

## A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil

The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil

El color del dolor: inequidades raciales en la atención pre-natal y partos en Brasil

Maria do Carmo Leal <sup>1</sup>  
Silvana Granado Nogueira da Gama <sup>1</sup>  
Ana Paula Esteves Pereira <sup>1</sup>  
Vanessa Eufrauzino Pacheco <sup>1</sup>  
Cleber Nascimento do Carmo <sup>1</sup>  
Ricardo Ventura Santos <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00078816

### Resumo

Poucas pesquisas com foco nas influências da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto foram conduzidas no Brasil, sendo inédita a análise de abrangência nacional. Este estudo teve como objetivo avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor utilizando o método de pareamento baseado nos escores de propensão. Os dados são oriundos da pesquisa Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento, um estudo de base populacional de abrangência nacional com entrevista e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres em 2011/2012. Regressões logísticas simples foram utilizadas para estimar as razões de chance (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) da raça/cor associada aos desfechos analisados. Em comparação às brancas, puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,6; IC95%: 1,4-1,9), falta de vinculação à maternidade (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4), ausência de acompanhante (OR = 1,7; IC95%: 1,4-2,0), peregrinação para o parto (OR = 1,3; IC95%: 1,2-1,5) e menos anestesia local para episiotomia (OR = 1,5 (IC95%: 1,1-2,1). Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4) e ausência de acompanhante (OR = 1,4; IC95%: 1,3-1,6) quando comparadas às brancas. Foram identificadas disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto evidenciando um gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas.

Grupos Étnicos; Iniquidade Social; Cuidado Pré-Natal; Tocologia

### Correspondência

V. E. Pacheco  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação  
Oswaldo Cruz.  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210,  
Brasil.  
nessap\_23@hotmail.com

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação  
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



## Introdução

Ao longo das últimas décadas, vem sendo produzido um expressivo conjunto de evidências que aponta para importantes disparidades raciais no Brasil nas mais diversas dimensões da vida social, incluindo educação, emprego e condições de moradia <sup>1,2</sup>. As desigualdades segundo raça/cor também têm sido documentadas nas pesquisas em saúde, com os segmentos socialmente menos favorecidos, incluindo pretos, pardos e indígenas, apresentando níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, desde as doenças infectoparasitárias até aquelas relacionadas à violência <sup>3,4,5,6</sup>. No âmbito da saúde, estudos apontam para as influências raça/cor no acesso ao serviço e sua utilização <sup>7,8,9,10</sup>. Decorrente desse cenário, vêm sendo implantadas iniciativas governamentais voltadas ao tema, como é o caso do Programa de Combate ao Racismo Institucional, lançado em 2005 <sup>11,12</sup>. Dentre os diversos componentes desse programa, está a obrigatoriedade do registro do quesito raça/cor nas estatísticas vitais do país, o que viabilizou abordagens comparativas entre os grupos de raça/cor e o monitoramento de desfechos demográficos, sociais e de saúde.

Nas recentes análises dos Objetivos do Milênio, ainda que o Brasil tenha recebido uma boa avaliação para a maioria dos indicadores, ficaram evidentes as lacunas no tocante à promoção da equidade de gênero, autonomia da mulher e mortalidade materna <sup>13</sup>. Mortalidade materna elevada sinaliza para falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o parto. Muito embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos têm mostrado falhas na qualidade da assistência prestada, contribuindo para esses desfechos negativos, tanto em relação à saúde materna quanto do recém-nascido <sup>13,14,15</sup>. Em consonância com resultados observados em outros países no mundo, que apontam para níveis de mortalidade materna expressivamente mais elevadas em mulheres de minorias étnico-raciais <sup>16,17</sup>, a razão de mortalidade materna é maior duas vezes e meia em mulheres pretas do que em brancas no Brasil (Sistema de Informações sobre Mortalidade. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>, acessado em 22/Abr/2016; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>, acessado em 22/Abr/2016).

Apesar da centralidade da questão da saúde da mulher e da criança nas políticas de saúde no Brasil, até o momento foram conduzidas poucas pesquisas voltadas para a análise das influências da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto. Em geral, as investigações disponíveis foram realizadas em contextos locais específicos, não havendo análises de abrangência nacional <sup>18,19</sup>. Nesse cenário, este estudo teve como objetivo avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto com foco na dimensão raça/cor mediante dados de uma ampla investigação recentemente realizada no Brasil.

## Métodos

### Estudo de base

A presente análise se baseia nos dados do estudo *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, de base populacional e abrangência nacional, sobre atenção à gestação e ao parto, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 <sup>20</sup>. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro foi composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto pelo número de dias necessários para entrevistar 90 puérperas (mínimo de sete dias em cada hospital); o terceiro, pelas puérperas. Foram amostrados 266 hospitais totalizando 23.894 mulheres. A descrição detalhada do desenho amostral está disponível em Vasconcellos et al. <sup>21</sup>.

### Critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo puérperas admitidas nas maternidades por ocasião do parto e seus conceitos vivos, ou mortos com peso ao nascer  $\geq 500$ g e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas de gestação. Foram critérios de exclusão: puérperas com transtorno mental grave que não permitiam comunicação com o entrevistador, ou que não compreendiam o idioma português; surdas/mudas. Às mulheres foi

perguntado “Qual a sua cor ou raça?”, tendo sido apresentadas como opções as cinco categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (branca, preta, parda, amarela e indígena). Aqueles que se classificaram como amarelos ou indígenas não foram incluídas na presente análise devido ao número extremamente pequeno de mulheres nessas categorias de raça/cor.

### **Variáveis de pareamento**

As mulheres foram descritas segundo as variáveis: região geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste); classe econômica (A+B, C, D+E) <sup>22</sup>; idade materna (< 20, 20-34, ≥ 35 anos); anos de estudo (< 8, 8-10, 11-14, 15 e mais); fonte de pagamento para o parto (pública ou privada) e paridade (múltiparo, um parto anterior, dois partos anteriores, três ou mais partos anteriores). Essas variáveis foram utilizadas para construir os escores de propensão, descritos adiante. Mulheres com partos em unidades públicas e mulheres com partos em unidades mistas, que não foram pagos por plano de saúde, foram classificadas como tendo “fonte de pagamento pública”. Mulheres com parto pago por plano de saúde, tendo o parto ocorrido em unidades mistas ou privadas, e mulheres com parto em unidades privadas, independentemente de o parto ter sido pago ou não por plano de saúde, foram classificadas como tendo “fonte de pagamento privada”.

