como por exemplo: hipertensão arterial, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta entre outras, e/ou complicações relacionadas ao feto, como sofrimento fetal e restrição intrauterina. Enquanto que a prematuridade espontânea se dá pela progressão de contrações uterinas, antes do tempo previsto. A prematuridade eletiva corresponde a 25% dos casos de mortalidade, e a espontânea a 75% (BITTAR; ZUGAIB, 2009; SILVA et al., 2009a).

O número crescente de partos cesáreos contribuiu para o aumento na incidência de prematuridade no Brasil. Foi constatada incidência de partos cesáreos maior do que recomenda o Ministério da Saúde (MS) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul (REIS et al., 2009); e em Maringá foi de 75% (MACEDO; GOES; MELO, 2012). Estes dados mostram que as taxas de parto cesáreo estão muito acima do que é recomendado pela a OMS que seria de até 15%.

A prematuridade é de natureza multifatorial, ou seja, fatores relacionados ao pré-natal e ao parto podem contribuir para sua ocorrência (SILVEIRA et al, 2009). Os fatores de risco para a ocorrência do parto prematuro podem ser classificados em: epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e desconhecidos (BITTAR; ZUGAIB, 2009). Resultados de pesquisas já identificaram diferentes fatores de risco para a prematuridade, tais como: o tipo de parto, a cor da pele, a idade da mãe, condições socioeconômicas, tabagismo, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional entre outros (DÓRIA; SPAUTZ, 2011; MELO; CARVALHO, 2014).

4.2.1 Classificação da Prematuridade

É importante realizar a classificação dos RN de acordo com a idade gestacional (IG) na hora do nascimento, devido a possíveis complicações relacionadas com o parto prematuro e parto tardio. A classificação do RN através da IG usualmente é feita baseado

no primeiro dia da data da última menstruação (DUM) da mulher e confirmada através da ultrassonografia obstétrica realizada no primeiro trimestre da gestação, portanto, não existe um consenso na classificação (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2005).

A OMS utiliza uma classificação para os RN segundo a IG na hora do nascimento, com finalidade de conhecer os dados de mortalidade no período perinatal, essa classificação encontra-se no manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-10): RN < 28 semanas; RN entre 28-31 semanas completas; RN entre 32-36 semanas completas; RN entre 37-41 semanas completas e RN > 42 semanas.

Enquanto para Moutquin (2003) os prematuros podem ser subdivididos em estratos das IG por grupos etiológicos de nascimentos, essa classificação corresponde com a utilizada na CID-10: o prematuro leve (RN entre 32 - 36 semanas); grande prematuro (RN entre 28 - 31 semanas); prematuro extremo (RN < 28 semanas). O autor ainda reclassifica os prematuros leves em: prematuros moderados (RN entre 32 a 33 semanas) e prematuros tardios (RN $\geq$ 34 semanas). É importante saber classificar não apenas o RN, mas o RN prematuro de forma a conhecer as possíveis complicações para cada faixa etária e tentar minimizar os riscos (KRAMER et al., 2000).

4.2.2 Aspectos epidemiológicos da prematuridade

A quantidade de partos prematuros vem apresentando um crescente aumento, chegando nos dias de hoje a aproximadamente 15 milhões de RN prematuros em todos os países do mundo. A prematuridade é a principal causa de mortalidade entre os RN e a segunda causa de morte nas crianças menores de cinco anos (BECK et al., 2010; CARDOSO-DEMARTINI et al., 2011; OMS, 2012).

Um revisão sistemática realizada sobre a incidência da prematuridade no mundo, estimou que 12,9 milhões de nascimentos, cerca de 9,6% de todos os nascimentos em todo o mundo, eram prematuros. Destes 85% estavam concentrados na África e na Ásia, enquanto que cerca de 0,5 milhões nos países europeus, 0,5 milhões na América do Norte e 0,9 milhões na América Latina e Caribe (BECK et al., 2010).

Segundo relatório da OMS de 2012 dentre os países com os maiores números de nascimentos prematuros estão: Brasil, Estados Unidos, Índia e Nigéria, demonstrando que o nascimento prematuro é realmente um problema global. No entanto percebe-se a existência de desigualdades de renda na distribuição das taxas de prematuridade, onde em países pobres pode passar a 12% e nos países ricos 9%. Nos países ricos as taxas são

maiores na população de baixa renda (OMS, 2012).

Nos Estados Unidos a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou de 9,5%, em 1981, para 12,7%, em 2005, mantendo-se atualmente na faixa de 12 a 13%, enquanto na Europa estes valores variam entre 5 e 9% (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

A partir de estudos realizados no Brasil foi possível observar a tendência temporal do crescimento nas taxas da prematuridade. A análise de dados do SINASC mostrou que a prevalência foi de 5% em 1994, 5,4% em 1998, 5,6% em 2000 e 6,5% em 2004 (SILVEIRA et al., 2008); já no estudo utilizando dados do SINASC a prevalência foi de 6 e 7%, nos anos 2000 e 2010, respectivamente e após correção os valores ficaram entre 11 e 12% para o mesmo período, 11,7 a 11,8%, no triênio 2009-2011 (MATIJASEVICH et al., 2013).

O panorama da prematuridade por regiões do Brasil permite observar que a região norte liderou na mudança do perfil da prematuridade, passando de 5,5% em 2010 para 10% em 2011, seguida pelo nordeste, que passou de 6% para 10,5%; a região centro-oeste de 6,8 para 10% de prematuridade e sul e sudeste tiveram aumento de 8,1 para 9,3% de 8,2 para 9,1%, respectivamente (BRASILIA, 2013). Enquanto que para o estado da Bahia passou de 10,9% no ano 2000 para 11,4% em 2011 (MATIJASEVICH et al., 2013).

4.3 Desigualdades em Saúde

A sociedade atual é marcada pelas desigualdades, sejam as socioeconômicas, que se referem à distribuição desigual de bens e serviços, sejam as de saúde, que faz referência a distribuição desigual a fatores que influenciam a saúde e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, essa miscelânea compõe um mosaico de desigualdades no mundo (DUARTE et al., 2002; FAHEL, 2007).

A desigualdade é tão antiga quanto à própria história da humanidade, entretanto ela só se torna preocupante quando é reproduzida na sociedade como privilégios e vantagens para uns em detrimento das desvantagens de outros (ENGUITA, 1998).

A origem dessas desigualdades segundo Rousseau, na sua obra, Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens, está vinculado a dois tipos, natural ou física e moral ou política. A desigualdade natural está relacionada às diferenças biológicas existentes entre as pessoas, como a idade, enquanto que a moral está relacionada com as relações de poder empregadas segundo um tipo de convenção para os grupos (ROUSSEAU, 2012).

Para entender as desigualdades, devem-se fazer uma retrospectiva da história de formação e crescimento de cada sociedade. Uma vez que, segundo Duarte (2002):

Os padrões de desigualdade em saúde variam no espaço e no tempo. Essas desigualdades podem ainda ser agravadas em função de determinantes demográficos e ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais. Problemas associados ao ambiente construído e ao hiperadensamento populacional agregam novos contornos à desigualdade em saúde em uma sociedade (DUARTE et al. pág. 19, 2002).

Portanto, as diferenças históricas entre os grupos sociais provocam novas formas de desigualdades. Em países subdesenvolvidos as desigualdades estão fortemente relacionadas com a renda, enquanto que, em países ditos em desenvolvimento, as desigualdades provocam situações polares de riqueza e pobreza (VIANA et al., 2001).

Exemplo disso é o Brasil que no ano de 2013 passou a ocupar a 79ª posição no ranking mundial no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com o valor de 0,744, que é considerado um alto desenvolvimento humano, no entanto ao ajustar esse índice para a questão da desigualdade (IDHAD) esse valor cai para 0,542, uma perda de 27%. Isso pode ser explicado pelo quadro persistente de desigualdade em relação à renda, educação e expectativa de vida, além das relações de poder e prestígios por grande parcela da população (PNUD, 2014; SIQUEIRA, 2011).

Nesse sentido Phelan e Link (2005) defendem a “Teoria das Causas Fundamentais”, para eles essa persistência da relação entre os fatores socioeconômicos e a saúde em geral, mesmo com as mudanças ocorridas ao longo do tempo, se deve ao fato de que os fatores socioeconômicos, diz respeito a vários aspectos, como renda, educação, prestígio, poder e também conexões sociais que determinam à medida que as pessoas são capazes de evitar riscos de adoecer ou morrer. Portanto os fatores socioeconômicos são as causas fundamentais para as desigualdades em saúde (PHELAN; LINK; TEHRANIFAR, 2010).

Vários estudos vêm contribuindo para o debate da relação entre as desigualdades socioeconômicas e as desigualdades em saúde. Por exemplo, a desigualdade de renda tem-se mostrado associada a sintomas de asma e alergias na infância em estudo realizado em 55 países do mundo (UPHOFF et al., 2015), os baixos níveis de escolaridade estão associados a um maior risco de doenças cardiovasculares ou mortalidade prematura na Ásia (WOODWARD et al., 2015); desigualdade de gênero está associado as maiores taxas de mortalidade infantil nos países pobres (BRINDA; RAJKUMA; ENEMARK, 2015); e a

desigualdade de renda está relacionada à violência, como os homicídios e roubos/assaltos, em países de baixa e média renda (WOLF; GRAY; FAZEL, 2013).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil também contribuem com informações acerca das desigualdades em saúde no país: por exemplo, estudo realizado na cidade de Salvador mostrou que a mortalidade por homicídios distribuiu-se de forma desigual entre os estratos de condições de vida, onde as áreas com indicadores mais elevados corresponderam a bairros com precárias condições de vida (MACEDO et al., 2001), a desigualdade educacional tem papel determinante sobre o estado de saúde da população adulta das capitais dos Estados brasileiros no que se refere as doenças crônicas-degenerativas (FRANÇA; PAES, 2008), e a associação entre piores condições de vida e maior mortalidade por doenças cardíacas no norte do país (MONTEL et al., 2008).

No entanto, grande parte desses estudos é realizado utilizando como fonte de coleta de dados os sistemas de informações, que apesar de terem avançado nos últimos tempos, a cobertura e confiabilidade desses dados variam por regiões e estados, devido aos subregistros e/ou subnotificações. No entanto, esse subregistro e/ou subnotificações dos sistemas de informações, podem ser utilizados como indicadores indireto da desigualdade em saúde, uma vez que reflete as fragilidades da vigilância a saúde de cada cidade, estado e/ou região (DUARTE et al., 2002).

De acordo com Andrade et al (2011), apesar do sistema de saúde brasileiro ter sido formulado para garantir acesso universal e igualitário para toda a população brasileira, seu desenho institucional misto, em que a saúde suplementar constitui uma parcela significativa da assistência à saúde, parece alimentar a desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde.

Para os estudos no campo da saúde pública, o uso da variável raça/cor da pele tem sido um instrumento importante para identificar os padrões de saúde da população, além de contribuir para o controle de possíveis fatores de risco e na manifestação de iniquidades em saúde (LAGUARDIA, 2007).

4.3.1 Determinantes Sociais da Saúde

Nos últimos anos foi observado na literatura um avanço nos estudos sobre as relações entre a organização e formação das sociedades e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO, 2003). Esse avanço é mais acentuado nos estudos sobre as

desigualdades em saúde, pois estas, além de serem sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias e compreender os fatores que as originam ou colaboram para que estas ocorram é complexo, nesse sentido, o interesse dos pesquisadores em avaliar a contribuição dos determinantes sociais da saúde para decifrar os fatores que contribuem para as desigualdades em saúde tem aumentado (WHITEHEAD, 2000).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são fatores e mecanismos nos quais as condições sociais afetam a saúde e estes podem ser modificados através da informação (KRIEGER, 2001). Nesse sentido, as desigualdades provocam prejuízos no acesso aos direitos fundamentais da população, como educação e saúde, para os grupos sociais historicamente excluídos.

Existem diversos enfoques para o estudo dos DSS, nos quais eles provocam as desigualdades de saúde e o enfoque chamados de “multiníveis” privilegia os “fatores psicosociais”, procurando as relações entre percepções de desigualdades sociais, aspectos psicobiológicos e a situação de saúde, considerando que as percepções e as experiências das pessoas nas sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na tentativa de explicar as relações que perpassam pela desigualdades enfrentadas pela população Dahlgren e Whitehead propuseram um modelo esquematizado sobre os diversos fatores que podem contribuir para as desigualdades em saúde (Figura 1).



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Os DSS segundo o modelo apresentado estão dispostos em diferentes camadas. Na base estão as características individuais de cada pessoa (idade, sexo e fatores genéticos), em

seguida está o estilo de vida individual, logo após se encontra a camada sobre as redes comunitárias e de apoio, no próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho (como saúde e educação), e por fim no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Este modelo permite identificar os pontos para o desenvolvimento de ações e implementação de políticas públicas, para redução dos diferenciais dos DSS causados pela posição social dos indivíduos e grupos. Uma vez que, as desigualdades, no Brasil, aparecem diariamente nas formas de estereótipos e nas intolerâncias polarizadas em torno da raça/cor da pele, da classe social e do gênero, provocando barreiras que são determinantes para o processo saúde-doença da população, mais especificamente dos negros (HERINGER, 2002; IANNI, 2004).

4.3.2 Relação entre Raça/cor e Saúde

A população brasileira é composta por distintos grupos étnico-raciais que a caracterizam, em termos culturais, como uma das mais ricas do mundo. O país apresenta o maior número de afrodescendentes fora do continente africano, todavia, historicamente o Brasil é marcado por desigualdades e discriminações, principalmente contra negros e indígenas, impedindo, desta forma, o seu pleno desenvolvimento econômico, político e social (UNESCO, 2010).

A Constituição Federal de 1988 garante a todos os brasileiros o acesso a saúde de forma universal, integral e equânime, sem distinção de raça/cor, religião, classe e orientação sexual (BRASIL, 1988). Sabe-se que a participação do Movimento Social Negro, juntamente com outros movimentos, foi importante para a construção de uma Constituição mais democrática possibilitando que a saúde se tornasse um direito para todos os brasileiros (BRASIL, 2007).

No entanto, as desigualdades étnico-raciais como determinante para a ocorrência de doenças e agravos a saúde têm sido pouco investigadas, fato comprovado com a inclusão do quesito raça/cor somente em 1996 no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 1999). Desde então tem aumentado consideravelmente o uso da variável raça/cor como um instrumento importante

para identificar os padrões de saúde da população, além de contribuir para o controle de possíveis fatores de risco e na manifestação de iniquidades em saúde (LAGUARDIA, 2007).

Os resultados do Censo Demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram que viviam no país 91 milhões de pessoas que se classificaram como brancas, correspondendo a 47,7%. Cerca de 82 milhões de pessoas se declararam como de cor parda, o equivalente a 43,1%, e 15 milhões de cor preta, representando 7,6% do total. A junção da população parda e preta correspondeu a aproximadamente 50,1% da população brasileira. Aquelas que se classificaram como de cor amarela totalizaram quase 2 milhões (1,1%), e 817 mil (0,4%), como indígenas. Houve maior representação dos brancos nas Regiões Sul e Sudeste do País, enquanto a maior representação dos pretos ocorreu em alguns estados da Região Nordeste com destaque para a Bahia. Na Região Norte, a população que se denomina parda foi maioria (IBGE, 2010).

Ao analisar a taxa de analfabetismo, percebeu-se uma diferença significativa entre a raça branca e as demais, na qual 5,9% das pessoas de 15 anos ou mais de idade, que se declararam de cor ou raça branca, eram analfabetas, enquanto a proporção foi de 14,4% para pretos e 13,0% para pardos. A razão do rendimento domiciliar per capita entre os grupos de cor ou raça no Brasil foi mais favorável aos brancos e ocorreu em todas as Grandes Regiões (IBGE, 2010). Ao se observar a posição na ocupação entre brancos, pretos e pardos, houve uma maior representação das pessoas que se declararam de cor ou raça branca entre os grupos com a proteção da previdência social (empregados com carteira de trabalho assinada, militares e funcionários públicos estatutários), assim como entre os empregadores. Neste último grupo, estavam 3,0% dos brancos empregados, em relação a apenas 0,6% dos pretos e 0,9% dos pardos (IBGE, 2010).

Segundo Cunha (2008) os mapas de pobreza se superpõem com os da distribuição por raça/cor, significando que, no Brasil, os negros ocupam as posições menos qualificadas e pior remuneradas no mercado de trabalho, apresentam níveis mais baixos de escolaridade, e moram em áreas que ofertam menos serviços de infraestrutura básica e, finalmente, sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde, que, quando prestados, são de pior qualidade e menor resolutividade.

Pesquisa realizada em 145 municípios brasileiros apresentou associação entre disparidades de raça/cor e à situação de saúde. Esta pesquisa mostrou que mulheres da raça/cor preta têm 5,13 vezes mais chances de morrer em decorrência da gestação e parto do que as mulheres brancas e que também existe essa disparidade na taxa de mortalidade infantil,

onde os recém- nascidos de raça/cor preta têm cerca de 30 a 80% mais chances de morrer do que entre os considerados brancos (CHIAVEGATTO FILHO e LAURENT, 2013).

Sobre o acompanhamento das mulheres durante o pré-natal há diferença de 40% entre as brancas e não brancas no número mínimo preconizado de consultas pré-natais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses achados expressam à dificuldade de acesso a serviços de saúde por mulheres e crianças de diferentes grupos étnicos, o que pode explicar as diferenças encontradas nos níveis de mortalidade infantil e materna devido à ausência de prevenção para riscos evitáveis a partir de um diagnóstico precoce (CUNHA, 2008).

Pesquisas realizadas quanto a relação entre as taxas de mortalidade e a raça/cor da pele também mostraram a existência de desigualdades. Os negros morreram em idades mais precoces e perderam 12,2 vezes mais anos potenciais de vida devido a mortes por homicídio que indivíduos brancos na cidade de Salvador (ARAÚJO et al., 2009); a taxa de mortalidade por causas externas em relação à raça/cor revelou os maiores valores para pretos e pardos no Espírito Santo (TRISTÃO et al., 2012); indivíduos pretos e pardos morrem mais cedo que os brancos por praticamente todas as causas estudadas na cidade de Vitória (FIORIO et al., 2011); a taxa de mortalidade infantil das crianças pretas superou em 30,0% das crianças brancas e em 80,0% na taxa de mortalidade infantil proporcionalmente modificada quando comparadas com as crianças brancas (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2005).

Nesse contexto a existência das desigualdades socioeconômicas e raciais são nítidas no Brasil, inclusive na sobreposição do negro na pobreza e no pior acesso à educação (LOPES, 2005). Portanto, estudos abordando o quesito raça/cor são de grande importância para a eliminação das desigualdades em saúde (GIFFIN e COSTA, 1999).

4.3.3 Classificação étnico/racial

Durante toda a história da humanidade, as pessoas buscam classificar uns aos outros, por sexo, raça/cor, classe social, até mesmo por pensamento político. Entretanto essas tentativas de classificar os homens, principalmente relacionado a raça/cor vem provocando a morte de milhares de pessoas, como no exemplo do holocausto e genocídios na busca pela supremacia de uma raça dita superior (MIRANDA, 2010).

Uma das mais conhecidas classificações para se coletar dados sobre raça é a do órgão norte americano Office of Management and Budget (OMB) cuja diretriz nº 15, desenvolvida nos anos 70 do século passado, padroniza dados referentes às categorias raciais e étnicas. O

censo norte-americano do ano 2.000 expandiu as categorias raciais para cinco: índios americanos ou nativos do Alaska, brancos, pretos ou afro americanos, nativos havaianos, e asiáticos (SANTOS et al, 2010).

A definição de raça e os problemas na sua classificação são duas questões apontadas como limitações aos estudos com o recorte étnico-racial no Brasil. Outra dificuldade é à ideia de que o Brasil se vive em uma democracia racial (CHOR; LIMA, 2005).

A ideia de “democracia racial” foi cunhada por Freyre (1933), um sociólogo brasileiro que na sua obra, *Casa Grande e Senzala*, difundiu a ideia que no Brasil não existe desigualdades relacionados à raça/cor, mas sim as classes sociais. Esse pensamento ficou conhecido como “A Teoria da Democracia Racial”, no entanto, estudo realizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) nos anos 50, mostrou que no Brasil existiam desigualdades raciais e discriminação, e a teoria passou a ser considerada um mito, muito embora, muitas pesquisas relacionadas a raça/cor e discriminação racial seja recente (VIOTTI DA COSTA, 1985; GUIMARÃES, 2001).

O sistema de classificação de cor no Brasil tem sua origem na teoria de embranquecimento, essa teoria buscou “clarear” a cor dos brasileiros, para isso adotaram na época medidas para a entrada de imigrantes europeus, de forma a mudar as características físicas e culturais da população (MARTINS, 2010; GUIMARÃES, 2011). Com isso, o sistema de classificação racial vem sofrendo modificações ao longo dos anos, e o ideal de embranquecimento foi perdendo força, principalmente pela luta da população negra que tenta estabelecer uma noção histórica, política ou étnica de raça (GUIMARÃES, 2011).

A inclusão da variável “raça/cor” nos estudos epidemiológicos, na maioria das vezes é aplicada de forma superficial e sem profundidade, não levando em conta os fatores e os contextos espaciais, temporais e culturais que afetam e tornam a cor da pele uma característica socialmente construída (MUNIZ, 2010).

Nos estudos recentes a classificação racial empregada é a definida pelo IBGE, no qual considera cinco categorias:

Branca, preta, amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) e indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia) (PNAD pág. 26, 2012).

Nos estudos, quando se quer realizar comparações as categorias pretas e pardas

utilizadas no IBGE são agrupadas, construindo assim a categoria da raça negra (HERINGER, 2002). Entretanto, vale salientar que essas categorias são apenas para classificar os grupos populacionais de diferentes origens étnico-racial, ou seja, os brasileiros e brasileiras descendentes de europeus, de orientais, de africanos, de indígenas ou da miscigenação de dois destes grupos.

Nas pesquisas e censos realizados pelo IBGE a atribuição da raça/cor baseia-se na observação externa por um entrevistador treinado, também chamada de heteroclassificação ou na autoclassificação ou autoidentificação (IBGE, 2013). Para LaVeist (1994) a heteroclassificação deve ser realizada quando se pretende estudar a exposição social a riscos de saúde e a autoclassificação utilizada para exposições a comportamentos de risco atribuídos a fatores culturais. Estudo brasileiro trouxe que a classificação racial é complexa e requer avaliação de diversos aspectos dentre eles, o contexto social no qual a pessoa está inserida e as características físicas pessoais de cada indivíduo (BASTOS et al., 2008).

Pesquisa realizada recentemente em hospitais dos Estados Unidos sobre a classificação da raça/cor da pele, na qual as impressões do aplicador foram confrontadas com os dos participantes da pesquisa, mostrou que a percepção do pesquisador quanto à raça/cor do entrevistado era mais concisa para pretos e brancos, já a classificação em relação a outras raças, os questionadores tinham dúvidas a respeito da raça do indivíduo e o classificavam como “desconhecida”. Devido a isso, especialistas têm recomendado que raça/cor devem ser colhidas por autorrelato (BAKER et al., 2006).

Entretanto, a raça/cor da pele deve ser compreendida como uma variável social e não biológica, uma vez que a cor da pele não determina sequer a ancestralidade, mas sim, uma construção histórica e social e deve ser entendida como importante determinante da saúde (SANTOS et al, 2010).

Apesar da complexidade na classificação da raça/cor, a sua utilização em pesquisas deve ser incentivada, pois é necessário à monitorização das desigualdades raciais para o desenvolvimento das políticas públicas de forma a reduzir essas disparidades (BASTOS et al., 2008). Nesse sentido, a utilização da variável raça/cor será analisada na perspectiva da construção social, ou seja, como categoria culturalmente construída com base na história de vida da população.

4.4 A Raça/Cor como determinante para a Prematuridade

O cenário referente à prematuridade apresenta uma disparidade quando relacionado à raça, cor e etnia. O livro “Preterm Birth: causes, consequences and prevention” publicado em Washington, pela The National Academies Press, no ano de 2007 mostrou que as mulheres negras dos Estados Unidos apresentavam duas vezes mais chances de partos prematuros quando comparadas com as mulheres brancas, e essas disparidades ainda persistem ao ajustar os dados para outras variáveis, como por exemplo: nível socioeconômico (NSE), uso de álcool e usos de drogas essas disparidades ainda persistem entre as raças (BEHRMAN; BUTLER, 2007).

