



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Berquó, Elza; Lago, Tania Di Giacomo do
Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais1
Saúde e Sociedade, vol. 25, núm. 3, 2016, Julho-Setembro, pp. 550-560
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-129020162568

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263849004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais¹

Reproductive health care in Brazil: searching for ethnic differentials

Elza Berquó

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cebrap, Núcleo de População e Políticas Públicas. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: popu@cebrap.org.br

Tania Di Giacomo do Lago

Secretaria de Estado da Saúde, Instituto de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: tania_di@uol.com.br

Resumo

Este estudo teve por objetivo comparar indicadores da atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras e brancas. São utilizadas informações obtidas no âmbito da Pesquisa Nacional de Demografia, Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). Trata-se de uma pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa com representatividade nacional. Permite inferência para cinco macrorregiões, incluindo o contexto urbano e rural. Foram estudadas 14.625 mulheres brancas e negras de 15 a 49 anos de idade, que representam, respectivamente, 40% e 54% da amostra total da pesquisa. Para análise da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério avaliaram-se as gestações dos filhos nascidos vivos nos cinco anos anteriores à entrevista segundo seis variáveis: ter feito pelo menos uma consulta de pré-natal; ter realizado no mínimo seis consultas; o tipo de parto; ter tido a dor no parto normal aliviada; ter contado com presença de acompanhante no parto e ter feito consulta no puerpério. Além da cor, constituíram-se em variáveis independentes para cada um desses desfechos: idade da mulher na data da entrevista, macrorregião de moradia, residência urbana ou rural, estar ou não casada/unida, anos de estudo, religião atual, classificação econômica (critério Brasil) e posse ou não de convênio/plano de saúde. Na análise bivariada, mulheres negras, com menor escolaridade, pior classe econômica e não portadoras de plano de saúde apresentaram desfechos mais desfavoráveis. No entanto, após análise multivariada, as diferenças entre brancas e negras perderam significância estatística. Desigualdades

Correspondência

Elza Berquó

Rua Morgado de Mateus, 615. São Paulo, SP, Brasil. CEP 04015-902.

¹ Projeto financiado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Convênio 006/2009 - Termo aditivo nº 01/2009. Processo nº 001/0001/000.722/2009.

sociais e econômicas mantêm-se determinantes das iniquidades na atenção em saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Desigualdades em Saúde; Saúde Reprodutiva; Atenção Obstétrica; Raça/Etnia; PNDS

Abstract

This study intended to compare reproductive health care indicators between white and black women in Brazil. Data collected at the 2006 Demographic and Health Survey (DHS) were analyzed. The sample allows inferences for the country's five great regions and rural/urban residence. Among 14.625 females aged 15 to 49, white and black women accounted respectively for 40% and 54% of the total sample. Health care during pregnancy and child bearing were assessed by six indicators: attendance to at least one antenatal care visit, having attended to at least six antenatal care visits, attendance to at least one health care visit after child bearing, type of delivery, having received pain relief during a vaginal birth and having someone (relative or friend) with her during delivery. Besides skin color, the following independent variables were considered: age, region of residence, urban/rural residence, religion, marital status, schooling, economic status and having or not private health insurance. At bivariate analysis, all outcomes were unfavorable for black women, for those with low both educational level and economic status, as well for those without health private insurance. However, after multivariate analysis results showed no statistical differences between black and white women. On the other hand, social and economic inequalities remained important determinants of inequities on reproductive health services access.

Keywords: Health Inequalities; Reproductive Health; Obstetric Care; Race; DHS.

Introdução

Atualmente a informação sobre raça/cor da população brasileira faz parte das grandes bases de dados de âmbito nacional.

Em que pesem as mudanças ocorridas na categorização da variável e na forma de coleta da informação, raça/cor esteve presente em oito dos onze censos demográficos realizados no país, a partir de 1872² (Cunha, 2009). Também as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) passaram a incorporar esta informação, ora em seu corpo básico ora em seus Suplementos.

No sistema informatizado de saúde, Datasus, a inclusão da raça/cor teve início a partir de 1996. Os primeiros de seus sistemas a incluírem esse quesito foram o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Isso se deu em decorrência da criação, em 1995, do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra e de seu subgrupo de saúde, que aprovaram, em 1996, a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos. Cinco anos mais tarde, ou seja, em 2001, essa informação foi incluída também no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e mais recentemente, em 2007, no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Essa inclusão tem possibilitado ao Ministério da Saúde um permanente monitoramento dos indicadores de saúde e seus diferenciais por raça/cor, elementos básicos para análise de situações e tendências, visando avaliar e aperfeiçoar a gestão do SUS.

