



[www4.fsnet.com.br/revista](http://www4.fsnet.com.br/revista)

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 7, n. 2, art. 6, p. 86-98, mai./ago. 2020

ISSN Eletrônico: 2358-7946

<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2020.7.2.6>

## **A Cor do Parto: Desigualdades Socioeconômicas e Raciais ao Nascer - um Estudo com Base nos Dados da PAD-MG, em 2013**

### **The Color of Childbirth: Socioeconomic and Racial Inequalities at Birth - a Study Based on Data from PAD-MG, in 2013**

**Marina Penido Rabelo**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

E-mail: ina.rabelo@hotmail.com

**Juliano Gonçalves Pereira**

Doutor em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais

Professor do Núcleo de Educação a Distância do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais

E-mail: juliano.ead.ifnm@gmail.com

**Geovane da Conceição Máximo**

Doutor em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Universidade Federal de Minas Gerais

Professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Email: geovane.maximo@ufvjm.edu.br

**Ana Paula Nogueira Nunes**

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

E-mail: anapaula.nunes@ufvjm.edu.br

---

#### **Endereço: Marina Penido Rabelo**

Campus JK, Prédio do Departamento de Ciências Básicas, Diamantina/MG - Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5.000. Alto da Jacuba. CEP 39100-000. Brasil.

#### **Endereço: Juliano Gonçalves Pereira**

Fazenda Biribiri, s/n (próximo ao Aeroporto). Diamantina/MG. CEP: 39.100-000. Brasil.

#### **Endereço: Geovane da Conceição Máximo**

Campus JK, Prédio do Departamento de Ciências Básicas, Diamantina/MG - Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5.000. Alto da Jacuba. CEP 39100-000. Brasil.

#### **Endereço: Ana Paula Nogueira Nunes**

Campus JK, Prédio do Departamento de Ciências Básicas, Diamantina/MG - Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5.000. Alto da Jacuba. CEP 39100-000. Brasil.

**Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues**

**Artigo recebido em 15/04/2020. Última versão recebida em 29/04/2020. Aprovado em 30/04/2020.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).**

**Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação**



## RESUMO

Este artigo tem o objetivo de contribuir com a literatura e ampliar o conhecimento sobre a saúde reprodutiva da mulher negra. O referencial teórico usado neste artigo é aquele dedicado às temáticas da Saúde (MARTINS, 2006; PICOLI, 2017; FIORIO, 2007) e da Saúde da População Negra (BATISTA, 2005; WERNECK, 2003, 2016; OLIVEIRA, 2019; FAUSTINO, 2017). Foi realizado um estudo transversal descritivo e analítico, utilizando os dados da PAD-MG de 2013. Identificamos que as mulheres que tiveram filhos mais recentemente, aquelas com maior escolaridade e que realizaram o parto em locais conveniados ou particulares tiveram maiores chances de realizarem o parto cesáreo, e que mulheres que se autodeclararam de cor/raça negra ou parda, mesmo quando controlado pela educação formal e outras variáveis, tiveram uma menor chance de realizar o parto cesáreo. Ressaltamos a necessidade de avaliar com cautela esse achado. Dessa forma, vimos, mais uma vez, a relevância e a necessidade de estudarmos a variável cor/raça quando se trata da saúde das mulheres, para que a construção de políticas públicas possa ser mais eficaz e eficiente, o que continua a ser um desafio no sistema de saúde na contemporaneidade.

**Palavras-chave:** Racismo. Saúde da Mulher Negra. Estudo Epidemiológico. PAD

## ABSTRAT

This article aims to contribute to a literature and expand knowledge about the reproductive health of black women. The theoretical framework used in this article is dedicated to Health (MARTINS, 2006; PICOLI, 2017; FIORIO, 2007) and Black Population Health (BATISTA, 2005, WERNECK, 2003, 2016; OLIVEIRA, 2019; FAUSTINO, 2017). This is a cross-sectional descriptive and analytical study, using data from the PAD-MG of 2013. Identified as women who had more recent children, those with more schooling and who performed or shared in private or private places with greater chances of carrying out or sharing cesarean and that women who automatically declared themselves as black color / race or even when controlled by formal education and other variables, had a lower chance of performing or cesarean. We emphasize the need to carefully assess this finding. Thus, we have seen, once again, the relevance and the need to study a color / race variable when the treatment of women's health for the construction of public policies can be more efficient and efficient, which remains a challenge in the health system today.

