

Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001

Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001

Maria do Carmo Leal, Silvana Granado Nogueira da Gama e Cynthia Braga da Cunha

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Descritores

Cuidado pré-natal. Cuidado pós-natal. Iniquidade social. Acesso aos serviços de saúde. Equidade no acesso.

Resumo

Objetivo

Analisar as desigualdades sociais e no acesso e utilização dos serviços de saúde em relação à cor da pele em amostra representativa de puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado no Município do Rio de Janeiro, no qual foram amostradas 9.633 puérperas, sendo 5.002 brancas (51,9%), 2.796 pardas (29,0%) e 1.835 negras (19,0%), oriundas de maternidades públicas, conveniadas com o Sistema Único de Saúde e particulares no período de 1999 a 2001. Os dados foram coletados de prontuários médicos e por entrevistas com as mães no pós-parto imediato, aplicando questionários padronizados. Foram utilizados os testes de χ^2 para analisar a homogeneidade das proporções e *t* de Student para comparação de médias. A análise foi estratificada segundo o grau de instrução materna.

Resultados

Observou-se persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Nas mulheres pretas e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foram mais frequentes nas negras seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade. O grupo de elevado nível de escolaridade tem melhores indicadores, mas repete o mesmo padrão. Esse gradiente se mantém, em sentido inverso, quanto à satisfação com a assistência prestada no pré-natal e no parto. Constata-se a existência de duas formas de discriminação, por nível educacional e cor da pele.

Conclusões

Verificaram-se dois níveis de discriminação, a educacional e a racial, que perpassam a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas do Município do Rio de Janeiro.

Keywords

Prenatal care. Postnatal care. Social inequity. Health services accessibility. Equity in access.

Abstract

Objective

To analyze social inequalities and inequalities in access to and utilization of health care services according to skin color in a representative sample of postpartum women receiving hospital childbirth care.

Correspondência para/ Correspondence to:

Maria do Carmo Leal
Departamento de Epidemiologia e Métodos
Quantitativos em Saúde - Fiocruz
R. Leopoldo Bulhões, 1480 8º andar Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: duca@ensp.fiocruz.br

Apoio financeiro do Ministério da Saúde (Convênio n. 3067) e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ - Processo n. 150892/99)

Recebido em 19/1/2004. Reapresentado em 1/6/2004. Aprovado 2/8/2004.

Methods

A cross-sectional study was carried out in a sample of 9,633 postpartum women, of whom 5,002 were white (51.9%), 2,796 mulatto (29.0%), and 1,835 black skin color (19.0%), seen in public maternity hospitals, hospitals contracted out by the Unified National Health System, and private hospitals in the period 1999-2001. Data were collected from medical records and through interviews with the mothers in the immediate postpartum period using standardized questionnaires. Statistical analyses were performed using χ^2 tests to assess homogeneity of proportions and Student's t-test for comparison of measures. The analysis was stratified by maternal schooling.

Results

A persistent unfavorable situation was seen for mulatto and black women as compared to white women. Mulatto and black women had the highest rates of adolescent mothers, low schooling, unpaid occupation, and not having a partner. History of physical violence, smoking, attempts to interrupt pregnancy, and visits to several hospitals before being admitted were more frequent among black women, followed by mulatto and then white women of low schooling. High schooling group of women showed better indicators but the same pattern was seen. This variability is also seen in the opposite direction in terms of the level of satisfaction with prenatal and childbirth care.

Conclusions

It was distinguished two forms of discrimination, by educational level and skin color, in care delivered by health services to postpartum women in Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais nas condições de saúde das populações permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica.