No campo da pesquisa, a disponibilização dessas informações tem permitido estudos que possam avaliar as eventuais associações das desigualdades raciais com a situação de saúde da população brasileira. Como passo intermediário para o estudo das variáveis respostas no campo da saúde reprodutiva, procurou-se examinar os dois grupos de mulheres, negras e brancas, segundo um conjunto de características socioeconômicas e demográficas que eventualmente poderiam ser creditadas por possíveis diferenças encontradas na área da reprodução.

2 Deixou de figurar nos censos de 1900, 1920 e 1970.

Embora esses sistemas de informações contenham elementos para a construção de alguns indicadores básicos para o estudo da saúde reprodutiva da população, por raça/cor, não permitem cobrir todas as dimensões desse campo. Nesse sentido, a PNDS 2006 oferece oportunidade única de estudar os diferenciais por cor de aspectos básicos ligados à reprodução das mulheres em idade fértil, por incluir, entre outros tópicos, anticoncepção, assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, conjugalidade e atividade sexual, intenções reprodutivas e acesso a medicamentos (Brasil, 2008). Além disso, a pesquisa permite examinar mulheres, negras e brancas, segundo um conjunto de características socioeconômicas e demográficas que eventualmente poderiam ser creditadas por possíveis diferenças encontradas na área da reprodução.

O estudo cujos resultados serão aqui apresentados teve por objetivo comparar indicadores da atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras e brancas, levando em consideração essas características.

Métodos

As informações analisadas neste trabalho são provenientes do banco de dados da PNDS 2006. Trata-se de uma pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa, com representatividade nacional. Permite inferência para cinco macrorregiões, incluindo o contexto urbano e rural. O universo estudado compreendeu 14.617 domicílios e 15.575 mulheres de 15 a 49 anos de idade, e aproximadamente 5.000 crianças menores de 5 anos.

As variáveis utilizadas para analisar a assistência à gestação, ao parto e ao puerpério referem-se à história dos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à data da entrevista. São elas: ter feito alguma consulta de pré-natal; ter realizado no mínimo seis consultas; o tipo de parto; ter tido a dor no parto normal aliviada; ter contado com presença de acompanhante no parto e ter feito consulta no puerpério.

Variáveis explicativas socioeconômicas e demográficas podem influir nas associações de interesse,

além de serem, por sua vez, fatores importantes para o conhecimento dos diferenciais étnico-raciais das mulheres. Neste estudo elas compreendem: idade da mulher na data da entrevista, região de moradia, residência urbano ou rural, estar ou não casada/unida, anos de estudo, religião atual, classificação econômica-critério Brasil (ABEP, 2008) e posse ou não de convênio/plano de saúde.

A análise estatística levou em conta o fato de se tratar de um planejamento amostral complexo (Cavenaghi, 2009), no qual, cada unidade de análise correspondeu a um peso amostral. Nesse sentido, todas as medidas descritivas (porcentagens, médias e medianas) foram obtidas considerando os pesos de ponderação/expansão informados na base de dados. No entanto, os números de casos (valores de N) não são apresentados nas tabelas na sua forma ponderada. Isso foi feito com o intuito de fornecer parâmetros para informar o leitor sobre o verdadeiro número de casos no qual cada análise foi baseada.

Vale notar, ainda, que eventuais diferenças dos N totais observadas entre análises que avaliam uma mesma variável-resposta devem-se ao fato de serem incluídas, nessas análises, uma ou mais variáveis explicativas que não possuam informações completas para todos os casos.

De uma forma geral, a associação entre duas variáveis categóricas foi avaliada por meio de testes do tipo qui-quadrado. Para as variáveis numéricas, a comparação entre médias foi avaliada via modelo linear geral. As duas técnicas incorporaram as informações dos pesos e do planejamento amostral na análise.