### **Variáveis de desfecho**

Os desfechos considerados foram: adequação do pré-natal segundo o Ministério da Saúde; orientação no pré-natal a respeito de complicações na gravidez (sim/não); orientação no pré-natal sobre sinais do início do trabalho de parto (sim/não); vinculação à maternidade – gestantes orientadas sobre o local de internação para o parto (sim/não); peregrinação para o parto – necessidade de busca de mais de um hospital no momento da internação para o parto (sim/não); presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto (em nenhum momento/em algum momento/em todos os momentos); tipo de parto (vaginal/cesariana); uso de ocitocina (sim/não); episiotomia (sim/não); anestesia local para episiotomia (sim/não); anestesia peridural (sim/não); idade gestacional ao nascer em semanas (pré-termo precoce – até 33; pré-termo tardio – 34 a 36; termo precoce 37 e 38; termo completo 39 a 41; pós-termo 42 e mais); e satisfação da puérpera com o atendimento recebido (excelente, bom e regular/ruim/péssimo).

O direito à vinculação à maternidade foi estabelecida pela *Lei nº 11.634/2007* <sup>23</sup>, no seu artigo primeiro que refere que “*toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde – SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto*”.

Para o cálculo da adequação do pré-natal, foi elaborado um indicador de adequação mínima da assistência pré-natal que considerou como assistência pré-natal adequada: início do pré-natal até a 12ª semana gestacional; número adequado de consultas para a idade gestacional no parto recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro (pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no último trimestre); o registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal: glicemia, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia; e o recebimento da orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto <sup>15</sup>.

As hipóteses explicativas da associação entre raça/cor da pele e atenção ao pré-natal e ao parto aqui estudadas foram explicitadas na Figura 1.

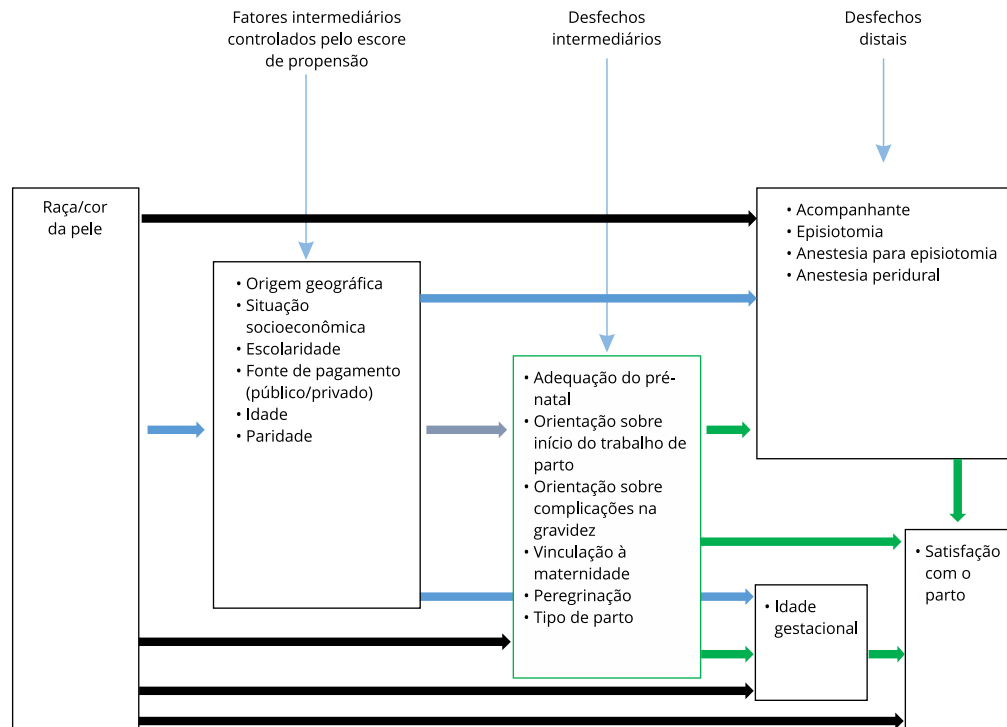
### **Escore de propensão**

A variável independente foi raça/cor das puérperas que se autorreferiram como brancas, pretas ou pardas. A comparação foi operacionalizada de maneira binária em três análises distintas: pretas vs. brancas, pretas vs. pardas e pardas vs. brancas.

A análise de regressão múltipla, usualmente utilizada para o ajuste de potenciais fatores de confusão, pode ser inadequada para fins da análise de dados abordados neste estudo. Inicialmente, essa técnica foi desenvolvida para ajustar pequenos desbalanceamentos de estudos randomizados quando, por conta do próprio desenho, os expostos e não expostos a um tratamento possuem distribuição

**Figura 1**

Associação entre raça/cor da pele e atenção ao pré-natal e ao parto. Hipóteses explicativas.



equivalente das covariáveis. No presente caso, as distribuições dos desfechos e de covariáveis relacionados à atenção pré-natal e obstétrica são extremamente distintas no Brasil.

O método de pareamento baseado nos escores de propensão é uma alternativa para lidar com diferenças entre os grupos em razão de um desenho não experimental, como é o caso da pesquisa *Nascer no Brasil*. Como não é possível medir o efeito da raça/cor para a mesma puérpera e comparar situações em que ela possui e não possui um dado desfecho, propõe-se uma comparação entre puérperas similares<sup>24</sup>. De acordo com Rosenbaum & Rubin<sup>25</sup>, é necessário ter um grupo de comparação válido, igual em todas as características ao grupo de indivíduos tratados, exceto pela raça/cor, para que se possa identificar a associação. O escore de propensão é a probabilidade predita, obtida por meio de regressão *probit* múltipla, de um caso receber um determinado tratamento *vs.* um controle, condicionada às covariáveis observadas. Neste estudo, os escores de propensão foram estimados considerando as seguintes variáveis: região geográfica, classe econômica, idade materna, escolaridade, fonte de pagamento para o parto e paridade.

### **Análise estatística**

A seleção de indivíduos foi realizada pelo método de pareamento do vizinho mais próximo (*nearest neighbor matching within caliper*), com uma diferença máxima absoluta fixada de 0,2 entre os escores de propensão, que gerou subamostras distintas para cada análise efetuada. Para a comparação de puérperas pretas (grupo tratamento) *vs.* brancas (grupo controle), foi adotado um pareamento do tipo 1:4, isto é, para cada puérpera preta foram inseridas quatro brancas. O mesmo foi feito para a comparação das puérperas pretas (grupo tratamento) *vs.* pardas (grupo controle). Finalmente, para a análise comparativa de mulheres pardas (grupo tratamento) *vs.* brancas (grupo controle), foi adotada a estratégia de 1:1.