**Key words:** Racism. Black Women's Health. Epidemiological Study. PAD

## 1 INTRODUÇÃO

*“O principal a dizer é que o tempo da inocência já passou. Aquilo que não se via, ou não se dizia, ou se fingia não ver/dizer está dito: racismo. E é hora de passar adiante. Este, por muito tempo, foi o país da democracia racial. Um país condenado ao futuro”.*  
(Jurema Werneck, 2003).

Foram necessários séculos para que o Estado brasileiro pudesse reconhecer a presença do racismo como fator estruturante das relações sociais no país. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apresenta-se como marco do reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condicionantes de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, e do reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde (MS), de que as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte (PNSIPN, 2009).

As pesquisas desenvolvidas no Brasil desde o início dos anos 2000 não nos deixam dúvidas de que há uma diferença no perfil de saúde, dependendo da cor/raça da população, tanto para a mortalidade de homens negros (BATISTA, 2005), quanto para a mortalidade materna (MARTINS, 2006), a mortalidade infantil (PICOLI, 2017) e morbidades para transtornos mentais e comportamentais, causas mal definidas, e causas externas (FIORIO, 2007). De qualquer forma, a literatura ainda é tímida em relação à “saúde da população negra” e torna-se ainda mais escassa quando restringimos à “saúde da mulher negra”. Uma breve revisão entre os periódicos disponíveis na biblioteca virtual SciELO permitiu-nos verificar, por meio de uma busca simples, com os descritores "saúde mulher negra", que apenas 24 artigos nacionais foram publicados entre 2008 e 2016 (WERNECK, 2016). Ao repetir essa mesma busca (2008 a 2020), encontramos 28 artigos, ou seja, um artigo nacional a cada ano sobre “saúde da mulher negra”.

Ainda na busca, quando especificamos para questões relacionadas à “saúde reprodutiva da mulher negra”, utilizando como base as palavras-chave “racismo”, “racismo institucional”, “mulheres negras”, “violência obstétrica” e “parto”, foram encontrados 19 artigos referentes ao tema. O primeiro foi publicado em 2000; sete, no ano de 2016; dois por ano em 2004, 2012 e 2013; um artigo por ano em 2000, 2003, 2006, 2014 e 2015 (OLIVEIRA, 2019). Tais ausências ou insuficiências podem indicar a não consolidação da saúde da população negra e da saúde da mulher negra como campos temáticos e de pesquisa, relacionada ao baixo grau de penetração nas instituições de pesquisa dos debates sobre o racismo, seus impactos na saúde e suas formas de enfrentamento (WERNECK, 2016).

Segundo Faustino (2017), a saúde da população negra enfrenta três desafios. O primeiro deles é a falta de familiaridade com o tema pela literatura especializada em saúde; o segundo está relacionado às dificuldades de institucionalização do campo saúde da população negra, tanto em termos acadêmicos quanto políticos; o terceiro associa-se à ocorrência de posições abertamente contrárias à existência do campo saúde da população negra – discordância quanto à validade do uso científico e/ou político do conceito de raça; crítica ao que seria a importação colonial da birracialidade estadunidense (branco/ negro) ao contexto brasileiro; discordância quanto às influências do racismo na saúde e defesa da centralidade das questões econômicas como determinantes das condições de saúde; classificação do campo saúde da população negra como política de focalização, em suposta consonância com as forças políticas e econômicas que atentam contra a busca pela universalização do direito à saúde.

Dessa forma, este estudo propõe contribuir com a literatura e com a ampliação do conhecimento sobre a saúde reprodutiva da mulher negra.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 População do estudo**

A Pesquisa de Amostra por Domicílio de Minas Gerais de 2013 (PAD/MG-2013) coletou informações sobre saúde, educação, trabalho, assistência social, renda e benefícios, gastos e juventude, além das características dos domicílios e dos indivíduos. O levantamento de dados aconteceu utilizando-se o coletor eletrônico *Ultra Mobile Personal Computer* (UMPC) para realização das operações de coleta. Os entrevistadores eram pessoas contratadas pela Fundação João Pinheiro, as quais receberam treinamento teórico e prático para a realização das entrevistas domiciliares.

