

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO



PUC
RIO

**O VIÉS RACIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EVIDÊNCIAS DOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO**

Bruna Moreno de Oliveira
1810343

Orientador: Arthur Bragança

Julho de 2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO

**O VIÉS RACIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EVIDÊNCIAS DOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO**

Bruna Moreno De Oliveira
1810343

Orientador: Arthur Bragança

Declaro que o presente trabalho é de minha autoria e que não recorri para realizá-lo, a nenhuma fonte de ajuda externa, exceto quando autorizado pelo professor tutor.

Julho de 2022

As opiniões expressas neste trabalho são de responsabilidade única e exclusiva do autor.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Thereza e Venicio, pelo amor, carinho e apoio que me concederam durante toda a minha vida e pelo esforço investido na minha educação.

Ao meu irmão, Vinicius, por estar sempre do meu lado e me fazer ter confiança nas minhas decisões.

Ao meu orientador, Arthur, por acreditar nesse projeto de pesquisa e pelas valiosas contribuições dadas durante o processo de elaboração.

Aos meus amigos, pelos momentos de leveza, por me encorajarem e torcerem para que tudo desse certo.

Ao corpo docente do Departamento de Economia, pela excelente qualidade de ensino, por valorizar e incentivar, com tanto prazer, a pesquisa acadêmica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	11
2.1 RACISMO NA CONDUÇÃO DOS CUIDADOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS	12
2.2 SAÚDE DA MULHER NEGRA	13
2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DISPARIDADES RACIAIS	15
3 DADOS	18
3.1 CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS	19
3.2 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS.....	23
4 ESTRATÉGIA EMPÍRICA	33
4.1 VIÉS RACIAL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	34
4.2 IMPACTO SOBRE A SAÚDE AO NASCER	35
5 RESULTADOS	37
6 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICE A	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual de Partos Induzidos no Estado do Rio de Janeiro	24
Figura 2 - Representatividade dos Partos Realizados por Raça/Cor da Mãe	26
Figura 3 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe	27
Figura 4 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe	27
Figura 5 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe, segundo Escolaridade.....	29
Figura 6 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe, segundo Escolaridade	29
Figura 7 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe, segundo Estado Civil	30
Figura 8 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe, segundo Estado Civil	31
Figura 9 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe, segundo Consultas Pré-Natais	32
Figura 10 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe, segundo Consultas Pré-Natais	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Partos Induzidos Precoces no Estado do Rio de Janeiro	25
Tabela 2 – Resultado Econométricos – Parto Induzido e Parto Induzido Precoce.....	37
Tabela 3 – Resultados Econométricos – Peso ao Nascer	40

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar o viés racial existente na violência obstétrica expressa, principalmente, através da indução do trabalho de parto antes das 41 semanas de gestação e de condições de saúde ao nascer do recém-nascido. O uso frequente de partos induzidos é uma tendência que vem se aprofundando no país e, na maioria das vezes, poderiam ser evitados, preservando-se a saúde da mãe e do bebê. Evidências recentes sugerem que a prática sistemática de indução de gestações esteja associada ao aumento do risco de prematuridade tardia, com efeitos deletérios e significativa morbidade para o concepto. A partir dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo DATASUS, e do Censo Demográfico de 2010, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Estado do Rio de Janeiro, as mulheres pretas são mais propensas a sofrerem casos de violência obstétrica do que as mulheres brancas. Mostra-se que esse viés racial traduz impacto nas condições de saúde ao nascer das crianças pretas e pardas, que tendem a ter maiores chances de nascer com condições de baixo peso. Faz-se uma análise em subamostras para investigar se esse efeito vem principalmente de lugares onde há menos enfermeiros pretos para o acompanhamento gestacional. Os resultados mostram a existência do racismo institucional nos serviços de saúde, contribuindo para o reconhecimento das desvantagens das discriminações para a saúde da população preta e alertando a urgência de uma maior equidade racial nas equipes e nas conduções de procedimentos médicos.

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica envolve qualquer tipo de abuso sofrido por gestantes quando procuram atendimento em serviços de saúde para realização do parto. Pode parecer ser um tipo de violência que afeta apenas as mulheres, já que essas são as únicas que passam pela experiência da gestação. No entanto, existem trabalhos que indicam que as negligências cometidas, as práticas discriminatórias, as induções precoces de trabalho de parto, os procedimentos obstétricos inadequados ou as cesárias arriscadas também trazem índices elevados de mortalidade ou morbidade para o bebê¹.