Utilizaram-se modelos de regressão logística simples não condicional para estimar as razões de chance (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) dos desfechos estudados nas três comparações: pretas *vs.* brancas, pretas *vs.* pardas e pardas *vs.* brancas. Eles foram calculados após o pareamento pelo escore de propensão. O pacote estatístico utilizado para análise foi o SPSS, versão 22.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

### **Considerações éticas**

Esta pesquisa foi orientada pela *Resolução nº 196/1996* do Conselho Nacional de Saúde, que define as recomendações e procedimentos-padrão para pesquisas em seres humanos, tendo sido protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (nº 92/10). Todos os diretores de instituições e todas as puérperas assinaram o consentimento informado.

### **Resultados**

Todas as características sociodemográficas analisadas e utilizadas para o controle no pareamento pelo escore de propensão se associaram à raça/cor. Em comparação às mulheres brancas, as mulheres pardas e pretas se concentram mais nas regiões Norte e Nordeste, assim como nas com pagamento público do parto, nas adolescentes, nas menos escolarizadas, nas pertencentes às classes econômicas D e E, e nas com três ou mais partos anteriores (Tabela 1).

A análise comparativa de puérperas pretas *vs.* brancas gerou uma subamostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 pretas e 4.849 brancas após o pareamento pelo escore de propensão. As puérperas de cor preta possuíam maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,62; IC95%: 1,38-1,91), falta de vinculação à maternidade (OR = 1,23; IC95%: 1,10-1,37), ausência de acompanhante (OR = 1,67; IC95%: 1,42-1,97) e peregrinação para o parto (OR = 1,33; IC95%: 1,15-1,54). As pretas também receberam menos orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada (OR = 1,49; IC95%: 1,06-2,08). A chance de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas (Tabela 2).

A comparação entre puérperas pardas e brancas resultou numa subamostra de 13.318 mulheres, das quais 6.659 eram pardas e 6.659 brancas. Os resultados indicaram maior risco de as puérperas pardas terem pré-natal inadequado (OR = 1,24; IC95%: 1,12-1,36) e ausência de acompanhante (OR = 1,41; IC95%: 1,27-1,57). Foi menor o risco para uma cesariana e para realização de episiotomia e uso de ocitocina no parto vaginal. As puérperas pardas também apresentaram maior chance de nascimento pós-termo em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas) em comparação às mulheres brancas (Tabela 3).

Na comparação entre pretas e pardas, a subamostra foi de 9.006 mulheres, sendo 1.804 pretas e 7.202 pardas. A inadequação no pré-natal, a não vinculação à maternidade e a não orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto foram mais frequentemente observadas nas puérperas pretas. Não foram encontradas diferenças significantes para os demais desfechos estudados (Tabela 4).

### **Discussão**

As variáveis selecionadas para o pareamento na construção do escore de propensão mostraram grandes disparidades sociais e econômicas entre as mulheres segundo a raça/cor. Ainda assim, depois de equiparadas quanto a todas essas características, foram verificados piores indicadores de atenção pré-natal e parto nas mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas. Mulheres pardas e pretas sofreram menos intervenções obstétricas no parto que as brancas; no entanto as pretas receberam menos anestesia local quando submetidas à episiotomia. Apesar de pardas e pretas possuírem

**Tabela 1**

Características sociodemográficas maternas utilizadas para controle no pareamento por escore de propensão.

	<b>Branca (%)</b> <b>[n = 8.077]</b>	<b>Preta (%)</b> <b>[n = 2.051]</b>	<b>Parda (%)</b> <b>[n = 13.404]</b>	<b>Valor de p *</b>
Região				< 0,001
Norte	3,7	6,5	13,5	
Nordeste	18,2	33,0	34,7	
Sudeste	48,8	46,1	38,2	
Sul	23,5	8,7	6,6	
Centro-oeste	5,7	5,7	7,0	
Fonte de pagamento				< 0,001
Pública	67,9	92,2	85,5	
Privada	32,1	7,8	14,5	
Idade materna (anos)				< 0,001
< 20	15,4	19,8	21,2	
20-34	72,0	69,8	69,4	
35 ou mais	12,6	10,4	9,3	
Anos de estudo materno				< 0,001
< 8	17,7	38,1	30,1	
8-10	22,1	24,6	27,8	
11-14	43,9	34,3	36,8	
15 e mais	16,3	3,0	5,3	
Escore econômico				< 0,001
Classe D+E	13,1	33,9	28,4	
Classe C	47,5	55,3	54,3	
Classe A+B	39,4	10,8	17,3	
Parição				< 0,001
Nulípara	50,1	43,8	45,4	
1 parto anterior	30,6	28,2	28,9	
2 partos anteriores	12,0	13,4	14,2	
≥ 3 partos anteriores	7,3	14,7	11,5	

\* Teste qui-quadrado.

similaridades, a adequação do pré-natal e vinculação à maternidade para as mulheres pretas se mostrou pior.

Foi identificado um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura. Mesmo após controle das variáveis sociodemográficas através do pareamento pelos escores de propensão, as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto. Ainda que as mulheres pardas e pretas tenham apresentado diversas similaridades no tocante aos desfechos investigados, foram observados piores resultados para as últimas em relação à qualidade da atenção pré-natal. Desse modo, as análises aqui detalhadas sinalizam para contundentes e preocupantes evidências acerca de desigualdades de raça/cor nas condições de atenção pré-natal e parto das mulheres brasileiras, previamente investigadas por estudos de caso em localidades específicas do país<sup>18,26</sup>. Mesmo que a composição populacional e os níveis de desigualdades difiram, há evidências de iniquidades nas condições de atenção pré-natal e parto para diversos outros países cujos sistemas de registro de estatísticas vitais e de uso de serviços de saúde incluem dados sobre pertencimento étnico-racial<sup>27,28</sup>.

**Tabela 2**

Indicadores de atenção pré-natal e obstétrica: comparação entre mulheres brancas e pretas antes e após pareamento pelo escore de propensão.