Na PAD/MG, o termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal do entrevistado, obtido no momento da entrevista. Para o presente estudo, trabalharemos com as variáveis relacionadas à situação do domicílio e ao perfil de saúde física e mental.

### **2.2 Variável dependente**

O “tipo de parto”, variável resposta do presente trabalho, resultou da seguinte pergunta no questionário: “Qual foi o tipo de parto deste último filho nascido vivo?”. Foram propostas

as opções de resposta: (1) parto normal, (2) parto cesáreo, (3) NS/NR. Para o presente estudo, a variável foi categorizada em: (1) parto normal, (2) parto cesáreo. As mulheres que não responderam foram excluídas das análises.

### 2.3 Variáveis independente

As variáveis explicativas incluídas nesse estudo foram: “ano de nascimento do último filho (1933-1979, 1980-1990, 1991-2000, 2001-2010, 2011-2014)”, “estado civil (casada, desquitada/separada, viúva, solteira)”, “educação formal (nunca concluiu a escola, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo ou mais)”, “cor/raça (branca, negra/parda)”, “local de realização do parto do último filho nascido vivo (pelo SUS, convênio ou particular, centro de saúde/casa de parto/outro)”, “com quantos meses de gravidez fez a primeira consulta pré-natal do último filho nascido vivo (3 meses ou antes, do quarto ao sexto mês, do sétimo ao nono mês, não realizou o pré-natal)”; analisamos também a “situação atual do domicílio da mulher (zona rural, zona urbana)”.

### 2.4 Estratégia de Análise

As características das mulheres que optaram pelo “parto normal” foram comparadas àquelas das que optaram pelo “parto cesáreo” na gravidez do seu último filho nascido vivo. Com modelo de regressão logística bivariado foi possível estimar, para cada variável independente, a relação com o tipo de parto (parto normal ou parto cesáreo) e a significância estatística das diferenças observadas foram aferidas pelo teste de qui-quadrado de Person (com o intervalo de confiança de 95% de confiança). Todas as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 na análise bivariada foram incluídas no modelo da análise logística multivariada final. Mantiveram-se no modelo final aquelas variáveis associadas ao parto cesáreo no nível de  $p < 0,05$ . Foi realizado o teste de Hosmer & Lemeshow para verificar a adequação do modelo final.

As associações entre os tipos de parto e as outras variáveis são apresentadas na forma de *Odds Ratio* (OR) e dos respectivos Intervalos de Confiança (IC). O OR identifica a chance de o evento ocorrer em um grupo em comparação com a chance de ocorrer em outro grupo de referência. O OR igual a um (1) indica que a condição ou evento sob estudo tem igual chance de ocorrer nos dois grupos, ou seja, revela ausência de associação estatística. O OR maior que 1 indica que a condição ou evento tem maior chance de ocorrer no primeiro grupo do que no grupo de referência, representando, então, uma associação direta. Um OD menor que 1 indica

que a chance de o evento ocorrer é menor no primeiro grupo do que no grupo de referência, caracterizando uma associação inversa. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (Stata Corporation, College Station Estados Unidos).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na Tabela 1, são apresentadas as características da amostra com correção para os pesos amostrais. Das 5.520.474 mulheres mineiras, 38,38% realizaram o parto cesáreo, a maior parte delas teve seu último filho nascido vivo entre os anos de 2001 e 2010 (30,56%), 57,88% eram casadas, 59,80% possuíam educação formal até o ensino fundamental completo na época da entrevista e 54,35%, que corresponde a 2.984.967 mulheres, autodeclararam-se negras ou pardas. A maior parte das mulheres residia na área urbana, correspondendo a 86,70%. Em relação ao período gestacional e ao parto do último filho, 88,82% das mulheres fizeram a primeira consulta de pré-natal com 3 meses ou menos de gestação e quase 80% das entrevistadas tiveram seu último filho nascido vivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que corresponde a 4.294.945 mulheres.