Estudos recentes apresentaram as desigualdades entre a raça/cor da pele e partos prematuros. Por exemplo: coorte retrospectiva realizada nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar as diferenças étnico-raciais nos nascimentos pré-termo no período de 2006-2010 com dados da Society for Assisted Reproductive Technology Clinic concluiu que o parto prematuro tem 2,1 vezes mais chances de ocorrer em mulheres negras, do que em outras raças (XIONG; PRIDJIA; DICKEY, 2013). Coorte retrospectiva desenvolvida no período de 1998-2002, na Califórnia, comparou a ocorrência da prematuridade de acordo a raça de ambos os pais, a raça negra apresentou 1,6 vezes mais chances de parto prematuro quando ambos os pais são negros, quando comparados com pais brancos (GOLD et al., 2010); estudo descritivo desenvolvido em Nova York, utilizando dados secundários do período de 1980- 1986 concluiu que os RN negros tinham duas vezes mais probabilidades do que outras raças para nascerem prematuros (BURCK et al., 1992).

Um estudo de coorte realizado no Reino Unido com o objetivo de comparar o tempo de duração da gestação entre as mulheres brancas e as mulheres negras concluiu que as mulheres negras têm 1,54 vezes mais chances de terem partos prematuros (PATEL et al., 2003). Um estudo observacional prospectivo foi realizado no distrito de Seine-Saint-Denis, na França, com o objetivo de analisar a ocorrência de parto prematuro numa população multiétnica e chegou à conclusão que mulheres nascidas na África Sub-Saariana tiveram taxas significativamente maiores de nascimentos prematuros do que as mulheres nascidas na França continental (ZEITLIN et al., 2004).

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, no Brasil também é observado essa desigualdade quanto à raça na ocorrência da prematuridade: onde a prevalência foi de 7% nos indígenas e pretos, 6% entre os amarelos e pardos e 6, 4% entre os brancos (BRASIL, 2007).

Dados do relatório Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil, no ano de 2003, o número de mães adolescentes foi 28,8% superior entre os negros e indígenas,

em relação aos brancos; quanto ao número de consultas realizadas, as que realizaram 7 ou mais consultas foi 1,7 vezes maior entre as mães de nascidos brancos em relação aos nascidos negros e 2,3 vezes maior em relação aos nascidos indígenas; em relação aos anos de estudos 6,1 das gestantes negras não tinha nenhum ano de estudo, enquanto as brancas esse percentual era de 2,3, já quando comparadas a 12 ou mais anos de estudos os percentuais foram de 6,5 e 15,9 para negras e brancas, respectivamente (BRASIL, 2005).

Dados de uma coorte de Ribeirão Preto, São Paulo, mostrou que a cor da pele é um fator de risco independente para a prematuridade, mesmo após ajuste para a renda familiar e escolaridade materna, portanto, sugere que as desigualdades raciais em relação a prematuridade são explicadas pela desvantagem socioeconômica vivida pelos negros, mas também são influenciadas por outros fatores, possivelmente por discriminação racial (SILVA et al., 2007).

A desigualdade étnico-racial pode ser visualizada tanto no acesso à atenção pré-natal com qualidade quanto na hora do parto, constituindo uma situação desigual enfrentada pelas mulheres negras, possivelmente, relacionada à maior ocorrência de desfechos adversos entre os RN (VIEIRA; MENDES, 2012).

4.4.1 Modelo Preditivo

A partir da literatura foi possível identificar quais os principais fatores de risco para a ocorrência da prematuridade, assim esses fatores foram utilizados para compor o modelo preditivo (Figura 1).

A idade materna representa um fator de risco importante na gravidez. Estudo realizado na cidade de Fortaleza, Ceará, com objetivo de analisar a influência da idade materna sobre as condições perinatais, através dos dados do SINASC do ano de 2002, verificou que a ocorrência de parto pré-termo entre as adolescentes e mulheres com idade acima de 35 anos foi de 5,9% e a para as outras idades a ocorrência foi de 5% (XIMENES; OLIVEIRA, 2004); e um estudo transversal utilizando dados do SINASC no período de 2007 a 2009 em Maringá, no Paraná, com o objetivo de analisar e comparar os resultados perinatais de gestantes adolescentes e em idade tardia com mulheres entre 20 a 34 anos mostrou que as chances de parto prematuro foi maior entre as adolescentes com 1,35 vezes mais chances e entre as mulheres com idade maior de 35 anos teve 1,14 vezes mais chances de parto prematuro quando comparadas com as mulheres de outras idades (GRAVENA et al., 2013).

A ocorrência do parto pré-termo nas adolescentes pode ser resposta adaptativa a imaturidade física dessas mulheres, enquanto que para as mulheres com idade maior que 35 anos pode estar associada às intercorrências clínicas (AZEVEDO et al, 2002; LUKE; BROWN, 2007).

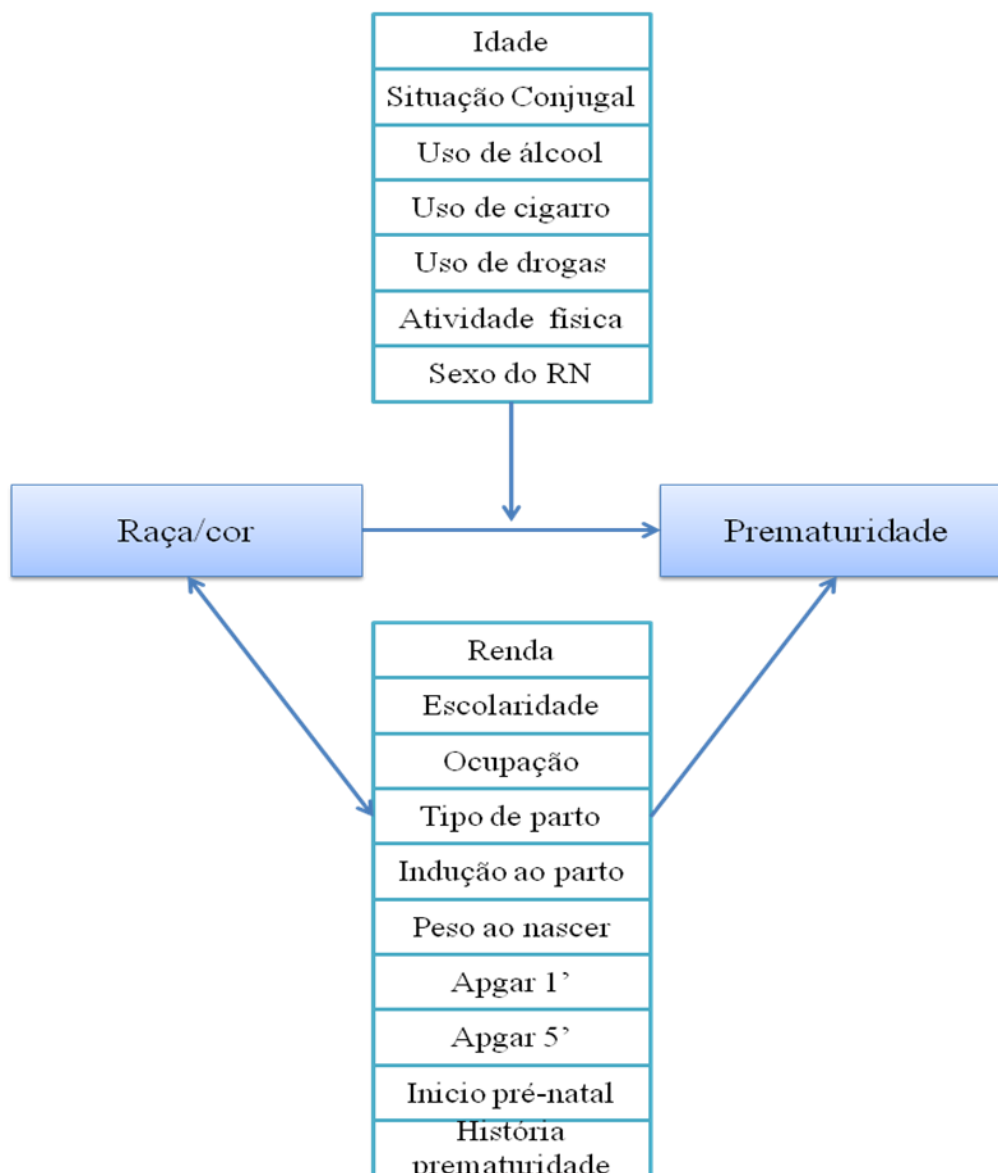
Quanto à renda familiar, um estudo transversal comparativo com o objetivo de investigar os fatores de risco maternos para nascimentos prematuros em uma maternidade pública de Imperatriz, no Maranhão, com 116 puérperas, mostrou associação estatisticamente significativa para a renda mensal, onde as puérperas com renda inferior a dois salários mínimos apresentaram duas vezes mais chances de parto prematuro do que as puérperas com salários maiores (ALMEIDA et al., 2012). Neste sentido, a renda pode influenciar nas questões do acesso aos serviços, na alimentação e nas questões emocionais, aumentando o estresse durante a gestação (FISCHER; GUIMARÃES; MELO, 2010).

Segundo a ocupação materna, um estudo transversal realizado em Maringá com objetivo de conhecer os fatores sociodemográficos associados à ocorrência de prematuridade entre os nascidos vivos através de dados secundários. Com 4.440 recém-nascidos mostrou que as menores taxas de parto prematuro estavam entre as gestantes que não estavam em ocupação laboral (MELO et al., 2011). Gestantes com ocupação, principalmente as empregadas domésticas, devido à jornada de trabalho pode contribuir para uma inadequada atenção pré-natal, referente ao número de consultas o que pode aumentar a frequência de partos prematuros para essas gestantes (VIEIRA; MENDES, 2012).

A prematuridade pode ser relacionada com a escolaridade materna, um estudo caso-controle realizado com o objetivo de determinar os fatores de risco da prematuridade com uma amostra de 486 nascidos na Província de Matanzas, Cuba, mostrou que mulheres com baixo nível de escolaridade têm maior chance de terem parto prematuro (ROBAINA CASTELLANOS et al., 2001). Nesse sentido, o baixo nível de escolaridade dificulta o entendimento dos cuidados durante a gestação, podendo levar ao início tardio ou ausência de acompanhamento durante o pré-natal (RAMOS; CUMAN; 2009).

A situação conjugal também pode influenciar a ocorrência do parto prematuro, onde um estudo caso-controle de base populacional realizado na cidade de Londrina no ano de 2007 com objetivo de identificar fatores de risco para nascimentos pré-termo, com uma amostra de 697 RN mostrou que a ausência de companheiro fixo apresentou 7,9% de chances de prematuridade (SILVA et al., 2009a). Isso pode ser explicado, pois a falta de um companheiro aumenta as dificuldades e responsabilidades, podendo levar a uma gestação mais estressante, desencadeando um parto antes do tempo previsto (ALMEIDA et al., 2012).

Figura 1- Modelo preditivo demonstrando a possível associação entre a variável independente e a dependente, e as possíveis variáveis modificadoras de efeito e/ou confundidoras.



Presença de hábitos de vida como o uso de álcool, cigarro, e drogas também aumenta o risco para a prematuridade. Em um estudo caso-controle realizado em Santo André, com objetivo de analisar possíveis fatores de risco para o parto pré-termo se observou que mães fumantes aumenta 1,78 vezes a probabilidade de parto prematuro (MOUTINHO; ALEXANDRA, 2013). Já um estudo caso-controle, realizado num hospital de Caruaru, com 259 puérperas com o objetivo de avaliar os fatores de risco relacionados à prematuridade ao nascer, observou que a ingestão de álcool durante a gestação aumenta 6,44 vezes as chances de parto prematuro e o uso de drogas ilícitas aumentam 2,43 as chances de ocorrência de prematuridade (VASCONCELOS et al., 2012). O álcool, algumas drogas e substâncias

presentes no cigarro, que a mãe faz uso durante a gestação, atravessam a barreira placentária deixando o feto exposto a essas substâncias, o que aumenta o risco de parto prematuro (SILVA et al., 2011).

A presença de doenças maternas crônicas também aumenta as chances de partos prematuros. Estudo seccional com 1239 gestantes foi realizado no Rio de Janeiro para avaliar adequação, acompanhamento pré-natal, satisfação e riscos gestacionais das gestantes com história de prematuridade e mostrou que as gestantes com hipertensão arterial têm 1,7 vezes maiores chances de terem parto prematuro (VETTORE et al., 2013).

Em relação à história anterior de parto prematuro, um estudo de coorte com 19.025 NV, no estado de Missouri, nos Estados Unidos, com objetivo de estimar o risco de recorrência de parto prematuro apontou que após um parto prematuro o risco de outro parto prematuro varia de 14 a 22% e após história de dois partos prematuros esse risco aumenta entre 28 a 42% (MCMANEMY et al., 2007); um estudo de caso-controle realizado em Tubarão, Santa Catarina, com amostra de 192 puérperas, com objetivo de relacionar exposição materna aos fatores de risco para partos pré-termo evidenciou que mulheres com partos anteriores de prematuros têm 11,68 vezes mais chances de repetição do quadro (SILVA et al., 2009b). Talvez a ocorrência de partos prematuros sucessivos possa estar associada com alguma característica genética da mulher ou a quadros repetidos de infecção subclínica não tratada e não investigada no pré-natal (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

Em relação ao tipo de parto, um estudo transversal, utilizando dados do SINASC no Estado de Santa Catarina, no ano de 2005, mostrou que a chance de nascimento prematuro foi maior em partos por cesariana, com 1,5 vezes mais chances de ocorrer do que nos partos naturais (CASCAES et al., 2008). A ocorrência da prematuridade como causa de parto cesariano pode ser atribuída à idade gestacional estimada por meio da ultrassonografia obstétrica, que superestimam a idade gestacional (CASCAES et al., 2008).

Segundo o peso ao nascer do RN, estudo descritivo e retrospectivo, realizado em Montes Claros, com dados de 3933 nascidos vivos, dos anos de 2003 a 2005, mostrou associação do baixo peso (< 2.500 gramas) e prematuridade com 108,90 vezes mais de chances da ocorrência de prematuridade em RN com baixo peso (TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008).

Outro fator de risco para o parto prematuro é o baixo peso materno pré- gestacional. Uma coorte prospectiva realizada com 9671 gestantes, em Los Angeles, com objetivo de analisar as diferenças no padrão de ganho de peso de gestantes, mostrou que mulheres com

ganho de peso inadequado tinham 1,68 vezes mais chances de terem partos prematuros, quando comparadas com ganho de peso adequado (SIEGA-RIZ; ADAIR; HOBEL, 1995).

Portanto a presente pesquisa tem como perspectiva proporcionar discussões acerca das desigualdades étnico/raciais nas questões relacionadas à gestação, parto e puerpério, e colaborar para diminuição do número de casos dos partos prematuros, uma vez que a raça/cor funciona como mecanismo para aumentar a criação de desvantagens no acesso a renda, aos serviços de saúde e a outros setores da vida social.

5 METODOLOGIA

Para responder os objetivos do presente trabalho foram utilizados dois caminhos metodológicos. O primeiro delineamento foi de uma revisão sistemática com meta-análise e o segundo delineamento foi um estudo de corte transversal aninhado em uma coorte.

5.1 Delineamento da Revisão Sistemática com Meta-análise

5.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão sistemática com meta-análise, baseado na declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), o qual é composto por 27 itens que auxiliam na elaboração, análise e publicação de meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais⁹. Foi elaborado um protocolo de pesquisa para auxiliar na busca, extração dos dados, análise e interpretação dos artigos.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza como fonte de dados uma base secundária e de acesso público, não se fez necessária à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa para a realização da mesma.

5.1.2 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos todos os artigos publicados com objetivo principal avaliar a associação entre a raça/cor da pele e ocorrência da prematuridade, no período de 2010 a 2014, com delineamento do estudo epidemiológico observacional, que continham as medidas de associação calculadas e que estivessem publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos os artigos que não possuíam resumos e que fossem artigos de revisão, teses/dissertações e editoriais.

5.1.3 Critérios de Busca

Para a busca dos artigos, utilizou-se do sistema integrado de busca da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) e do MedLine/PubMed, bases de dados que reúne as publicações de periódicos científicos na área da saúde, com o objetivo de encontrar publicações de artigos científicos relacionados a associação entre a raça/cor da pele e a prematuridade.

Utilizou-se o “método de pesquisa integrado” para as buscas em “todos os índices” e “todas as fontes”, o que permite uma ampla busca, integrando várias bases de dados e uma

busca detalhada, por relevância de títulos, de resumos e de textos. Os descritores usados para a busca foram: “Race or ethnic group” e “ethnicity and health” associadas às palavras “infant premature” e “obstetric labor premature” e todos seus equivalentes na língua portuguesa.

Ao se fazer a pesquisa na BVS utilizando-se a associação dos descritores: foram encontrados 1.163 resultados de textos, dos quais 372 textos publicados a partir do ano 2010, enquanto a busca no MedLine/PubMed utilizando a mesma associação das palavras foram encontrados 1.907 resultados, sendo 554 publicados a partir de 2010.

5.1.4 Seleção dos Artigos

Dois revisores analisaram independentemente todas as etapas do processo de seleção dos estudos, analisando os títulos e os resumos, em seguida, eram feitas a leitura dos artigos na íntegra, seguindo os critérios de elegibilidade estabelecidos.

Os estudos incluídos foram classificados em três tipos: coorte, transversal e caso-controle. Esta classificação foi realizada baseando-se no que foi determinado pelos autores dos estudos. Nos casos em que os autores não determinaram o tipo de estudo, classificou-se de acordo com o descrito na literatura.

5.1.5 Extração e qualidade dos dados

Os dados de cada artigo elegível para o estudo foram extraídos e organizados em uma tabela resumo que continha os seguintes pontos: autores e data de publicação, delineamento do artigo, objetivo do artigo, principais resultados e as medidas de associação. Em seguida foi realizada a avaliação dos artigos quanto à qualidade metodológica através do instrumento Newcastle-Ottawa Scale (NOS), o qual avalia a qualidade dos estudos coorte, transversal e caso-controle para detecção de vieses. Os estudos com baixa qualidade metodológica foram excluídos. A qualidade dos estudos foi baseada na classificação dos artigos nas seguintes categorias: ruim, regular, bom e excelente.

Na avaliação de qualidade dos estudos foram analisadas as seguintes variáveis: seleção (representatividade da coorte exposta ou dos casos, seleção da coorte não exposta ou dos controles, apuração da exposição, demonstração de que o desfecho de interesse não estava presente no início, definição de controle), comparabilidade (comparabilidade de coortes no início do desenho do estudo ou na análise ou dos casos e controles) e desfechos (avaliação dos resultados, tempo de acompanhamento; adequação de acompanhamento, apuração da exposição e taxa de não resposta).

5.1.6 Análise Estatística

Realizou-se análise descritiva e meta-analítica dos dados. Os resultados da incidência da prematuridade associada a raça/cor da pele foram meta-analisados por meio do programa Stata. O risco relativo (RR) e o intervalo de confiança de 95% foram utilizados como medidas de efeito.

Para verificar a heterogeneidade e a consistência dos estudos foi utilizado o teste Q de Cochran e I^2 . Utilizou-se o modelo aleatório e posteriormente o modelo de regressão de Egger, gerando o gráfico forest plot.

5.2 Delineamento do Estudo Transversal

5.2.1 Tipo do estudo

Esta pesquisa integra o projeto “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia” realizado pelo grupo de pesquisa “Núcleo de Investigação em Saúde Materno Infantil (NISAMI)”, desenvolvido na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

O presente estudo desenvolveu-se sob a perspectiva do método quantitativo, do tipo corte transversal aninhado a uma coorte prospectiva que se caracteriza no tipo de estudo observacional, analítico, individualizado, tomando como foco gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal da rede pública do Município de Santo Antônio de Jesus, no Estado da Bahia.

A pesquisa quantitativa é a pesquisa na qual o pesquisador se mantém distante do processo de coleta de dados através da aplicação de questionários e outros instrumentos objetivos (THOMAS e NELSON, 2002). Enquanto que o estudo de corte transversal é formado a partir da seleção de um grupo de pessoas para qual a condição de exposição e desfecho é desconhecida, neste caso a coleta desses dados pode acontecer sem coincidir com o momento da sua ocorrência de fato, sendo assim a exposição e desfecho são coletados simultaneamente (MEDRONHO et al., 2009; ROTHMAN; GREENLAND E LASH, 2011).

5.2.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Santo Antônio de Jesus que está localizada no recôncavo baiano, interior do Estado, a 187 quilômetros da capital Salvador. Com uma população estimada em 100.550 habitantes em 2014, distribuídos em uma área total de

261,348 Km², é a 17^a maior cidade do interior da Bahia em número de residentes (IBGE, 2014).

A cidade é um importante centro comercial e de serviços da região, conhecida como a "capital do recôncavo", com a economia fundamentada no comércio e serviços, além das atividades industriais e agropecuárias. Em 2011, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita correspondeu a R\$ 11.872,96 (IBGE, 2014).

A prestação de serviços de saúde pública ocorre em 47 unidades, sendo 25 centros de saúde/unidade básica com 21 equipes de saúde da família, dispondo de duas equipes de NASF, um hospital regional e uma maternidade (DATASUS, 2014). A média de nascidos vivos no período de 2003 a 2012 foi de 1371,6 por ano, destes 5,26% foram prematuros (SINASC, 2014).

5.2.3 População do Estudo

Foram incluídas nesse trabalho todas as gestantes residentes e domiciliadas na zona urbana, com idade igual ou superior a dezoito anos, que se encontravam em qualquer idade gestacional e que estavam inscritas em serviços de pré-natal do SUS, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1).

Foram excluídas todas as gestantes com gestação múltipla, portadora de HIV positivo e as gestantes sem confirmação ultrassonográfica da idade gestacional. As mães foram acompanhadas durante a gestação, o parto e puerpério sem interferência da equipe de estudo.

5.2.4 Coleta de Dados

Os dados para as análises desta pesquisa foram extraídos do projeto principal, após a autorização do coordenador da pesquisa (Apêndice 2).

Para coleta dos dados foi utilizado duas fontes de informação: questionários aplicados as gestantes e dados obtidos nas DNV (Declaração de Nascidos Vivos) da Vigilância Epidemiológica do município de Santo Antônio de Jesus (Apêndices 3 e 4). Os questionários aplicados às gestantes foram utilizados para a coleta de dados referentes ao estado de saúde destas, para levantamento de possíveis fatores de risco da prematuridade (exposições). Enquanto que os dados das DNV foram analisados para a coleta das informações referente ao recém-nascido (desfecho).

Os questionários foram padronizados e contem perguntas sobre a história médica e

obstétrica (paridade, história prévia de recém-nascido prematuro), características demográficas e socioeconômicas (idade materna, estado civil, escolaridade, renda familiar), exposição durante a gestação (tabagismo e álcool) e medidas antropométricas (peso e estatura).

A aplicação dos questionários foi realizada através de entrevistas estruturadas nas unidades de saúde da família. Os questionários foram previamente padronizados e testados em vinte gestantes, selecionadas ao acaso, em unidade de saúde não participantes da pesquisa.

5.2.5 Variáveis do Estudo

5.2.5.1 Variável Independente

A variável de exposição principal é a raça/cor da pele. Foi considerado “grupo de exposição” todas as gestantes de raça/cor da pele negra, que corresponderam as gestantes que se autodeclararam pretas e pardas e foram consideradas “grupo não exposto” as gestantes de raça/cor da pele não negra.

Para a definição da raça/cor da pele utilizou-se a autoclassificação em cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena, segundo classificação do IBGE. A variável raça/cor da pele foi analisada como um construto histórico-social, pois ela envolve construções históricas e culturais da sociedade, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde e não apenas uma variável biológica e imutável. A obtenção dessa variável foi realizada com a seguinte pergunta: em sua opinião como é que a senhora definiria a sua cor?

5.2.5.2 Variável Dependente

O desfecho de interesse é a ocorrência da prematuridade. Para a classificação da prematuridade foi utilizado a definição da OMS de 1961 que define como pré-termo o recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas. Para a análise, foi considerado “grupo de casos” as gestantes que tiveram a ocorrência do parto prematuro. Foi considerado “grupo referência” as mães que não apresentaram parto prematuro.