A medição dessas desigualdades se depara com problemas metodológicos para distinguir o quanto é inerente à questão racial, independente de outros aspectos como o acesso à informação, emprego, bens materiais, serviços de saúde ou mesmo da percepção do racismo. Todos esses fatores agem sinergicamente, amplificando os resultados negativos sobre a saúde e, simultaneamente, alimentando as desigualdades nas condições de vida.^{3,7}

Krieger¹⁰ (2003) distingue o conceito de racismo do de raça ou etnicidade. O primeiro, refere-se às práticas institucionais e individuais que criam e reforçam a discriminação contra aqueles a quem discriminam. Os termos raça e etnicidade são categorias sociais, mais do que biológica, referente a grupos que têm em comum uma herança cultural. Segundo a citada autora, a cor da pele pode ser considerada uma expressão biológica da raça, mas pode também ser uma expressão racializada da biologia, quando exposta ao racismo. Krieger¹⁰ comenta que o impacto do racismo sobre a saúde vem sendo abordado em estudos, tanto de forma direta, identificando experiências auto-reportadas, quanto indiretamente, pela descrição das disparidades raciais que apontam o racismo como subjacente a elas.

No Brasil, o debate político sobre as desigualdades raciais e suas conseqüências sobre a saúde é recente e, portanto, há pouca literatura nacional sobre o tema. As poucas publicações sobre racismo devem-se, em parte, à ausência de dados para descrevê-las. Nem mesmo os sistemas de informação oficiais da saúde contemplavam dados que permitissem uma apreciação. Somente no final dos anos 90 iniciou-se a coleta de informação sobre a cor da pele na declaração de óbito e de nascido vivo.

No presente artigo, pretende-se comparar as características sociodemográficas de mulheres brancas, negras e pardas, analisar as diferenças no acesso aos serviços de saúde e na percepção da qualidade do atendimento recebido.

MÉTODOS

Os dados do estudo são provenientes do projeto de pesquisa "Estudo da morbi-mortalidade e da atenção peri e neonatal no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001", parcialmente publicado em 2004.¹¹ Em amostra estratificada proporcional, os estabelecimentos de saúde foram agrupados em três estratos: 1) estabelecimentos municipais e federais; 2) estabelecimentos privados conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), militares, estaduais e filantrópicos e; 3) estabelecimentos privados.

Em todos os hospitais de cada estrato foi selecionada uma amostra de, aproximadamente, 10% de parturientes do número previsto de partos, exceto na-

queles com menos de 200 partos por ano, que foram excluídos por corresponderem a 3,7% do total de partos. O tamanho da amostra, 3.282 mulheres, em cada estrato, foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5%. No total, foram entrevistadas 10.072 mulheres selecionadas em 47 instituições, sendo 12 no primeiro estrato amostral, correspondendo a 34,8% dos partos; 10 no segundo estrato, correspondendo a 34,4%; e 25 no terceiro, com 30,8% dos partos.

As perdas foram de 4,5% para o total da amostra, sendo 2,6% para o primeiro estrato, 1,9% para o segundo e 9,3% para o terceiro. Os principais motivos para as perdas foram a alta precoce da mãe, para os dois primeiros estratos, e a recusa em participar, no terceiro.

Para esta análise foram incluídas 9.633 mulheres, sendo 5.002 brancas (51,9%), 2.796 pardas (29,0%) e 1.835 negras (19,0%). Foram excluídas 225 mulheres que se auto denominaram amarelas, 2,2% da amostra inicial, bem como 214 mães de partos gemelares (2,1%).

A coleta de dados foi feita por três questionários padronizados. O primeiro deles foi aplicado às mães no pós-parto imediato, o outro foi preenchido a partir de informações contidas nos prontuários e o terceiro, com questões acerca das condições da mãe e do bebê no momento da alta hospitalar. Tanto as entrevistas com as puérperas, quanto a consulta aos prontuários, foram realizadas por acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina. Os estudantes foram devidamente treinados para essa tarefa e contaram com a assistência de três supervisores de campo. As entrevistas eram realizadas diariamente, inclusive nos feriados e finais de semana. A equipe de campo permanecia nas instituições durante o tempo necessário para completar o número de puérperas amostrado.

Na análise bivariada a “instrução materna” foi categorizada em até o ensino médio incompleto e ensino médio completo e mais.

A cor da pele foi definida pela puérpera ao responder a pergunta “qual a sua cor?” Foram oferecidas as alternativas fechadas: branca, preta, parda e amarela.