Em relação às mulheres que realizaram parto normal do seu último filho nascido vivo, foi possível observar um aumento da prevalência dessa modalidade até os anos de 2001 a 2010, chegando a 28,59% dos casos, e na sequência é possível observar uma redução para 10,66% das ocorrências, entre os anos de 2011 e 2014. Em relação ao estado civil na época da entrevista, a maior parte delas estava casada (54,62%), tinha educação formal até o ensino fundamental completo (64,15%), e apenas 6,18% delas possuíam ensino superior ou mais. A maioria das mulheres se autodeclarou negra ou parda (57,45%), realizou o parto do último filho pelo SUS (81,38%) e apenas 7,33% realizaram o parto normal pelo convênio ou particular. A primeira consulta pré-natal foi realizada até o terceiro mês de gravidez (87,41%) e um pouco mais que 6% das mulheres ou fizeram a primeira consulta pré-natal no sétimo mês de gestação ou depois, ou não realizaram a consulta. Em relação ao local de moradia, 85,94% estavam morando na área urbana na época da entrevista.

Em relação às mulheres que realizaram o parto cesáreo do seu último filho nascido vivo, foi possível observar uma prevalência baixa para aquelas mães cujos filhos nasceram até o ano de 1990 e um aumento dessa modalidade de parto entre os anos de 2001 e 2010 (33,59%), bem como uma diminuição nos anos seguintes para 18,52%. A maior parte das mulheres era casada (63,10%); 13,05% das mulheres relataram ter ensino superior completo ou mais; a cor/raça branca foi autodeclarada por 50,63% das mulheres. Em relação ao local de

nascimento do filho, 26,14% realizaram por meio de convênio ou particular e 90% delas realizaram o pré-natal no primeiro triênio de gestação. Quanto ao local de moradia, 87,94% moravam em área urbana.

A tabela 1 apresenta, na última coluna, os resultados da análise bivariada dos fatores associados ao tipo de parto cesáreo. Os resultados da análise bivariada mostraram que a realização do parto cesáreo esteve diretamente associada ao ano do nascimento do filho, sendo que a chance de realizar o parto cesáreo foi maior nos nascimentos dos filhos mais novos, nos casos de mulheres com maior grau de educação formal e de mulheres que tiveram seu último filho vivo por convênio ou particular. Por outro lado, a realização do parto cesáreo esteve inversamente associada a mulheres que se autodeclararam de cor negra ou parda, que não realizaram o pré-natal e que informaram o domicílio atual na zona rural.

**Tabela 1 – Perfil e resultado da análise logística bivariada da associação entre os fatores sociais e o tipo de parto nas mulheres. Pesquisa por Amostra de Domicílios PAD/2013.**

|   | Total     |         | Tipo de parto     |                   | Odds Ratio<br>(IC95%) |
|---|-----------|---------|-------------------|-------------------|-----------------------|
|   | n         | (%)     | NORMAL (%)        | CESÁREO (%)       |                       |
| <b>Ano de nascimento do último filho nascido vivo</b> |           |         |                   |                   |                       |
| 1933-1979   | 519.389   | (10,19) | 434.163 (14,07)   | 85.226 (4,24)     | 1,0                   |
| 1980-1990   | 1.008.769 | (19,80) | 677.174 (21,94)   | 331.595 (16,51)   | 2,71 (2,34-3,14)      |
| 1991-2000   | 1.309.145 | (25,69) | 763.926 (24,75)   | 545.219 (27,14)   | 3,88 (3,36-4,47)      |
| 2001-2010   | 1.557.314 | (30,56) | 882.591 (28,59)   | 674.723 (33,59)   | 4,33 (3,75-5,00)      |
| 2011-2014   | 700.934   | (13,76) | 328.945 (10,66)   | 371.989 (18,52)   | 5,84 (4,94-6,90)      |
| P<0,001   |           |         |                   |                   |                       |
| <b>Estado civil atual da mãe</b>                      |           |         |                   |                   |                       |
| Casada  | 3.184.762 | (57,88) | 1.851.454 (54,62) | 1.333.308 (63,10) | 1,0                   |
| Desquitada/Separada                                   | 510.790   | (9,28)  | 315.056 (9,29)    | 195.734 (9,26)    | 0,96 (0,84-1,09)      |
| Viúva   | 642.475   | (11,68) | 514.934(15,19)    | 127.541 (6,04)    | 0,36 (0,32-0,41)      |
| Solteira  | 1.164.626 | (21,16) | 708.202 (20,89)   | 456.424 (21,60)   | 0,97 (0,88-1,06)      |
| p<0,001   |           |         |                   |                   |                       |
| <b>Educação formal da mãe</b>                         |           |         |                   |                   |                       |
| Nunca concluiu a escola                               | 85.200    | (1,77)  | 68.725 (2,39)     | 16.475 (0,86)     | 1,0                   |
| Ensino fundamental completo                           | 2.874.618 | (59,80) | 1.847.826 (64,15) | 1.026.792(53,29)  | 2,28 (1,70-3,07)      |
| Ensino médio completo                                 | 1.418.089 | (29,50) | 786.134 (27,29)   | 631.955 (32,80)   | 3,85 (2,85-5,19)      |
| Superior completo ou mais                             | 429.468   | (8,93)  | 177.974 (6,18)    | 251.494 (13,05)   | 6,30 (4,59-8,64)      |
| p<0,001   |           |         |                   |                   |                       |