5.2.5.3 Covariáveis

Para compor o modelo foram analisadas as seguintes variáveis: características sociodemográficas e nível socioeconômico (NSE) foram avaliados segundo a renda

familiar, nível de educação, ocupação, idade materna e situação conjugal; hábitos de vida - foram avaliados através do uso de álcool, cigarro, drogas, realização de atividade física e história obstétrica: tipo de parto, história pregressa de parto prematuro, peso ao nascer (Quadro 1).

5.2.6 Cálculo Amostral

Para definição do tamanho da amostra foi utilizado o programa Openepi, considerando a frequência de prematuridade entre os não expostos de 7,83 e risco relativo de 2,27 (KISTKA et al., 2007), adotando os seguintes parâmetros: poder de estudo 80%, nível de significância de 5%, acrescentando 20% considerando as perdas, a amostra necessária para a condução deste estudo foi de 792 gestantes.

5.2.7 Análise dos Dados

Para análise de dados, foi realizada a caracterização da população estudada, a partir do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis. Logo em seguida, foi calculado a Razão de Prevalência (RP) da prematuridade, com seu respectivo intervalo de confiança a 95%. Para as variáveis dicotômicas foi utilizado o teste Chi-quadrado de Pearson (X^2) e o teste Exato de Fisher adotando-se $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Para avaliar a existência de modificação de efeito ou confundimento foi realizada análise estratificada pelo método de Mantel-Haenszel. Foi avaliada a existência de interação observando o comportamento das medidas estrato-específicas e sua presença no intervalo de confiança dos demais estratos. No caso da razão de prevalência não está incluído no intervalo de confiança das demais categorias a variável foi considerada potencial modificador de efeito.

Foram consideradas potenciais confundidoras as variáveis cuja variação percentual entre as razões de prevalência brutas e ajustadas foram igual ou superior a 20%, resultante da aplicação da seguinte fórmula:

$$\Delta\% = \frac{RP \text{ Bruta} - RP \text{ Ajustada}}{RP \text{ Bruta}} \times 100$$

Posteriormente, foi realizada análise multivariada com o propósito de construir o modelo de regressão logística. Nesse procedimento, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente. A aplicação do teste de Razão de verossimilhança possibilitou a seleção das variáveis de interesse para o modelo final.

Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas ou outras figuras, para facilitar a interpretação e análise dos mesmos. Toda análise foi realizada empregando o programa STATATM versão 8.2.

Quadro 1. Definições operacionais, categorização e níveis de medição das variáveis do estudo.

Variáveis	Definições operacionais	Categorização	Níveis de medição
Raça/cor	Auto-declaração da cor da pele	Categoria 1: negras (pardas e pretas); Categoria 2: não negras (brancas, amarelas e indígenas).	Qualitativa nominal
Parto prematuro	Classificação da idade gestacional	Categoria 1: pré-termo (≤ 36 semanas); Categoria 2: a termo (> 36 semanas).	Qualitativa nominal
Renda familiar	Renda total dos integrantes da família, ou seja, dos indivíduos que moram com a mulher.	Categoria 1: ≤ 01 salário mínimo; Categoria 2: renda entre 2 a 4 salários mínimos; Categoria 3: renda $\geq$ a 5 salários.	Qualitativa ordinal
Profissão/ocupação	Ocupação	Categoria 1: ativa; Categoria 2: não ativa	Qualitativa nominal
Escolaridade	Anos de estudo	Categoria 1: analfabeta; Categoria 2: ensino fundamental; Categoria 3: ensino médio; Categoria 5: ensino superior	Qualitativa ordinal
Estado conjugal	Situação de uma pessoa em relação à situação conjugal	Categoria 1: sem companheiro; Categoria 2: com o companheiro;	Qualitativa nominal
Idade	Faixa etária	Categoria 1: 18 e 24 anos; Categoria 2: 25 a 34 anos; Categoria 4: ≥ 35 anos.	Qualitativa ordinal
Hábitos de vida	Uso de bebida alcoólica	Categoria 1: faz uso; Categoria 2: não faz uso; Categoria 3: já fez uso, mas parou.	Qualitativa nominal
	Uso de cigarro	Categoria 1: sim; Categoria 2: sim, mas parou; Categoria 3: não, nunca fumou.	Qualitativa nominal
	Uso de outras drogas	Categoria 1: sim; Categoria 2: não;	Qualitativa nominal

	Atividade física	Categoria 1: sim; Categoria 2: não;	Qualitativa nominal
Fatores obstétricos	Tipo de parto	Categoria 1: parto natural/norma; Categoria 2: cesárea;	Qualitativa nominal
	Indução do parto	Categoria 1: sim; Categoria 2: não;	Qualitativa nominal
	Sexo do RN	Categoria 1: masculino; Categoria 2: feminino;	Qualitativa nominal
	Peso ao nascer do RN	Categoria 1: peso ao nascer menor que 2500 gramas; Categoria 2: peso ao nascer maior ou igual a 2500 gramas;	Qualitativa nominal
	Apgar 1'	Categoria 1: inadequado; Categoria 2: adequado;	Qualitativa nominal
	Apgar 5'	Categoria 1: inadequado; Categoria 2: adequado;	Qualitativa nominal
	Início do pré-natal	Categoria 1: 1º trimestre; Categoria 2: 2º trimestre; Categoria 3: 3º trimestre;	Qualitativa Ordinal
	História pregressa de parto prematuro	Categoria 1: sim; Categoria 2: não;	Qualitativa nominal

5.2.8 Aspectos éticos

Todas as fases do projeto de pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012 b). Sempre levando em consideração os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

O estudo “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intra-uterino, no Recôncavo da Bahia” foi aprovado (Anexo 1) pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia (Projeto de Pesquisa de nº 050/10). O banco de dados foi utilizado após autorização do pesquisador responsável pelo estudo.

6 RESULTADOS

Os resultados foram estruturados em dois artigos. O primeiro artigo é um uma revisão sistemática com meta-análise e tem como objetivo sistematizar a influência da raça/cor na ocorrência da prematuridade, que será submetido à Revista de Saúde Pública. E o segundo, é um estudo de corte transversal aninhado a uma coorte prospectiva que avalia a associação entre a raça/cor materna e prematuridade em gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia e será submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia.

6.1 Artigo 1

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RAÇA/COR DA PELE E PARTO PREMATURO: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA COM META-ANÁLISE**
ASSOCIATION BETWEEN RACE/COLOR AND PREMATURE CHILDBIRTH: A
SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS
(RAÇA/COR DA PELE E PARTO PREMATURO: META-ANÁLISE)

Kelly Albuquerque de Oliveira¹, Keyte Albuquerque de Oliveira², Cesar Augusto Casotti³, Carlos Alberto Lima da Silva⁴, Edna Maria de Araújo⁵, Djanilson Barbosa dos Santos⁶

- 1- Kelly Albuquerque de Oliveira, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),
End.: Telefone:, E-mail: kellyalbuquerque84@gmail.com.
- 2- Keyte Albuquerque de Oliveira, Faculdade Nobre (FAN),
END:; Telefone:; E-mail: keytealbuquerque@hotmail.com
- 3- Cesar Augusto Casotti, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB),
End:; Telefone:; E-mail: cacasotti@uesb.edu.br
- 4- Carlos Alberto Lima da Silva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),
End:; Telefone:; E-mail: carlosls@carlosls.com.br
- 5- Edna Maria de Araújo, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), End:;
Telefone:, E-mail: ednakam@gmail.com.
- 6- Djanilson Barbosa dos Santos, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB),
End.: Telefone:, E-mail: dejab@bol.com.br.

RESUMO

A prematuridade (PMT) é um indicador importante para saúde infantil, pois é a maior causa de morbimortalidade neonatal no mundo. **Objetivo:** analisar a associação entre raça/cor da pele na ocorrência da PMT. **Metodologia:** Trata-se de uma meta-análise com estudos observacionais, selecionados por revisão sistemática em bases de dados bibliográficos MEDLINE e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com os descritores: “Race or ethnic group” e “ethnicity and health” associadas às palavras “infant premature” e “obstetric labor premature”. O risco relativo com seus respectivos intervalos de confiança a 95% foram utilizados como medidas de efeito e foram obtidos pelo modelo de efeito aleatório, e os seus resultados apresentados por intermédio dos gráficos *Forest Plot*. O viés de publicação foi analisado pelo Teste de Egger, e a avaliação da qualidade dos estudos utilizou a Escala de Newcastle-Ottawa. **Resultados:** Foram identificados 926 artigos que após a análise 17 artigos foram elegíveis para o estudo, onde foi feita uma leitura minuciosa, e extração dos dados. Dos 17 textos completos publicados, sete são estudos de coorte retrospectiva e nove são estudos transversais e um é caso-controle. Com exceção de um estudo, os demais relataram associação inversa entre a raça/cor da pele e prematuridade. Comparadas com recém-nascidos à termo, o risco reativo do efeito combinado naqueles que nasceram prematuros foi de 1,51 (IC 95%: 1,39;1,69). O gráfico de funil sugere viés de publicação. **Conclusões:** A presente meta-análise indicou uma associação positiva para o risco da PMT segundo a raça/cor da pele.

DESCRIPTORES: Origem étnica e saúde, Prematuro, Metanálise.

ABSTRACT

Prematurity (PMT) is an important indicator for child health, since it is the largest cause of neonatal morbidity and mortality in the world. **Objective:** to analyze the association between race / skin color in the occurrence of PMT. **Methodology:** This is a meta-analysis with observational studies, selected by systematic review in the bibliographic database MEDLINE and Virtual Health Library (VHL) with the descriptors: Race or ethnic group and ethnicity and health associated to the Words "infant premature" and "obstetric labor premature". The relative risk with their respective 95% confidence intervals were used as measures of effect and were obtained by the random effect model, and their results presented through the Forest Plot charts. The publication bias was analyzed by the Egger's Test, and the quality assessment of the studies used the Newcastle-Ottawa Scale. **Results:** A total of 926 articles were identified that, after the analysis, 17 articles were eligible for the study, where a thorough reading and data extraction were performed. Of the 17 full texts published, seven are retrospective cohort studies and nine are cross-sectional studies and one is case-control. With the exception of one study, the others reported an inverse association between race / skin color and prematurity. Compared with full-term newborns, the reactive risk of the combined effect in those born preterm was 1.51 (95% CI: 1.39, 1.69). The funnel chart suggests publication bias. **Conclusions:** The present meta-analysis indicated a positive association for PMT risk according to race / color of skin.

KEYWORDS: Ethnicity and health, Infant premature, Meta-analysis.

INTRODUÇÃO

A prematuridade (PMT) é um indicador importante para saúde infantil, uma vez que ela aumenta o risco para ocorrência de doenças crônicas¹ representando, atualmente, a maior causa de morbimortalidade neonatal no mundo gerando custos altíssimos para os países².

Uma revisão sistemática realizada sobre a incidência da prematuridade no mundo, estimou que 12,9 milhões de nascimentos, cerca de 9,6% de todos os nascimentos em todo o mundo, eram prematuros³. Nos Estados Unidos a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou de 9,5%, em 1981, para 12,7%, em 2005, mantendo-se atualmente na faixa de 12 a 13%, enquanto na Europa estes valores variam entre 5 e 9%⁴.

No Brasil também foi possível observar a tendência temporal do crescimento nas taxas da prematuridade. A análise de dados do SINASC mostrou que a prevalência foi de 5% em 1994, 5,4% em 1998, 5,6% em 2000 e 6,5% em 2004⁵; a prevalência foi de 6 e 7%, de 2000 a 2010, com dados do SINASC e após correção os valores ficaram entre 11 e 12% para o mesmo período e 11,7% a 11,8%, no triênio 2009-2011⁶.

Vários fatores de risco incluindo características biológicas maternas (idade) e comportamentais (consumo de álcool e outras drogas) foram identificados para ocorrência da PMT^{3,4}. A desigualdade socioeconômica e étnico-racial também está sendo documentada como risco para a ocorrência da PMT⁷.

Estudos demonstram que as taxas de incidência de partos prematuros são desiguais segundo a raça/cor da pele, onde as mulheres negras têm o risco 2,5 vezes maior para a ocorrência de parto pré-termo em comparação com mulheres brancas e essas diferenças raciais têm aumentado desde 1990⁷⁻⁹.

Há evidências de que as disparidades étnico-raciais podem levar a prematuridade. Em estudo realizado nos Estados Unidos foi observada uma variação considerável nos resultados dos nascimentos segundo a raça/cor da pele materna, onde 18,4% dos partos de mulheres negras ocorreram antes de 37 semanas de gestação¹⁰. Um estudo de coorte realizado no Reino Unido com o objetivo de comparar o tempo de duração da gestação entre as mulheres brancas e as mulheres negras concluiu que as mulheres negras têm 1,54 vezes mais chances de terem partos prematuros¹¹.

No Brasil foi observada uma persistente situação desfavorável para as mulheres de cor preta e parda, na qual elas apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal e ainda menores chances de realizar a primeira consulta de pré-

natal em período igual ou inferior ao 4º mês de gravidez ^{6,12}. Dados de uma coorte de Ribeirão Preto, São Paulo, mostrou que a cor da pele é um fator de risco independente para a PMT, mesmo após ajuste para a renda familiar e escolaridade materna, portanto, sugere que as diferenças raciais em relação à PMT são explicadas pela desvantagem socioeconômica vivida pelos mulheres negras, mas também são influenciadas por outros fatores, possivelmente por discriminação racial ¹³.

Apesar da análise dos resultados dos partos por diferenças étnicas/raciais maternas se fazer necessária, pois podem sugerir hipóteses etiológicas, destacar as implicações nos desfechos gestacionais e direcionar para uma melhoria da qualidade das consultas de pré-natal ^{14,15}, não foi identificada nenhuma meta-análise publicada recentemente sobre a influência da raça/cor da pele na ocorrência de prematuridade utilizando-se classificação étnico/racial que incluíssem as mulheres pretas e pardas categorizada em mulheres negras. Assim, é pertinente para agregar evidências e sistematizar as informações sobre a associação entre a raça/cor da pele e prematuridade, com o propósito de fornecer informações para subsidiar o planejamento de futuros estudos e políticas públicas para a prevenção do parto prematuro e suas consequências para a qualidade de vida da população e redução de custos para os serviços de saúde.

Diante do exposto, esse estudo tem o objetivo de analisar a hipótese da desigualdade em saúde na ocorrência da prematuridade, traduzido pela raça/cor da pele. Com os resultados obtidos, pretende-se obter subsídios para elaboração de estratégias nas políticas públicas orientadas para uma equalização dos recursos empregados na área de saúde materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática com meta-análise, baseado na declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), a qual é composta por 27 itens que auxiliam na elaboração, análise, publicação de meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais¹⁶. Para a realização desse estudo foi elaborado um protocolo de pesquisa para auxiliar na busca, extração dos dados, análise e interpretação dos artigos.

Foram incluídos todos os artigos publicados com objetivo principal avaliar a associação entre a raça/cor da pele e prematuridade gestacional, no período de 2010 a 2014, com delineamento de estudos epidemiológicos observacionais, que continham as medidas de associação calculadas e que estivessem publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou

espanhola. Foram excluídos os artigos que não possuíam resumos e que fossem artigos de revisão, teses/dissertações e editoriais.

Para a busca dos artigos, utilizou-se o sistema integrado de busca da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) e do MedLine/PubMed, bases de dados que reúnem as publicações de periódicos científicos na área de saúde, com o objetivo de encontrar publicações de artigos científicos relacionados a associação entre a raça/cor da pele e a prematuridade gestacional.

Utilizou-se o “método de pesquisa integrado” para as buscas em “todos os índices” e “todas as fontes”, o que permite uma ampla busca, integrando várias bases de dados e uma busca detalhada, por relevância de títulos, de resumos e de textos. As palavras usadas para a busca foram: “Race or ethnic group” e “ethnicity and health” associadas às palavras “infant premature” e “obstetric labor premature” e seus equivalentes na língua portuguesa.

Ao se fazer a pesquisa na BVS utilizando-se a associação dos descritores: foram encontrados 1.163 resultados de textos, dos quais 372 textos foram publicados a partir do ano 2010, enquanto a busca no MedLine/PubMed utilizando a mesma associação de palavras encontrou 1.907 resultados, sendo 554 publicados a partir de 2010 (Quadro 1).

Seleção dos Artigos

Dois revisores analisaram de forma independente todo o processo de seleção dos estudos, analisando os títulos e os resumos, em seguida, eram feitas as leituras dos artigos na íntegra, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Os estudos incluídos foram classificados em três tipos: coorte retrospectiva, transversal e caso-controle. Esta classificação foi realizada baseando-se no que foi determinado pelos autores dos artigos. Nos casos em que os autores não determinaram o tipo de estudo, classificou-se de acordo com o descrito na literatura.

Extração e qualidade dos dados

Os dados de cada artigo elegível para o estudo foram extraídos e organizados em uma tabela resumo que continha os seguintes pontos: autores e data de publicação, delineamento do estudo e as medidas de associação. Em seguida foi realizada a avaliação dos artigos quanto à qualidade metodológica através do instrumento Newcastle-Ottawa Scale (NOS), o qual avalia a qualidade dos estudos de coorte, transversal e caso-controle para detecção de vieses¹⁷. Os estudos com baixa qualidade metodológica foram excluídos. A qualidade dos estudos foi baseada na classificação dos artigos nas seguintes categorias: ruim, regular, bom e excelente.

Na avaliação de qualidade dos estudos foram analisadas as seguintes variáveis: seleção (representatividade da coorte exposta ou dos casos, seleção da coorte não exposta ou dos controles, apuração da exposição, demonstração de que o desfecho de interesse não estava presente no início, definição de controle), comparabilidade (comparabilidade de coortes no início do desenho do estudo ou na análise ou dos casos e controles) e desfechos (avaliação dos resultados, tempo de acompanhamento; adequação de acompanhamento, apuração da exposição e taxa de não resposta).

Análise Estatística

Realizou-se análise descritiva e meta-analítica dos dados. Os resultados da incidência da prematuridade associada à raça/cor da pele foram meta-analisados por meio do programa estatístico Stata. O risco relativo (RR) e o intervalo de confiança de 95% foram utilizados como medidas de efeito.

Para verificar a heterogeneidade e a consistência dos estudos foi utilizado o teste Q de Cochran e I^2 . Utilizou-se o modelo aleatório e posteriormente o modelo de regressão de Egger, gerando o gráfico forest plot.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza como fonte de dados uma base secundária e de acesso público, não se fez necessário à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa para a realização da mesma.

RESULTADOS

Características dos estudos elegíveis

Foram identificados inicialmente 3.070 registros nas bases de dados dos quais 926 artigos se referiam ao período de 2010 a 2014. Deste total foram excluídos 83 artigos por duplicação. A Figura 1 representa o processo de seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foi realizada, inicialmente, uma leitura exploratória com objetivo de obter uma visão geral dos 926 artigos, com a leitura dos títulos e resumos para verificar quais seriam incluídos no estudo.

Foram excluídos 843 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 99 artigos para a leitura na íntegra que após a análise, baseada nos critérios de legibilidade, 17 artigos foram incluídos, onde foi feita uma leitura minuciosa e extração dos dados. Dos 17 textos completos publicados todos adotaram como critério para determinar a raça/cor das participantes a autoclassificação baseada na cor e características físicas das

mesmas. Destes artigos sete foram estudos de coorte retrospectiva, nove foram estudos transversais e um estudo de caso-controle.

As razões para exclusão dos artigos foram as seguintes: disparidade étnico-racial baseada na área geográfica (14), delineamento metodológico fraco (14), ensaio teórico (05), interação com complicações gestacionais ou de saúde (06) disparidade étnico-racial baseada na migração (19), disparidade étnico-racial baseada nos serviços de saúde ofertados (14) e disparidade étnico-racial baseada em marcadores genético (10).

As principais características dos estudos incluídos nesta avaliação são apresentadas na Tabela 1. A maioria dos artigos (35,3%) foi publicada no ano de 2013 e todos os artigos (100%) foram realizados nos Estados Unidos. Para classificação da idade gestacional foi utilizado a data da última menstruação (DUM) como critério de definição em todos os estudos e a raça não negra como categoria de referência. Com exceção de um artigo³⁸ os estudos selecionados relataram um aumento do risco ou chance ajustada de parto prematuro dentro do grupo étnico/racial negro investigado quando comparados ao não negro.

Na avaliação da qualidade dos artigos, conforme a Escala de Newcastle-Ottawa, observou-se a seguinte classificação: três artigos (regular); dez (bom); e quatro (excelente).

Resultados da meta-análise

Os resultados da meta-análise podem ser visto na figura 2. Os 17 estudos foram agrupados comparando-se o risco da ocorrência de parto prematuro entre as mulheres negras e não negras. Os artigos ²²⁻²⁷ apontaram uma associação positiva entre a raça/cor da pele e a ocorrência da prematuridade. As mulheres negras apresentaram um risco de 51% a mais de parto prematuro, se comparado com mulheres não negras (RR: 1,51; IC 95%: 1,39-1,65). O resultado do teste de inconsistência mostrou elevada heterogeneidade entre os estudos analisados (99,6%, $P = 0,00$). Assim, o modelo de efeitos aleatórios foi utilizado para calcular a medição de síntese.

Os resultados observados mostraram uma grande variabilidade entre os estudos, o que denotou a presença de viés de publicação (Figura 3). Pode-se perceber que cinco estudos maiores aparecem na parte superior do gráfico, dez estudos com amostras médias localizados na parte mais central à esquerda do gráfico e dois estudos na parte inferior, pois tem amostras menores, todos os estudos se apresentam fora do slop do gráfico.

DISCUSSÃO

Os resultados da presente meta-análise mostram que a raça/cor da pele está associada ao aumento do risco para a prematuridade, independente de outros fatores de risco. Mulheres negras tem 51% de chance a mais de ter parto prematuro do que as mulheres não negras. Esse resultado sustenta a hipótese de que a raça/cor da pele é um fator de risco independente para a prematuridade e corrobora com achados de publicações prévias de estudos observacionais e revisões sistemáticas. Embora a associação da raça/cor da pele e a prematuridade ainda não tenha o seu mecanismo totalmente esclarecido. O que se sabe é que mulheres negras apresentam duas vezes mais chances de apresentarem partos prematuros quando comparadas com as mulheres brancas ¹⁹.

A preferência da raça/cor da pele como uma variável representativa das desigualdades em saúde foi constituída por ser um instrumento importante no controle dos possíveis fatores de risco e na manifestação de iniquidades em saúde. A raça/cor da pele tem sido considerada uma variável adequada para mensurar a desigualdade em saúde e para avaliar os desfechos da gestação. Particularmente, em relação a eles, os resultados têm-se mostrado coerentes, onde muitos dos pesquisadores observaram um aumento da proporção de prematuridade entre a raça/cor negra.

Atualmente, acredita-se que a interação entre fatores genéticos e ambientais influenciam a raça/cor da pele como umas das causas para a ocorrência da prematuridade²⁰. Nesse sentido, as desigualdades étnico-raciais podem ser visualizadas tanto no acesso aos serviços de saúde, as oportunidades socioeconômicas quanto aos fatores genéticos, constituindo assim, uma situação desigual enfrentada pelas mulheres negras²¹.

Em geral, os estudos incluídos foram pontuados como bom ou excelente após avaliação da qualidade e pode-se perceber uma grande variação no tamanho da amostra dos estudos incluídos, onde o estudo de Torloni et al. (2012)³⁸ apresentou 1.762 mulheres e o estudo de Shaw et al. (2013) ²⁹ apresentou 2.646.176 mulheres, no entanto o tamanho da amostra apresentou pouco impacto sobre a generalização dos resultados.

Quanto à idade materna apenas no estudo de Hwang et al. (2013) ²⁶ a maioria das participantes tinha idade inferior a 18 anos, no entanto houve ajuste desta covariável no estudo, portanto acredita-se que não influenciou nos resultados desta meta-análise. Do mesmo modo, as variáveis que poderiam estar associadas com a ocorrência da prematuridade, tais como fatores socioeconômicos e comportamentais também não influenciaram a medida meta-analítica no presente estudo, apesar da alta heterogeneidade identificada, indicando, assim, a variação entre os resultados dos estudos analisados.