O índice de *Kotelchuck* avalia a adequação de uso dos serviços pré-natais, considerando o número de consultas e o mês do início ponderado pela idade gestacional. Leal et al¹² (2004) utilizaram este escore, adequando-o às características da população de puérperas do Município do Rio de Janeiro.

A ocorrência de patologias na gestação foi infor-

mada pela puérpera no momento da entrevista. Considerou-se como portadora de hipertensão arterial toda gestante com diagnóstico anterior à gestação, as que desenvolveram a doença durante a gravidez e que referiram um quadro de eclampsia. Da mesma maneira, o diabetes mellitus congregou os casos pré-gestacionais e gestacionais.

A análise estatística consistiu em utilizar testes de qui-quadrado (χ^2) para testar a homogeneidade de proporções e χ^2 de tendência linear para comparar os grupos de mães segundo a cor da pele, estratificada pelo nível de instrução. Para comparação de médias utilizou-se o teste *t* de *Student*.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Para cada puérpera amostrada para participar do estudo ou seu responsável, em caso de menores de idade, foi entregue termo de consentimento livre e esclarecido, expondo o objetivo da pesquisa e solicitando sua autorização por escrito.

RESULTADOS

Na Tabela 1 observa-se uma persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Há maior concentração de puérperas adolescentes entre as negras (24,5%), seguidas pelas pardas (22,3%). As puérperas pardas e negras apresentam menor grau de escolaridade, apenas 1,3% das negras e 2,8% das pardas completaram o ensino superior, em contraste com 13,1% alcançado pelas brancas. Analisado pela ótica da falta de instrução, os resultados se invertem e o grupo das negras tem uma proporção de mulheres com menos de quatro anos de estudo, duas vezes maior do que o das pardas e brancas. Da mesma forma, as disparidades se estendem para a área profissional, sendo maior, 44,3%, o percentual das que possuem trabalho remunerado entre as brancas em relação às pardas e negras, ambas, com cerca de 32,0%.

Quanto à situação conjugal, observa-se maior percentual de mulheres brancas e pardas vivendo com os pais de seus bebês, 86,6% e 83,1%, em relação às negras, 75,6%. Embora não sejam elevados os percentuais de mulheres que declararam ter tentado interromper a gestação e ter sofrido agressão física durante a gravidez, o valor encontrado entre as negras foi de 9,1% e 5,1% respectivamente, mais que o dobro do observado entre as brancas. A categorização pelo número de filhos tidos anteriormente revela um gradiente na paridade, crescente das brancas para as negras, com as pardas em situação intermediária. Similarmente, o hábito de fumar durante a gestação foi

mais presente entre as mulheres pardas, 14,9% e negras, 18,5%, do que entre as brancas, 10,3%.

Das enfermidades declaradas por elas durante a gestação, identificou-se que, para a doença hipertensiva e a sífilis, as brancas foram menos acometidas. Já para o diabetes mellitus a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa.

O índice de *Kotelchuck* modificado avalia a adequação quantitativa do pré-natal e mostrou, nas categorias “adequado” e “mais que adequado”, valores bem mais elevados entre as brancas comparadas às pardas e negras.

Poucas mulheres declararam ter chegado sozinhas à maternidade, mas ainda assim, foi maior o percentual nas pardas e negras. Foi elevada a proporção de mulheres que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada. A peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as negras, 28,8% nas pardas e 18,5% nas brancas.

A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal nos dois grupos, porém a proporção de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior entre as pardas, 16,4% e negras, 21,8%.

Em relação a estar com o companheiro ou familiar na ida para a maternidade, as gestantes pardas se assemelham às brancas, ficando as de cor preta em condição desfavorável, tendo 4,9% delas chegado desacompanhadas. A variável “tipo de prestador” reforça a desigualdade no acesso ao serviço de saúde entre brancas, pardas e negras. As mulheres de cor preta e parda são majoritariamente atendidas em estabelecimentos públicos, 58,9% e 46,9%, e nas maternidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), 29,6 e 32,0%. As brancas, ao contrário, quase a metade, 43,7%, tiveram seus partos realizados em maternidades privadas.