	Preta (%) [n = 1.840]	Branca, antes do pareamento pelo escore propensão (%) [n = 8.077]	Branca, após pareamento pelo escore de propensão (%) [n = 4.849]	OR (IC95%)
Adequação do pré-natal				
Inadequado	67,9	57,7	58,7	1,62 (1,38-1,91)
Parcialmente adequado	19,6	23,6	23,8	1,16 (0,96-1,40)
Adequado	12,4	18,7	17,5	1,00
Orientação sobre início do trabalho de parto				
Não	53,9	54,0	48,9	1,22 (1,09-1,36)
Sim	46,1	46,0	51,1	1,00
Orientação sobre complicações na gravidez				
Não	41,4	33,8	36,9	1,21 (1,08-1,35)
Sim	58,6	66,2	63,1	1,00
Vinculação à maternidade				
Não	45,3	37,3	40,2	1,23 (1,10-1,37)
Sim	54,7	62,7	59,8	1,00
Peregrinação para o parto				
Não	82,5	87,8	86,3	1,00
Sim	17,5	12,2	13,7	1,33 (1,15-1,54)
Presença de acompanhante durante hospitalização				
Em nenhum momento	33,8	18,9	23,7	1,67 (1,42-1,97)
Em algum momento	50,0	56,1	57,3	1,02 (0,88-1,19)
Em todos os momentos	16,2	25,0	19,0	1,00
Tipo de parto				
Vaginal	53,9	39,4	43,2	1,00
Cesariana	46,2	60,6	56,8	0,65 (0,58-0,72)
Episiotomia *				
Não	58,5	50,5	51,2	1,00
Sim	41,5	49,5	48,8	0,74 (0,64-0,87)
Anestesia local para episiotomia *				
Não	10,7	8,5	8,0	1,49 (1,06-2,08)
Sim, antes do corte	49,3	52,7	54,9	1,00
Sim, antes dos pontos	40,0	38,8	37,1	1,20 (0,98-1,47)
Uso de ocitocina **				
Não	54,0	45,4	46,9	1,00
Sim	46,0	54,6	53,1	0,75 (0,65-0,87)
Anestesia peridural *				
Não	97,9	96,1	97,9	1,00
Sim	2,1	3,9	2,1	0,98 (0,55-1,76)
Idade gestacional				
Pré-termo precoce	2,4	2,8	2,7	0,93 (0,66-1,32)
Pré-termo tardio	8,1	8,4	8,2	1,03 (0,84-1,26)
Termo precoce	35,7	37,6	34,3	1,09 (0,97-1,22)
Termo completo	50,4	49,5	52,7	1,00
Pós-termo	3,4	1,6	2,0	1,72 (1,24-2,39)
Satisfação com o atendimento para o parto				
Excelente	46,5	53,5	49,9	1,00
Bom	41,8	37,5	39,8	1,13 (0,98-1,30)
Regular/Ruim/Péssimo	11,7	8,9	10,3	1,22 (0,97-1,52)

 IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* Apenas para as mulheres que realizaram parto vaginal com o total de 992 pretas e 2.094 brancas;

\*\* Uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto. Apenas para mulheres que entraram em trabalho de parto com total de 1.148 pretas e 2.513 brancas.

**Tabela 3**

Indicadores de atenção pré-natal e obstétrica: comparação entre mulheres pardas e brancas antes e após pareamento pelo escore de propensão.

	<b>Parda (%)</b> <b>[n = 6.659]</b>	<b>Branca, antes do</b> <b>pareamento pelo</b> <b>escore propensão (%)</b> <b>[n = 8.077]</b>	<b>Branca, após pareamento</b> <b>pelo escore de propensão (%)</b> <b>[n = 4.849]</b>	<b>OR (IC95%)</b>
Adequação do pré-natal				
Inadequado	65,2	57,7	60,0	1,24 (1,12-1,36)
Parcialmente adequado	19,4	23,6	22,6	0,98 (0,87-1,09)
Adequado	15,4	18,7	17,5	1,00
Orientação sobre início do trabalho de parto				
Não	47,0	54,0	45,5	1,06 (0,99-1,14)
Sim	53,0	46,0	54,5	1,00
Orientação sobre complicações na gravidez				
Não	35,4	33,8	34,4	1,04 (0,97-1,12)
Sim	64,6	66,2	65,6	1,00
Vinculação à maternidade				
Não	38,2	37,3	37,3	1,04 (0,97-1,11)
Sim	61,8	62,7	62,7	1,00
Peregrinação para o parto				
Não	87,8	87,8	88,4	1,00
Sim	12,2	12,2	11,6	1,07 (0,96-1,18)
Presença de acompanhante durante hospitalização				
Em nenhum momento	24,1	18,9	20,0	1,41 (1,27-1,57)
Em algum momento	55,6	56,1	56,3	1,16 (1,06-1,26)
Em todos os momentos	20,3	25,0	23,7	1,00
Tipo de parto				
Vaginal	41,7	39,4	37,2	1,00
Cesariana	58,3	60,6	62,8	0,83 (0,77-0,89)
Episiotomia *				
Não	58,5	50,5	49,7	1,00
Sim	41,5	49,5	50,3	0,70 (0,63-0,78)
Anestesia local para episiotomia *				
Não	9,4	8,5	8,6	1,18 (0,92-1,50)
Sim, antes do corte	50,9	52,7	55,0	1,00
Sim, antes dos pontos	39,7	38,8	36,4	1,18 (1,02-1,36)
Uso de ocitocina **				
Não	53,5	45,4	47,1	1,00
Sim	46,5	54,6	52,9	0,77 (0,69-0,86)
Anestesia peridural *				
Não	97,2	96,1	96,5	1,00
Sim	2,8	3,9	3,5	1,29 (0,92-1,80)
Idade gestacional				
Pré-termo precoce	2,7	2,8	2,5	1,06 (0,86-1,32)
Pré-termo tardio	7,5	8,4	8,1	0,92 (0,81-1,05)
Termo precoce	36,7	37,6	37,0	0,99 (0,92-1,07)
Termo completo	50,8	49,5	50,8	1,00
Pós-termo	2,2	1,6	1,6	1,42 (1,10-1,83)
Satisfação com o atendimento para o parto				
Excelente	50,0	53,5	53,0	1,00
Bom	40,2	37,5	38,1	1,12 (1,03-1,22)
Regular/Ruim/Péssimo	9,8	8,9	9,0	1,15 (0,99-1,33)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* Apenas para as mulheres que realizaram parto vaginal com o total de 2.479 pardas e 2.775 brancas;

\*\* Uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto. Apenas para mulheres que entraram em trabalho de parto com total 3.019 pardas e 3.276 brancas.



**Tabela 4**

Indicadores de atenção pré-natal e obstétrica: comparação entre mulheres pretas e pardas antes e após pareamento pelo escore de propensão.