Nesse contexto, busca-se investigar se a violência obstétrica no Brasil reproduz desigualdades raciais e sociais. As hipóteses a serem testadas são as de que mulheres negras sofrem mais violência obstétrica do que mulheres brancas e de que esta disparidade produz impacto significativo na condição de saúde ao nascer dos bebês. A monografia também avalia se o acompanhamento de enfermeiros páreos ou, pelo menos, uma maior proporção deles, teria o potencial de reduzir o diferencial racial da violência obstétrica, ou seja, se uma maior quantidade de profissionais da saúde negros ajudaria as mulheres negras a passarem por menos intervenções inapropriadas no período gestacional. Essa parte da análise toma como inspiração o fato de que, nos Estados Unidos, médicos negros podem reduzir a lacuna da mortalidade cardiovascular entre homens negros e não negros em 19%, comprovando o efeito estatisticamente significativo da diversidade da força de trabalho médica sobre a demanda por cuidados preventivos entre homens negros americanos².

Neste trabalho, a indução precoce do trabalho de parto será utilizada como proxy da real variável de interesse violência obstétrica. A indução do parto consiste em “estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres”³. Mães que ultrapassem a 41^a semana gestacional passam pela chamada “gestação pós-termo” e correm maiores riscos de vida, portanto, nesses casos, a indução é utilizada a fim de reduzir riscos de mortalidade⁴. Por outro lado, o Royal College Obstetricians and

¹ SANTIAGO; SOUZA, 2017.

² ALSAN *et al.*, 2019.

³ ALMEIDA; ALEXANDRE; DE JESUS, 2017.

⁴ SANTA CATARINA, 2013; MATERNIDADE ESCOLA UFRJ, 2018.

Gynecologists (RCOG) aponta que esse procedimento pode acarretar sérias complicações como ruptura do útero, infecção intracavitária, projeção do cordão umbilical na frente do feto, falha da indução ou até morte⁵. As induções realizadas sem a certeza da idade gestacional ainda estão associadas ao aumento do risco de prematuridade. Além disso, o número excessivo de contrações uterinas ocasionadas pela indução provoca enorme sofrimento fetal ou até óbito⁶. Uma série de indicações comuns para indução do trabalho de parto não têm uma base sólida de evidências para orientar a prática⁷. Dessa forma, considera-se que partos induzidos, quando feitos sem prescrição adequada e antes do tempo recomendado, são uma prática de violência obstétrica.

Utilizou-se microdados do DATASUS para o estado do Rio de Janeiro e um modelo econométrico com variáveis observacionais, à nível individual, para entender a influência da cor da pele de uma gestante sobre a probabilidade dela passar por um episódio de violência obstétrica. Estimou-se que a probabilidade de mulheres pretas ou pardas terem parto induzido prematuramente é 1.04 pontos percentuais maior do que a de mulheres não pretas e pardas. Em uma análise de partos induzidos no geral, sem necessariamente serem considerados prematuros, estimou-se que a probabilidade de mulheres pretas ou pardas passarem por indução é 1.30 pontos percentuais maior em comparação à mulheres de outras raças. Estimou-se também que a probabilidade de bebês das gestantes negras nascerem com condições de baixo peso é 0.58 pontos percentuais maior em comparação aos bebês de mulheres não negras. Não se verificam diferenças dos efeitos em localidades com mais ou menos profissionais de enfermagem pretos e pardos.

Os resultados encontrados na presente monografia contribuem diretamente para a literatura sobre disparidades raciais de cuidado médico e para a importante agenda de pesquisa sobre condução de saúde em países em desenvolvimento, seguindo em linha com Raphael Bruce *et al.*⁸, que evidenciam a existência de discrepâncias raciais na saúde durante a pandemia do COVID-19 no Brasil. Uma robusta identificação causal também encontrada nessa literatura, através de como no artigo de Marcella Alsan, Owen Garrick e Grant Graziani⁹, diz respeito à influência da diversidade na força de trabalho médica na melhora das decisões médicas e dos resultados entre as populações

⁵ AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2009 apud SOUZA, A. *et al.*, 2010a, p. 190.

⁶ SOUZA, A. *et al.*, 2010a.

⁷ MOZURKEWICH *et al.*, 2009.