A Tabela 2, apresenta as características maternas segundo a cor da pele e o nível de instrução, as diferenças observadas na Tabela 1 são mantidas em praticamente todas as variáveis.

É baixa a proporção de mães com trabalho remunerado entre as puérperas com nível fundamental de ensino, não diferindo entre brancas, pardas e negras. Porém, entre aquelas que finalizaram o ensino médio ou mais, as negras e pardas permanecem exercendo menos funções remuneradas. Viver em companhia do pai do bebê é menos freqüente entre as puérperas de cor preta, mesmo quando estratificado pela escolari-

Tabela 1 - Características sociocomportamentais, gestacionais e de acesso das puérperas segundo a cor. Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.

Variáveis	Cor branca %	Cor parda %	Cor preta %	%	Total N	p valor
Faixa etária						
<20 anos	16,3	22,3	24,5	19,6	1.891	0,000
20 a 34 anos	70,6	67,5	65,3	68,7	6.612	
35 anos e mais	13,1	10,2	10,1	11,7	1.126	
Instrução materna						
<4ª série fundamental	5,8	10,6	13,9	8,7	839	0,000
4ª série fundamental	22,9	39,4	42,4	31,4	3.019	
8ª série fundamental	20,6	25,4	25,4	22,9	2.202	
Ensino médio	37,4	21,8	17,1	29,0	2.787	
Nível superior	13,1	2,8	1,3	7,9	756	
Tem trabalho remunerado	44,3	31,9	32,5	38,5	3.706	0,000
Vive com o pai do bebê	86,6	83,1	75,6	83,5	8.033	0,000
Tentou interromper a gestação	3,5	5,9	9,1	5,3	506	0,000
Sofreu agressão física na gestação	2,0	3,1	5,1	2,9	277	0,000
Paridade						
Nenhum filho anterior	45,1	37,5	33,6	40,7	3.918	0,000
1 a 2 filhos anteriores	43,6	45,5	44,1	44,2	4.260	
3 e mais filhos anteriores	11,3	17,0	22,3	15,1	1.450	
Fumou na gestação	10,3	14,9	18,5	13,2	1.271	0,000
Hipertensão arterial na gestação	8,3	10,7	14,1	10,1	960	0,000
Diabetes mellitus na gestação	1,6	1,8	2,2	1,7	165	0,100
Sífilis na gestação	0,8	1,9	3,0	1,5	143	0,000
Índice de Kotelchuck modificado						
Sem pré-natal	2,5	4,7	6,7	3,9	356	0,000
Inadequado	19,7	29,5	36,3	25,6	2.331	
Intermediário	28,1	36,1	34,8	31,6	2.883	
Adequado	38,5	23,5	18,8	30,5	2.782	
Mais do que adequado	11,3	6,2	3,4	8,4	762	
Chegou só à maternidade	3,1	3,7	4,9	3,6	346	0,000
Procurou mais de uma maternidade para o parto	18,5	28,8	31,8	24,1	2.313	0,000
Não recebeu anestesia no parto*	13,5	16,4	21,8	16,4	784	0,000
Tipo de prestador						
Público	35,9	46,9	58,9	43,5	4.189	0,000
Conveniada com o SUS	20,3	32,0	29,6	25,5	2.455	
Privado	43,7	21,1	11,6	31,0	2.989	

*Excluídos os partos cesáreos

dade materna. O mesmo se observa sobre ter sofrido agressão física no período pré-natal e haver tentado interromper a gestação. Quanto ao hábito de fumar durante gestação, as proporções de negras, pardas e brancas se tornam homogêneas no grupo com ensino médio completo e mais, por outro lado, persistem as diferenças entre os grupos de cor naquelas com menos instrução. As negras e pardas também utilizaram menos os serviços pré-natais, estiveram mais expostas à perambulação em busca de assistência médica para o parto e a não utilização de anestésico, independente do grau de escolaridade. A média do peso ao nascer foi significativamente diferente entre as raças para aquelas com menos que o ensino médio completo. Entretanto, essa diferença deixa de existir quando se compara as mulheres com nível médio completo ou mais de escolaridade.