Para todos os estudos incluídos, a informação sobre a idade gestacional foi obtida de um registro hospitalar ou do serviço de saúde e a DUM foi adotada como critério de definição para a idade gestacional, reduzindo assim a possibilidade de ocorrência de viés de memória.

Os estudos incluídos apresentaram grande variação na ocorrência da prematuridade. Foi possível observar que as taxas de prematuridade em mulheres negras variaram de 7,3% ³¹ a 24,0% ³² e essa variação é ainda maior entre as mulheres não negras, que foi de 6,7 ²⁴ a 27,6 ³⁸. Já para a medida ajustada da associação entre a raça/cor e a prematuridade a maior prevalência da prematuridade foi de 8% ²², os autores mostraram que houve diferenças significativas por raça/cor em todas as variáveis sociodemográficas, comportamentais e médicas, exceto para história pregressa de parto prematuro. Também foi evidenciado que as mulheres negras tiveram maiores chances de parto prematuro (OR = 3,01; IC=95% 2,08 - 4,37) quando comparadas com as mulheres não negras. Resultados semelhantes aos encontrados no estudo realizado no Reino Unido onde as mulheres negras têm 1,54 vezes mais chances de terem partos prematuros ¹¹. Esses achados expressam a dificuldade de acesso a serviços de saúde por mulheres e crianças de diferentes grupos étnicos, o que pode explicar as diferenças encontradas nos níveis de ocorrência da prematuridade devido à ausência de prevenção para riscos evitáveis a partir de assistência integral.

Em relação ao tamanho da amostra, o estudo de Torloni et al. (2012) ³⁸ foi que apresentou um menor número de participantes no estudo, isso pode ser explicado pelo método utilizado, que é um estudo de caso-controle. O estudo apresentou uma prevalência de 35,4% para a ocorrência de parto prematuro na população total do estudo. No entanto foi evidenciada uma prevalência maior entre as mulheres não negras (27,6%) quando comparadas com as mulheres negras que foi de 21,7%, o que difere da maioria dos estudos selecionados. Uma das limitações deste estudo foi o pequeno número de participantes, o que pode ter dificultado a análise sobre os efeitos da prematuridade em mulheres de diferentes origens étnicas.

O estudo de Xiong; Pridjian e Dickey (2013)³² evidenciou a ocorrência do parto prematuro em mulheres negras de 4,8 (IC, 95%: 4,1 – 5,7), quando comparadas com as mulheres brancas e apresentou uma prevalência de 13,7% para a população do estudo. Uma das principais limitações do estudo foi em relação à informação sobre a raça/cor, onde cerca de 35% estavam faltantes e em relação ao controle dos fatores de confundimento, pois foi frequente a ausência de informações sobre os dados obstétricos e sobre as condições clínicas pré-existentes. Entretanto, o estudo tem como ponto forte o tamanho da amostra suficiente para analisar a associação entre a raça/cor e a prematuridade.

No entanto, o número de artigos incluídos nesta meta-análise foi pequeno em relação ao número identificado na revisão sistemática da literatura, como resultado, há um potencial viés de seleção. A maioria dos estudos incluídos nessa meta-análise foi de corte transversal, limitando assim a capacidade de distinguir relações temporais subjacentes à associação entre a raça/cor da pele e a ocorrência da prematuridade. No entanto, esta é uma limitação dos estudos publicados atualmente neste campo. Como esta é uma meta-análise de estudos observacionais, este estudo enfrentou o desafio inerente de resumir os resultados dos estudos com diferentes delineamentos epidemiológicos.

CONCLUSÃO

Os resultados da presente meta-análise, confirmam o risco de 1,51 vezes maior de parto prematuro entre as mulheres negras quando comparada com mulheres não negras. Esse achado tem impacto em termos de subsidiar tomadas de decisões e fornecer elementos argumentativos que fundamentem os esforços para atingir a equidade em saúde, no sentido de enfatizar os aspectos sobre cuidados e tratamentos de doenças fortemente afetados pelas condições socioeconômicas desfavoráveis, situação essa agravada pelo tratamento que a sociedade dar a determinados grupos ao levar em conta o seu pertencimento étnico racial.

REFERÊNCIAS

1. GOLDENBERG R L, CULHANE J F, IAMS J D, ROMERO R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008; 371: 75-84.
2. DÓRIA MT, SPAUTZ CC. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. *Femina*. 2011; 39: 443-449.
3. BECK S, WOJDYLA D, SAY L, BETRAN AP, Merialdi M, Requejo JH et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010; 88 (1):31-8. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>>. Acessado em 15 de janeiro de 2015.
4. BETTIOL HS, BARBIERI MA, SILVA AAM. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010; 32(2): 57-60.
5. SILVEIRA MF, SANTOS IS, BARROS AJD, MATIJASEVICH A, BARROS FC, VICTORA CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 957-64.

6. MATIJASEVICH A, SILVEIRA MF, MATOS ACG, RABELLO NETO D, FERNANDES RM, MARANHÃO AG et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2001. *Epidemiol. Serv. Saúde*; 2013; 22(4):557-564.
7. KRAMER MR, HOGUE C J, DUNLOP A L, MENON R. Preconceptional stress and racial disparities in preterm birth: an overview, 2011. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2011; 90: 1307–1316.
8. MENON R, DUNLOP A L, KRAMER M R, FORTUNATO S J, HOGUE C J. An overview of racial disparities in preterm birth rates: caused by infection or inflammatory response? *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2011; 90(12): 1325–1331.
9. VIANNA, M. Parto Prematuro/ Prevenção. *Femina*. 2006; 34(11) 731-734.
10. JONGH B E, LOCKE R, PAUL D A, HOFFMAN M. The differential effects of maternal age, race/ethnicity and insurance on neonatal intensive care unit admission rates. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12:97.
11. PATEL R R, STEER P, DOYLE P, LITTLE M, ELLIOT P. Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122 000 pregnancies with spontaneous onset of labour. *International Journal of Epidemiology*. 2003; 33:107–113.
12. PERPÉTUO IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. 2000; 22: 10-6.
13. CHACHAM A. Cesárea e esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. *J Rede Saúde*. 2001; 23: 44-47.
14. SILVA LM, SILVA RA, SILVA AAM, BETTIOL H, BARBIERI MA. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2007; 40: 1187-1194.
15. URRÚTIA G, BONFILL X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálises. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135 (11): 507-511.
16. WELLS GA, SHEA B, O'CONNELL D, PETERSON J, WELCH V, LOSOS M et al . The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Disponível em: <
http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nos_manual.pdf>. Acessado em 19 de dezembro de 2015.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012.
18. BEHRMAN RE, BUTLER AS. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. National Academies Press, 2007.
19. KHARRAZI M, PEARL M, YANG J, DELORENZE GN, BEAN CJ, CALLAGHAN WM, et al. California Very Preterm Birth Study: design and characteristics of the

- population- and biospecimen bank-based nested case control study. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2012; 26(3): 250–26.
20. VIEIRA AS, MENDES PC. Análise Espacial da Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer e Óbitos Infantis em Uberlândia -MG. *Hygeia.* 2012; 8(15):146 - 156.
 21. STROUP DF, BERLIN JA, MORTON SC, OLKIN I, WILLIAMSON GD, RENNIE D et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA.* 2000; 283(15):2008-12.
 22. ALMEIDA J, MULREADY-WARD C, BETTEGOWDA VR, AHLUWALIA IB. Racial/Ethnic and nativity differences in birth outcomes among mothers in New York City: the role of social ties and social support. *Matern Child Health J.* 2014; 18(1):90-100.
 23. CASTRILLIO SM, RANKIN KM, DAVID RJ, COLLINS JW JR. Small-for-gestational age and preterm birth across generations: a population-based study of Illinois births. *Matern Child Health J.* 2014;18(10):2456-64.
 24. COLLINS JW JR, RANKIN KM, JANOWIAK CM. Suburban migration and the birth outcome of Chicago-born white and African-American women: the merit of the healthy migrant theory? *Matern Child Health J.* 2013; 17(9):1559-66.
 25. FLORES ME, SIMONSEN SE, MANUCK TA, DYER JM, TUROK DK. The "Latina epidemiologic paradox": contrasting patterns of adverse birth outcomes in U.S.-born and foreign-born Latinas. *Womens Health Issues.* 2012; 22(5):e501-7.
 26. HWANG M, SHRESTHA A, YAZZIE S, JACKSON ML. Preterm birth among American Indian/Alaskan natives in Washington and Montana: comparison with non-Hispanic Whites. *Matern Child Health J.* 2013; 17(10):1908-12.
 27. SCHEMPF AH, KAUFMAN JS, MESSER LC, MENDOLA P. The neighborhood contribution to black-white perinatal disparities: an example from two north Carolina counties, 1999-2001. *Am J Epidemiol.* 2011; 174(6):744-52.
 28. SHAW RJ, PICKETT KE, WILKINSON RG. Ethnic density effects on birth outcomes and maternal smoking during pregnancy in the US linked birth and infant death data set. *Am J Public Health.* 2010; 100(4):707-13.
 29. SHAW RJ, PICKETT KE. The health benefits of Hispanic communities for non-Hispanic mothers and infants: another Hispanic paradox. *Am J Public Health.* 2013; 103(6):1052-7.
 30. SULLIVAN K, RALEY RK, HUMMER RA, SCHIEFELBEIN E. The potential contribution of marital-cohabitation status to racial, ethnic, and nativity differentials in birth outcomes in Texas. *Matern Child Health J.* 2012; 16(4):775-84.
 31. WHITEHEAD N, HELMS K. Racial and ethnic differences in preterm delivery among low-risk women. *Ethn Dis.* 2010; 20(3):261-6.
 32. XIONG X, PRIDJIAN G, DICKEY RP. Racial and ethnic disparities in preterm births in

infants conceived by in vitro fertilization in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209(2):128.e1-6.

33. ZHANG S, CARDARELLI K, SHIM R, YE J, BOOKER KL, RUST G. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among Medicaid recipients. *Matern Child Health J.* 2013; 17(8):1518-25

34. MOHAMED MA, AHMAD T, MACRI C, ALY H. Racial disparities in maternal hemoglobin concentrations and pregnancy outcomes. *J Perinat Med.* 2012; 40(2):141-9.

35. COLEY SL, ARONSON RE. Exploring birth outcome disparities and the impact of prenatal care utilization among North Carolina teen mothers. *Womens Health Issues.* 2013; 23(5):e287-94.

36. DE JONGH BE, PAUL DA, HOFFMAN M, LOCKE R. Effects of pre-pregnancy obesity, race/ethnicity and prematurity. *Matern Child Health J.* 2014; 18(3):511-7.

37. FUJIMOTO VY, LUKE B, BROWN MB, JAIN T, ARMSTRONG A, GRAINGER DA et al. Racial and ethnic disparities in assisted reproductive technology outcomes in the United States. *Fertil Steril.* 2010; 93(2):382-90.

38. TORLONI MR, FORTUNATO SJ, BETRÁN AP, WILLIAMS S, BROU L, DROBEK CO et al. Ethnic disparity in spontaneous preterm birth and maternal pre-pregnancy body mass index. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 285(4):959-66.

Quadro 1- Distribuição dos resultados da busca dos artigos sobre raça/cor da pele e prematuridade segundo as associações dos descritores e os bancos de dados.

Resultados da associação dos descritores	PubMed		BVS	
	Geral	Período do estudo (2011-2014)	Geral	Período do estudo (2010-2014)
“Race or ethnic group” AND “infant premature”	1480	481	661	166
“race” AND “obstetric labor premature”	421	68	105	18
“ethnicity and health” AND “infant premature”	03	02	328	173
“ethnicity and health” AND “obstetric labor premature”	03	03	69	15
Total	1.907	554	1.163	372

Figura 1 - Fluxograma para seleção dos estudos observacionais avaliando raça/cor da pele associado à prematuridade.

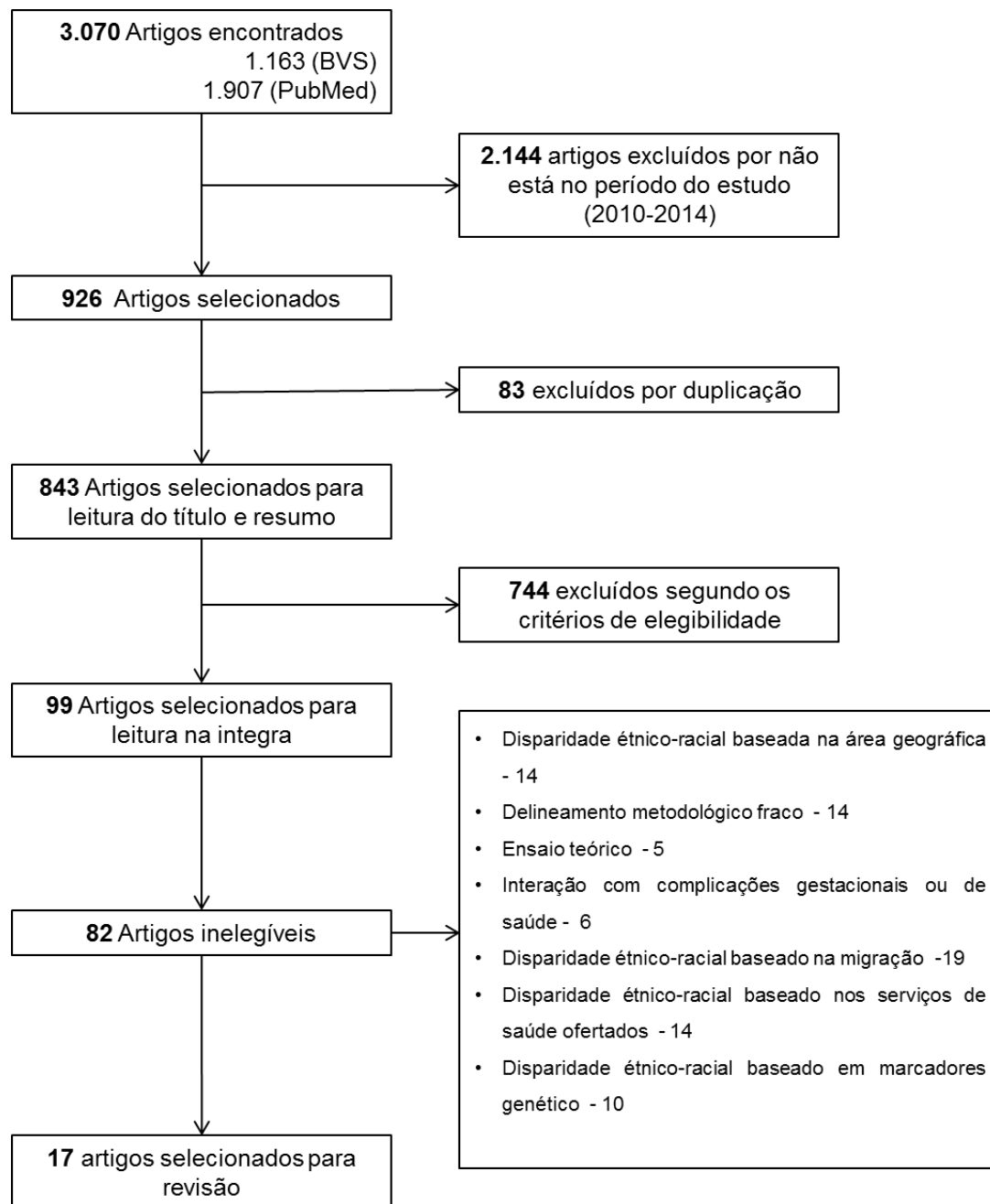


Tabela 01- Síntese dos Artigos que Avaliaram a Associação entre a Raça/cor da pele e a Prematuridade no período de 2010 a 2014.

Autor/ ano	Local do Estudo	Tipo de Estudo	Amostra	Idade Materna	Prematuridade %	Inc. em negros	Inc. em não negros	Medida de associação ajustada	Qualidade do artigo
ALMEIDA et al., 2014 ²²	Nova York/ EUA	Transversal	4.443	80% com menos de 35 anos	8,0	14,6	5,4	OR 3,01	Bom
CASTRILLIO et al., 2014 ²³	Chicago/ EUA	Transversal	267.303	Até 35 anos	5,3	19,8	9,0	RR 1,2	Excelente
COLLINS JR; RANKIN; JANOWIAK, 2013 ²⁴	Chicago/ EUA	Transversal	267.303	60% (20 a 29 anos)	7,2	15,1	6,7	OR 1.9	Bom
FLORES et al., 2012 ²⁵	Chicago/ EUA	Transversal	196.617	86% (20 a 34 anos)	14,0	9,0	8,1	OR 1.04	Bom
HWANG et al., 2013 ²⁶	Washington e Montana/ EUA	Coorte retrospectiva	24.648	<18 anos	9,6	11,0	8,0	OR 1,34	Bom
SHEMPF et al., 2011 ²⁷	Carolina do Norte/ EUA	Transversal	31.489	50% (25 a 34 anos)	7,4	13,1	6,9	RR 3.0	Excelente
SHAW et al., 2010 ²⁸	EUA	Coorte retrospectiva	1.223.751	20 a 35 anos	12,5	15,6	10,17	OR 1,37	Bom
SHAW et al., 2013 ²⁹	EUA	Coorte retrospectiva	2.646.176	20 a 29 anos	9,9	15,6	8,5	OR 1.09	Bom
SULLIVAN et al., 2012 ³⁰	Texas/ EUA	Transversal	369.839	≥18 anos	13,7	18,4	12,3	OR 0,48	Excelente
WHITEHEAD; HELMS, 2010 ³¹	Nova York/ EUA	Transversal	343.988	18 a 34 anos	7,2	7,3	7,8	RR 0,95	Bom
XIONG; PRIDJIAN; DICKEY, 2013 ³²	EUA	Coorte retrospectiva	50.377	>70% 30 a 39 anos	13,7	24,0	12,9	OR 2.1	Regular
ZHANG et al., 2013 ³³	EUA	Transversal	1.472.912	> 50% 18 a 24	5,7	10,0	7,2	OR 1.34	Regular
MOHAMED et al. 2012 ³⁴	EUA	Coorte retrospectiva	17.338	25-35	10,1	22,1	12,8	OR 1,61	Bom
COLEY; ARONSON, 2013 ³⁵	Carolina do Norte EUA	Transversal	10,515	17-19	8,4	11,0	9,2	—	Regular
JONGH et al., 2014 ³⁶	EUA	Coorte retrospectivo	11.711	20-34	3,9	13,5	8,8	OR 1.36	Bom
FUJIMOTO et al. 2010 ³⁷	EUA	Coorte retrospectivo	139,027	35-39	15.2	21,0	14,8	OR 1.79	Excelente
TORLONI et al., 2012 ³⁸	Tennessee EUA	Caso controle	1762	20-34	8,3	21.7	27,6	OR 1,29	Bom

Figura 2- Forest plot dos estudos observacionais sobre associação da raça/cor da pele e prematuridade.

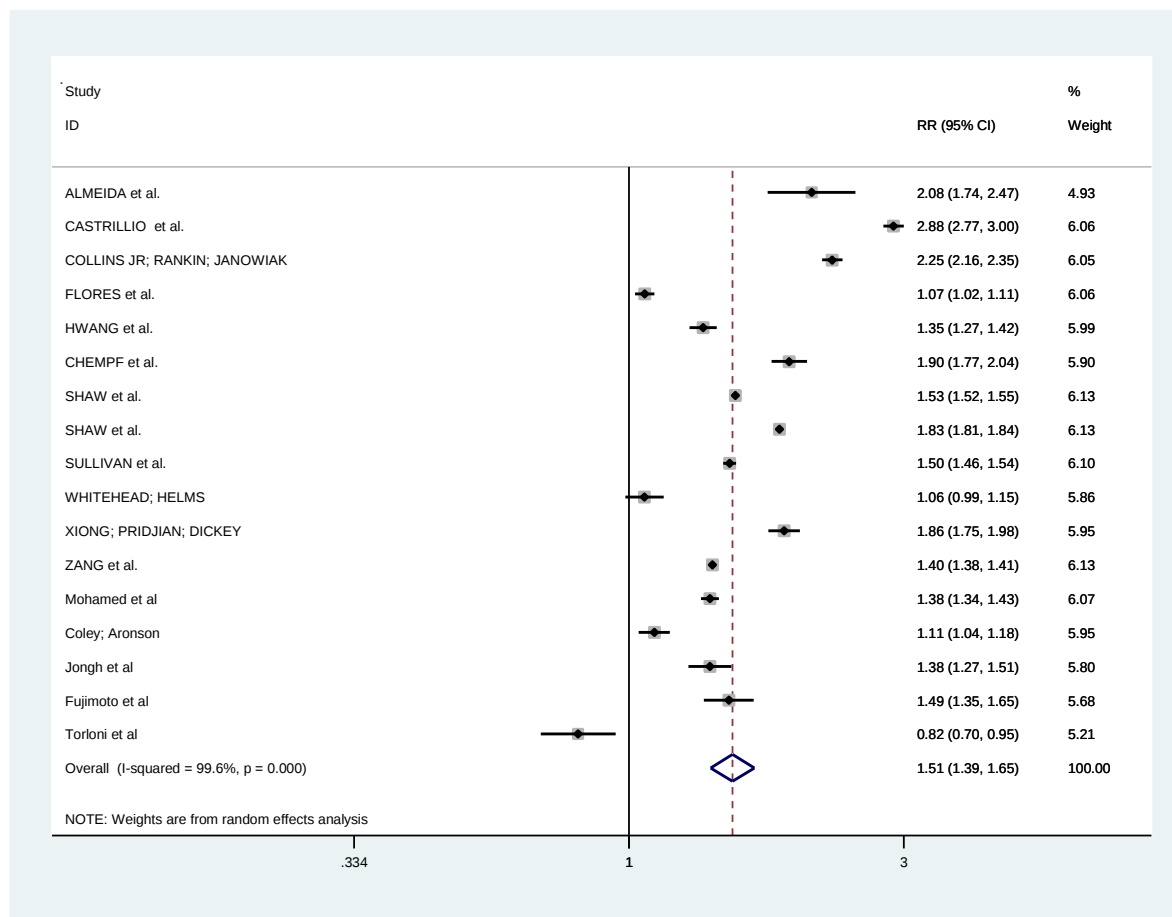
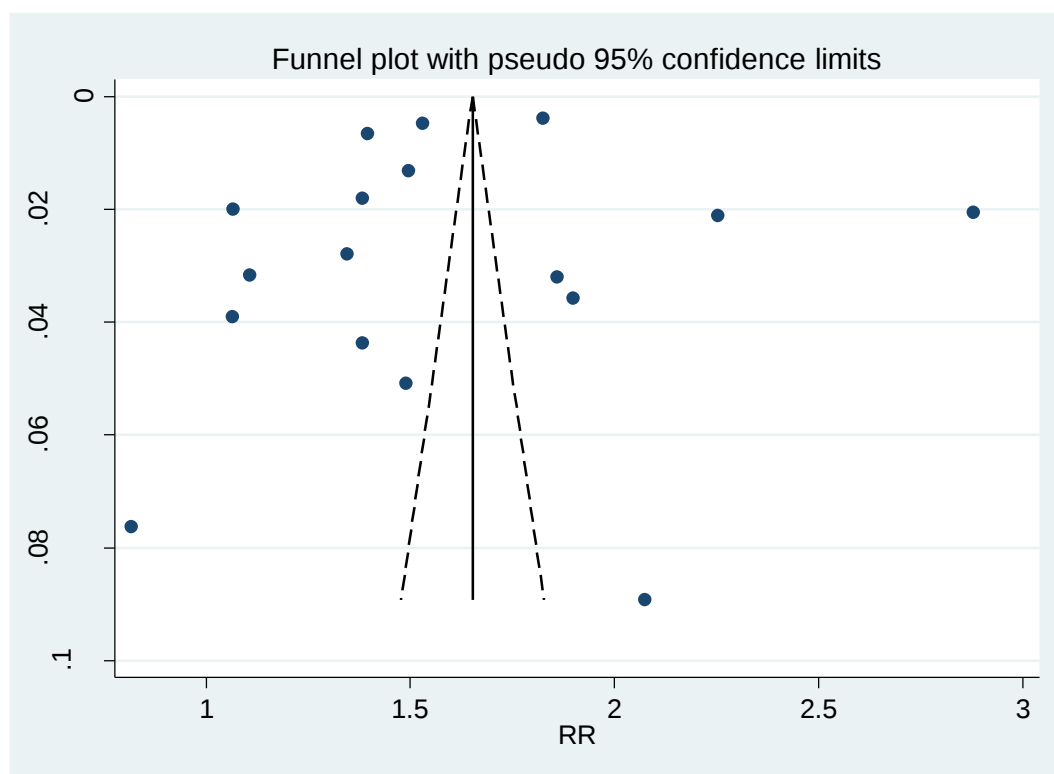


Figura 3- Gráfico de funnel da associação entre a raça/cor da pele e prematuridade.