	Preta (%) [n = 1.804]	Parda, antes do pareamento pelo escore propensão (%) [n = 13.404]	Parda, após pareamento pelo escore de propensão (%) [n = 7.202]	OR (IC95%)
Adequação do pré-natal				
Inadequado	67,9	66,8	65,7	1,22 (1,05-1,43)
Parcialmente adequado	19,6	19,6	19,5	1,19 (0,99-1,43)
Adequado	12,4	13,6	14,8	1,00
Orientação sobre início do trabalho de parto				
Não	53,9	51,1	50,7	1,14 (1,02-1,26)
Sim	46,1	48,9	49,3	1,00
Orientação sobre complicações na gravidez				
Não	41,4	39,7	39,2	1,10 (0,99-1,22)
Sim	58,6	60,3	60,8	1,00
Vinculação à maternidade				
Não	45,3	43,1	42,1	1,14 (1,03-1,26)
Sim	54,7	56,9	57,9	1,00
Peregrinação para o parto				
Não	82,5	80,4	82,5	1,00
Sim	17,5	19,6	17,5	1,00 (0,88-1,15)
Presença de acompanhante durante hospitalização				
Em nenhum momento	33,8	26,6	29,5	1,03 (0,88-1,20)
Em algum momento	50,0	56,4	55,8	0,82 (0,70-0,94)
Em todos os momentos	16,2	17,0	14,6	1,00
Tipo de parto				
Vaginal	53,9	52,0	52,6	1,00
Cesariana	46,1	48,0	47,4	0,97 (0,87-1,07)
Episiotomia *				
Não	58,5	59,3	58,8	1,00
Sim	41,5	40,7	41,2	1,04 (0,90-1,20)
Anestesia local para episiotomia *				
Não	10,7	8,6	9,2	1,22 (0,89-1,66)
Sim, antes do corte	49,3	51,2	51,5	1,00
Sim, antes dos pontos	40,0	40,3	39,3	1,06 (0,88-1,88)
Uso de ocitocina **				
Não	54,0	55,3	55,2	1,00
Sim	46,0	44,7	44,8	1,05 (0,92-1,20)
Anestesia peridural *				
Não	97,9	97,5	98,3	1,00
Sim	2,1	2,5	1,7	0,87 (0,52-1,43)
Idade gestacional				
Pré-termo precoce	2,4	3,3	2,9	0,88 (0,63-1,23)
Pré-termo tardio	8,1	7,9	7,3	1,15 (0,95-1,40)
Termo precoce	35,7	33,7	34,4	1,08 (0,96-1,02)
Termo completo	50,4	52,1	52,5	1,00
Pós-termo	3,4	3,0	2,9	1,22 (0,91-1,64)
Satisfação com o atendimento para o parto				
Excelente	46,5	45,1	45,2	1,00
Bom	41,8	42,4	42,6	0,94 (0,82-1,08)
Regular/Ruim/Péssimo	11,7	12,6	12,2	0,94 (0,76-1,16)

 IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

\* Apenas para as mulheres que realizaram parto vaginal com o total de 992 pretas e 3.866 pardas;

\*\* Uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto. Apenas para mulheres que entraram em trabalho de parto com total de 1.148 pretas e 4.493 pardas.

A princípio, menor exposição a intervenções tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde <sup>29</sup>. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado” <sup>30</sup>. Em consequência, há um excesso de nascimentos nas idades gestacionais de 37 e 38 semanas, especialmente em decorrência das cesarianas agendadas <sup>31</sup>. As mulheres pretas e pardas se diferenciam das brancas por apresentarem prevalências mais altas de parto pós-termo, provavelmente como reflexo de um “menor cuidado” devido a menos intervenções que as necessárias, que no caso de crianças pós-termo poderia ser requerida. Ainda que este estudo não tenha sido concebido para investigar especificamente a questão, é plausível argumentar que tal padrão de cuidado diferenciado possa se relacionar à ocorrência de discriminação pelo recorte de raça/cor.

Particularmente perversa, ao mesmo tempo que reveladora quanto aos impactos da desigualdade de raça/cor, é a constatação quanto à menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados. Diversas investigações, muitas das quais norte-americanas, têm relatado uso diferencial de analgesia em serviços de emergência para adultos e crianças, o que vitimiza, sobretudo, afro-americanos <sup>32,33,34,35</sup>. Os resultados das mulheres brasileiras, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas, indicam um menor uso de analgesia nas mulheres pretas. Uma década atrás, em estudo em maternidades na cidade do Rio de Janeiro, Leal et al. <sup>18</sup> também evidenciaram uma menor oferta de procedimentos anestésicos no parto vaginal para mulheres pretas e pardas, com menores proporções ainda para as de menor escolaridade.

Segundo Hoffman et al. <sup>36</sup>, o uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais possivelmente se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas. Esses autores entrevistaram estudantes de medicina e residentes e constataram que eram comuns as perspectivas identificadas por esses autores como de “racismo internalizado”, de que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor. O tema das percepções de profissionais de saúde acerca das relações entre atributos raciais e resistência à dor ainda está por ser pesquisado no Brasil. Mesmo que a temática não tenha sido sistematicamente investigada na pesquisa *Nascer no Brasil*, houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetria no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia.

Os achados deste estudo indicam que, além dos eventos no entorno mais imediato do parto, as desigualdades segundo raça/cor se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor. Embora o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela *Lei nº 11.108* <sup>37</sup>, na pesquisa *Nascer no Brasil* se verificou que 25% das mulheres ainda ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto <sup>38</sup>. Por várias razões, principalmente a inadequação da ambiência das maternidades para garantir esse direito para todas, ocorre algum tipo de seleção no momento da admissão para o parto. Aquelas que são informadas, conhecedoras dos seus direitos, que fizeram a vinculação durante o pré-natal, que têm relações de parentesco ou amizade com algum profissional de saúde nessa maternidade, podem levar vantagem. Diante dos dados dessa pesquisa, não seria descabido pensar que as pretas e pardas teriam menor chance de serem contempladas. A solidão na internação para o parto se associou com o relato de maior maltrato nos serviços de saúde, pior relação com os profissionais e menor satisfação com a atendimento recebido <sup>39</sup>.

As desigualdades no acesso e no processo do cuidado, segundo Donabedian <sup>39</sup>, têm origens distintas. O primeiro, está relacionado à estrutura dos serviços de saúde, como por exemplo, disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos, acessibilidade geográfica, oferta dos serviços e aceitabilidade ou adesão ao tratamento; o segundo abrange principalmente as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, relacionando-se diretamente com a qualidade e equidade da atenção ofertada. Essas definições podem ajudar a identificar melhor as áreas críticas para redução dessas diferenças raciais observadas. Como é amplamente reconhecido na literatura sobre exposição à discriminação

racial, os efeitos e consequências para indivíduos e coletividades podem ser longos e duradouros, ou mesmo permanentes. No campo da saúde, experiências de exposição continuada à discriminação racial podem gerar altos níveis de estresse físico e psicossocial e contribuir para a adoção de comportamentos inadequados, baixa adesão a tratamento e mesmo adoecimento<sup>40,41</sup>. Dados brasileiros apontam maior prevalência de depressão pós-parto em mulheres de cor da pele preta, mesmo após o controle de fatores de confusão como características socioeconômicas, além de desfechos negativos nos recém-nascidos<sup>7</sup>.