A avaliação da satisfação materna com a atenção recebida nos serviços de saúde, segundo a cor da pele, estratificada pelo nível de instrução, pode ser observada na Tabela 3. As mulheres de cor preta e parda referiram menor grau de satisfação do que as brancas, para o atendimento recebido no pré-natal, parto e ao recém-nascido. Quanto ao nível de instrução, verificou-se que a satisfação cresce com os anos de estudo. Tanto nos níveis de instrução mais baixos, quanto

nos mais elevados, as brancas mostram mais satisfação que as pardas e negras.

DISCUSSÃO

Constatou-se que as desvantagens observadas para as mulheres pretas e pardas extrapolaram os indicadores socioeconômicos e se estenderam para a assistência à sua saúde e do conceito. Tendo em vista que a cobertura da assistência hospitalar ao parto no Município do Rio de Janeiro é universal (estima-se que 99% dos partos ocorrem em hospitais), os resultados aqui apresentados podem ser aplicados ao restante da população de puérperas da cidade.

Verificou-se que pioraram os indicadores socioeconômicos dessa população à medida que se verifica o escurecimento da cor da pele, concordando com os achados de Olinto & Olinto¹⁵ (2000), estudando mulheres em idade reprodutiva no Sul do Brasil.

Começando pela idade materna atual, verifica-se, no presente estudo, uma maior proporção de gestações em idades mais avançadas nas mulheres brancas, em contraposição à maior prevalência na adolescência nas negras. O prejuízo da gravidez precoce não se restringe aos efeitos adversos sobre o recém-

Tabela 2 - Características sociocomportamentais, gestacionais e de acesso das puérperas segundo a cor e grau de escolaridade. Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.

Variáveis	Cor branca %	Cor parda %	Cor preta %	%	Total N	p valor
Idade materna						
<20 anos de idade						
Até o ensino médio incompleto	14,6	20,9	23,5	18,1	1.741	0,000
Ensino médio completo e mais	1,7	1,4	1,1	1,5	146	
35 e mais anos de idade						
Até o ensino médio incompleto	3,8	6,3	7,3	5,2	503	0,000
Ensino médio completo e mais	9,2	3,8	2,8	6,4	615	
Tem trabalho remunerado						
Até o ensino médio incompleto	25,9	24,0	27,1	25,5	1.548	0,582
Ensino médio completo e mais	62,3	56,1	56,7	60,6	2.145	0,003
Vive com o pai do bebê						
Até o ensino médio incompleto	81,5	80,7	73,3	79,2	4.798	0,000
Ensino médio completo e mais	91,5	90,1	85,7	90,7	3.207	0,001
Tentou interromper a gestação						
Até o ensino médio incompleto	6,0	7,1	10,4	7,5	451	0,000
Ensino médio completo e mais	1,0	2,3	3,0	1,5	52	0,001
Sofreu agressão física na gestação						
Até o ensino médio incompleto	3,2	3,8	5,7	4,0	242	0,014
Ensino médio completo e mais	0,8	0,7	2,1	0,9	33	0,143
Fumo na gestação						
Até o ensino médio incompleto	14,5	17,3	21,3	17,2	1.039	0,000
Ensino médio completo e mais	6,1	6,9	6,3	6,3	221	0,643
Índice de Kotelchuck (adequado e mais que adequado)						
Até o ensino médio incompleto	24,4	20,6	16,5	21,2	1.188	0,000
Ensino médio completo e mais	73,4	55,8	46,0	67,4	2.348	0,000
Procurou mais de uma maternidade						
Até o ensino médio incompleto	27,8	33,8	33,9	31,4	1.901	0,000
Ensino médio completo e mais	9,4	13,6	22,7	11,5	404	0,000
Não recebeu anestesia no parto*						
Até o ensino médio incompleto	16,0	17,4	23,0	18,3	699	0,000
Ensino médio completo e mais	6,7	9,0	12,9	8,2	78	0,012
Média de peso ao nascer (g)						
Até o ensino médio incompleto	3.184	3.155	3.121	3.158	5.856	0,007
Ensino médio completo e mais	3.220	3.218	3.185	3.216	3.439	0,564

*Excluídos os partos cesáreos

Tabela 3 – Avaliação das mães quanto à qualidade da assistência prestada no pré-natal, parto e ao recém-nascido, segundo a cor e o grau de escolaridade. Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.