6.2 Artigo 2

**RAÇA/COR DA PELE MATERNA E PREMATURIDADE DURANTE A GESTAÇÃO
EM UMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL**
(RACE/SKIN COLOR MOTHER AND PREMATURITY DURING PREGNANCY IN A
CITY OF NORTHEAST BRAZIL)

Kelly Albuquerque de Oliveira¹, Djanilson Barbosa dos Santos², Edna Maria de Araújo³

Autores

- 7- Kelly Albuquerque de Oliveira, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),
End:, Telefone:, E-mail: kellyalbuquerque84@gmail.com.
- 8- Djanilson Barbosa dos Santos, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB),
End:, Telefone:, E-mail: dejab@bol.com.br.
- 9- Edna Maria de Araújo, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), End:,
Telefone:, E-mail: ednakam@gmail.com.

RESUMO

Introdução: A incidência da prematuridade vem aumentando em vários países do mundo e sua distribuição apresenta desigualdade segundo a raça/cor. **Objetivo:** avaliar a associação entre a raça-cor materna e prematuridade em gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia. **Materiais e métodos:** realizou-se um estudo de corte transversal aninhado a uma coorte prospectiva, em uma amostra de 938 gestantes, de 18 a 45 anos de idade. **Resultados:** A prevalência da prematuridade foi de 11,8% e a ocorrência da prematuridade é maior nas mulheres negras (RP= 2,16; IC: 1,12 – 4,17) quando comparadas com as mulheres não negras. Na análise bruta, os fatores associados observados foram: faixa etária de 18 a 24 anos, apgar 1' e 5' e o baixo peso ao nascer. Na análise multivariada permaneceram os seguintes fatores associados: o peso ao nascer, indução ao parto e a faixa etária de 18 a 24 anos. **Conclusão:** Os resultados mostram a variação na prevalência da prematuridade de acordo a raça/cor, mesmo após ajuste das co-variáveis.

DESCRIPTORIOS: Prematuro; trabalho de parto prematuro; Desigualdades em saúde; raça/cor da pele e saúde; Estudos Transversais; Prevalência.

ABSTRACT

Introduction:

The incidence of prematurity has been increasing in several countries of the world and its distribution presents inequality according to race/color. **Objective:** To evaluate the association between maternal race, color and preterm delivery in pregnant women assisted in the prenatal public living in the urban area of the municipality of Santo Antônio de Jesus - Bahia. **Methodology:** The authors conducted a cross-sectional study nested in a prospective cohort study at sample of 938 pregnant women, 18 to 45 years old. **Results:** The prevalence of preterm births was 11.8% and the likelihood of prematurity is higher in black women (PR = 2.16; CI: 1.12 to 4.17) compared with non-black women. In the crude analysis, the observed associated factors were: age 18 to 24 years apgar 1 'and 5' and low birth weight. In multivariate analysis remained the following associated factors: birth weight, labor induction and the age group 18 to 24 years. **Conclusion:** The results highlight the variation in the prevalence of prematurity according to race / color, even after adjustment of covariates.

KEYWORDS: Infant, premature; obstetric labor premature; Health inequalities; Ethnicity and Health; Cross- sectional studies; Prevalence.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é definida como o nascimento ocorrido antes da 37ª semana de gestação e representa a maior causa de morbimortalidade neonatal no mundo ¹⁻³. Segundo pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a prevalência de prematuridade no Brasil foi de 11,7 no ano de 2013, o que coloca o país no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% ⁴.

Uma revisão sistemática publicada no ano de 2010, com objetivo de analisar as taxas de partos prematuros no mundo e mapear a distribuição dos nascimentos prematuros estimou que 9,6% dos nascimentos foram prematuros, ou seja, cerca de 12,9 milhões de nascimentos foram definidos como pré-termos. Destes 85% estavam concentrados na África e Ásia, com 10,9 milhões de nascimentos prematuros, enquanto que na Europa e na América do Norte foram 0,5 milhões de nascimentos prematuros e 0,9 milhões ocorreram na América Latina e no Caribe ⁵.

No Brasil, observa-se uma tendência ao aumento da prematuridade ao longo dos anos, onde a prevalência de prematuridade passou de 11,2% em 2000 para 11,8% em 2011 ⁴. Na Bahia não é diferente, a prematuridade teve uma prevalência de 10,9% em 2000 e 11,4% em 2011 ⁶.

O nascimento pré-termo ocasiona aos familiares e à sociedade em geral um alto custo social e financeiro, exigindo da equipe capacidade técnica e uma estrutura nem sempre disponível. As causas para a prematuridade são multifatoriais ⁷, podendo ser relacionadas ao pré-natal e ao parto. Resultados de pesquisas já identificaram diferentes fatores de risco para a prematuridade, tais como: o tipo de parto, a cor da pele, a idade da mãe, condições socioeconômicas, tabagismo, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional entre outros ^{3,8}.

Há evidências que as disparidades étnico-raciais podem levar a prematuridade: uma coorte realizada nos Estados Unidos mostrou que nascimentos prematuros em negros ocorrem independentemente de fatores médicos e socioeconômicos maternos; estudo realizado sobre a epidemiologia e as causas da prematuridade mostrou que mulheres classificadas como negras e afrodescendentes apresentam maior risco de nascimento pré-termo ^{9,10}.

O cenário referente à prematuridade no Brasil também apresenta uma disparidade quando relacionado à raça, cor e etnia, onde a maior proporção de nascidos vivos prematuros registrados é entre os indígenas e pretos, ambos com 7% e os menores percentuais são observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6% ¹¹. No entanto a associação entre as disparidades étnico-racial na ocorrência da prematuridade, ainda não é completamente compreendida ¹²⁻¹⁴. Nesse sentido, pesquisas recentes têm enfatizado a necessidade de estudos mais abrangentes sobre influências maternas e disparidades étnico-raciais sobre os desfechos gestacionais ^{15,16}.

Estudos sobre nascimentos fornecem informações importantes para a construção de políticas públicas e assistenciais e o uso da declaração de nascido vivo é uma das fontes de dados mais utilizadas para analisar as estatísticas vitais relacionadas à gestação e ao nascimento e a sua utilização é importante para guiar a prática dos profissionais de saúde na redução ou eliminação de comportamentos nocivos à saúde e contribui para a avaliação de diversos fatores de risco, tais como a prematuridade ¹⁷. Diante deste contexto o presente trabalho teve como objetivo avaliar a associação entre a raça/cor da pele materna e prematuridade em gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal aninhado em uma coorte prospectiva intitulada: “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia” realizado pelo Núcleo de Investigação em Saúde Materno-Infantil (NISAMI) do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A população desse estudo foi de gestantes acompanhadas no pré-natal da rede pública, residentes na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia no período de 2011 a 2015.

A cidade de Santo Antônio de Jesus fica localizada no recôncavo baiano, no estado da Bahia, equidistante 187 km da capital Salvador. Segundo o Censo Demográfico de 2010, o município possuía 90.985 habitantes, destes 48.020 eram do sexo feminino. Estimativa populacional para 2015 foi de 101.548 habitantes ¹⁸. Suas principais fontes econômicas são agricultura, pecuária e comércio. No ano de 2011, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita correspondia a R\$16.388,20. A prestação de serviços de saúde pública ocorre em 47 unidades, sendo 25 centros de saúde/unidade básica com 21 equipes de saúde da família, dispondo de duas equipes de NASF, um hospital regional e uma maternidade ¹⁹. A média de nascidos vivos no período de 2003 a 2012 foi de 1.371,6 por ano, destes 5,26% foram prematuros ¹⁹.

O estudo foi realizado em todas as unidades básicas de saúde da zona urbana. As unidades básicas da zona rural foram excluídas devido às dificuldades de acesso provenientes da distância. Desta forma, participaram deste estudo todas as mulheres gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, residentes e domiciliadas na zona urbana do município, com qualquer idade gestacional, cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e que realizaram ao menos 01 consulta de pré-natal.

Na coleta dos dados foram utilizadas duas fontes de informações: um formulário aplicado às puérperas e as declarações de nascidos vivos. Da primeira fonte de dados foram

analisadas as informações referentes à variável independente e as co-variáveis, através de entrevista estruturada e da segunda fonte foram analisados os dados referentes à prematuridade. Todos os formulários foram revisados e testados pela equipe de supervisores, adotando uma validação dos dados por comparação das informações obtidas pelos formulários com aquelas registradas nos cartões de pré-natal. O entrevistador, sempre que necessário, regressou ao domicílio visitado para corrigir imperfeições da entrevista realizada. Vinte por cento das gestantes entrevistadas foram revisitadas pelos supervisores de campo, que reaplicaram parcialmente a entrevista. Os dados foram comparados com as entrevistas originais para avaliar sua qualidade, visando identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes. Foram consideradas perdas, questionários com imprecisões que não puderam ser corrigidos.

Para definição do tamanho da amostra foi utilizado o programa Openepi, considerando a frequência de prematuridade entre os não expostos de 7,83 e risco relativo de 2,27¹⁰, adotando os seguintes parâmetros: poder de estudo 80%, nível de significância de 5%, acrescentando 20% considerando as perdas. A amostra mínima necessária para garantir significância estatística foi de 792 gestantes. Como outras associações foram investigadas, adotou-se o maior número de gestantes, o que totalizou 938 mulheres.

Considerou-se como variável dependente dicotômica a prematuridade, avaliada a partir da definição adotada pela OMS (1961) onde a prematuridade é o nascimento antes da 37ª semana de gestação²⁰. Foi considerado pré-termo todas as crianças nascidas vivas cuja gestação apresentou duração menor que 37 semanas e como grupo de referência todos os nascidos vivos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas segundo a Data da última menstruação (DUM).

A variável independente é a raça/cor da pele foi medida da seguinte forma: “*Em sua opinião como é que a senhora definiria a sua cor?*” coletada segundo a autoclassificação

baseada nos critérios de classificação do IBGE em: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Para análise, a variável foi dicotomizada em mulheres negras e não negras, onde a categoria de negras engloba as mulheres autodeclaradas como pardas e pretas. A variável raça/cor da pele foi analisada como um construto histórico-social.

As co-variáveis de exposição definem os fatores de risco para a ocorrência da prematuridade. Foram avaliadas as variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e saúde e a história obstétrica, sendo elas: faixa etária materna (18 a 24 anos, 25 a 34 anos, ≥ 35 anos); situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); escolaridade materna (analfabeta, fundamental, médio e superior); renda familiar (≤ 01 salário mínimo, 2 a 4 salários, ≥ 5 salários); ocupação materna (ativa, não ativa); uso de cigarro (sim, parou, não); uso de álcool (sim, parou, não); uso de drogas (sim, não); atividade física (sim, não); tipo de parto (normal, cesárea); indução ao parto (sim, não); sexo do RN (masculino, feminino); peso ao nascer (< 2500 g, ≥ 2500 g); apgar 1' (inadequado, adequado); apgar 5' (inadequado e adequado); início do pré-natal (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre) e história anterior de parto prematuro (sim, não).

Para entrada dos dados foi utilizado o programa EPI-DATA versão 3.0 e para análise estatística foi utilizado o programa Stata versão 12.0. Na análise dos dados, foi realizada a caracterização da população segundo a variável independente principal e estimado a prevalências da prematuridade segundo as variáveis do estudo, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (X^2) adotando o valor de $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Em seguida, foi realizada uma análise bivariada para investigar a associação entre as co-variáveis e a ocorrência da prematuridade, utilizando como medida do desfecho a Razão de Prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Foi realizada a regressão logística simples para cada co-variável para modelagem estatística, onde foram selecionadas

as variáveis com valor de p menor ou igual a 0,20 na análise bruta. A seguir, essas variáveis foram introduzidas no modelo de regressão logística múltipla por meio do procedimento stepwise com *backward*. Foram mantidas no modelo as variáveis que permaneceram significantes, aquela com valor de $p \leq 0,10$ depois do ajuste pelas outras variáveis. Foram ajustados modelos multivariados que permitiram calcular a Razão de Prevalência ajustada (RPa) estimado por regressão de Poisson com variância robusta, com intervalo de 95% de confiança. Para avaliar o ajuste global do modelo foi utilizado o teste de verossimilhança e de Hosmer-Lemeshow.

O projeto “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia” foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia (FAFIS), sob o protocolo nº 4369.0.000.070-10 e parecer nº 050/2010. As gestantes foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa e sua metodologia e informadas sobre a confidencialidade dos dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha informações explícitas sobre a natureza e os objetivos do estudo. As entrevistas foram realizadas somente após assinatura do TCLE.

Não houve em nenhuma etapa da realização do estudo qualquer conflito de interesses entre os participantes e instituições.

RESULTADOS

Participaram do estudo 938 gestantes cadastradas nos serviços de atendimento ao pré-natal da rede pública, no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, no período de 2011 a 2015.

No que se refere às características socioeconômicas e história obstétrica, observou-se que a idade variou entre 18 a 45 anos, com média de 25,8 anos ($DP \pm 8,48$) com uma maior concentração de mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos (50,9%). Segundo a escolaridade, 43% das gestantes possuem o ensino médio, 47,6% tem renda familiar entre 2 a 4 salários mínimos e 83,1% vive com companheiro. Entre as gestantes predominou o tipo de parto cesáreo 63,7%, não induzido (78,1%), onde a maioria das gestantes (74,9%) iniciou o pré-natal no 1º trimestre da gestação (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de vida 60,1% das gestantes relataram a cessação do uso do álcool, 64,3% nunca usou cigarro, mais de 95% nunca fez uso de outros tipos de drogas e mais de 90% relatou não realizar qualquer tipo de atividade física. De acordo com a raça/cor da pele materna 84% das gestantes se autodeclararam negras (pardas ou pretas). Ao comparar a raça/cor da pele materna e as características socioeconômicas, hábitos de vida e história obstétrica apenas a renda familiar se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 1).

Dentre as características sócias demográficas, hábitos de vida e história obstétricas analisadas revelaram associação positiva e estatisticamente significativa com a ocorrência da prematuridade à faixa etária de 18 a 24 anos ($RP=1,72$; $IC: 1,18 - 2,50$), o baixo peso ao nascer ($RP=7,53$; $IC: 5,63 - 10,05$) e o índice de apgar nos 1' e 5' com $RP 3,39$ ($IC=1,50 - 7,65$) e $RP 9,30$ ($IC= 7,45 - 11,63$), respectivamente (Tabela 2).

A prevalência da prematuridade neste estudo foi de 11,8% ($N=111$), onde foi observada associação positiva estatisticamente significativa entre a raça/cor materna e a prematuridade ($RP 2,16$; $IC=1,12 - 4,17$), ou seja, as mulheres negras apresentaram uma

chance 2,16 vezes maior de parto prematuro quando comparada com as mulheres não negras (Tabela 3).

Devido a evidências científicas encontrada na literatura optou-se por deixar todas as variáveis para controle na análise multivariada, onde foi possível observar que os índices de Apgar 1' e 5', assim como RN do sexo feminino, o parto cesáreo, início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação perderam a associação com a ocorrência da prematuridade segundo a raça/cor da pele materna. E na análise adicional revelou que dentre as gestantes que tiveram parto induzido havia aumento da prevalência da prematuridade.

A raça/cor da pele materna manteve a associação positiva com a ocorrência de prematuridade mesmo após ajuste e controle das covariáveis, evidenciando uma RP de 3,22 (IC: 1,42 – 7,32) no modelo final (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostram que existem diferenças entre a raça/cor da pele materna e a ocorrência da prematuridade, evidenciando uma associação positiva, onde as mulheres negras têm chance aproximadamente três vezes maior de ocorrência do parto prematuro quando comparadas com as mulheres não negras. Os achados desta pesquisa corroboram com resultados de estudos de outros países da Europa e dos Estados Unidos. Uma coorte realizada nos Estados Unidos evidenciou que as mulheres negras têm um risco 4 vezes maior para ocorrência de parto prematuro²¹. Uma coorte retrospectiva, também realizada nos Estados Unidos teve como objetivo avaliar diferenças da raça/cor nos nascimentos pré-termo no período de 2006 a 2010 concluiu que o parto prematuro tem 2,1 vezes mais chances de ocorrer em mulheres negras do que em outras raças²². Outro estudo realizado no Reino Unido observou que a raça negra foi fator predisponente ao parto prematuro²³.

Com relação a estudos realizados no Brasil, dados de uma coorte de Ribeirão Preto, São Paulo, mostrou que a cor da pele é um fator de risco independente para a prematuridade, mesmo após ajuste para a renda familiar e escolaridade materna²⁴, portanto, as diferenças raciais em relação à prematuridade podem ser explicadas pela desvantagem socioeconômica vivenciada pelas mulheres negras, já que estas mulheres enfrentam grandes dificuldades sociais e econômicas, enquanto as mulheres brancas provavelmente tem uma experiência mais favorável. Mas também, essas diferenças podem ser influenciadas por outros fatores, como por exemplo, a dificuldade de acesso ao pré natal determinada pelo racismo institucional que é definido como o fracasso das instituições em fornecer um serviço adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica, colocando-as em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações²⁵.

A maioria das mulheres negras é jovem, possui baixa escolaridade e vive com apenas um salário mínimo²⁶, resultados semelhantes foram observados no nosso estudo, evidenciando que os mapas de pobreza se superpõem com os da distribuição por raça/cor, ou

seja, no Brasil, os negros ocupam as posições menos qualificadas e pior remuneradas no mercado de trabalho, apresentam níveis mais baixos de escolaridade, e moram em áreas que ofertam menos serviços de infraestrutura básica e, finalmente, sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde, que, quando prestados, são de pior qualidade e menor resolutividade ²⁵.

A idade materna representa um fator importante associado à prematuridade onde sua maior prevalência, 15,4%, foi na faixa etária mais jovem de 18 a 24 anos, resultado superior ao estudo realizado na cidade de Fortaleza, Ceará, onde a ocorrência de parto pré-termo entre as jovens foi de 5,9% ²⁷ e ao estudo transversal realizado na cidade do Maringá, Paraná, demonstrando que as chances de parto prematuro foram maiores entre as jovens com 1,35 vezes mais chances comparadas com as mulheres de outras idades ²⁸. A maior ocorrência da prematuridade entre as mulheres mais jovens podem ser explicada pela resposta adaptativa das recentes transformações físicas ocorridas nesse grupo.

Quanto à renda familiar houve associação entre a raça/cor materna e a renda ($p=0,037$), no entanto, apesar da existência de associação entre a renda e a prematuridade, não houve significância, dado que diverge do estudo transversal realizado em Imperatriz, no Maranhão, onde os autores evidenciaram associação estatisticamente significativa para a renda mensal, onde as mulheres com renda inferior a dois salários mínimos apresentaram duas vezes mais chances de parto prematuro do que as puérperas com salários maiores ²⁹. Neste sentido, acredita-se que a renda pode influenciar nas questões do acesso aos serviços, na alimentação e nas questões emocionais, aumentando o estresse durante a gestação ³⁰.

A ocupação materna não apresentou associação estatisticamente significativa com a prematuridade. Contudo estudo transversal realizado em Maringá evidenciou menores taxas de parto prematuro entre as gestantes que não estavam em ocupação laboral ³¹. As gestantes com ocupação, principalmente as empregadas domésticas, devido à jornada de trabalho pode

contribuir para uma inadequada atenção pré-natal, referente ao número de consultas o que pode aumentar a frequência de partos prematuros³².

A chance de um bebê nascer prematuro foi 2,5 vezes maior entre as mães com companheiro comparadas com as sem companheiro, resultado diferente do estudo de caso-controle, realizado na cidade de Londrina, onde observou que a ausência de companheiro fixo aumentava em 7,92% as chances de prematuridade³³. A falta de um companheiro aumenta as dificuldades e responsabilidades²⁹, no entanto a presença do companheiro pode acarretar numa maior carga de trabalho, podendo levar a uma gestação mais estressante, desencadeando um parto antes do tempo previsto.

O tabagismo, o uso de álcool e outras drogas são amplamente estudados na literatura e associados com complicações gravídicas, já que essas substâncias ingeridas durante a gestação atravessam a barreira placentária e o feto fica exposto a essas substâncias presente no sangue humano, aumentando o risco de parto prematuro^{34,35}. Entretanto, no presente estudo, nenhum destes fatores apresentou significância estatística com relação à prematuridade. Dado que diverge com resultados do estudo caso-controle, realizado em Santo André, no qual se observou que mães fumantes aumentavam 1,78 vezes as chances de parto prematuro³⁵.

O peso ao nascer manteve-se associado à ocorrência da prematuridade em toda análise dos dados. A razão de prevalência entre o baixo peso ao nascer e a prematuridade chegou a 4,16, resultado que corrobora com o estudo retrospectivo, realizado em Montes Claros, que evidenciou uma associação do baixo peso e prematuridade com 108,90 vezes mais de chances da ocorrência de prematuridade em RN com baixo peso³⁶. Essa elevada ocorrência da prematuridade em RN de baixo peso se deve ao fato que os RN nascidos antes da 37ª semana de gestação ainda estão em processo de desenvolvimento e crescimento.

Em relação à história anterior de parto prematuro o estudo mostrou que não houve relação com a associação principal, isso pode ser entendido pelo número reduzido de casos pregressos de partos prematuros das participantes deste estudo, pois a ocorrência de partos à termo diminui o risco de partos prematuros em gestações subsequentes ³⁷.

Em relação ao tipo de parto a maioria das mulheres tiveram parto cesáreo ainda que desde 1985 a OMS mostre que a taxa de cesarianas maior que 15% é medicamente injustificável, as altas taxas de cesarianas são quase universais ³⁸. O tipo de parto é um fator de risco para a prematuridade ³ o que corroboram com os achados desta pesquisa, onde o parto cesáreo aumenta 3,11 a chance de prematuridade entre as mulheres negras.

As limitações do presente estudo dizem respeito a possíveis vieses inerentes a investigações epidemiológicas, a saber: viés de informação, pela utilização de dados secundários em relação ao desfecho, o que pode gerar uma subestimação na prevalência do desfecho; viés de prevalência uma vez que os dados foram coletados apenas nos serviços públicos de saúde que são utilizados, principalmente por mulheres negras e de baixa renda. Para minimizar esses problemas, procedimentos tais como o uso de questionário padronizado e testado, equipe bem treinada, padronização da coleta de dados e validação dos dados por comparação das informações obtidas foram adotados.

O estudo foi realizado somente na zona urbana da cidade devido às dificuldades enfrentadas para a coleta na zona rural, e captou apenas as gestantes que frequentavam as Unidades Básicas de saúde, dessa forma o trabalho não representa a totalidade das gestantes da cidade, no entanto, o estudo tem como ponto positivo, o fator da utilização da classificação da raça/cor da pele utilizada pelo IBGE, na qual o indivíduo se autoclassificam minimizando assim a ocorrência de viés entre os expostos e não exposto no estudo. Ressalta-se a importância do desenvolvimento do estudo a respeito de uma temática de tamanha relevância e tão pouco discutida no âmbito da comunidade científica.

A prevalência da prematuridade avaliada neste estudo é passível de redução através de implantação de programas de educação em saúde, com vista à promoção e prevenção da saúde da mulher. Ações como número adequado de consultas durante a gestação, educação em saúde para esclarecimentos das dúvidas das gestantes e o controle dos fatores de risco já conhecidos, dentre outras iniciativas de promoção da saúde pode reduzir a taxa da prematuridade e melhorar a qualidade de vida das mulheres e dos RN. Estas iniciativas devem ser programadas no âmbito universal e de forma equânime de modo a evitar a exclusão de segmentos populacionais e reduzir diferenças raciais identificadas.