No caso de associações estatisticamente significantes (isto é, com $p < 0,05$) envolvendo as variáveis categóricas relativas à saúde reprodutiva da mulher e a cor da pele, a força da associação foi medida considerando estimativas dos *odds ratios* obtidos de modelos de regressão logística univariada (OR_{bruto}). Em seguida, foram ajustados modelos de regressão logística multivariada, isto é, considerando, além da cor da pele, outras variáveis de interesse. Esses modelos foram ajustados considerando os pesos e o planejamento amostral, com o auxílio dos pacotes estatísticos Stata v.9 e SPSS v.14.

Resultados

Este estudo considera 14.625 mulheres brancas e negras de 15 a 49 anos de idade, que representam, respectivamente, 40% e 54% da amostra total da PNDS 2006. As distribuições correspondentes às informações sociais, econômicas e demográficas declaradas na data da entrevista constam na Tabela 1.

Diferenças estatisticamente significantes entre negras e brancas são observadas para todas as características consideradas, com exceção da situação conjugal, ou seja, cerca de 64% de ambos os grupos estavam casadas ou unidas ($p=0,687$). Quanto à ida-

de, as brancas apresentaram idade média (31,6 anos) ligeiramente superior à das negras (30,6 anos), com valores medianos iguais a 30,9 e 29,3 anos, respectivamente. Mas o que chama desde logo a atenção é o fato de que as mulheres negras são mais pobres, isto é, 40,6% pertencem às classes econômicas D e E, situação que corresponde a 19,1% para as brancas e possuem menor nível de instrução, ou seja, enquanto 55,2% das negras chegaram, no máximo, aos oito anos de estudo, 57% das brancas alcançaram nove anos ou mais de instrução. Além disso, plano de saúde é acessado por apenas 20,5% das mulheres negras, em contraste com os 35,9% alcançados pelas brancas.

Tabela 1 – Distribuição percentual¹ de mulheres negras e brancas segundo variáveis socioeconômicas e demográficas de mudas variáveis socioeconômicas e demográficas (PNDS 2001)

		Negras		Brancas		Total
		% ¹	N ²	% ¹	N ²	N ²
Idade (anos) p=0,017	15 a 19	16,9	1407	14,3	882	2289
	20 a 24	16,6	1431	16,0	890	2321
	25 a 29	15,8	1369	14,5	927	2296
	30 a 34	14,2	1307	13,7	860	2167
	35 a 39	13,5	1157	13,9	831	1988
	40 a 44	12,4	1037	14,7	832	1869
	45 a 49	10,6	930	12,9	765	1695
Região p<0,001	Norte	10,7	2016	3,2	459	2475
	Nordeste	35,4	2244	14,7	727	2971
	Sudeste	38,9	1685	49,7	1426	3111
	Sul	7,3	870	25,7	2283	3153
	Centro-Oeste	7,7	1823	6,7	1092	2915
Residência p=0,001	Urbano	81,7	6150	86,0	4246	10396
	Rural	18,3	2488	14,0	1741	4229
Religião atual⁴ p<0,001	Católica	61,5	5697	62,7	3941	9638
	Evangélica ³	26,2	1985	22,3	1250	3235
	Nenhuma	8,2	631	7,0	412	1043
	Outras	4,2	319	7,9	372	691
Atualmente casada/unidas p=0,687	Sim	64,6	5532	64,0	3903	9435
	Não	35,4	3106	36,0	2083	5189
Anos de estudo⁶ p<0,001	0 a 4	23,6	2287	15,8	1224	3511
	5 a 8	31,6	2700	27,3	1685	4385
	9 ou mais	44,8	3586	57,0	3025	6611

Continua...

Tabela 1 – Continuação

		Negras		Brancas		Total
		% ¹	N ²	% ¹	N ²	N ²
Classe econômica⁷ p<0,001	A e B	16,3	1175	34,7	1815	2990
	C	43,2	3739	46,2	2868	6607
	D e E	40,6	3700	19,1	1277	4977
Plano de saúde⁸ p<0,001	Não	79,5	7164	64,1	4209	11373
	Sim	20,5	1467	35,9	1776	3243
	TOTAL	100%	8638	100%	5987	14625

Valores de p referentes ao teste qui-quadrado corrigido pelo planejamento; ¹Porcentagem obtida após ponderação; ²N não ponderado; ³Tradicional ou pentecostal; ⁴Exclui 6 mulheres negras e 12 brancas com informação prejudicada; ⁵Exclui 1 mulher branca com informação prejudicada; ⁶Exclui 65 mulheres negras e 53 brancas com informação prejudicada; ⁷Exclui 24 mulheres negras e 27 brancas com informação prejudicada; ⁸Exclui 7 mulheres negras e 2 brancas com informação prejudicada

Diante do exposto, a etapa seguinte foi estudar mais detalhadamente a distribuição de brancas e negras, segundo a combinação dessa tríade de variáveis: anos de estudo, classe econômica e plano de saúde (Tabela 2).