Variáveis	Branca	Parda	Preta	p valor
Assistência ao pré-natal*				
Regular ou ruim				0,000
Até o ensino médio incompleto	13,8	15,7	17,1	
Ensino médio completo e mais	3,5	7,1	7,9	
Boa			0,000	
Até o ensino médio incompleto	47,8	49,2	49,7	
Ensino médio completo e mais	19,6	30,5	36,2	
Ótima				0,000
Até o ensino médio incompleto	38,4	35,0	33,2	
Ensino médio completo e mais	76,9	62,4	55,9	
Assistência ao parto				
Regular ou ruim				0,003
Até o ensino médio incompleto	7,8	10,1	8,5	
Ensino médio completo e mais	2,7	5,5	7,9	
Boa			0,000	
Até o ensino médio incompleto	47,8	49,8	54,7	
Ensino médio completo e mais	18,8	29,3	32,9	
Ótima				0,000
Até o ensino médio incompleto	44,5	40,1	36,8	
Ensino médio completo e mais	78,5	65,2	55,9	
Assistência ao recém-nascido**				
Regular ou ruim				0,005
Até o ensino médio incompleto	2,3	2,7	2,7	
Ensino médio completo e mais	1,3	1,5	2,8	
Boa			0,000	
Até o ensino médio incompleto	53,5	55,0	59,5	
Ensino médio completo e mais	20,9	33,7	42,0	
Ótima				0,000
Até o ensino médio incompleto	44,2	42,2	37,8	
Ensino médio completo e mais	77,8	64,8	55,2	

*Excluídas da análise as mulheres que não haviam feito pré-natal (N=320)

**Excluídos da análise as mães de natimortos (N=80)

nascido, mas se estende a outras esferas da vida social da mãe, tais como a evasão escolar, pior qualificação profissional, levando a baixa colocação no mercado de trabalho, como mostraram Gama et al⁶ (2002). O aumento do tamanho da prole, determinada, em grande parte, pelo início precoce da vida reprodutiva, é outra dimensão desse mesmo fenômeno, que reforça a exclusão social dessas mulheres.

O mais baixo grau de escolaridade da mulher negra retrata a maior desigualdade no acesso e permanência no sistema educacional. Da mesma forma, contribui para pior desempenho no mercado de trabalho. Dentro do nível de instrução mais elevado manteve-se menor a proporção de mulheres pardas e negras com emprego formal em relação às brancas, evidenciando a possível existência de preconceito no mercado de trabalho. As proporções de negras e brancas se tornam homogêneas no grupo com até ensino fundamental completo, revelando baixo percentual de mulheres com trabalho remunerado nesse grupo. Sansone¹⁶ (1998), descreve a dificuldade na entrada no mercado de trabalho verificado em Salvador, BA, como uma das formas mais duras de racismo.

A ausência do pai do bebê no domicílio das mães negras foi maior, evidenciando situação de desemprego emocional e econômico que se soma ao maior maltrato físico vivenciado durante a gestação. Essas ocorrências, associadas à maior paridade das mulhe-

res negras e pardas, podem ser consideradas como possíveis contribuintes da maior prevalência de tentativa de aborto entre elas. Constatou-se que a tentativa de interromper a gestação foi três vezes maior entre as que relataram agressão (dados não mostrados). Hedin & Janson⁸ (2000) descrevendo a prevalência de agressão física em gestantes suecas, encontrou maior proporção em mulheres jovens, sem parceiros, de baixo nível socioeconômico e com história prévia de aborto quando comparadas às que não tinham história de violência doméstica.