No plano internacional, com destaque para a produção norte-americana, que enfoca particularmente as diferenças entre brancos e afrodescendentes, nota-se um crescimento das investigações sobre a ocorrência de discriminação racial nos serviços de saúde, incluindo as dimensões institucional, interpessoal e de internalização das experiências discriminatórias<sup>33</sup>. Uma das dificuldades enfrentadas nessa linha de investigação é a disponibilidade de instrumentos para aferir a ocorrência de discriminação<sup>42,43</sup>. No Brasil, a despeito do crescimento da literatura sobre a temática, ainda predominam os estudos de natureza descritiva, raramente voltados à aferição de discriminação racial nos serviços de saúde e/ou análise da percepção dos usuários<sup>44</sup>.

Conforme tem sido destacado por diversos autores, é importante reconhecer o forte componente de *intersectionality* envolvido nas experiências de discriminação, nas quais atributos de raça/cor se associam e potencializam dimensões relacionadas à condição socioeconômica e gênero, entre outras<sup>45,46</sup>. Em dois estudos brasileiros com amostra de abrangência nacional, realizados em 2003 e 2013, os principais motivos apontados para a percepção de discriminação nos serviços de saúde foram a pobreza e a classe social<sup>47,48</sup>. A referência explícita à raça/cor foi bem menor, ocupando o quinto lugar nos dois estudos, o que se alinha com outras análises sobre as percepções sociais acerca das relações entre raça/cor e saúde no Brasil<sup>49</sup>. Vale salientar que Boccolini et al.<sup>48</sup> mostraram que, embora as mulheres não relatassem a questão racial como motivo maior de discriminação, na análise multivariada foram as mulheres de cor preta que mais identificaram a discriminação, por mais que a atribuísem a outros motivos que não somente a raça/cor.

A diferença verificada na satisfação com o atendimento recebido durante a internação para o parto entre as mulheres brancas, pardas e pretas não foi estatisticamente significativa. Uma possível explicação seria que essa satisfação sofra influência de outros fatores além dos já referidos, como por exemplo, ter desejado a gravidez atual e desfechos negativos no recém-nascido (prematuridade, óbito fetal, má formação congênita, óbito neonatal e internação em UTI neonatal) não estudados no presente artigo. Em análise suplementar, as mulheres brancas e pardas que não desejaram a gravidez, ou a desejavam em outro momento, relataram menor satisfação com o atendimento recebido durante a internação que as que desejavam engravidar naquele momento, mesmo após a ponderação pelo escore de propensão (Tabela 5). Entretanto, este fato não foi encontrado entre as mulheres pretas, sugerindo que outros fatores seriam os responsáveis pela insatisfação com o atendimento recebido entre elas.

No tocante aos estudos sobre desigualdades sobre raça/cor no Brasil, há uma dimensão metodológica desta pesquisa, no plano da análise dos dados, com implicações para além da dimensão da saúde especificamente. Ao longo da última década, os movimentos sociais enfatizam a centralidade do constructo “população negra”, o que em geral envolve a agregação das categorias preta e parda<sup>4</sup>. Com a ampliação das políticas públicas com base no recorte raça/cor, há autores sugerindo que, em contraponto a comparações segundo as categorias, a junção pode resultar em interpretações que subestimem padrões de desigualdades<sup>50,51</sup>. Nesse sentido, os achados da presente investigação são ilustrativos quanto à importância de análises as mais desagregadas possíveis. Por exemplo, a associação de raça/cor e analgesia se manifestou na comparação entre as mulheres pretas e brancas, mas não teria se explicitado caso os estratos de comparação fossem mulheres negras *vs.* brancas. Portanto, na operacionalização das categorias analíticas de raça/cor, tanto para fins da coleta quanto para a análise dos dados, é importante explorar as associações nos diversos estratos, sem o uso *a priori* de agrupamentos pré-definidos, por mais centrais que sejam de um ponto de vista sociopolítico.

Este estudo possui diversos pontos fortes. Primeiramente, foi o primeiro estudo nacional com dados primários sobre parto e nascimento, oriundos de em uma amostra representativa das parturientes do ano de 2011, abrangendo todos os estados brasileiros. Segundamente, os dados relativos aos procedimentos médicos foram coletados nos prontuários hospitalares, aumentando a validade interna dos dados. Por último, foi utilizada a técnica de pareamento pelos escores de propensão, uma

**Tabela 5**

Fatores associados à satisfação do atendimento para o parto em mulheres de acordo com a cor, após ponderação pelo escore de propensão.

	Pretas			Valor de p	Brancas			Valor de p
	Excelente	Bom	Regular/ Ruim/ Péssimo		Excelente	Bom	Regular/ Ruim/ Péssimo	
Idade gestacional				0,75				0,38
Pré-termo precoce	44,4	44,4	11,1		42,5	43,7	13,8	
Pré-termo tardio	42,2	46,7	11,1		51,5	40,1	8,5	
Termo precoce	50,1	37,7	12,1		51,7	40,1	8,3	
Termo completo	44,7	43,7	12,1		48,7	39,4	11,9	
Pós-termo	44,7	43,7	11,6		56,3	39,1	4,7	
Queria engravidar				0,03				0,02
Sim, naquele momento	49,7	37,9	12,4		52,7	38,5	8,9	
Sim, mas queria esperar mais um pouco	46,4	39,7	13,9		48	40,8	11,2	
Não queria	42,4	48,1	9,5		47,4	41,2	11,2	
Problemas relacionados ao recém-nascido *				0,03				0,02
Não	46,6	42,5	10,9		50,5	39,4	10,0	
Sim	46,3	37,5	16,3		45,8	42,0	12,2	
	Pardas			Valor de p	Brancas			Valor de p
	Excelente	Bom	Regular/ Ruim/ Péssimo		Excelente	Bom	Regular/ Ruim/ Péssimo	
Idade gestacional				0,87				0,12
Pré-termo precoce	50,0	36,2	13,8		36,1	47,5	16,4	
Pré-termo tardio	53,7	38,8	7,4		51,9	39,0	9,1	
Termo precoce	54,8	38,0	7,2		52,1	39,1	8,8	
Termo completo	51,6	38,1	10,3		49,1	40,7	10,2	
Pós-termo	54,4	38,2	7,4		47,4	44,3	8,2	
Queria engravidar				< 0,01				< 0,01
Sim, naquele momento	55,8	36,7	7,6		54,0	37,9	8,1	
Sim, mas queria esperar mais um pouco	50,4	39,5	10,1		47,6	42,5	9,8	
Não queria	50,2	39,5	10,3		45,2	42,2	12,6	
Problemas relacionados ao recém-nascido *				0,04				0,06
Não	53,5	37,8	8,7		50,4	40,2	9,4	
Sim	48,8	39,7	11,5		47,2	40,2	12,6	