Vários resultados contidos na referida tabela chamam a atenção. Em primeiro lugar, em torno de 75% das mulheres das classes D e E, com 0 a 4 anos de estudo e sem plano de saúde, são negras. Cerca de 65% das mulheres das classes A e B, com 9 ou mais anos de estudo, e com plano de saúde são brancas. Ou seja, comparações entre negras e brancas são, na

verdade, entre mulheres em situação de vida mais e menos adversa. Em segundo lugar, fixando a classe econômica e a posse ou não de plano de saúde para comparar as diferentes categorias de anos de estudo em relação às porcentagens de negras, a análise não indica diferenças significantes, ou seja, todos os valores de p¹ são superiores a 0,05 (ver coluna “Agrupamento 1”). Por exemplo, fixando a classe D e E sem plano, as proporções de mulheres negras 75,9%, 72,8% e 76,4%, correspondentes a 0-4, 5-8 e 9 ou + anos de estudo, respectivamente, não são diferentes entre si (p¹=0,330).

Tabela 2 – Porcentagens¹ de mulheres negras segundo as categorias formadas pelas combinações entre classe econômica, plano de saúde e anos de estudo

Classe econômica	Plano de saúde	Anos de estudo	N ² total	% ¹ de negras	Agrupamento 1	Agrupamento 2
D + E	Não	0 a 4	2041	75,9	p ¹ =0,330	
		5 a 8	1670	72,8		
		9 ou +	971	76,4		
	Sim	0 a 4	79	60,7	p ¹ =0,485	
		5 a 8	88	73,5		
		9 ou +	92	68,6		
C	Não	0 a 4	1134	55,2	p ¹ =0,692	p ² =0,268
		5 a 8	1783	57,6		
		9 ou +	2341	58,0		
	Sim	0 a 4	126	55,7	p ¹ =0,236	
		5 a 8	351	56,6		
		9 ou +	822	48,2		

Continua...

Tabela 2 – Continuação

Classe econômica	Plano de saúde	Anos de estudo	N ² total	% de negras	Agrupamento 1	Agrupamento 2
A + B	Não	0 a 4	97	44,3	p ¹ =0,671	p ² =0,053
		5 a 8	314	48,2		
		9 ou +	905	42,9		
	Sim	0 a 4	31	39,7	p ¹ =0,357	
		5 a 8	165	27,4		
		9 ou +	1466	35,9		

Valores de p referentes ao teste qui-quadrado corrigido pelo planejamento amostral; ¹Porcentagem obtida após ponderação; ²N não ponderado e exclui 149 mulheres com informação prejudicada

Além disso, fixando apenas a classe econômica, a comparação entre as porcentagens de negras nas seis categorias formadas pelas combinações de plano de saúde e anos de estudo, também não indica diferenças significantes para mulheres das classes D e E (p²=0,268), C (p²=0,093) ou A e B (p²=0,053).

Diante destes resultados, as informações apresentadas na Tabela 1 foram recalculadas considerando apenas dois grupos extremos: “classe D+E sem

plano” e “classe A+B com plano”, conforme mostra a Tabela 3. Dessa tabela conclui-se agora que, sob as mesmas condições de vida, traduzidas por essas duas variáveis, mulheres negras e brancas não apresentam diferenças significantes em relação à idade, local de residência, religião atual, situação conjugal e anos de estudo (todos com p>0,05). Mantêm-se apenas as diferenças relacionadas à macrorregião de residência.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo classes D+E sem plano e A+B com plano, para mulheres brancas e negras