⁸ 2020.

⁹ 2019.

minoritárias. Esse trabalho é um dos primeiros a mostrar que existem diferenças sistemáticas de procedimentos obstétricos entre mulheres pretas ou pardas e mulheres brancas.

O restante da monografia está dividida em 6 seções. O Capítulo 2 consiste em uma Revisão de Literatura reunindo informações relevantes acerca das condições históricas e atuais da saúde da população negra brasileira que enfrenta, infelizmente, a reprodução de iniquidades raciais em atendimentos e cuidados médicos. Essa seção é importante também para elucidar a realidade da mulher preta e suas vivências obstétricas, contextualizando e auxiliando o entendimento do restante do trabalho. O Capítulo 3, intitulado “Dados”, detalha as bases de dados que foram utilizadas para as regressões de interesse, mostra o processo de construção das variáveis e concentra uma análise estatística e descritiva dos dados. O Capítulo 4 é responsável por explicar a Estratégia Empírica da pesquisa, detalhando o modelo econométrico e recursos usados para a estimação dos coeficientes. Além disso, o Capítulo 5 de Resultados reúne os principais resultados obtidos nas estimações e o Capítulo 6 de Conclusão discute os resultados obtidos e suas implicações. Por fim, há uma seção de Referências com todas as fontes consultadas durante a realização deste trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Atualmente, a produção científica brasileira já acumula múltiplos estudos sobre as disparidades raciais nos serviços de saúde. A dimensão da raça é entendida como um importante determinante social das profundas diferenças de acesso à assistência médica existentes no país. A revisão integrativa de Nelma Silva *et al.*¹⁰ traz evidências amplas de que a população preta é a que sofre maiores restrições no acesso à serviços de saúde. O artigo demonstra que importantes fatores socioeconômicos brasileiros contribuem diretamente para isso, como os baixos níveis de escolaridade ou renda da maior parte da população negra, a informalidade no emprego e o próprio preconceito racial. Existe também um eixo estrutural grave que afeta a adesão de pretos e pretas à tratamentos de saúde, composto por uma insuficiência latente da estrutura dos serviços de assistência básica, pela baixa disponibilidade de insumos ou equipamentos para realização de procedimentos médicos, pelo número insuficiente de profissionais disponíveis, por barreiras geográficas ou até pela falta de conhecimentos médicos tradicionais da cultura de determinada região¹¹.

De maneira ilustrativa, o estudo etnográfico de Leny Trad, Marcelo Catellanos e Maria Guimarães¹² explorou a acessibilidade aos serviços de atenção básica do SUS de famílias negras do bairro popular Boca do Rio, em Salvador (BA), durante o período de dois anos. Os resultados das entrevistas realizadas mostraram que a discriminação racial e a discriminação de classe estão intrinsecamente interligadas e influenciam diretamente na vulnerabilidade à qual essas famílias são expostas. A percepção dos entrevistados negros sobre os serviços de atenção básica à saúde reitera a visão geral de que essa população é severamente impactada pelas lacunas estruturais dos serviços de saúde prestados. Segundo o estudo, a falta de organização, o elevado tempo de espera para atendimento, a baixa complexidade tecnológica das unidades de saúde, a pouca resolutividade e o predomínio de cuidados paliativos, realizados por profissionais não especializados, são barreiras significativas que dificultam o cuidado com a saúde da comunidade negra.

¹⁰ 2020.

¹¹ VIEIRA; MONTEIRO, 2013.

¹² 2012.

2.1 RACISMO NA CONDUÇÃO DOS CUIDADOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, reconheceu o racismo institucional como um dos principais propulsores da produção de iniquidades em saúde experimentadas pela população negra¹³. Historicamente, a discriminação pela cor da pele tem criado inúmeras barreiras que dificultam que indivíduos negros possam receber atendimento médico adequado.

Ainda que seja possível encontrar uma vasta literatura acerca das desigualdades raciais no acesso à saúde, há relativa escassez de trabalhos empíricos que investiguem as iniquidades raciais na própria condução dos cuidados e procedimentos médicos. Mesmo quando a população negra consegue o tão difícil acesso à tratamentos, ainda há de se experimentar casos de discriminação racial praticados pelos prestadores de cuidado de saúde. Raphael Bruce *et al.*¹⁴ comprovam empiricamente que a raça vem influenciando a forma como os pacientes recebem tratamentos médicos durante a pandemia no Brasil. Os autores estimaram a probabilidade de um paciente receber tratamento em uma UTI após dar entrada em um hospital, dado que ele ou ela é de uma determinada raça e condicionado a um conjunto de controles e efeitos fixos de semana epidemiológica e hospitalar. As evidências mostram que, em 2020, indivíduos negros apresentaram 62,2% menos chances de serem alocados em uma unidade de UTI do que indivíduos não negros.