|   |           |         |                   |                   |                   |
|---|-----------|---------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Cor/raça autodeclarada</b>                                       |           |         |                   |                   |                   |
| <i>Branca</i>   | 2.507.573 | (45,65) | 1.439.912 (42,55) | 1.067.661 (50,63) | 1,0               |
| <i>Negra ou Parda</i>   | 2.984.967 | (54,35) | 1.943.933 (57,45) | 1.041.034 (49,37) | 0,7 (0,68-0,78)   |
| p<0,001   |           |         |                   |                   |                   |
| <b>Local do nascimento do último filho nascido vivo</b>             |           |         |                   |                   |                   |
| <i>Pelo SUS</i>   | 4.294.945 | (78,06) | 2.759.352 (81,38) | 1.535.593 (72,73) | 1,0               |
| <i>Convênio ou Particular</i>                                       | 800.441   | (14,55) | 248.612 (7,33)    | 551.829 (26,14)   | 3,78 (3,39-4,20)  |
| <i>Centro de saúde ou em casa</i>                                   | 406.585   | (7,39)  | 382.769 (11,29)   | 23.816 (1,13)     | 0,07 (0,058-0,10) |
| p<0,001   |           |         |                   |                   |                   |
| <b>Quantos meses de gravidez fez a primeira consulta pré-natal.</b> |           |         |                   |                   |                   |
| <i>≤3meses</i>  | 4.334.600 | (88,82) | 2.508.091 (87,41) | 1.826.509 (90,83) | 1,0               |
| <i>4-6 meses</i>  | 259.483   | (5,32)  | 172.005 (5,99)    | 87.478 (4,35)     | 0,65 (0,54-0,77)  |
| <i>7-9meses</i>   | 138.239   | (2,83)  | 88.283 (3,08)     | 49.956(2,48)      | 1,01 (0,82-1,24)  |
| <i>Não fez</i>  | 147.832   | (3,03)  | 100.844 (3,51)    | 46.988 (2,34)     | 0,47 (0,38-0,58)  |
| p<0,001   |           |         |                   |                   |                   |
| <b>Situação atual do domicílio</b>                                  |           |         |                   |                   |                   |
| <i>Zona Urbana</i>  | 4.786.454 | (86,70) | 2.923.257 (85,94) | 1.863.197 (87,94) | 1,0               |
| <i>Zona Rural</i>   | 734.020   | (13,30) | 478.442 (14,06)   | 255.578 (12,06)   | 0,82 (0,74-0,91)  |
| P<0,001   |           |         |                   |                   |                   |
| <b>Total</b>  | 5.520.474 | 100,00  | 3.401.699 (61,62) | 2.118.775 (38,38) |                   |

**Tabela 2 – Modelo final da análise logística multivariada. Pesquisa por Amostra de Domicílios PAD/2013.**

| Variáveis  | Modelo Final     |
|--|------------------|
| <b>Década de nascimento do último filho nascido vivo</b> |                  |
| 1933-1979  | 1,0              |
| 1980-1990  | 2,08 (1,78-2,44) |
| 1991-2000  | 2,92 (2,50-3,41) |
| 2001-2010  | 3,15 (2,70-3,68) |
| 2011-2014  | 4,13 (3,45-4,95) |
| <b>Educação formal atual da mãe</b>                      |                  |
| Nunca concluiu   | 1,0              |
| E. F. completo   | 1,57 (1,14-2,17) |
| E. M. completo   | 1,67 (1,20-2,32) |
| Superior ou mais   | 2,09 (1,48-2,96) |
| <b>Cor/raça autodeclarada</b>                            |                  |
| Branca   | 1,0              |
| Negra ou parda   | 0,76 (0,70-0,82) |
| <b>Local de nascimento do último filho nascido vivo</b>  |                  |
| Pelo SUS   | 1,0              |
| Convênio ou particular                                   | 3,79 (3,39-4,25) |
| Casa de parto/casa                                       | 0,14 (0,10-0,19) |