		Classe D+E sem plano de saúde				Classe A+B com plano de saúde			
		Negras		Brancas		Negras		Brancas	
		N ²	% ¹	N ²	% ¹	N ²	% ¹	N ²	% ¹
Idade (anos)	15 a 19	615	20,0	221	23,0	69	8,5	143	12,9
	20 a 24	606	17,9	204	19,6	78	13,3	119	12,5
	25 a 29	571	14,9	189	12,8	87	16,9	158	12,7
	30 a 34	521	13,7	171	12,5	100	17,8	151	13,1
	35 a 39	437	12,3	130	9,5	88	16,3	148	15,8
	40 a 49	772	21,2	277	22,6	190	27,2	335	32,9
		p ¹ =0,307				p ² =0,168			
Região	Norte	1001	14,3	185	7,4	123	6,6	46	1,6
	Nordeste	1277	57,1	351	45,2	115	17,3	56	4,3
	Sudeste	479	19,6	197	26,8	148	58,7	306	66,4
	Sul	189	3,2	236	13,2	71	8,6	405	21,5
	Centro-Oeste	576	5,8	223	7,4	155	8,8	241	6,3
		p ¹ <0,001				p ² <0,001			
Residência	Urbano	2025	67,4	656	71,9	579	97,9	983	97,8
	Rural	1497	32,6	536	28,1	33	2,1	71	2,2
		p ¹ =0,095				p ² =0,944			

Continua...

Tabela 3 – Continuação

		Classe D+E sem plano de saúde				Classe A+B com plano de saúde			
		Negras		Brancas		Negras		Brancas	
		N ²	% ¹	N ²	% ¹	N ²	% ¹	N ²	% ¹
Religião atual⁴	Católica	2528	69,6	830	68,1	376	58,0	657	58,3
	Evangélica ³	703	21,1	247	22,8	125	23,0	189	19,0
	Nenhuma	233	7,6	93	7,7	49	7,0	73	7,1
	Outras	56	1,7	19	1,4	61	12,0	133	15,6
		p ¹ =0,843				p ² =0,607			
Atualmente casada/unida	Sim	2347	65,4	806	65,1	372	64,1	674	63,6
	Não	1175	34,6	386	34,9	240	35,9	380	36,4
		p ¹ =0,908				p ² =0,903			
Anos de estudo⁵	0 a 4	1524	40,6	517	38,5	12	1,7	19	1,4
	5 a 8	1221	35,8	449	39,8	56	8,4	109	12,0
	9 ou +	754	23,6	217	21,7	544	90,0	922	86,7
		p ¹ =0,330				p ² =0,357			
TOTAL		3522	100%	1192	100%	612	100%	1054	100%

Valores de p referentes ao teste qui-quadrado corrigido pelo planejamento amostral, sendo que p¹ e p² correspondem à comparação de negras e brancas para "classe D+E sem plano de saúde" e "classe A+B com plano de saúde", respectivamente; ¹Porcentagem obtida após ponderação; ²N não ponderado; ³Tradicional ou pentecostal; ⁴Exclui 3 mulheres negras e 5 brancas com informação prejudicada; ⁵Exclui 23 mulheres negras e 13 brancas com informação prejudicada

Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério

Os resultados da análise da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, segundo a cor da pele, são apresentados na Tabela 4.

O acesso ao pré-natal foi igualmente elevado tanto para mulheres negras quanto para brancas, ambas com cobertura próxima a 99%. O mesmo não se verificou quando se considera um mínimo de seis consultas de pré-natal, situação que desfavorece as negras (78,5%) quando comparadas às brancas (86,2%).

As mulheres negras apresentaram percentagens significativamente menores de cesáreas (39,9%), em contraste com os 48,8% registrados para as brancas. A presença de acompanhante no parto foi relativamente baixa, da ordem de 17%, desfavorecendo mais as negras, com 14,3%, quando comparada com os 20,5%, correspondentes às brancas. Quanto ao alívio da dor no parto normal,

não houve diferença estatisticamente significativa para negras e brancas, com baixa cobertura no geral, em torno de 30%.

Consultas de puerpério – tão importantes dentro da perspectiva da assistência à maternidade – foram realizadas por apenas 39,1% do total de mulheres e significativamente mais elevada para as brancas, 46,6%. (OR 1,63 IC95% 1,26-2,11).

Quando se observam esses resultados por macrorregião (dados não apresentados em tabela), no Sul as negras estão em desvantagem no que se refere às variáveis: mínimo de seis consultas de pré-natal (81,4% versus 89,9% para brancas), presença de acompanhante no parto (13,5% versus 22,8% para brancas) e consulta de puerpério (40,9% versus 53,3% para brancas). No Norte, a porcentagem de parto cesáreo é estatisticamente maior para brancas (40,0%) do que para negras (29,3%). O mesmo sucede com a porcentagem sobre a consulta no puerpério, igual a 27,6% e 18,0%, respectivamente, para mulheres brancas e negras.