Programas de saúde socialmente apropriados devem se propor a melhorar a saúde e reduzir desigualdades na distribuição dos resultados adversos da gestação. Eliminar as desigualdades raciais em saúde é um objetivo socialmente relevante a ser levado a cabo pelos serviços de saúde e uma importante estratégia para a promoção da justiça social.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram a associação entre raça/cor da pele materna e a prematuridade e esses achados foram estatisticamente significantes. Nesse contexto a existência das desigualdades raciais e sociais para a ocorrência da prematuridade é nítida, inclusive na sobreposição da mulher negra na pobreza e no acesso à educação ²⁵. Portanto, estudos abordando o quesito raça/cor da pele são de grande importância para a eliminação das desigualdades em saúde.

Diante das evidências encontradas é importante afirmar que o conhecimento sobre os fatores de riscos associados à ocorrência de prematuridade entre os nascidos vivos é imprescindível para que as gestões em saúde qualifiquem os seus profissionais para as ações preventivas com relação à ocorrência deste evento, assim como, subsidiar o planejamento de medidas para a promoção da saúde das mulheres em idade fértil e dos seus conceitos. Os achados desse estudo apontam ainda para a importância dos serviços de saúde serem equipados de forma adequada, inclusive com a implantação de UTI neonatal para garantir uma melhor sobrevivência e qualidade de vida para os recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

1. STELLA CL, BENNETT MR, DEVARAJAN P, GREIS K, WYDER M, MACHA S et al. Preterm labor biomarker discovery in serum using 3 proteomic profiling methodologies. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201: 387.e1-13.
2. SPALLICI MDB, ALBUQUERQUE CMA, BITTAR PB, ZUGAIB RE. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade no Hospital da Universidade de São Paulo. *Rev. Med. HU-USP*. 2000; 10: 19-23.
3. DÓRIA MT, SPAUTZ CC. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. *Femina*. 2011; 39: 443-449.
4. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Pesquisa para Estimar a Prevalência de Nascimento Pré-Termo no Brasil e Explorar Possíveis Causas. UNICEF BRASIL. Julho de 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf>. Acessado em: 17 de outubro de 2014.
5. BECK S, WOJDYLA D, SAY L, BETRAN AP, MERIALDI M, REQUEJO JH et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010; 88 (1):31-8. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>>. Acessado em 15 de janeiro de 2015.
6. MATIJASEVICH A, SILVEIRA MF, MATOS ACG, RABELLO NETO D, FERNANDES RM, MARANHÃO AG et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2001. *Epidemiol. Serv. Saúde*; 2013; 22(4):557-564.
7. SILVEIRA MA, SANTOS IS, MATIJASEVICH A, MALTA DC, DUARTE EC. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 a 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(6):1267-75.
8. MELO WA, CARVALHO M DB. Análise Multivariada dos Fatores de Riscos para Prematuridade no Sul do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2014; 05(2):398-09.
9. GOLDENBERG RL, CULHANE J F, IAMS JD, ROMERO R. Preterm birth I Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008; 371:75-84.
10. KISTKA ZA, PALOMAR L, LEE KA, BOSLAUGH SE, WANGLER MF, COLE FS et al. Racial disparity in the frequency of recurrence of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196: 131-36.
11. BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília – DF Fevereiro de 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acessado em: 18 de outubro de 2014.

12. LU MC, HALFON N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life course perspective. *Matern Child Health J.* 2003; 7(1):13–30.
13. GAGE TB, FANG F, O'NEILL EK, DIRIENZO AG. Racial disparities in infant mortality: what has birth weight got to do with it and how large is it? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010; 10:86.
14. SWAMY GK, EDWARDS S, GELFAND A, JAMES SA, MIRANDA ML. Maternal age, birth order, and race: differential effects on birthweight. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66:136–142.
15. MASON LR, NAM Y, KIM Y. Validity of infant race/ethnicity from birth certificates in the context of US demographic change. *Health Serv Res.* 2014; 49(1): 249–267.
16. STRAUGHEN JK, CALDWELL CH, YOUNG AA, MISRA DP. Partner support in a cohort of African American families and its influence on pregnancy outcomes and prenatal health behaviors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13:187.
17. SILVA RP, CAIRES BR, NOGUEIRA DA, MOREIRA DS, GRADIM CVC, LEITE EPRC. Prematuridade: Características Maternas E Neonatais Segundo Dados Do Sistema De Informações Sobre Nascidos Vivos. *Rev enferm UFPE.* 2013; 7(5):1349-55.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: Santo Antônio de Jesus Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292870&search=bahia|santo-antonio-de-jesus>>. Acessado em: 20 de março de 2016.
19. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL, Sistema de informação sobre Nascidos Vivos. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acessado em 25 de novembro de 2014.
20. ALMEIDA TSO, LINS RP, CAMELO AL, MELLO DCCL . Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2013; 17: 301-308.
21. XIONG X, PRIDJIAN G, DICKEY RP. Racial and ethnic disparities in preterm births in infants conceived by in vitro fertilization in the United States. *AmJ Obstet Gynecol.* 2013; 209: 128.e1-6.
22. PATEI RR, STEER P, DOYLE P, LITTLE MP, ELLIOTT P. Does gestation vary by ethnic group? – A London-based study of over 122.000 pregnancies with spontaneous onset of labour. *Int J Epidemiol.* 2004; 33(1): 107-13.
23. SILVA LM, SILVA RA, SILVA AAM, BETTIOL H, BARBIERI MA. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2007; 40: 1187-1194.

24. LOPES F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21: 1595-1601.
25. CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.
26. XIMENES FMA, OLIVEIRA MCR. A Influência Da Idade Materna Sobre As Condições Perinatais. RBPS. 2004; 17 (2):56-60.
27. GRAVENA AAF, PAULA MG, MARCON SS, CARVALHO MDB, PELLOSO SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paul. Enferm. 2013; 26: 130-135.
28. ALMEIDA AC, JESUS ACP, LIMA PFT, ARAÚJO MFM, ARAÚJO TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2):86-94.
29. FISCHER A, GUIMARÃES EC, MELO ECP. A Influência de Fatores Sócio-Demográficos na Prematuridade. R. pesq.: cuid. fundam. 2010; 2: 73-78.
30. SILVA AM, ALMEIDA MF, MATSUO T, SOARES DA .Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25: 2125-2138.
31. MELO WA, SCARDOELLI MG, LAMAGUCHI K, CARVALHO MD. Influência do Perfil Sócio demográfico Materno nos Prematuros Nascidos no Município de Maringá - PR. In Anais do – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; 2011 out 25-28; Maringá (Br). Paraná: CESUMAR; 2011.
32. VIEIRA AS, MENDES PC. Análise Espacial da Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer e Óbitos Infantis em Uberlândia - MG. **Hygeia**. 2012; 8 (15):146-156.
33. SILVA LGP, ALMEIDA MVL, REIS AFF, PERREIRA JL, CARMO AV, CASTRO KB. Fatores de risco associados à prematuridade: análise multivariada. J Bras Ginecol. 1996; 106: 401-8.
34. SILVA I, QUEVEDO LA, SILVA RA, OLIVEIRA SS, PINEIRO RT. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. Rev. Saúde Pública. 2011; 45: 864-869.
35. MOUTINHO A, ALEXANDRA D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco: um estudo caso-controle. REV Port Med Geral Fam. 2013; 29: 107-112.
36. TIAGO LF, CALDEIRA AP, VIEIRA MP. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. Pediatria. 2008; 30(1):8-14.
37. BITTAR R E, ZUGAIB M. Indicadores de risco para o parto prematuro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009; 31: 203-209.
38. FREITAS P F, DRACHLER ML, LEITE JCC, GRASSI PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. Rev. Saúde Pública. 2005; 39: 761-767.

Tabela 1- Características sócio-demográficas, hábitos de vida e história obstétrica da população estudada segundo a raça/cor da pele. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011-2015. (**Table 1** Socio-demographic characteristics, lifestyle and obstetric history of the studied population according to race/skin color. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011-2015.)

Variáveis	Total		Raça				Valor-p
			Negra		Não negra		
	n	%	n (788)	%	N(150)	%	
N	938	100,0					
Faixa etária (n=833)							0,773
18-24 anos	331	39,7	281	40,2%	50	37,3%	
25-34 anos	424	50,9	352	50,4%	72	53,7%	
≥ 35 anos	78	9,4	66	9,4%	12	9,0%	
Situação Conjugal (n=930)							0,524
Sem companheiro	157	16,9	129	16,5%	28	18,7%	
Com companheiro	773	83,1	651	83,5%	122	81,3%	
Escolaridade (n=928)							0,763
Analfabeta	339	36,5	279	35,9%	60	40,0%	
Fundamental	136	14,7	114	14,7%	22	14,7%	
Médio	399	43,0	340	43,7%	59	39,3%	
Superior	54	5,8	45	5,8%	09	6,0%	
Ocupação (n=920)							0,738
Ativa	436	47,4	364	47,2%	72	48,7%	
Não ativa	484	52,6	408	52,8%	76	51,3%	
Renda familiar (n=885)							0,037
≤ 1 salário	201	22,7	177	23,7%	24	17,4%	
2 a 4 salários	421	47,6	360	48,2%	61	44,2%	
≥ 5 salários	263	29,7	210	28,1%	53	38,4%	
Uso de álcool (n=930)							0,779
Sim	115	12,4	98	12,6%	17	11,3%	
Parou	559	60,1	465	59,6%	94	62,7%	
Não	256	27,5	217	27,8%	39	26,0	
Uso de cigarro (n=922)							0,962
Sim	28	3,0	24	3,1%	04	2,7%	
Parou	301	32,6	252	32,6%	49	33,1%	
Não	593	64,3	498	64,3%	95	64,2%	
Uso de drogas (n=905)							0,853
Sim	11	1,2	09	1,2%	02	1,4%	
Não	894	98,8	750	98,8%	144	98,6%	
Atividade física (n=874)							0,798
Sim	74	8,5	63	8,6%	11	7,9%	
Não	800	91,5	672	91,4%	128	92,1%	
Tipo de parto (n=935)							0,797
Cesárea	596	63,7	499	63,6%	97	64,7%	
Normal	339	36,3	286	36,4%	53	35,3%	
Parto induzido (n=928)							0,779
Sim	203	21,9	170	21,7%	33	22,8%	
Não	725	78,1	613	78,3%	112	77,2%	
Sexo do RN (n=934)							0,278
Masculino	480	51,4	409	52,2%	71	47,3%	
Feminino	454	48,6	375	47,8%	79	52,7%	
Peso ao nascer (n=938)							0,212
< 2500gr	44	4,7	34	4,3%	10	6,7%	
≥ 2500gr	894	95,3	754	95,7%	140	93,3%	
Apgar 1' (n=645)							0,125
Inadequado	11	1,7	11	2,1%	00	0,0%	
Adequado	634	98,3	522	97,9%	112	100,0	
Apgar 5' (n=645)							0,426
Inadequado	03	0,5	03	0,6	00	0,0%	
Adequado	642	99,5	530	99,4%	112	100,0%	
Início pré-natal (n=887)							0,886
1º trimestre	665	74,9	559	75,2%	106	73,6%	
2º trimestre	202	22,8	167	22,5%	35	24,3%	
3º trimestre	20	2,3	17	2,3%	03	2,1%	
História de parto prematuro (n=380)							0,120
Sim	50	13,2	39	12,0%	11	19,6%	
Não	330	86,8	285	88,0%	45	80,4%	

Tabela 2- Associação entre prematuridade e co-variáveis do estudo. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011-2015.
(Table 2 Association between prematurity and covariates of the study. Santo Antonio de Jesus, Bahia, 2011-2015.)

VARIÁVEIS	Total		IDADE GESTACIONAL				RP	IC
			PRÉ-TERMO		A TERMO			
	n	%	N(111)	%	N(827)	%		
N	938	100,0						
Faixa etária								
18-24 anos	331	39,7	51	15,4	280	84,6	1,72	1,18 – 2,50
25-34 anos	424	50,9	38	9,0	386	91,0	1,00	
≥ 35 anos	78	9,4	07	9,0	71	91,0	0,76	0,37 – 1,58
Situação Conjugal								
Sem companheiro	157	16,9	23	14,6	134	85,4	1,30	0,85 – 1,99
Com companheiro	773	83,1	87	11,3	686	88,7	1,00	
Escolaridade								
Analfabeta	339	36,5	44	13,0	295	87,0	1,16	0,81 – 1,66
Fundamental	136	14,7	21	15,4	115	84,6	1,37	0,89 – 2,13
Médio	399	43,0	39	9,8	360	90,2	0,73	0,50 – 1,05
Superior	54	5,8	06	11,1	48	88,9	1,00	
Ocupação								
Ativa	436	47,4	48	11,0	388	89,0	0,87	0,61 – 1,25
Não ativa	484	52,6	61	12,6	423	87,4	1,00	
Renda familiar								
≤ 1 salário	201	22,7	27	13,4	174	86,6	1,25	0,83 – 1,90
2 a 4 salários	421	47,6	45	10,7	376	89,3	0,90	0,62 – 1,31
≥ 5 salários	263	29,7	28	10,6	235	89,4	1,00	
Uso de álcool								
Sim	115	12,4	16	13,9	99	86,1	1,22	0,74 – 2,00
Parou	559	60,1	63	11,3	496	88,7	0,91	0,64 – 1,30
Não	256	27,5	30	11,7	226	88,3	1,00	
Uso de cigarro								
Sim	28	3,0	04	14,3	24	85,7	1,23	0,49 – 3,10
Parou	301	32,6	30	10,0	271	90,0	0,79	0,53 – 1,18
Não	593	64,3	74	12,5	519	87,5	1,00	
Uso de drogas								
Sim	11	1,2	01	9,1	10	90,9	0,78	0,12 – 5,11
Não	894	98,8	104	11,6	790	88,4	1,00	
Atividade física								
Sim	74	8,5	13	17,6	61	82,4	1,00	
Não	800	91,5	88	11,0	712	89,0	0,63	0,37 – 1,07
Tipo de parto								
Cesárea	596	63,7	68	11,4	528	88,6	0,92	0,64 – 1,32
Normal	339	36,3	42	12,4	297	87,6	1,00	
Parto induzido								
Sim	203	21,9	16	7,9	187	92,1	0,62	0,37 – 1,03
Não	725	78,1	92	12,7	633	87,3	1,00	
Sexo do RN								
Masculino	480	51,4	54	11,2	426	88,8	1,00	
Feminino	454	48,6	57	12,6	397	87,4	1,12	0,79 – 1,58
Peso ao nascer								
< 2500gr	44	4,7	30	68,2	14	31,8	7,53	5,63 – 10,05
≥ 2500gr	894	95,3	81	9,1	813	90,9	1,00	
Apgar 1°								
Inadequado	11	1,7	04	36,4	07	63,6	3,39	1,50 – 7,65
Adequado	634	98,3	68	10,7	566	89,3	1,00	
Apgar 5°								
Inadequado	03	0,5	03	100,0	00	00,0	9,30	7,45 – 11,63
Adequado	642	99,5	69	10,7	573	89,3	1,00	
Início pré-natal								
1º trimestre	665	74,9	70	10,5	595	89,5	1,00	
2º trimestre	202	22,8	23	11,4	179	88,6	1,07	0,69 – 1,66
3º trimestre	20	2,3	03	15,0	17	85,0	1,40	0,48 – 4,04
História de parto prematuro								
Sim	50	13,2	06	12,0	44	88,0	1,1	0,49 – 2,48
Não	330	86,8	36	10,9	294	89,1	1,00	

Tabela 3- Razão de prevalência estimada da associação entre raça/cor da pele materna e prematuridade. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011 a 2015.

(Table 3 Prevalence ratio estimated of the association between race/skin color maternal and prematurity in the studied population. Santo Antonio de Jesus, Bahia, 2011-2015.)

VARIÁVEL	Total		PREMATURIDADE				RP	IC (95%)
			SIM		NÃO			
	n	%	n (111)	%	n (827)	%		
N	938	100,0						
Raça negra	788	84,0	102	12,9	686	87,1	2,16	1,12 - 4,17
Raça não negra	150	16,0	09	6,0	141	94,0	1,00	

Tabela 4- Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC: 95%) obtidos mediante regressão logística para a associação entre raça/cor materna e prematuridade na população estudada (n= 938). Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011 a 2015.

(Table 4- prevalence ratio (PR) and confidence interval (CI: 95%) obtained by logistic regression for the association between race/skin color maternal and prematurity in the studied population (n = 938). Santo Antonio de Jesus, Bahia, 2011-2015.)

MODELOS	RP	IC (95%)	P
Bruto	2,16	1,12 - 4,17	0.015
Ajustado¹	3,22	1,42 – 7,32	0.005

¹ Ajustado pela faixa etária (18 a 24 anos), baixo peso ao nascer e indução ao parto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prematuridade é um indicador importante da saúde materno-infantil, logo é imprescindível ressaltar a relevância quanto aos cuidados pré-natais, não somente restringindo-os ao número de consultas, como também à qualidade da atenção prestada e a prevenção dos fatores de risco, e ao mesmo tempo garantir a gestante uma atenção integral e equânime.

Nesse sentido, a atenção recebida pelas gestantes, quando da atuação dos profissionais de saúde nas consultas iniciais, deve realizar um exame clínico meticuloso e eficaz, perpassando desde as recomendações e orientações quanto aos cuidados para a saúde da mulher e do RN que está por vim.

Quanto à ocorrência da prematuridade é importante enfatizar a sua relação com a raça/cor da pele materna, uma vez que não é apenas a cor da gestante que irá determinar que esta estará predisposta a ocorrência de um parto prematuro. Entretanto, como evidenciamos as mulheres negras estão em desvantagens no acesso a emprego e conseqüentemente aos recursos, como por exemplo, serviços de saúde de qualidade, que são mecanismos que permitem a elas cuidar melhor do seu estado de saúde.

Visando minimizar essa discrepância no que tange as taxas de parto prematuros nas diferentes categorias de raça/cor da pele acredita-se que a implantação e implementação efetiva de políticas de ações afirmativas com a intersecção da raça, no campo da saúde, podem reduzir essas desigualdades de forma que as mulheres negras possam ter garantindo o seu acesso integral à saúde, uma vez que é essencial ter o olhar sobre as desigualdades na qual as mulheres estão inseridas.

O presente estudo nos permitiu perceber as diferenças na ocorrência da prematuridade experienciadas entre mulheres negras e não negras, demonstrando as desigualdades raciais enfrentadas pelas gestantes da rede pública de saúde, proporcionando assim a avaliação das taxas de prematuridade, o que servirá como contribuições para políticas de promoção e prevenção da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.C. et al. Fatores de Risco Maternos para Prematuridade em uma Maternidade Pública de Imperatriz - MA. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):86-94.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.
- ANDRADE, C.L. T.; SZWARCOWALD, C.L.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M.C. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. **Cad. Saúde Pública.** 2004.
- ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré- natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012.
- ARAÚJO, E.M. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**; n. 43 n. 3, p. 405-412, 2009.
- ARAÚJO-SILVA A.L.M. et al. Preenchimento da curva de ganho de peso/idade gestacional no cartão da gestante em Campina Grande/PB [CD-ROM]. In: **Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Recife: ABRASCO; 2009.
- ASSIS, T.R. et al. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2008, vol.91, n.1, pp. 11-17.
- ASSUNCAO, P.L. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, June 2012.
- AZEVEDO, George Dantas de et al. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2002, vol.24, n.3, pp. 181-185.
- BAKER, D. W. et al. A System for Rapidly and Accurately Collecting Patients' Race and Ethnicity. **American Journal of Public Health** | March 2006, Vol 96, No. 3.
- BASTOS, J.L. et al. Diferenças socioeconômicas entre autotransclassificação e heterotransclassificação de cor/raça. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 324-334. Epub Feb 29, 2008.
- BECK, S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ.** 2010; 88 (1):31-8. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>>.
Acessado em 15 de janeiro de 2015.
- BEHRMAN, R.E.; BUTLER, A.S. **Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention**. National Academies Press, 2007.
- BETTIOL, H.S.; BARBIERI, M.A.; SILVA, A.A.M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2010; 32(2):57-60.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2009, vol.31, n.4, pp. 203-209.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Portaria n. 3.947/GM**. Diário Oficial da União 1999; 14 jan. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070706035047.pdf>> Acessado em: 28 de maio de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília – DF Fevereiro de 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acessado em: 28 de maio de 2014.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Atenção ao Pré-natal de baixo Risco**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012 a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acessado em: 28 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012 b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2005. **Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília – DF, 2005.

BRASILIA. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011**. 2013

BRINDA, E. M.; RAJKUMA, A.P.; ENEMARK, U. **BMC Public Health** (2015) 15:97.

BURCK G.M. et al. Comparison of Native American Births in Upstate New York with Other Race Births, 1980-86. Sptembr-October 1992, Vol. 107, No. 5 569

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARDOSO, A.M.; SANTOS, R.V.; COIMBRA-JUNIOR, C.E.A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1602-1608, set-out, 2005.

CARDOSO-DERMATINI, A. A. et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2011;55/8.

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.5, pp. 1024- 1032.

CHACHAM, A.S. Cesárea e esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. **J Rede Saúde**. 2001 mar; (23): 44-47. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/007.pdf>>. Acessado em: 20 de maio de 2014.

CHIAVEGATTO FILHO, A.D.P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(8):1572-1582, ago, 2013.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005.

CLOHERTY, J.P.; STARK, A.R. **Manual de neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2005. 810 p.

COSTA, I.G. As Percepções da Gravidez de Risco para a Gestante e as Implicações Familiares. **R. gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, jan. 2002.

COSTA, C.S.C. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 349-53. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):516-22.

CUNHA, E.M.G.P. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 79-91, jan./jun. 2008.

CUNHA, M.A. et al. Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas Por Enfermeiros. **Esc Anna Nery RevEnferm**. 2009 jan-mar; 13 (1): 00-00.

DATASUS, Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acessado em 25 de novembro de 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):425-437, mar, 2012.

DÓRIA, M.T.; SPAUTZ, C.C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. **Femina**. Vol. 39, nº 9, setembro, 2011.

DUARTE, E.C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo Exploratório – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ENGUITA, M.F. Analyzing inequality resources and chances: exploitation and discrimination. In: WORLD CONGRESS OF SOCIOLOGY, 14. 1998, Montreal. **Anais...** Montreal, 1998. p.24.

FAHEL, M. Desigualdades em Saúde no Brasil Uma análise do acesso aos serviços de saúde

por estratos ocupacionais. In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia, 2007, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2007.

FERRAZ, L.; BORDIGNONB, M. Mortalidade Materna no Brasil: uma Realidade Que Precisa Melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012.

FIORI, N.M. et al. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2011; 14(3): 522-30.

FISCHER, A.; GUIMARÃES, E.C.; MELO, E.C.P. A Influência de Fatores Sócio-Demográficos na Prematuridade. **R. pesq.: cuid. fundam**. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):73-78.

FRANÇA, M.C.; PAES, N.A. Relação entre mortalidade, desigualdade educacional e de renda nas capitais dos Estados brasileiros. **Trabalho apresentado**. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú – MG – Brasil, 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H.R. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Editora: FioCruz, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/23>. Acessado em 28 de maio de 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAVENA, A. A. F. et al. **Idade materna e fatores associados a resultados perinatais**. Acta paul. enferm. [online]. 2013, vol.26, n.2, pp. 130-135. ISSN 0103-2100.

GUIMARAES, E. A. A.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. 2002, vol.2, n.3, pp. 283-290.

GUIMARÃES, A. S.A. Raça, cor, cor da pele e etnia. **Cadernos de campo**, São Paulo, n. 20, p. 1-360, 2011.

GOLD, K. J. et al. Prematurity and Low Birth Weight as Potential Mediators of Higher Stillbirth Risk in Mixed Black/White Race Couples. **JournalOfWomen's Health**. Volume 19, Number 4, 2010.

GOLDENBERG, R. L.; CULHANE, J. F.; IAMS, J. D.; ROMERO, R. Pretermbirth l Epidemiologyand causes ofpretermbirth. **Lancet** 371: 375, 2008.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 349-53.

HAMILTON, B.E et al. AnnualSummaryof Vital Statistics: 2010–2011. **PEDIATRICS**. Volume 131, Number 3, March 2013.

HERINGER, R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo

das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18 (Supl), p. 57–65, 2002.