Na relação com os serviços de saúde, as desigualdades se reproduzem tanto no acesso a um pré-natal adequado quanto no momento do parto. Menos de um quinto das mulheres negras de nível de instrução menor realizou um pré-natal considerado adequado e mesmo no grupo de maior instrução, esse benefício não cobre a metade delas. As pardas mostram o mesmo padrão, ligeiramente atenuado. Na Califórnia, para o ano de 1999, Rittenhouse et al¹⁷ (2003) encontraram que, embora com percentuais mais baixos que as brancas, mais de 80% das mulheres negras receberam atenção pré-natal considerada adequada e mais que adequada pelo índice de Kotelchuck. Esses dados revelam que, ainda persistindo os diferenciais na oferta de assistência pré-natal, na Califórnia o grupo das negras, que recebem a pior assistência, apresenta um índice de adequação do pré-natal superior ao grupo de brancas de alta instrução do Município do Rio de Janeiro.

Quase um terço das pardas e negras não conseguiram atendimento no primeiro estabelecimento procurado e no parto vaginal receberam menos anestesia. A perambulação pelas maternidades na hora do parto constitui-se numa das dimensões da falta de acolhimento das instituições de saúde e reflete a ausência de planejamento sistêmico para assistência ao nascimento no MRJ, com conseqüências danosas para a mãe e seu concepto.

O uso de anestésico durante o trabalho de parto normal não é preconizado, como rotina de atendimento, pela Organização Mundial de Saúde¹⁸ (1996), mas o Ministério da Saúde¹⁴ (1991), conforme Portaria nº 2.815, 1998, paga por esse procedimento, como uma das estratégias para diminuir o medo da dor do parto e, assim, reduzir as cesáreas. Como em outros estudos, a disponibilidade dessa prática médica esteve associada à classe socioeconômica das gestantes.¹³ Nos Estados Unidos, Hueston et al⁹ (1994) também encontraram maior utilização de anestesia peridural em mulheres brancas que foram, simultaneamente, mais assistidas por especialista. Porque aqui esta discussão?

Foi maior a prevalência do hábito de fumar nas mulheres pardas e negras de mais baixo nível de escolaridade. Andreski & Breslau² (1995) descrevendo o uso de cigarros durante a gestação em mulheres brancas e negras de Detroit nos Estados Unidos, identificaram uma maior prevalência em negras, também associada com a escolaridade, mas o gradiente entre os níveis de escolaridade foi menor entre as negras quando comparado com as brancas. No presente estudo, as diferenças entre brancas, pardas e negras, quanto ao comportamento de fumar na gestação, desapareceu entre as de melhor escolaridade, revelando o quanto o nível de instrução pode contribuir, na nossa realidade, para a diminuição dos diferenciais de cor nos resultados adversos da gestação. Sabe-se que o hábito de fumar é um reconhecido fator de risco para o baixo peso ao nascer e patologias respiratórias.^{4,19}

Alguns autores norte-americanos vêm chamando a atenção que a maior prevalência de comportamentos de risco tais como uso de cigarros, bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas em gestantes negras pode ser expressão do estresse pela vivência do racismo, contribuindo, assim, para a ocorrência de conseqüências danosas aos seus recém-nascidos.⁵

Anemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus são as três patologias mais freqüentes na gestação.¹ Nas mulheres incluídas no presente estudo, a presença da doença hipertensiva foi quase 50% maior nas negras em relação às brancas. Da mesma forma, pode-se cons-

tatar o reflexo de toda essa desigualdade sobre o resultado da concepção. Foram menores as médias de peso ao nascer entre as mães de baixa instrução e quanto à raça, semelhantes nas de melhor escolaridade e menores nas de baixa instrução de cor escura em relação às que se declararam brancas.