Tabela 4 – Distribuição de negras e brancas segundo variáveis relacionadas à assistência à gestação, ao parto e ao puerpério

Gestação, parto e puerpério ¹		Negras	Brancas	Total	OR _{bruto} (I.C. 95%)
Assistência à gestação					
Fez alguma consulta de pré-natal	% ²	98,5	99,3	98,8	-
p=0,064	N total ³	3013	1709	4722	
Fez mínimo de seis consultas de pré-natal	% ²	78,5	86,2	81,3	1,71 ^a
p=0,001	N total ³	2873	1636	4509	(1,25 ; 2,32)
Assistência ao parto					
Parto cesáreo	% ²	39,9	48,8	43,1	1,44 ^a
p=0,010	N total ³	3010	1707	4717	(1,09 ; 1,90)
Alívio da dor no parto normal	% ²	27,9	34,1	29,9	-
p=0,130	N total ³	1769	817	2586	
Com presença de acompanhante	% ²	14,3	20,5	16,6	1,54 ^a
p=0,002	N total ³	3003	1706	4709	(1,18 ; 2,02)
Assistência ao puerpério					
Fez consulta no puerpério	% ²	34,8	46,6	39,1	1,63 ^a
p<0,001	N total ³	3002	1694	4696	(1,26 ; 2,11)

Valor de p referente ao teste qui-quadrado corrigido pelo planejamento amostral; ¹Refere-se às crianças nascidas nos últimos 5 anos anteriores à pesquisa; ²Porcentagem obtida após ponderação; ³N não ponderado; ^aCategoria de referência é "negras"

O passo seguinte foi proceder a uma análise multivariada (baseada em modelos de regressão logística), separadamente para cada uma das variáveis do núcleo assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, que foram significativamente associadas com a cor da pele, com p<0,05 (fez mínimo de seis consultas de pré-natal, parto cesáreo, parto com a presença de acompanhante e fez consulta no puerpério). Para esse núcleo, as variáveis consideradas simultaneamente no modelo foram: cor da pele, classe econômica, plano de saúde e anos de estudo.

É importante observar que, antes de serem incluídas na análise multivariada, as três variáveis socioeconômicas se mostraram significativamente associadas a todas as variáveis respostas do referido núcleo, conforme mostra a Tabela 5. De acordo com essa tabela, as porcentagens de realização do mínimo de seis consultas de pré-natal, parto cesáreo, parto com presença de acompanhante e de consulta no puerpério, aumentaram com a melhora da classe econômica, com a posse de plano de saúde e também com o aumento nos anos de estudo.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis relacionadas à assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, segundo variáveis socioeconômicas

		Fez mínimo de seis consultas pré-natais		Parto cesáreo		Parto com presença de acompanhante		Fez consulta no puerpério	
		% ¹	N total ²	% ¹	N total ²	% ¹	N total ²	% ¹	N total ²
Classe econômica	D e E	70,5	2065	28,4	2167	11,4	2160	21,9	2158
	C	86,9	1846	45,9	1922	15,2	1921	45,8	1914
	A e B	95,2	585	75,5	615	34,4	615	68,8	611
		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
Plano de saúde	Não	78,0	3765	37,1	3938	11,9	3930	32,1	3922
	Sim	93,0	741	65,2	776	33,7	776	64,5	771
		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Continua...

Tabela 5 – Continuação

		Fez mínimo de seis consultas pré-natais		Parto cesáreo		Parto com presença de acompanhante		Fez consulta no puerpério	
		% ¹	N total ²	% ¹	N total ²	% ¹	N total ²	% ¹	N total ²
Anos de estudo	0 a 4	68,4	1154	25,5	1228	12,1	1224	20,1	1218
	5 a 8	79,2	1635	39,3	1703	12,0	1701	35,7	1700
	9 ou +	89,2	1687	54,2	1751	22,7	1749	50,4	1743
		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Valor de p referente ao teste qui-quadrado corrigido pelo planejamento amostral; ¹Porcentagem obtida após ponderação; ²N não ponderado.

Os resultados das análises multivariadas (Tabela 6) mostram que, para cada uma das quatro variáveis do referido núcleo, a cor da pele perde a significância após o controle pelas variáveis socioeconômicas.