(continua)

**Tabela 5 (continuação)**

	Pretas			Valor de p	Pardas			Valor de p
	Excelente	Bom	Regular/ Ruim/ Péssimo		Excelente	Bom	Regular/ Ruim/ Péssimo	
Idade gestacional				0,75				0,02
Pré-termo precoce	44,4	44,4	11,1		36,6	41,2	22,1	
Pré-termo tardio	42,2	46,7	11,1		44,0	45,8	10,1	
Termo precoce	50,1	37,7	12,1		47,2	40,7	12,1	
Termo completo	44,7	43,7	11,6		35,1	32,0	33,5	
Pós-termo	51,5	39,4	9,1		53,1	54,9	53,2	
Queria engravidar				0,03				< 0,01
Sim, naquele momento	49,7	37,9	12,4		49,2	40,1	10,7	
Sim, mas queria esperar mais um pouco	46,4	39,7	13,9		43,2	43,8	13,0	
Não queria	42,4	48,1	9,5		40,8	45,5	13,7	
Problemas relacionados ao recém-nascido *				0,12				0,01
Não	46,6	42,5	10,9		45,2	43,1	11,7	
Sim	46,3	37,5	16,3		45,0	39,1	15,9	

\* Estão inclusos má formação congênita, haver internação e óbito fetal ou neonatal do bebê.

ferramenta de análise que possibilita um pareamento minucioso entre os grupos sob comparação, o que os torna muito semelhantes, exceto quanto à variável sob interesse (no caso deste estudo, a classificação de raça/cor). É uma modalidade de análise que permite um ajustamento fino dos fatores de confusão e que tem sido utilizada em estudos sobre desigualdades de raça/cor, não somente no campo dos determinantes sociais e da atenção à saúde, como em outras dimensões da vida social (educação, justiça, entre outras) <sup>24,52</sup>.

A presente investigação tem limitações que merecem ser destacadas. Uma delas é que o estudo *Nascer no Brasil* não foi planejado com objetivo de investigar especificamente os atores e os mecanismos envolvidos na expressão do racismo nos serviços de saúde voltados ao pré-natal e o parto no país. Por essa razão, aspectos como a utilização de escala para mensuração de discriminação, bem como a realização de pesquisa qualitativa voltada à questão da raça/cor, não foram contemplados. Há de se reconhecer também que, além da autoclassificação de raça/cor, seria importante ter informações acerca de classificação pela perspectiva dos profissionais de saúde (heteroclassificação) de que partiram os atos que resultaram nas desigualdades observadas. Há estudos recentes realizados no Brasil que apontam para diferenças importantes, no plano individual, ao se comparar auto e heteroclassificação, com destaque para a categoria parda <sup>53,54</sup>. Por fim, a despeito da abrangência da pesquisa, não foram contemplados alguns segmentos da população, como é o caso das indígenas, reconhecidamente em situação de vulnerabilidade em termos de condições de saúde e de situação socioeconômica de uma maneira geral <sup>55</sup>.

A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica eliminação de iniquidades raciais. Como visto neste estudo, tais componentes são inseparáveis. As disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto contribuem para as disparidades nos indicadores finais da saúde. O sistema de saúde brasileiro tem como princípios a universalidade, integralidade e a participação social <sup>56</sup>. Reconhece-se que os determinantes maiores dessas iniquidades estão na sociedade e não podem ser corrigidos por um esforço isolado do setor saúde, mas se sugere que o atual quadro seja modificado, utilizando-se como uma das ferramentas a inclusão do item equidade racial na atenção à saúde como indicador de

qualidade dos serviços para acreditação hospitalar, conforme recomendado por Fiscella et al.<sup>32</sup>. Em paralelo, é fundamental ampliar o debate e a conscientização com propósito de identificação e enfrentamento das práticas que potencialmente resultam nas iniquidades verificadas, o que necessariamente passará por medidas educativas voltadas aos profissionais dos serviços de saúde.

### **Colaboradores**

M. C. Leal contribuiu com a elaboração do trabalho e revisou criticamente o artigo; é responsável por todos os aspectos do trabalho. S. G. N. Gama participou da concepção, elaboração e revisão do artigo. A. P. E. Pereira contribuiu com a elaboração do trabalho e revisou criticamente o artigo. V. E. Pacheco, C. N. Carmo contribuíram com a elaboração do trabalho, com a análise e interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. R. V. Santos contribuiu com a elaboração do trabalho e revisão crítica o artigo.

### **Agradecimentos**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Agradecemos também aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

## Referências

1. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:660-78.
2. Telles EE. *Race in another America: the significance of skin color in Brazil*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
3. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1595-601.
4. Theodoro M, organizador. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2008.
5. Soares Filho AM. Homicide victimization according to racial characteristics in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:745-55.
6. Nyarko KA, Lopez-Camelo J, Castilla EE, Wehby GL. Explaining racial disparities in infant health in Brazil. *Am J Public Health* 2013; 103:1675-84.
7. Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SG, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* 2016; 194:159-67.
8. Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl:S78-88.
9. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1011-22.
10. De Quadros CA, Victora CG, Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:223-32.
11. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2012; 16:121-34.
12. Silvério V. Negros em movimento: a construção da autonomia pela afirmação de direitos. In: Bernardino J, Galdino D, organizadores. *Levando a raça a sério: ação afirmativa e universidade*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 39-70.
13. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377:1863-76.
14. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S85-100.
15. Domingues RMSM, Dias MAB, Leal MC, Gama SGN, Theme Filha MM, Torres JA, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 37:140-7.
16. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH; French National Experts Committee on Maternal Mortality. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007. *Obstet Gynecol* 2013; 122:752-60.
17. Howell EA, Zeitlin J, Hebert P, Balbierz A, Egorova N. Paradoxical trends and racial differences in obstetric quality and neonatal and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 2013; 121:1201-8.
18. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:100-7.
19. Matijasevich A, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Marco PL, Albernaz EP, et al. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: comparison of 3 birth cohorts. *Am J Public Health* 2008; 98:692-8.
20. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
21. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, et al. Desenho da amostra *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S49-58.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2008.
23. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 28 dez.
24. Austin PC. An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behav Res* 2011; 46:399-424.
25. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983; 70:41-55.
26. Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan* 2010; 25:253-61.
27. Alexander GR, Kogan MD, Nabukera S. Racial differences in prenatal care use in the United States: are disparities decreasing? *Am J Public Health* 2002; 92:1970-5.
28. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med* 2003; 25:113-9.
29. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.



30. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S17-47.
31. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health* 2016; 13 Suppl 3:128.
32. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 2000; 283:2579-84.
33. Paradies Y, Truong M, Priest N. A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *J Gen Intern Med* 2014; 29:364-87.
34. Karve SJ, Balkrishnan R, Mohammad YM, Levine DA. Racial/ethnic disparities in emergency department waiting time for stroke patients in the United States. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2011; 20:30-40.
35. Goyal MK, Kuppermann N, Cleary SD, Teach SJ, Chamberlain JM. Racial disparities in pain management of children with appendicitis in emergency departments. *JAMA Pediatr* 2015; 169:996-1002.
36. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2016; 113:4296-301.
37. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
38. Diniz CSG, d’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil*. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S140-53.
39. Donabedian A. A gestão da qualidade total: uma perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
40. Pascoe EA, Richman LS. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 135:531-54.
41. Casagrande SS, Gary TL, LaVeist TA, Gaskin DJ, Cooper LA. Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community. *J Gen Intern Med* 2007; 22:389-95.
42. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJ. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc Sci Med* 2010; 70:1091-9.
43. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv* 2014; 44:643-710.
44. Bastos JL, Garcia LP. Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24:351-2.
45. Bastos JL, Barros AJD, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:175-86.
46. Collins PH. Intersectionality’s definitional dilemmas. *Annu Rev Sociol* 2015; 41:1-20.
47. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users’ satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl:S109-18.
48. Boccolini CS, Boccolini PMM, Damacena GN, Ferreira APS, Szwarcwald CL. Factors associated with perceived discrimination in health services of Brazil: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:371-8.
49. Pagano A. Everyday narratives on race and health in Brazil. *Med Anthropol Q* 2014; 28:221-41.
50. Bailey SR, Loveman M, Muniz JO. Measures of “Race” and the analysis of racial inequality in Brazil. *Soc Sci Res* 2013; 42:106-19.
51. Loveman M, Muniz JO, Bailey SR. Brazil in black and white? Race categories, the census, and the study of inequality. *Ethn Racial Stud* 2012; 35:1466-83.
52. Higgins GE, Ricketts ML, Griffith JD, Jirard SA. Race and juvenile incarceration: a propensity score matching examination. *Am J Crim Justice* 2012; 38:1-12.
53. Bastos JL, Dumith SC, Santos RV, Barros AJD, Del Duca GF, Gonçalves H, et al. Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers’ and interviewees’ “color/race” in southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2111-24.
54. Petrucelli JL, Saboya AM. Características étnico-raciais da população, classificações e identidades. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
55. Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People’s Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13:52.
56. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.



**Abstract**

Few studies on the influence of race/color on pregnancy and birthcare experiences have been carried out in Brazil. Additionally, none of the existing studies are of national scope. This study sought to evaluate inequities in prenatal and childbirth care according to race/color using propensity score matching. The data comes from the study Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth, a national population study comprised of interviews and revisions of medical records that included 23,894 women in 2011/2012. We used logistic regressions to estimate odds ratios (OR) and respective 95% confidence intervals (95%CI) of race/color associated with the outcomes were analyzed. When compared with white-skinned women, black-skinned women were more likely to have inadequate prenatal care (OR = 1.6; 95%CI: 1.4-1.9), to not be linked to a maternity hospital for childbirth (OR = 1.2 95%CI: 1.1-1.4), to be without a companion (OR = 1.7; 95%CI: 1.4-2.0), to seek more than one hospital for childbirth (OR = 1.3; 95%CI: 1.2-1.5), and less likely to receive local anesthesia for an episiotomy (OR = 1.5; 95%CI: 1.1-2.1). Brown-skinned women were also more likely to have inadequate prenatal care (OR = 1.2; 95%CI: 1.1-1.4) and to lack a companion (OR = 1.4; 95%CI: 1.3-1.6) when compared with white-skinned women. We identified racial disparities in care during pregnancy and childbirth, which displayed a gradient going from worst to best care provided to black, brown and white-skinned women.

*Ethnic Groups; Social Inequity; Prenatal Care; Midwifery*

**Resumen**

Existen pocas investigaciones realizadas en Brasil centradas en las influencias de la raza/color, en lo que se refiere a la experiencia de la gestación y parto, siendo inédito un análisis de alcance nacional. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las inequidades en la atención pre-natal y parto, de acuerdo a la raza/color, utilizando el método de apareamiento, basado en los marcadores de propensión. Los datos provienen de la investigación Nacer en Brasil: Investigación Nacional sobre Parto y Nacimiento, un estudio de base poblacional de alcance nacional con entrevista y evaluación de historiales médicos de 23.894 mujeres en 2011/2012. Se utilizaron regresiones logísticas simples para estimar las razones de oportunidad (OR) y sus respectivos intervalos de un 95% de confianza (IC95%) de la raza/color asociados a los desenlaces analizados. En comparación a las blancas, las púerperas de color negro tuvieron un mayor riesgo de tener un período pre-natal inadecuado (OR = 1,6; IC95%: 1,4-1,9), falta de vinculación a la maternidad (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4), ausencia de acompañante (OR = 1,7; IC95%: 1,4-2,0), grandes desplazamientos para el parto (OR = 1,3; IC95%: 1,2-1,5) y menos anestesia local para episiotomía (OR = 1,5; IC95%: 1,1-2,1). Las púerperas mulatas también tuvieron un mayor riesgo de tener un período pre-natal inadecuado (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4) y ausencia de acompañante (OR = 1,4; IC95%: 1,3-1,6), cuando se comparan con las blancas. Fueron identificadas disparidades raciales en el proceso de atención a la gestación y al parto, evidenciando un gradiente de peor para mejor cuidado entre mujeres negras, mulatas y blancas.

*Grupos Étnicos; Inequidad Social; Atención Prenatal; Tocología*

---

Recebido em 10/Mai/2016  
Versão final rerepresentada em 16/Dez/2016  
Aprovado em 09/Jan/2017