A discriminação por raça praticada por prestadores de cuidados de saúde no Brasil atinge especialmente a população negra (pretos e pardos), que tenham entre 25 e 39 anos, sem escolaridade, fumantes, que bebem excessivamente, que avaliam sua própria saúde como ruim ou muito ruim, que possuem quatro morbidades ou que não possuem plano de saúde privado¹⁵. Além disso, pessoas pretas residentes em áreas urbanas também relatam em maior proporção haver sofrido preconceito racial de funcionários dos serviços de saúde. O racismo praticado por prestadores de saúde na condução dos cuidados médicos potencializa agravos à saúde da população preta, prejudica a qualidade da prestação de serviços e aumenta a desconfiança desses

¹³ BRASIL, 2007.

¹⁴ 2020.

¹⁵ DANTAS *et al.*, 2019.

pacientes nos serviços de saúde¹⁶. Isso pode diminuir a possibilidade de diálogo e aprendizagem, provocar o afastamento e desinteresse das vítimas e aumentar a vulnerabilidade do grupo étnico¹⁷.

O contexto de discriminação contra a população negra não é exclusivo no Brasil e se manifesta também em outros países. Entre 1932 e 1972, o Serviço de Saúde Pública dos EUA (PHS) colocou centenas de homens negros e pobres de Tuskegee, Alabama, que possuíam sífilis, como participantes de um estudo médico que, supostamente, buscava compreender melhor o curso natural dessa doença. No experimento, os enfermos deixariam de receber tratamento altamente eficaz para suas condições de saúde e eram ativamente desencorajados a buscar aconselhamento médico de profissionais fora do estudo. Em compensação pela participação, o PHS garantia refeições, o pretexto de tratamento e o pagamento de um eventual funeral desses pacientes. Marcella Alsan e Marianne Wanamaker¹⁸ mostram que a divulgação histórica desse experimento antiético e mortal afetou significativamente a desconfiança de cidadãos afro-americanos em relação à medicina e às pesquisas médicas do país.

Alsan e Wanamaker¹⁹ também encontram evidências de que, nos anos imediatamente após 1972, homens negros de idade mais avançada e em maior proximidade geográfica com os participantes do estudo registraram uma utilização significativamente menor dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, também se notou um aumento significativo da probabilidade de que homens negros mais velhos morressem antes dos 75 anos. O experimento, altamente discriminatório, contribuiu para a piora dos indicadores de saúde entre homens negros e para perpetuar iniquidades raciais inerentes à prestação de cuidados médicos nos Estados Unidos.

2.2 SAÚDE DA MULHER NEGRA

O racismo e o sexismo são dois tipos de discriminação latentes da sociedade contemporânea que implicam em restrições específicas de direitos das populações vitimadas, e, ao se tratar de mulheres negras, pode-se dizer que essas sofrem com um duplo preconceito²⁰. As históricas engrenagens racista e machista da estrutura social

¹⁶ BEN *et al.*, 2017.

¹⁷ KALCKMANN *et al.*, 2007.

¹⁸ 2016.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ OLIVEIRA; KUBIACK, 2019.

brasileira insistem em empurrar mulheres pretas à uma grave condição de marginalização que resulta em “uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos em todas as dimensões da vida”²¹.

Ao se tratar de diferenciais raciais na prestação de serviços médicos com um foco no gênero feminino, a realidade é que mulheres negras apresentam desvantagem em praticamente todos os indicadores de saúde em relação às mulheres não negras e denunciam relativamente muito mais casos de cuidados inadequados ou superficiais prestados por profissionais de saúde²². De acordo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, entre as pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde, 11,6% são mulheres e 11,9% são da cor preta²³.

Em geral, as mulheres negras possuem menor probabilidade de serem examinadas para a detecção precoce do câncer de mama²⁴ e do câncer do colo de útero²⁵, são menos propensas a receber radioterapia quando oncológicamente diagnosticadas²⁶, esperam mais tempo pelo atendimento médico e são mais vulneráveis à interrupção de uma gravidez de modo inseguro²⁷.