Por exemplo, os resultados da Tabela 4 mostravam que uma mulher branca tinha 71% mais chance

(OR_{bruto}=1,71) de ter feito no mínimo 6 consultas de pré-natal, quando comparada a uma mulher negra. No entanto, esse valor cai para 30% e passa a não ser significativo (OR_{ajustado}=1,30, ver Tabela 6) quando fatores socioeconômicos são usados para corrigir essa associação.

Tabela 6 – Valores de p referentes aos testes de significância para os fatores do modelo de regressão logística referentes à assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, e estimativas do odds ratios para cor da pele

Fatores incluídos simultaneamente no modelo	Fez mínimo de seis consultas pré-natal	Parto cesáreo	Parto com presença de acompanhante	Fez consulta no puerpério
Cor da pele	0,094	0,862	0,218	0,256
Classe econômica	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
Plano de saúde	0,007	0,001	<0,001	<0,001
Anos de estudo	<0,001	0,004	0,247	0,003
OR_{ajustado}	1,30	1,03	1,20	1,20
(I.C. 95%)	(0,96 ; 1,78)	(0,77 ; 1,37)	(0,90 ; 1,60)	(0,88 ; 1,64)

OR: estimativa do odds ratio correspondente ao fator cor da pele, tendo "negras" como a categoria de referência

I.C. 95%: estimativa do intervalo de confiança de 95% para o odds ratio

Discussão

O cuidado ao longo da gestação, do parto e do puerpério tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Sua finalidade essencial é assegurar a saúde e a vida das mulheres no momento da reprodução, bem como garantir que as condições que cercam os nascimentos não venham a limitar as novas vidas que aí se iniciam (Lago; Lima, 2009). Evidentemente, é preciso considerar o papel determinante do contexto social e

econômico sobre o estado de saúde das mulheres e no acesso a serviços de saúde.

Nesse sentido, antes de comentar os resultados relativos ao desempenho da atenção em saúde reprodutiva entre mulheres negras e brancas, vale observar as diferenças socioeconômicas a que estão sujeitas. Na amostra, há um predomínio de mulheres negras; elas são maioria no estrato que vive em situação econômica mais precária e sem acesso a plano de saúde. Há baixa presença desse segmento nas classes A e B com plano de saúde. Por outro

lado, a análise da situação de mulheres brancas e negras no interior de cada um desses estratos não identificou diferenças significantes no que se refere à composição etária, escolaridade, religião, situação conjugal e residência urbano-rural. Manteve-se apenas o diferencial da região de residência, com uma tendência a maior frequência relativa de brancas nas regiões Sudeste e Sul nos dois estratos extremos analisados.

Isso posto, o estudo da assistência à gestação indicou, inicialmente, diferenças desfavorecendo as mulheres negras, no que se refere à realização de no mínimo 6 consultas no pré-natal, de parto cesáreo, parto com presença de acompanhante e realização de consulta no puerpério. Entretanto, quando as comparações entre negras e brancas são realizadas, separadamente, dentro de cada um dos dois estratos socioeconômicos, as diferenças perdem significância para todos os indicadores considerados.

Por outro lado, cada um desses indicadores está altamente associado às variáveis de classe econômica, anos de estudo e acesso a plano de saúde, ou seja, apresenta melhores resultados na medida em que as condições de vida das mulheres tornam-se mais favoráveis.

Barata et al. (2007), analisando diferenças entre a população branca e negra na utilização de serviços de saúde, segundo dados da PNAD 1998, identificaram frequência 10% maior de população branca tendo realizado pelo menos uma consulta nos 12 meses precedentes. Após ajuste para a percepção do estado de saúde, idade e renda familiar, as diferenças desapareceram entre os maiores de 25 anos nos estratos de menor renda (até cinco salários mínimos/mês) que se consideravam saudáveis e entre aqueles que consideravam seu estado de saúde regular ou ruim, independentemente da idade (Barata et al., 2007). Conforme sugerem as autoras, é possível que diante da percepção de um problema de saúde, as diferenças tendam a perder importância. Nesse sentido, poderia haver um paralelo com os dados encontrados na PNDS. A gravidez não é um problema de saúde, mas é uma demanda por cuidado em saúde. Diante dela, os dados sugerem que mulheres com igual escolaridade, situação econômica e de posse (ou não) de plano de saúde tem chances similares de

realizar o número mínimo de consultas de pré-natal, uma consulta de puerpério e ter acompanhante no trabalho de parto, independentemente de cor.