A Tabela 2 nos mostra o resultado da análise logística multivariada entre o tipo de parto cesáreo e as variáveis que permaneceram no modelo final. O parto cesáreo esteve diretamente relacionado com a década de nascimento do último filho nascido vivo, com a educação formal da mãe e com a indicação do nascimento em local pago por convênio ou particular. A associação inversa com a variável cor/raça autodeclarada negra ou parda (OR: 0,76; IC: 0,73-0,82) manteve-se na análise logística multivariada, inclusive com o mesmo peso. Significa dizer que gestantes de cor/raça negra ou parda apresentaram menor chance de realizar o parto cesáreo quando comparado com mulheres de cor/raça branca, mesmo com o controle por meio de todas as variáveis do modelo final que estão apresentadas na tabela 2.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996a), o parto é entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo quando levado em conta o desfecho de saúde materna e do bebê. A prevalência elevada do parto cesáreo no nosso estudo foi encontrada também em trabalhos nacionais (MELO, 2016; MADEIRO, 2017) e internacionais (VILLAR, 2007; VANDEBONCOEUR, 2012) e o aumento desse tipo de parto ao longo dos anos também tem sido acompanhado em outras investigações (ZANARDO, 2017; DOMINGUES, 2014). Estudo recente identificou que, em casos de mães que realizaram o parto cesáreo, os fetos tiveram 2,3 vezes mais chances de nascerem com baixo peso, em comparação com aqueles gerados por mães que realizaram o parto vaginal (MOREIRA, 2018).

No nosso modelo logístico multivariado final, identificamos que as mulheres que tiveram filhos mais recentemente, aquelas com maior escolaridade e as que realizaram o parto em locais conveniados ou particulares tiveram maiores chances de realizar o parto cesáreo, corroborando outros achados (DINIZ, 2016; LEAL, 2005). Verificamos também que mulheres que se autodeclararam de cor/raça negra ou parda, mesmo quando considerado o controle pela educação formal e outras variáveis, tiveram uma menor chance de realizar o parto cesáreo, desmascarando, mais uma vez, o “mito da democracia racial”, o que nos mostra que a cor da pele tem seus efeitos próprios na saúde que vão além da questão econômica que para o presente estudo optamos por utilizar como *proxy* a escolaridade.

Esse achado positivo – menor quantidade de parto cesáreo – para as mulheres negras precisa ser avaliado com cautela, já que pesquisas nos mostraram que quase um terço das negras e pardas de sua população de estudo não conseguiram atendimento no primeiro estabelecimento procurado e que no parto vaginal receberam menos anestesia (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). Ademais, a cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera para atendimento e a menos privacidade nos exames (D'ORSI, 2014).

Sabemos que as mulheres negras representam um dos segmentos mais pobres da sociedade brasileira e que sofrem o impacto do racismo estrutural, que, segundo BARATA (2009), impacta na saúde delas desde o processo saúde/doença em si até no acesso e na utilização de serviços de saúde. A literatura tem nos revelado a existência de uma ideologia de que pessoas negras são mais resistentes, além da minimização de queixas advindas de pessoas negras, e a minoração do uso de medicamento e anestésias, principalmente no tratamento de mulheres no procedimento de pré-natal e parto, tem sido algo comum (KALCKMANN, 2007; TAVARES, 2013).

Não conseguimos identificar, com os dados que temos disponíveis, o que motivou a gestante a realizar o parto cesáreo ou o parto normal. Sabemos que o processo de escolha do tipo de parto é algo complexo e polêmico (MANDARINO, 2009), que sofre influência dos profissionais, dos pacientes e de seus familiares, das instituições de saúde, dentre outros. Assim, há necessidade de realizar observações cuidadosas para compreender o processo de escolha do tipo de parto em localidades diferentes, principalmente no caso do Brasil, país marcado por uma elevada heterogeneidade sociocultural em suas regiões (VALE, 2015).