Um estudo influente²⁸ encontrou diferenças raciais no acesso à exames de detecção de câncer de mama e cervical em mulheres residentes nas cidades de Pelotas e São Leopoldo, RS, Brasil. A probabilidade de mulheres não realizarem os exames de mama e citopatológicos é significativamente maior entre as negras e, não coincidentemente, são essas as que apresentam maiores desvantagens socioeconômicas, como menor grau de escolaridade, classes sociais mais baixas e renda familiar per capita igual ou inferior à três salários mínimos. É evidente que, para analisar de forma completa as condições de saúde da mulher negra brasileira, torna-se imperativo uma abordagem transversal que inclua tanto a temática racial, quanto as de gênero, classe social e cultural.

²¹ CARNEIRO, 2002.

²² DOMINGUES *et al.*, 2013.

²³ FERREIRA, 2018.

²⁴ DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2003.

²⁵ AMORIM *et al.*, 2006.

²⁶ JOSLYN, 2002.

²⁷ GOES *et al.*, 2020.

²⁸ BAIROS *et al.*, 2011.

2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DISPARIDADES RACIAIS

Configuram-se como violência obstétrica a falta de analgesia, quaisquer negligências no decorrer da gestação, todas as formas de abuso ou discriminação no momento do parto, o infringimento da autonomia da mulher, a falta de comunicação clara da equipe médica com a paciente, a realização de procedimentos médicos invasivos ou desnecessários, a realização de cesáreas forçadas, o uso excessivo de partos induzidos, a aceleração do parto sem razão médica suficiente, a incisão perineal sem consentimento, a prática da Manobra de Kristeller e qualquer descuido no pós-parto.

No Brasil, infelizmente, a cultura de assistência ao parto é altamente intervencionista e uma das principais causas da violência obstétrica. Mesmo que a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para todos os países seja uma taxa de cesarianas de 15%, o Brasil já ultrapassa a marca dos 50%²⁹, sendo o segundo país com a maior taxa do mundo. Segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde de 2015, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento da taxa de cesarianas de 46,56% para 53,88%³⁰. Já o Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal, realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, mostra que mais de 56% das cesáreas ocorridas em 2019 foram realizadas antes do início do trabalho de parto³¹.

Algumas vezes, a urgência de uma cesárea se faz necessária devido à uma falha durante a indução do trabalho de parto, prática que vem sendo rotineiramente utilizada nos nascimentos ocorridos ao redor do mundo. Um estudo³² realizado em Illinois, EUA, provou um aumento histórico na frequência de induções de parto de mulheres entre 34 e 37 semanas de gravidez. Em 1991, a taxa anual média de partos induzidos era de 5,4 por mil e, em 2003, a mesma taxa aumentou para 15,2 por mil. A tendência no cenário brasileiro não é diferente. Nos últimos anos, devido aos avanços nos recursos preparatórios ou introdutórios ao parto, a prática da indução do trabalho de parto tem tido maior utilização entre as equipes obstetras³³.

O Ministério da Saúde brasileiro estabelece que a indução do parto, em condições

²⁹ BRASIL, 2009.

³⁰ ZANARDO *et al.*, 2017.

³¹ Ver BRASIL, 2022.

³² MURTHY *et al.*, 2009.

³³ SAMPAIO; SOUZA; NETO, 2011.

normais de gravidez, deve ser feita somente após a 41^a semana de gestação, com a concordância da mulher, mas não é incomum registros de parto induzido antes do tempo recomendado³⁴. Programar o nascimento de um filho para deixar a vida da família minimamente organizada tem sido cada vez mais comum e pode parecer uma ideia precavida e inteligente, no entanto, existem razões biológicas para que os bebês permaneçam no útero pelo tempo natural da gravidez e tenham um desenvolvimento intrauterino saudável. Devido ao preciosismo do parto programado, muitos obstetras e gestantes acabam induzindo o trabalho de parto sem motivação médica adequada e o excesso de intervenções no processo fisiológico do parto abre espaço para casos de violência obstétrica.