A maioria das puérperas considerou satisfatória a atenção dada a elas e principalmente aos seus recém-nascidos, pelos serviços de saúde. Entretanto, houve uma apreensão diferenciada do tratamento recebido pelo nível de instrução e pela cor da pele das mulheres. Muito embora esse tipo de avaliação não contemple a adequação da atenção prestada, por impossibilidade da clientela julgar com conhecimento técnico o que deveria ser oferecido, é, ainda assim, importante componente da avaliação dos serviços sob a ótica do usuário. A percepção diferenciada na qualidade da atenção recebida entre as menos instruídas, com gradiente crescente para as pardas e pretas, pode ser visto como expressão da desigualdade do tratamento oferecido pelos serviços de saúde para os grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente, acrescidos de uma distinção negativa para as mulheres de pele escura.

Concluindo, constata-se que as brancas com mais instrução detêm maiores percentuais de mulheres com trabalho remunerado e vivendo com o pai do bebê, enquanto no outro extremo encontram-se as negras com baixa escolaridade. Já em relação às variáveis negativas, o comportamento se inverte. Sofrer agressão física, fumar e tentar interromper a gravidez foram mais freqüentes nas negras com baixa escolaridade, seguidas pelas pardas e pelas brancas, depois pelas negras com melhor instrução, pardas e por fim, pelas brancas com elevado grau de escolaridade.

Nos serviços de saúde as mulheres também se diferenciaram segundo o grau de instrução e cor da pele. No pré-natal tiveram menor acesso a atenção adequada em acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No momento do parto, foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. Essas diferenças no tratamento oferecido foram apreendidas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas. Novamente o mesmo padrão se estabelece na relação com os serviços de saúde, por instrução e por cor da pele.

Não há como deixar de constatar que há dois níveis de discriminação na sociedade, a educacional e a racial, e que elas invadem a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas do Município do Rio de Janeiro. Esses resultados deve-

rão ser divulgados aos planejadores das políticas públicas para que sejam incorporados nos treinamentos dos profissionais de saúde sobre a humanização do atendimento às gestantes.

Como limitação do presente estudo, identifica-se a auto-classificação da cor da pele, que detém um grau de subjetividade e depende da inserção social das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Anderson AD, Lichorad A. Hypertensive disorders, diabetes mellitus and anemia: three common medical complication of pregnancy. *Prim Care* 2000;27:185-201.
2. Andreski P, Breslau N. Maternal smoking among Blacks and Whites. *Soc Sci Med* 1995;41:227-33.
3. Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ* 1997;314:1751-6.
4. Brown MA, Halonen M. Perinatal events in the development of asthma. *Curr Opin Pulm Med* 1999;5:4-9.
5. Collins JW Jr, David RJ, Symons R, Handler A, Wall SN, Dwyer L. Low-income African-American mother's perception of exposure to racial discrimination and infant birth weight. *Epidemiol* 2000;11:337-9.
6. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002;18:153-61.
7. Guest AM, Almgren G, Hussey JM. The ecology of race and socioeconomic distress: infant and working-age mortality in Chicago. *Demography* 1998;35:23-34.
8. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:623-4.
9. Hueston WJ, McClafflin RR, Mansfield CJ, Rudy M. Factors associated with the use of intrapartum epidural analgesia. *Obstet Gynecol* 1994;84:579-82.
10. Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003;93:194-9.
11. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavallini LT, Garbayo LS, Brasil CLP et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 1):20-33.
12. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 1):63-72.
13. Morgan B, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Effectiveness of pain relief in labor: survey of 1000 mothers. *BMJ* 1982;285:689-90.
14. Ministério da Saúde. Assistência Institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Brasília (DF); 1991.
15. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: em exemplo no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2000;16:1137-42.
16. Sansone L. As relações raciais em Casa-Grande & Senzala revisitadas à luz do processo de internacionalização e globalização. In: Maio MC, Santos RV, organizadores. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 207-18.
17. Rittenhouse DR, Braveman P, Marchi K. Improvements in prenatal insurance coverage and utilization of care in California: an unsung public health victory. *Matern Child Health J* 2003;7:75-86.
18. [WHO] World Health Organization. Maternal and newborn health, safe motherhood unit, family and reproductive health. Care in normal birth: a practical guide. Genebra: WHO; 1996.
19. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perint Epidemiol* 1999;13:35-57.