HORTA, B.L. et al. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 12(Supl.1):27- 31, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População Paulista como Instrumento de Planejamento**. II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais. Rio de Janeiro, 21 a 25 de agosto de 2006. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/confest_e_confefe/pesquisa_trabalhos/arquivosPDF/M257_02.pdf>. Acessado em: 23 de janeiro de 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acessado em: 28 de maio de 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características Étnico- raciais da População: Classificações e identidades**. Rio de Janeiro, 2013.

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf>. Acessado em: 23 de novembro de 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Santo Antônio de Jesus**. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292870&search=bahia|santo-antonio-de-jesus>>. Acessado em: 28 de maio de 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE ACADEMIES. **Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention**. Washington, DC, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11362/pdf/TOC.pdf>>. Acessado em 22 de março de 2015.

JONGH et al. The differential effects of maternal age, race/ethnicity and insurance on neonatal intensive care unit admission rates. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 2012 12:97. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/97>. Acessado em: 22 de maio de 2014.

KISTKA, Z. A.F. et al. Racial disparity in the frequency of recurrence of preterm birth. **Am J Obstet Gynecol**. 2007;196;131.e1-131.e6.

KRAMER, M.R. et al. Preconceptional stress and racial disparities in preterm birth: an overview, 2011. **Acta Obstetrica et Gynecologica**. Scandinavica Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. 90,1307–1316, 2011.

KRIEGER N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, n. 55, p. 693-700, 2001.

LAGUARDIA, J. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção das diferenças biológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 253-261, 2007.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. rev. e ampliada São Paulo: Atlas, 2001. 288p.

LANSKY et al. S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014

LAVEIST, T.A. Beyond dummy variables and sample selection: what health services researchers ought to know about race as a variable. **Health Serv Res**. 1994;29(1):1-16.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.

LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e meta- síntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. 2008;17(4):771-8.

LUKE, B.; BROWN, M.B. Elevated risk of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. **Human Reproduction**. Vol.22, No.5 pp. 1264–1272, 2007.

MACEDO, A.C. et al. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2001, vol.35, n.6, pp. 515-522. ISSN 0034-8910.

MACEDO, A.M.B.; GOES, H.F.; MELO, W.A. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS PARTOS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR DE 2000 A 2009. **Anais Eletrônico**. VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica. 23 a 26 de outubro de 2012.

MAIA, M.G. et al, Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(1):40-47.

MARTINS, M.S. **APRENDENDO A SER “BRANCO”**: uma crítica ao conteúdo racista encontrado em Livros de Leitura da década de 1950. Florianópolis, v. 11, n. 01, jan. / jul. 2010

MATIASEVICH A. et al. Widening Ethnic Disparities in Infant Mortality in Southern Brazil: Comparison of 3 Birth Cohorts. **American Journal of Public Health**.| April 2008, Vol 98, No. 4.

MATIASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(4):557- 564, out-dez 2013.

MCMANEMY, J. et al. Recurrence risk for preterm delivery. **Am J Obstet Gynecol** 2007;196:576.e1-576.e7.

MELO, W.A. et al. INFLUÊNCIA DO PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO MATERNO

NOS PREMATUROS NASCIDOS NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR. **Anais Eletrônico** VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar CESUMAR – Centro Universitário de Maringá Editora CESUMAR Maringá – Paraná - Brasil

MELO, W.A.; CARVALHO, M. D.B. Análise Multivariada dos Fatores de Riscos para Prematuridade no Sul do Brasil. **Convibra**. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/79/2013_79_7817.pdf>. Acessado em: 19 de outubro de 2014.

MENON, R. et al. An overview of racial disparities in preterm birth rates: caused by infection or inflammatory response? **Acta Obstetricia et Gynecologica**. Scandinavica Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology 901325–1331, 2011.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2009. 493p.

MELO, W.A.; CARVALHO, M.D.B. Análise Multivariada dos Fatores de Riscos para Prematuridade no Sul do Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.05, Nº. 02, Ano 2014 p.398-09.

MINAGAWA, A.T.; et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré natal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.4, p. 548-54, 2006.

MIRANDA, M. Classificação de raça/cor e etnia: conceitos, terminologia e métodos utilizados nas ciências da saúde no Brasil. **Dissertação** apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública Rio de Janeiro, 2010.

MONTEL, A.B. et al. Desigualdade Socioeconômica e Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Na Região Norte Do Brasil. **Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida**, 2008.

MOUTQUIN, J.M. Classification and heterogeneity of preterm birth. **BJOG**. 2003; 110 Suppl 20:30-3.

MOUTINHO, A.; ALEXANDRA, D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco: um estudo caso-controle. **RevPortMed Geral Fam** [online]. 2013, vol.29, n.2, pp. 107-112.

MUNIZ, J.O. Sobre O Uso Da Variável Raça-Cor em Estudos Quantitativos. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 277-291, jun. 2010.

MUNOZ, W.I.S. et al. Revisão sistemática da literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área de saúde. In: **Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**; 2-3 maio 2002; Ribeirão Preto, Brasil. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.

NAÇÕES UNIDAS, **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. NOVA IORQUE, 2014.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Born too soon: the global action report on preterm**

birth. 2012.

PATEL, R.R. et al. Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122 000 pregnancies with spontaneous onset of labour.

International Journal of Epidemiology. 2003;33:107–113.

PEDRAZA, D.F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.10, pp. 2729-2737.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. 2000; (22). P. 10-6.

PHELAN, J.; LINK, B. **The Concept of Fundamental Causes In Explaining Social Inequities in Health**. 2005.

PHELAN, J.; LINK, B.; TEHRANIFAR, P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications.

Journal of Health and Social Behavior. 51(S) S28–S40, 2010.

PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de Indicadores**, Rio de Janeiro, 2014. pág. 26.

PNUD. Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014: Brasil**. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/arquivos/Nota%20Técnica%20Brasil.pdf>. Acessado em 24 de março de 2015.

RAGONESI, S.M.A.; BERTINI, A.M. and CAMANO, L.. Crescimento intra-uterino retardado: aspectos atuais. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 1997, vol.43, n.2, pp. 173-178.

RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de Risco Para Prematuridade: Pesquisa Documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

REIS, S.L.S. et al. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 53 (1): 7-10, jan.-mar. 2009.

ROBAINA CASTELLANOS, G.R. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. **Rev Cubana Obstet Ginecol** [online]. 2001, vol.27, n.1, pp. 62-69.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; TIMOTHY, L.L. **Epidemiologia Moderna**. Editora: Artmed, Porto Alegre, 2011.

ROUSSEAU, J.J. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Porto Alegre, RS: L&M, 2012, 176P.

SANTOS, D.J.S. et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar Dental Press J Orthod. 2010 May-June;15(3):121-4.

SIEGA-RIZ, A. M.; ADAIR, L.S.; HOBEL, C.J. Maternal Underweight Status and Inadequate Rate of Weight Gain During the Third Trimester of Pregnancy Increases the Risk of Preterm Delivery. **American Institute of Nutrition**. September, 1995.

SINASC. Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def/htm.exe?sinasc/cnv/nvba.def>>. Acessado em: 19 de novembro de 2014.

SILVA, L.M. et al. **Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil**. *Braz J Med Biol Res* [online]. 2007, vol.40, n.9, pp. 1187-1194. Epub July 09, 2007.

SILVA, A.M. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009a, vol.25, n.10, pp. 2125- 2138.

SILVA, L.A. et al. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 53 (4): 354- 360, out.-dez. 2009.

SILVA, I. et al. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 864-869. Epub Aug 19, 2011.

SILVA, R.P. et al. Prematuridade: Características Maternas E Neonatais Segundo Dados Do Sistema De Informações Sobre Nascidos Vivos. **Rev enferm UFPE – online**. Recife, 7(5):1349-55, maio, 2013.

SILVEIRA, M.F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(5):957-64.

SILVEIRA *et al.* Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009.

SIQUEIRA, N.L. Desigualdade Social E Acesso À Saúde No Brasil. **Monografia** apresentada ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

STEIN, C.R. et al. Maternal ethnic ancestry and adverse perinatal outcomes in New York City. **Am J Obstet Gynecol**. 2009 December; 201(6): 584.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Guanabara Koogan, 5ª edição. Rio de Janeiro, 2013.

TELLES, E.E.; LIM, N. Does it matter who answers the race question? Racial classification and income inequality in Brazil. **Demography**. 1998;35(4):465- 74.

THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. **Institute of medicine**, 2007.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3.edição. ARTMED, 2002.

TIAGO, L.F.; CALDEIRA, A.P.; VIEIRA, M.P. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. **Pediatrics** (São Paulo) 2008;30(1):8-14.

TRISTÃO, K.M. et al. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(2):305-313, abr-jun 2012.

UNESCO, Organizações das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura. **Brasil-África: histórias cruzadas**. Programa de Educação Ético- raciais da Unesco no Brasil, 2010. Disponível em:
<<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001916/191694por.pdf>> Acessado em: 28 de maio de 2014.

UNICEF, **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**, 2013. Disponível em:
<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_posseiveis_causas.pdf> Acessado em 09 de agosto de 2014.

UPHOFF, E. P. et al. International prevalence rates of asthma and allergy are associated with income inequality, **J Allergy Clin Immunol**, 2015.

VASCONCELOS, J.D.A.L. et al. Fatores de risco relacionados à prematuridade ao nascer: um estudo caso-controle. **Odonto**. 2012; 20(40): 119-127.

VETTORE, M.V. et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2013, vol.13, n.2, pp. 89-100.

VIANA, S.M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIANNA, M. Parto Prematuro/ Prevenção. **Femina** - Novembro 2006 vol. 34 nº 11.

VIEIRA, A.S.; MENDES, P.C. Análise Espacial da Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer e Óbitos Infantis em Uberlândia-MG. **Hygeia**. 8 (15):146 - 156, Dez/2012

VIOTTI DA COSTA, E. “The myth of racial democracy: a legacy of the Empire”. In: __. **The Brazilian Empire, myths and histories**. Belmont, CA, Wadsworth Publishing Company. 1985.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WOLF, A.; GRAY, R.; FAZEL, S. Violence as a public health problem: An ecological study of 169 Countries. **Social Science & Medicine** 104 (2014) 220e227.

WOODWARD, M. et al. Socioeconomic status in relation to cardiovascular disease and causespecific mortality: a comparison of Asian and Australasian populations in a pooled

analysis. **BMJ Open**. 2015;5:e006408.

XIMENES, F.M.A.; OLIVEIRA, M.C.R. A Influência Da Idade Materna Sobre As Condições Perinatais. **RBPS** 2004; 17 (2):56-60.

XIONG, X.; PRIDJIAN, G.; DICKEY, R.P. Racial and ethnic disparities in preterm births in infants conceived by in vitro fertilization in the United States. **AmJ Obstet Gynecol** 2013; 209:128.e1-6.

ZAMBONATO, A.M.K. et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev Saúde Pública**. 2004;38(1):24-9.

ZEITLIN, J. et al. Preterm birth and maternal country of birth in a French district with a multiethnic population. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**. August 2004, Vol. 111, pp. 849–855.

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino no Recôncavo da Bahia.

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando um estudo para verificar os fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino no Recôncavo da Bahia, no qual haverá uma entrevista sobre saúde e alimentação na gestação.

Faremos uma pesquisa onde será analisada, avaliada e monitorada a utilização de medicamentos durante a gravidez com o objetivo de contribuir na minimização dos riscos inerentes à terapia medicamentosa, propiciando uma avaliação do serviço e apontando medidas de intervenção.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que recebi resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação dos cuidados e tratamentos recebidos nesta Unidade de Saúde da Família. Entendo que as informações serão mantidas em caráter confidencial e que eu não serei identificada.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações e formulários obtidos comigo. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Os pesquisadores responsáveis por este projeto de pesquisa são os Prof. Djanilson Barbosa dos Santos e Prof. Sheila Monteiro Brito. Caso eu queira contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (75)3632-1693. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IANE.

Data ____/____/____

Participante do projeto

Pesquisador responsável

Apêndice 2 – Autorização para Utilização do Banco de Dados da Pesquisa.

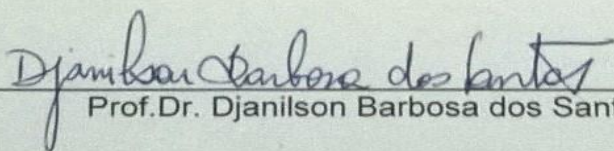
Apêndice 2 – Autorização para Utilização do Banco de Dados da Pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

Feira de Santana, 10 de julho de 2015.

Eu, Djanilson Barbosa dos Santos, coordenador do estudo de coorte “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia” aprovado pelo CEP (Protocolo 012/2003) autorizo a utilização do banco de dados do referido estudo pela mestrandia Kelly Albuquerque para a realização da pesquisa intitulada “**Raça/cor e prematuridade: uma coorte de gestantes**”.

Atenciosamente,



Prof.Dr. Djanilson Barbosa dos Santos

Apêndices 3 – Formulário para Coletas referente as Variáveis Independentes

Projeto: RAÇA/COR E PREMATURIDADE: UMA COORTE DE GESTANTES	
Prontuário: _____ N° Sis-prénatal: _____ N° _____	
Nome: _____	
Endereço completo: _____	
Bairro: _____	
Como se chega lá? _____	
Telefone de contato: _____ Apelido: _____	
Características sócio-demográficas	
Idade: _____ anos DATA DE NASCIMENTO? ____/____/____	
Escolaridade: 1. ☐ Analfabeto 2. ☐ Ensino Fundamental incompleto 3. ☐ Ensino Fundamental completo 4. ☐ Ensino Médio incompleto 5. ☐ Ensino Médio completo 6. ☐ Ensino Superior 7. ☐ Outra: _____	Raça/cor: 1. ☐ Branca 2. ☐ Amarela 3. ☐ Parda 4. ☐ Preta 5. ☐ Indígena 6. ☐ Não sabe informar
Estado civil: 1. ☐ Solteira 2. ☐ Separada 3. ☐ Viúva 4. ☐ União estável 5. ☐ Casada 6. ☐ outra: _____	Renda: 1. ☐ < 1 salário mínimo 2. ☐ 1 salário mínimo 3. ☐ 2 a 4 salários mínimos 4. ☐ 5 a 7 salários mínimos 5. ☐ 8 a 10 salários mínimos 6. ☐ > 10 salários mínimos 7. ☐ não informado
Religião: 1. ☐ católica 2. ☐ protestante 3. ☐ espírita 4. ☐ religiões brasileiras 5. ☐ sem religião 6. ☐ outra: _____	Situação Emprego: 1. ☐ ativa 2. ☐ desempregada 3. ☐ do lar 4. ☐ estudante 5. ☐ aposentada 6. ☐ licença maternidade/tratamento 7. ☐ Não informado

Hábitos de vida	
Fuma ou Já Fumou: 1. ☐ Sim 2. ☐ Sim, Mas Parei 3. ☐ Não, Nunca Fumou	Toma ou Tomou Alguma Vez Bebida Alcoólica: 1. ☐ Sim 2. ☐ Não 3. ☐ Sim, Mas Parei
Pratica Atividade Física: 1. ☐ Sim 2. ☐ Não 3. ☐ Não Informado	Uso de outras drogas: 1. ☐ sim 2. ☐ Não 3. ☐ Não informado
Informações Nutricionais	
PESO ANTES DE FICAR GRÁVIDA: Kg	ALTURA: _____ metros
Situação de Saúde	
A senhora tem algum desses problemas: Anemia: 1. ☐ sim 2. ☐ não Pneumonia: 1. ☐ sim 2. ☐ não Diabetes: 1. ☐ sim 2. ☐ não Hipertensão: 1. ☐ sim 2. ☐ não Outro:	Algum sintoma/queixa: 1. ☐ sim 2. ☐ não 3. ☐ não informado
História Obstétrica	
Idade gestacional (DUM): _____/_____/____	Com quantos meses de gravidez fez a 1ª consulta?
ALGUM FILHO NASCEU PREMATURO: 1. ☐ sim 2. ☐ não 3. ☐ não informado	ALGUM RECÉM NASCIDO NASCEU COM MENOS DE 2.500G: 1. ☐ sim 2. ☐ não 3. ☐ não informado

Apêndice 4 – Formulário utilizado para Coleta referente a Variável Dependente

Nome da mãe: _____ Endereço: _____ Declaração de nascido vivo (nº) _____ Nº _____		
Informações sobre a gestação no momento do parto		
Tipo de gravidez: (1) Única; (2) Dupla; (3) Tripla ou mais.	Número de consultas pré-natal: _____.	
	Mês de gestação que iniciou o pré-natal: _____ mês.	
Informações sobre o parto		
Apresentação: (1) Cefálica; (2) Pélvica; (3) Transversa (4) NSA.	Parto induzido: (1) Sim; (2) Não.	Tipo de parto: (1) Normal; (2) Cesárea; (3) Fórceps; (4) NSA.
Informações sobre o Recém-nascido		
Sexo do RN (1) Masculino; (2) Feminino;	Data do nascimento: ____/____/____	Apgar: 1'' _____ 5'' _____
	Peso ao nascer: _____ gramas.	
Idade gestacional no momento do parto: _____ semanas.		

Anexo 1- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FAFIS – FACULDADE ADVENTISTA DE FISIOTERAPIA

FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA

Mantida pela Instituição Adventista Nordeste Brasileira de Educação e Assistência Social

Reconhecida pela Portaria nº 1.858 de 14/07/2003

Publicado no diário Oficial em 16/07/2003



COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS

FACULDADE ADVENTISTA DE FISIOTERAPIA

PARECER DO PROJETO: 050/10

“Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo crescimento intra-uterino, no Recôncavo Baiano”.

CAAE: 4369.0.000.070-10

F.R.: 366482

Pesquisador Responsável: Djanilson Barbosa dos Santos

Instituição Sediadora: Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Instituição Vinculada: Faculdade Adventista de Fisioterapia - FAFIS

Sumário Geral

O projeto visa “*avaliar as associações entre estado nutricional e anemia em relação ao baixo peso ao nascer, prematuridade e restrição do crescimento intra-uterino entre mulheres, durante a gravidez, residentes no município de Santo Antonio de Jesus, Estado da Bahia*” (p. 11). Este objetivo será atendido mediante a persecução de outros seis objetivos específicos, quais sejam: 1) Estimar a prevalência dos fatores maternos de risco durante a gravidez; 2) Estimar a prevalência de baixo peso ao nascer, prematuridade e restrição do crescimento intra-uterino no município; 3) Avaliar o perfil de saúde e nutrição das gestantes atendidas na rede municipal de saúde; 4) Avaliar a evolução ponderal (perda e/ou retenção) de mulheres até o sexto mês pós-parto; 5) Descrever a ocorrência de complicações durante a gestação: Doença Hipertensiva Específica da Gestação e Diabetes Gestacional; e, 6) Avaliar a prevalência de anemia entre as gestantes e suas conseqüências sobre a gravidez e os recém-nascidos.

Para a realização desta pesquisa será feito um “*delineamento de corte prospectivo*” (p. 12), realizado em três etapas, sendo: Etapa 1) “*Visitas diárias aos serviços de pré-natal*”; Etapa 2) “*Visitas domiciliares a mães entre a 28ª e 32ª semana de gestação*”; e, etapa 3) “*visitas às puérperas em domicílios internadas em maternidades do município de Santo Antonio de Jesus*” (p. 13). As etapas mencionadas estão previstas para o período de janeiro a dezembro de 2011. A população a ser pesquisada é composta por “*mulheres, clinicamente saudáveis, residentes e domiciliadas na zona urbana, com dezoito anos ou mais de idade, que se encontram com idade gestacional menor ou igual a 16 semanas no momento da primeira entrevistas, inscritas em serviço de pré-natal do SUS e privado*” (p. 12). A estas será aplicado um questionário composto de



FAFIS – FACULDADE ADVENTISTA DE FISIOTERAPIA

FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA

Mantida pela Instituição Adventista Nordeste Brasileira de Educação e Assistência Social
Reconhecida pela Portaria nº 1.858 de 14/07/2003
Publicado no diário Oficial em 16/07/2003



varias seções, incluindo perguntas sobre “*condições sócio-econômicas da família, dados demográficos, história reprodutiva materna, consumo de medicamentos, estado de saúde, nutricional e utilização de serviços de saúde*” (p. 13), entre outras.

Também está prevista a coleta e análise sanguínea, a serem “*realizadas em um único laboratório prestador de serviços de análises clínicas credenciado pelo SUS/Santo Antonio de Jesus ... por meio de seringa estéril e descartável*”, e a amostra será acondicionada em local adequado e a análise hematológica será feita em equipamentos automatizados, calibrados diariamente e operados por técnicos do laboratório (p. 14).

O cronograma apresenta o período entre o mês de novembro de 2010 até o mês de dezembro de 2012 para os preparativos da pesquisa, para a coleta e análise dos dados, e elaboração do relatório final e divulgação dos dados. Também um extenso e detalhado orçamento explicita os gastos da pesquisa.

Apresentação do Protocolo

A folha de rosto está devidamente preenchida e assinada. Também foi encaminhada ao CEP a carta de solicitação de apreciação do projeto, e o currículo do pesquisador responsável indica sua qualificação para a execução da referida pesquisa.

Considerações

Escrito com clareza, e bem fundamentado teoricamente, o projeto contempla as informações necessárias para uma apresentação esclarecida do que se pretende fazer, o que corrobora o objetivo a que se propõe, bem como sua execução.

O projeto apresenta um problema relevante, objetivos pertinentes, método proposto adequado, o campo de estudo autorizado pelos seus responsáveis, e os sujeitos respeitados em sua livre participação, ou não, se assim desejarem. Também o orçamento elaborado atende as expectativas da pesquisa.



FAFIS – FACULDADE ADVENTISTA DE FISIOTERAPIA

FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA

Mantida pela Instituição Adventista Nordeste Brasileira de Educação e Assistência Social

Reconhecida pela Portaria nº 1.858 de 14/07/2003

Publicado no diário Oficial em 16/07/2003



O cronograma está organizado de modo a atender o período necessário para as etapas de coleta e análise dos dados, bem como da elaboração e apresentação do relatório final. Quanto aos aspectos éticos, o TCLE está redigido de modo que os detalhes a ele pertinentes estejam contemplados.

Diante do exposto, o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Adventista de Fisioterapia, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, ficando o pesquisador responsável obrigado a apresentar ao CEP da Faculdade Adventista de Fisioterapia um relatório final de conclusão desta pesquisa num prazo máximo de um ano.

Situação: Protocolo aprovado.

Wellington Silva

Wellington Silva
Coordenador CEP – FADBA

Cachoeira, 14 de setembro de 2010

Anexo 2 – Formulário Original para Coletas referente às Variáveis Independentes

Nº do Questionário

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**Questionário sobre fatores maternos de risco e desfechos gestacionais**

--	--	--	--

PRONTUÁRIO Nº _____

SIS-PRÉNATAL Nº _____

Gostaríamos de preencher um cadastro com seu endereço, pois será necessário entrar em contato novamente.

Nome:

Endereço completo:

Bairro:

Como se chega**lá?**

Telefone de contato: _____ Apellido:

Qual é o nome de sua mãe?

Nome:

Endereço completo:

Bairro:

Como se chega lá?

Telefone de contato: _____ Apellido:

Se tiver companheiro, por favor informe:

Nome:

Endereço completo:

Bairro: _____

Como se chega lá?

Telefone de contato: _____ Apelido:

O nome completo de outro parente ou amigo (a) sua? Alguém que, no caso da Sra. se mudar, possa nos dar informações e notícias suas?

Nome:

Endereço completo:

Bairro: _____

Como se chega lá?

Telefone de contato: _____ Apelido:

CONTROLE DE VISITAS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE			
VISITAS	DATA	HORA	ENTREVISTADOR
1	___/___/ 2012		
2	___/___/ 2012		
3	___/___/ 2012		

Características sócio-demográficas

1. A SENHORA ESTÁ COM QUANTAS SEMANAS GESTACIONAIS: _____ semanas
(TRIMESTRE DA ATUAL GESTAÇÃO: ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º)

IDADE GESTACIONAL (DUM): _____ / _____ / _____ (verificar e confirmar com o cartão da gestante)

LEMBRE-SE, se a gestante estiver no 1º trimestre de gestação agendar a visita domiciliar. Por favor, retorne ao controle de visitas e agende!

2. QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO? ____/____/____ (se a gestante não souber, precisa verificar algum documento)
Dia Mês Ano

3. QUAL É SUA IDADE? _____ Anos 4. QUAL A IDADE DO PAI DO BEBÊ? _____ Anos

5. A SENHORA ESTAVA PLANEJANDO ESTA GRAVIDEZ? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) ☐ NSA (9)

6. A SENHORA ESTAVA USANDO ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) ☐ NSA (9)

7. SE SIM, QUAL? (ler as alternativas) ☐ Pílula/comprimido (1) ☐ Injeção hormonal (2) ☐ Pílula do dia seguinte (3)
☐ DIU (4) ☐ Diafragma (5) ☐ Coito Interrompido (6) ☐ Laqueadura (7) ☐ Vasectomia (8) ☐ Tabela (9) ☐ Preservativo (10)

8. A SENHORA ESTUDOU? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) (pule para questão 10)

9. ATÉ QUE ANO DA ESCOLA A SENHORA COMPLETOU? Total de anos de estudo: _____

- ☐ -1. Não sabe ler nem escrever
- ☐ -2. Ensino fundamental incompleto
- ☐ -3. Ensino fundamental completo
- ☐ -4. Ensino médio incompleto
- ☐ -5. Ensino médio completo
- ☐ -6. Superior incompleto
- ☐ -7. Superior completo
- ☐ -8. Pós-graduação
- ☐ -6. Não sabe

10. A SENHORA É (ler as alternativas)

- ☐ solteira (1) ☐ casada (2) (pule para o item 12) ☐ mora com companheiro (3) (pule para o item 12) ☐ divorciada (4) ☐ viúva (5)
- ☐ separada (6)

11. TEM COMPANHEIRO: ☐ sim (1) ☐ não (2)

12. RAÇA/COR DO COMPANHEIRO: _____

13. OCUPAÇÃO/PROFISSÃO DO COMPANHEIRO: _____

14. SITUAÇÃO EMPREGO: ☐ ativa (1) ☐ desempregada (2) ☐ do lar (3) ☐ estudante (4) ☐ aposentada (5)
☐ licença maternidade/tratamento (6) ☐ NSA (9)

15. ÚLTIMA PROFISSÃO EXERCIDA: _____ ☐ NSA (9)

16. COMO A SENHORA SE DESLOCA/DESLOCAVA PARA O TRABALHO?

- ☐ a pé (1) ☐ bicicleta (2) ☐ veículo (3) ☐ outro (4) Especificar: _____

17. NO MÊS PASSADO, QUANTO GANHARAM* AS PESSOAS QUE MORAM NA SUA CASA? _____ ☐ NSA (9)

18. RENDA FAMILIAR (ler as alternativas) ☐ ≤ 1 SM (1) ☐ 1-2 SM (2) ☐ 2-4 SM (3) ☐ 5-7 SM (4) ☐ ≥ 8 SM (5) ☐ NSA (9)

19. QUANTAS PESSOAS MORAM NA SUA CASA, INCLUINDO A SENHORA? _____

20. QUAL É A RELIGIÃO DA SENHORA?

- ☐ Católica (1) ☐ Protestante (2) ☐ Espírita (3) ☐ Religiões brasileiras (4) ☐ Sem religião (5) ☐ Outras (6)

Posse de itens:	0	1	2	3	>= 4
TV em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho indep. ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de instrução da pessoa com maior renda:

Analfabeto/Primário incompleto/Até 3ª série do Ensino Fundamental	0
Primário Completo/Ginásio incompleto/Até 4ª série do Ensino Fundamental	1
Ginásio completo/Colegial incompleto/Fundamental Completo	2
Colegial Completo/Superior incompleto/Médio Completo	4
Superior Completo	8

Total de pontos: Classe A Classe B Classe C Classe Classe E

Obs: Classe A: 35-45 Classe B: 23-34 Classe C: 14-22 Classe D: 8-13 Classe E: 0-7

21. EM SUA OPINIÃO COMO É QUE A SENHORA DEFINIRIA A SUA COR? **(ler as alternativas)**

☐ -1 Amarela ☐ -2 Branca ☐ -3 Parda ☐ -4 Preta ☐ -5 Indígena ☐ -6 Não sabe

22. A SENHORA FUMA OU JÁ FUMOU?

☐ Sim (1) **(ler alternativas)** ☐ Sim, mas parei (2) **(pula p/ questão 23)** ☐ Não, nunca fumou (3) **(pule p/ questão 24)**

Situação da fumante	
☐ A Sra. fumava antes da gravidez e continua fumando (1) Fuma a quanto tempo? _____	Quantos cigarros por dia? ☐ NSA (9)
☐ A Sra. não fumava antes da gravidez e passou a fumar na gestação (2)	Quantos cigarros por dia? ☐ NSA (9)

23. A SENHORA FUMAVA ANTES DA GRAVIDEZ E PAROU? ☐ sim (1) ☐ não (2)

Por quanto tempo fumou? _____

A quanto tempo deixou de fumar? _____

24. A SENHORA TOMA OU TOMOU ALGUMA VEZ BEBIDA ALCOÓLICA? **(ler as alternativas)**

☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ sim, mas parei (3)

25. **SE SIM, MAS PAREI. QUANDO PAROU?** **(ler as alternativas)**

☐ Parou há mais de 6 meses (1) ☐ Parou há 6 meses ou menos (2) ☐ NSA (9)

26. **SE SIM: NO ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES A SENHORA BEBEU?** **(ler as alternativas)**

☐ nenhuma vez (1) ☐ menos de uma vez/sem (2) ☐ uma vez/sem (3) ☐ mais de uma vez/sem (4) ☐ todos os dias (4)

27. VOCÊ GOSTA DE BEBER? ☐ sim (1) ☐ não (2)

Qual a bebida de sua preferência? **(ler as alternativas)**

☐ Chope (0) ☐ Licores (4)
☐ Cerveja (1) ☐ Bebidas fortes (5)
☐ Pinga (2) ☐ Batidas (6)
☐ Conhaques (3) ☐ Uísque (7)

Quanto você bebe por ocasião?

TIPO DE BEBIDA	USO NO ANO VEZES/QTĐ	USO NO MÊS VEZES/QTĐ	USO NA SEM. VEZES/QTĐ	Média de consumo por ocasião (g): () 0 () <14 () 14 a 27 () >=28
CERVEJA / CHOPE 5%				
VINHO 13%				

Classificação das gestantes

() p/ ano () p/mês () p/semana

DESTILADOS 50%

OUTROS

28. OUTRAS DROGAS? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) ☐ NSA (9) Se sim, especificar o tipo: _____
29. Você usou durante a gestação? ☐ sim (1) ☐ não (2)
30. Quanto tempo, durante a gestação? ☐ Raramente (0) ☐ 2 a 3 dias /sem. (2) ☐ 1 dia/sem. (1) ☐ todo dia ou quase todo dia (3)
31. A SENHORA RECEBE ALGUM BENEFÍCIO/AUXÍLIO DO GOVERNO? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) ☐ NSA (9)
32. **SE SIM**, QUAL? _____ 33. **HÁ QUANTO TEMPO?** _____
34. DATA DO INÍCIO DO RECEBIMENTO: ____ / ____ / ____
35. A SENHORA ESTÁ PRATICANDO REGULARMENTE ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) ☐ NSA (9)
36. **SE SIM**, QUAIS? _____
37. **SE SIM**, QUANTAS VEZES POR SEMANA? ☐ Uma (1) ☐ Duas (2) ☐ Três ou mais (3) ☐ NSA (9)
38. **SE SIM**, QUANTOS MINUTOS POR DIA? ☐ 30 minutos (1) ☐ 30 min. a 1h (2) ☐ mais de 1h (3) ☐ NSA (9)

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS*Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e alimentação – VERIFIQUE O CARTÃO DA GESTANTE*

39. QUAL ERA O SEU PESO ANTES DE FICAR GRÁVIDA? (*anotar em Kg*) |__||__||__||,|__|
40. A SENHORA FOI PESADA HOJE? ☐ Sim (1) ☐ Não (2) 41. **SE SIM**, QUAL O PESO?(*anotar em kg*) |__||__||__||,|__|
42. A SENHORA FOI PESADA EM CONSULTAS ANTERIORES? ☐ sim (1) ☐ não (2) 43. **SE SIM**, QUANTAS VEZES? _____
44. NESTA CONSULTA DE PRÉ-NATAL, FALARAM PARA SENHORA COMO ESTAVA O SEU GANHO DE PESO?
☐ não falaram nada (1) ☐ disseram que estava com baixo peso (2) ☐ disseram que estava com peso adequado (3)
☐ disseram que estava com sobrepeso (4) ☐ disseram que estava com obesidade (5) ☐ NSA (9)
45. QUAL É A SUA ALTURA? (*anotar em metros*) |__||,|__||__| (**verificar o cartão da gestante**)
46. NESTA USF A SENHORA RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL? (**ler as alternativas**)
☐ sim (1) ☐ não (2). **SE SIM, QUEM?** ☐ Nutricionista (1) ☐ Enfermeiro (2) ☐ Médico (3) ☐ Outro (5) _____
47. NESTA USF A SENHORA RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO?
☐ sim (1) ☐ não (2). **SE SIM, QUEM?** ☐ Nutricionista (1) ☐ Enfermeiro (2) ☐ Médico (3) ☐ Outro (5) _____

INFORMAÇÕES GINECOLOGICO-OBSTETRICA*Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR*

48. QUANDO FOI A SUA PRIMEIRA MENSTRUACÃO? MENARCA: _____ ANOS
49. SEM CONTAR COM ESTA GRAVIDEZ, QUANTAS VEZES A SENHORA FICOU GRÁVIDA? |__||__|
50. A SENHORA JÁ TEVE ALGUM ABORTO OU PERDEU O NENÊ ANTES DE NASCER? ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
51. **SE SIM**, QUANTOS? |__||__| 52. A SRA. TIROU OU FOI NATURAL? |__||__| TIROU |__||__| NATURAL
53. TEVE HEMORRAGIA NO ÚLTIMO ABORTO? ☐ sim (1) ☐ não (2)
54. TOMOU TRANSFUSÃO DE SANGUE NO ÚLTIMO ABORTO? ☐ sim (1) ☐ não (2)
55. QUANTOS FILHOS NASCERAM? (**vivos e mortos**) _____ FILHOS
56. A DATA DO NASCIMENTO DO ÚLTIMO FILHO ____ / ____ / ____ ☐ menos de dois anos (1) ☐ mais de dois anos (2)
57. A SRA. AMAMENTOU NO PEITO O ÚLTIMO BEBÊ? ☐ sim (1) ☐ não (2) 58. **SE SIM**, ATÉ QUE MÊS |__||__| meses
59. ALGUM DE SEUS FILHOS TIVERAM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS? ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)

60. SE SIM, QUANTOS? ___ ___	
61. NÚMERO DE PARTOS: _____ VAGINAIS _____ CESARIANAS ☐ NSA (9)	
62. ALGUM RECÉM NASCIDO NASCEU COM MENOS DE 2.500G?	☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
63. ALGUM FILHO NASCEU PREMATURO?	☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
64. A SENHORA TEVE ALGUMA GRAVIDEZ DE GEMELAR?	☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
65. ONDE A SENHORA TEVE SEU ÚLTIMO BEBÊ (local do último parto)? _____	
66. A SENHORA FEZ AS CONSULTAS DEPOIS DO PARTO?	☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
67. A SENHORA TOMOU VITAMINA A NA ALTA HOSPITALAR NO ÚLTIMO PARTO?	☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
68. A SENHORA TEVE ALGUMA HEMORRAGIA NO ÚLTIMO PARTO?	☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)
69. A SENHORA RECEBEU ALGUM SANGUE NO ÚLTIMO PARTO? (transusão de sangue) ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)	
70. A SENHORA TEVE ANEMIA NA ÚLTIMA GRAVIDEZ? ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)	
71. SE SIM, FEZ TRATAMENTO? ☐ sim (1) ☐ não (2) ☐ NSA (9)	
INFORMAÇÕES GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA	
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua HISTÓRIA OBSTÉTRICA DA ATUAL GRAVIDEZ</i>	
72. IDADE GESTACIONAL (DUM): ____ / ____ / ____ (verificar e confirmar com o cartão da gestante)	
73. IDADE GESTACIONAL DA USG, DE PRIMEIRO TRIMESTRE: _____ SEMANAS _____ DIAS	
74. VOCÊ TEM FEITO PRÉ-NATAL NESSA GRAVIDEZ (ATUAL)? ☐ sim (1) ☐ não (2)	
75. COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ FEZ A 1ª CONSULTA ? _____	
76. QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL A SENHORA JÁ REALIZOU NESTA GESTAÇÃO? _____ consultas	
77. A SENHORA REALIZOU ALGUMA USG ☐ sim (1) ☐ não (2)	
78. SE SIM, QUANTAS? _____	
79. A DATA DA PRIMEIRA USG ____ / ____ / ____ (☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º)	
80. A SENHORA TEM ALGUM DESSES PROBLEMAS? (ler as alternativas)	
ANEMIA ☐ sim (1) ☐ não (2)	ASMA ☐ sim (1) ☐ não (2) TUBERCULOSE ☐ sim (1) ☐ não (2)
PNEUMONIA ☐ sim (1) ☐ não (2)	DIABETES ☐ sim (1) ☐ não (2) HIPERTENSÃO ☐ sim (1) ☐ não (2)
DOENÇA RENAL ☐ sim (1) ☐ não (2)	DIFICULDADE DE ADAPTAR VISÃO À NOITE ☐ sim (1) ☐ não (2)
INFECÇÃO NA URINA ☐ sim (1) ☐ não (2)	HEMORRAGIA/SANGRAMENTO ☐ sim (1) ☐ não (2)
ALTERAÇÃO GLICÊMICA ☐ sim (1) ☐ não (2)	OUTROS ☐ sim (1) ☐ não (2) _____
INTERNAMENTO ☐ sim (1) ☐ não (2)	
81. NESTA GESTAÇÃO, A SENHORA ESTÁ COM ALGUM SINTOMA/QUEIXA? ☐ sim (1) (ler as alternativas) ☐ não (2)	
☐ náuseas/enjôo (1) ☐ vômitos (2) ☐ dor (3) ☐ febre (4) ☐ gases (5) ☐ azia (6) ☐ inflamação (7)	
☐ prisão de ventre (8) ☐ dor de cabeça (9) ☐ Cólica abdominal (10) ☐ Diarreia ☐ Falta de apetite (11) ☐ outras (12)	
82. SE OUTRAS, QUAIS? _____	
83. EM GERAL, COMO TEM SIDO A SAÚDE DA SENHORA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? (ler as alternativas)	
☐ Excelente (1) ☐ Muito boa (2) ☐ Boa (3) ☐ Ruim (4) ☐ Muito ruim (5)	
84. A SENHORA ESTÁ TOMANDO ALGUMA VITAMINA? ☐ sim (1) ☐ não (2) NSA (9)	
85. A SENHORA TOMOU A VACINA ANTI-TETANICA ☐ sim (1) ☐ não (2) NSA (9)	
86. SE SIM, QUANTAS DOSES? Primeira (1) Segunda (2) Terceira (3) Reforço (4)	
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL	
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre seus HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL</i>	

87. COM QUE FREQUENCIA ESCOVA SEUS DENTES? ☐ não escova (0) ☐ uma vez ao dia (1) ☐ duas vezes ao dia (2) ☐ três ou mais vezes ao dia (3) 89. QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA AO DENTISTA? ☐ nunca foi ao dentista (0) ☐ menos de um ano (1) ☐ de 1 a 2 anos (2) ☐ 3 ou mais anos (3)	88. COSTUMA USAR FIO DENTAL DIARIAMENTE? ☐ sim (1) ☐ não (2) 90. ONDE? ☐ Nunca foi ao dentista (0) ☐ Serviço Público (1) ☐ Serviço Privado Particular (2) ☐ Serviço Privado (planos e convênios) (3) ☐ Serviço filantrópico (4) ☐ Outros (5)
91. MOTIVO DA ÚLTIMA CONSULTA ☐ Nunca foi ao dentista (0) ☐ Consulta de rotina/ reparos/ manutenção (1) ☐ Dor (2) () dentes () gengivas ☐ Sangramento gengival (3) ☐ Cavidade nos dentes (4) ☐ Feridas, caroços ou manchas na boca (4) ☐ Outros (6) 93. CONSIDERA QUE NECESSITA DE TRATAMENTO DENTÁRIO ATUALMENTE? ☐ sim (1) ☐ não (2) 95. RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL DURANTE A GESTAÇÃO? ☐ sim (1) ☐ não (2)	92. QUANTO DE DOR SEUS DENTES E GENGIVAS LHE CAUSAM? A capsula de Vitamina A é de aspecto vermelho que corresponde a 200.000UI. ☐ Nenhuma dor (0) ☐ Pouca dor (1) ☐ Média dor (2) ☐ Muita dor (3) 94. SENTE-SE CONSTRANGIDA PARA SORRIR OU CONVERSAR COM AS PESSOAS POR CAUSA DA APARÊNCIA DE SEUS DENTES? ☐ sim (1) ☐ não (2) 96. QUEM ORIENTOU? ☐ Dentista (1) ☐ Médico (2) ☐ Enfermeiro (3) ☐ ACS (4) ☐ Familiar/amigo (5) ☐ Outros (6)

EXAMES LABORATORIAIS

Agora vamos verificar algumas informações no prontuário da paciente

Exames	Data	Resultado			Data	Resultado		
Hemoglobina: (mg/dL)								
Hematócrito: %								
Glicemia: (mg/dL)								
Exames	Data	Positivo	Não Reage	NR	Data	Positivo	Não Reage	NR
HIV		1	2	3		1	2	3
HTLV		1	2	3		1	2	3
VDRL		1	2	3		1	2	3
Citomegalovírus		1	2	3		1	2	3
Toxoplasmose		1	2	3		1	2	3
Hepatite B (HBV)		1	2	3		1	2	3

Hepatite C (HBV)		1	2	3		1	2	3
Rubéola		1	2	3		1	2	3
Parasitológico de fezes		1	2	3		1	2	3

Se sim, especificar parasito:

Se sim, especificar parasito:

Exames	Data	Positivo	Não Reage	NR	Data	Positivo	Não Reage	NR
		1	2	3		1	2	3
		1	2	3		1	2	3
		1	2	3		1	2	3
		1	2	3		1	2	3
		1	2	3		1	2	3

EXAMES REALIZADOS DURANTE A PESQUISA - RESULTADOS

97. DOSAGEM DE VITAMINA A: _____

98. HEMOGRAMA COMPLETO: _____

Hemoglobina (mg/dL):

Hematócrito(%):

99. DOSAGEM DE FERRITINA: _____

INFORMAÇÕES MEDICAMENTOSAS

(caso tenha utilizado mais que 08 medicamentos, anotar no verso)

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o uso de medicamentos durante a gravidez

100. A SENHORA ESTAVA USANDO ALGUM REMÉDIO, ANTES DE SABER QUE ESTAVA GRÁVIDA, PARA...: PRESSÃO ALTA, DIABETES (AÇUCAR ALTO NO SANGUE), DOR OU CÓLICA, ENJÔO OU VÔMITO, TOSSE, CORRIMENTO, INFECÇÃO, PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS E OUTROS MOTIVOS?"

☐ sim (1) ☐ não (2)

101. Identificação do MEDICA mento A. nome B. forma farmacêutica (líquido, comprimido, pomada, pó, spray oral e nasal). C. dosagem	102. Para que usou este medicamento? Qual era o problema de saúde? MOTIVO	103. Ainda está USANDO ? 1- Sim 2- Não 9- NSA	104. Este medicamento foi PRESCRITO por médico? 1- Sim (pule p/ Q106) 2- Não (pule p/ Q105) 9- NSA (pule p/ Q106)	105. Quem INDICOU o medicamento? 1- farmacêutico 2- balconista 3- parente, amigo, vizinho 4- conta própria 5- propaganda (rádio, tv, revista) 6- Enfermeiro 7- Dentista 8. Outro (especificar) 9- NSA
A.				
B.				
C.				
A.				

B.		_	_	_
C.				
A.		_	_	_
B.				
C.				
A.		_	_	_
B.				
C.				
A.		_	_	_
B.				
C.				
A.		_	_	_
B.				
C.				
A.		_	_	_
B.				
C.				
A.		_	_	_
B.				
C.				

106. A SENHORA USOU ALGUM REMÉDIO, NESTA GRAVIDEZ, PARA...: PRESSÃO ALTA, DIABETES (AÇUCAR ALTO NO SANGUE), DOR OU CÓLICA, ENJÔO OU VÔMITO, TOSSE, CORRIMENTO, INFECÇÃO, PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS E OUTROS MOTIVOS?"

☐ sim (1) ☐ não (2)

107. Identificação do <u>MEDICA</u> mento D. nome E. forma farmacêutica (líquido, comprimido, pomada, pó, spray oral e nasal). F. dosagem	108. Para que usou este medicamento? Qual era o problema de saúde? <u>MOTIVO</u>	109. A senhora usou este medicamento nos <u>ÚLTIMOS</u> 15 dias? 1- Sim 2- Não 9- NSA	110. Este medicamento foi <u>PRESCRITO</u> por médico? 1- Sim (pule p/ Q105) 2- Não (pule p/ Q104) 9- NSA (pule p/ Q105)	111. Quem <u>INDICOU</u> o medicamento? 1- farmacêutico 2- balconista 3- parente, amigo, vizinho 4- conta própria 5- propaganda (rádio, tv, revista) 6- Enfermeiro 7- Dentista 8- Outro (especificar) 9- NSA	112. Qual trimestre começou a usar? 1- 1º 2- 2º 3- 3º 9- NSA
---	---	---	--	--	--

D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					
D.					
E.		__	__	__	__
F.					

113. NÚMERO TOTAL DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS DURANTE A GRAVIDEZ? Resposta: _____

114. NÚMERO TOTAL DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS DURANTE A GRAVIDEZ NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?

Resposta: _____

ANTROPOMETRIA

Ao final da entrevista você deve pesar e medir a altura da gestante

115. Peso

116. Altura

FINALILZE ENTREVISTA, AGRADECENDO A COLABORAÇÃO E MENCIONANDO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS AJUDARÃO A COMPREENDER MELHOR A SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA CIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS.

Anexo 3 – Formulário Original utilizado para Coleta referente a Variável Dependente**Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**

Nº do Questionário

Questionário sobre fatores maternos de risco e desfechos gestacionais**PRONTUÁRIO GESTANTE Nº** _____

--	--	--	--	--

SIS-PRÉNATAL Nº _____**DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº** _____

Nome da mãe: _____

Nome do bebê: _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____

1. SEXO DO BEBÊ? (1) Masculino (2) Feminino
2. DATA DO NASCIMENTO? ____/____/____.
3. PESO AO NASCER _____ gramas
4. COMPRIMENTO _____
5. APGAR: 1º min _____.
6. APGAR: 2º min _____
7. ANOMALIA OU DEFEITO CONGÊNITO NO PARTO: (1) Sim (2) Não
8. NÚMERO DE SEMANAS GESTACIONAIS NO MOMENTO DO PARTO: _____ semanas
9. NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL: _____
10. MÊS DE GESTAÇÃO EM QUE INICIOU O PRÉ-NATAL: _____ mês
11. TIPO DE GRAVIDEZ: (1) Única (2) Dupla (3) Tripla ou mais
12. APRESENTAÇÃO: (1) Cefálica (2) Pélvica (3) Transversa (9) NSA
13. O PARTO FOI INDUZIDO? (1) Sim (2) Não
14. TIPO DE PARTO: (1) Normal (2) Cesárea (3) Fórceps (9) NSA
15. ÓBITO FETAL: (1) Sim (2) Não
16. ÓBITO NAS PRIMEIRAS 24 HORAS? (1) Sim (2) Não
17. IDADE GESTACIONAL: DUM _____ semanas _____ dias / USG _____ semanas _____ dias / (9) NSA
18. AVALIAÇÃO DE CIUR: (1) PIG (2) AIG (3) GIG
19. VDRL MATERNO: (1) Positivo/Título _____ (2) Negativo (3) Não realizado (4) Não consta no prontuário
20. VDRL RN: (1) Positivo/Título _____ (2) Negativo (3) Não realizado (4) Não consta no prontuário