Nossas limitações estão relacionadas principalmente à temporalidade de algumas variáveis relacionadas à mãe. A educação formal, a situação atual do domicílio e até mesmo a cor/raça autodeclaradas não foram coletadas na época do nascimento do último filho vivo, e sim na época da entrevista. Em relação à cor/raça, cabe destacar que o questionário apresentou as opções: branca, negra e parda. Não considerou, então, que mães negras seriam as mães pardas e pretas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo deste estudo foi contribuir com a escassa literatura sobre o tema saúde da mulher negra e identificar nas análises realizadas como têm ocorrido os partos das mulheres mineiras, sobretudo das negras. Há a necessidade de mais estudos que consigam analisar essa relação com uma maior amplitude de variáveis, que são determinantes nesse processo.

#### **REFERÊNCIAS**

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde**. Temas em Saúde collection. 120 p. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL, Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato". **Diário oficial da união**. Brasília, DF, 8 abr. 2015.

DINIZ, C. S. G *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, Sept. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadastro de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 30, n. 1, Supl. 1, p. 101-116. 2014.

D'ORSI, E *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 154-168, 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300021&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 22, n. 12, p. 3831-3840, dez. 2017.

KALCKMANN, S. S.; BATISTA, C. G. Racismo institucional: um desafio para equidade do SUS? **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.16, n.2, p.146-155, 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en&nrm=iso)>.accesson 15 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>.

MADEIRO, A.; RUFINO, A. C.; SANTOS, A. O. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 26, n.1, p. 81-90, mar. 2017.

MANDARINO, N. R *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006001100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100022&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Portaria 992/GM. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em 14 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2015. **"Diretrizes de atenção à gestante: A Operação cesariana. Comissão Internacional de Incorporação de Tecnologias no SUS"**. CONITEC, n. 176. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_final.pdf) Acesso em: 11 abr. 2020.

MOREIRA, A. I. M.; SOUSA, P. R. M.; SARNO, F. Low birth weight and its associated factors. **Einstein**. São Paulo. v. 16, n. 4, p. 1-6, nov. 2018.

OLIVEIRA, B. M. C; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, set. 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000300939&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300939&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 abr. 2020. Epub 25-Nov-2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>.

OLIVEIRA, R.R. *et al.* Fatores associados ao parto cesáreo nos sistemas públicos e privados de atenção à saúde. **Ver. da Esc. de Enferm.** São Paulo, v. 50, n. 5, p. 734-741, jul. 2016.

OLIVEIRA, R. R *et al.* The growing trend of moderate preterm births: an ecological study in one region of Brazil. **PLoS One**. França. v. 10, n. 11, p. 1-11, nov. 2015.

PICOLI, R. P; CAZOLA, L. H. O; LEMOS, E. F. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 729-737, Dec. 2017.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA L. V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional da saúde pública. **Saúde debate**. Rio de Janeiro. v. 37, n. 99, p. 580-587, dez. 2013

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n.1, Supl. 2, p. 190-198. 2004.

VALE, L. D. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, set. 2015.

VILLAR, J *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**. [online]. p. 335-1025 nov. 2007. Disponível em:<https://www.bmj.com/content/bmj/early/2006/12/31/bmj.39363.706956.55.full.pdf>. Acesso em: 29 jan 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016.

WERNECK, J. A era da inocência acabou, já foi tarde. In. Racismos Contemporâneos/organização Ashoka Empreendimentos Sociais e Takano Cidadania. Rio de Janeiro: Takano ed., 2003.

#### Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

RABELO, M. P; PEREIRA, J. G; MÁXIMO, G. C; NUNES, A. P. N. A Cor do Parto: Desigualdades Socioeconômicas e Raciais ao Nascer - um Estudo com Base nos Dados da PAD-MG, em 2013. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 7, n. 2, art. 6, p. 86-98, mai./ago.2020.

| Contribuição dos Autores                                    | M. P.<br>Rabelo | J. G.<br>Pereira | G. C.<br>Máximo | A. P. N.<br>Nunes |
|---|-----------------|------------------|-----------------|-------------------|
| 1) concepção e planejamento.                                | X               | X                | X               | X                 |
| 2) análise e interpretação dos dados.                       | X               | X                | X               | X                 |
| 3) elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo.   | X               | X                | X               | X                 |
| 4) participação na aprovação da versão final do manuscrito. | X               | X                | X               | X                 |