Tendência diferente foi encontrada por Leal et al. (2005) em uma amostra de puérperas na cidade do Rio de Janeiro entre 1999 e 2001. A adequação do número de consultas de pré-natal segundo idade gestacional permaneceu mais favorável às brancas do que às pardas e do que às negras, após controle da escolaridade. O mesmo ocorreu quanto ao relato de anestesia no parto vaginal: a porcentagem de mulheres que não a receberam foi significativamente maior entre pardas e pretas do que entre brancas. Teria sido interessante saber se tais associações se manteriam, caso controlada a natureza da instituição hospitalar nos três segmentos do estudo em que a amostra foi estratificada: hospitais municipais e federais, conveniados com o SUS e privados. Tal estratificação dos resultados, se houvesse, permitiria uma melhor comparação com os encontrados em nosso estudo.

Estudo realizado a partir de dados dos suplementos de saúde das PNADS 2003 e 2008 indicou que a população negra tende a se utilizar do SUS 1,4 vezes mais do que a branca (Silva et al., 2011). Além disso, análise dos dados da PNDS 2006 anteriormente publicados indicou maior frequência de realização de pelo menos seis consultas de pré-natal e de realização de consulta de puerpério em mulheres que utilizaram serviços por meio de planos de saúde ou pagamento direto do que entre as que se utilizaram do SUS, mesmo após controle da idade e de variáveis sociais econômicas e étnicas. O mesmo se verificou com relação ao alívio da dor no momento do parto e a presença do acompanhante, quando a natureza do financiamento do parto foi considerada. Por outro lado, a frequência de cesarianas foi ainda mais alta entre as usuárias do sistema de saúde suplementar de que do SUS indicando que maior acesso a serviços obstétricos privados no Brasil também pode expor as mulheres ao recurso excessivo a práticas intervencionistas desnecessárias.

Considerando o cenário da atenção obstétrica no país, vale a pena destacar que os resultados de 2006 são positivos quando confirmam o acesso universal a pelo menos uma consulta de pré-natal, observado

em análise de dados secundários, que indica tendência crescente da cobertura pré-natal, que passou de 95%, em 2000, para 97% em 2004 (Brasil, 2007).

Em relação à assistência ao parto, a proporção de cesarianas, estimada em 43,1%, reflete uma escala ascendente se comparada aos 39% registrados em 2000, 40%, em 2002 e 42,7%, em 2004, todos acima de padrões internacionais (Brasil, 2007). Da mesma forma, o fato de que a maioria das mulheres brasileiras não recebe medidas para alívio da dor no parto normal e não conta com acompanhante no parto indica que a prática obstétrica dominante no país não valoriza estes direitos legítimos das mulheres. Por fim, cabe ainda ressaltar a incapacidade dos sistemas público e privado de saúde em concluir o acompanhamento das mulheres que empreendem o transcurso da gestação e do parto, ao deixar de atendê-las no período puerperal, quando, entre outras questões importantes, é fundamental apoiá-las na adoção de práticas para o planejamento reprodutivo.

Referências

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de classificação econômica Brasil*. 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

BARATA, R. B. et al. Health Inequalities based on ethnicity in individuals aged 15-64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 305-313, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007 (IDB-2007)*: tema do ano: nascimentos no Brasil. 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006*: relatório final. Brasília, DF: Decit: Cebrap, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2014.

CAVENAGHI, S. Aspectos metodológicos e comparabilidade com pesquisas anteriores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006*: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Decit: Cebrap, 2009. p. 13-32.

CUNHA, E. M. G. de P. da. Ítem raza/color: inclusión en las bases de datos brasileñas. In: JORNADAS ARGENTINAS DE POBLACIÓN, 10., 2009, Catamarca. Anais... Catamarca, Argentina: Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA), 2009.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LAGO, T. D. G.; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenças regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006*: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Decit: Cebrap, 2009. p. 151-170.

PNDS - PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER. *Banco de dados*. 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php>. Acesso em: 03 ago. 2016.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

Contribuição das autoras

Berquó foi responsável pela análise dos dados apresentados, e redigiu o artigo. Lago colaborou na redação do artigo.

Recebido: 09/04/2014

Aprovado: 03/07/2014