Um ensaio clínico relevante³⁵ mostrou que a indução do trabalho de parto pode desencadear partos prematuros com aumento da morbidade neonatal. Quando a gestante passa por uma ruptura das membranas antes do trabalho de parto, a realização da prática de indução pode tanto elevar as chances da síndrome do desconforto respiratório neonatal (SDR) e, conseqüentemente, a morte do recém-nascido, quanto aumentar o número de partos instrumentais ou cirúrgicos. Nesses casos de ruptura precoce das membranas, o ensaio também traz evidências de que mulheres que passam por uma interrupção de gravidez, por parto induzido ou por cesárea, possuem maior incidência de hipoglicemia e icterícia em comparação à gestantes que fazem a espera vigilante.

As disparidades raciais obstétricas merecem uma atenção especial dado que poucos estudos estão disponíveis sobre o tema e elas são, na imensa maioria das vezes, prenúncio para episódios de violência obstétrica contra a mulher preta. Maria Leal *et al.*³⁶ mostram que grávidas pretas apresentam piores indicadores de atenção pré-natal e recebem menor aplicação de analgesia durante o parto. Isso acontece porque o racismo institucional tornou-se responsável por perpetuar um estereótipo equivocado das mulheres negras que, supostamente, seriam mais resistentes à dor por razões biológicas.

A literatura internacional também evidencia resultados parecidos. Utilizando-se dados perinatais de todas as admissões de gestantes na região de Finger Lakes, no estado de Nova York, entre 1998 e 2003, Laurent Glance *et al.*³⁷ mostram que existem diferenças na aplicação de analgesia epidural entre grupos raciais e étnicos. Mulheres

³⁴ BRASIL, 2012a.

³⁵ HAM *et al.*, 2007

³⁶ 2017.

³⁷ 2007.

negras e hispânicas são menos propensas a receberem analgesia para o parto do que mulheres brancas, mesmo controlando as estimativas por fatores de riscos clínicos, status socioeconômico e efeitos do provedor. Além disso, mulheres que não possuem seguro de saúde privado apresentam menor taxa de analgesia epidural em comparação com mulheres que possuem. Mais impressionante, os autores comprovam que mulheres negras que possuem seguro de saúde têm a mesma probabilidade de receberem analgesia epidural no parto que mulheres não negras sem nenhum seguro.

É possível encontrar na literatura evidências de que também existem disparidades raciais entre as ocorrências de induções de trabalho de parto. Segundo um estudo do Amnesty International³⁸ realizado em 2010, nos Estados Unidos, a porcentagem de partos envolvendo induções e cesarianas aumentou substancialmente desde a década de 1990 e o uso de medicamentos para induzir ou estimular o trabalho de parto é realidade em pelo menos 23% dos partos. Entre as mulheres diagnosticadas com hipertensão pelo parto induzido, as afro-americanas e latinas tinham, respectivamente, 9,9 e 7,9 vezes mais chances de morrer do que mulheres brancas com as mesmas complicações.

O estudo do viés racial na violência obstétrica, explicitada pela indução precoce do trabalho de parto, é um tema extremamente relevante para entender as condições de saúde da mulher preta brasileira e a perpetuação das desigualdades raciais e sociais no país. Um dos caminhos pelos quais o racismo obstétrico reproduz desigualdades é através das condições de saúde da mãe e do bebê. Nesse sentido, a presente monografia busca contribuir para a literatura sobre disparidades raciais de saúde, mostrando como as práticas e as características das equipes médicas influenciam esses diferenciais.

Os efeitos a serem encontrados teriam importantes implicações para o avanço de políticas públicas que conscientizem a população, promovam aumento da diversidade racial e implementem protocolos rígidos que impeçam os médicos de discriminarem. Além disso, o trabalho também contribui para a transmissão de conhecimento à respeito da discriminação racial obstétrica para o maior número possível de mulheres negras. É preciso que as vítimas estejam cientes de que algumas condutas inapropriadas por parte de profissionais da saúde podem causar graves consequências tanto no parto, como para além dele.

³⁸ 2010.

3 DADOS

A monografia se utilizou, principalmente, de dois conjuntos de bases de dados para as regressões de interesse:

- (i) o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)³⁹ do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁴⁰ e;
- (ii) o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴¹.

O DATASUS é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que desenvolve soluções tecnológicas para controle e processamento de dados referentes à saúde no Brasil. O sistema é responsável pela captação, armazenamento e transferência de dados informacionais no âmbito do SUS e disponibiliza diversos bancos de dados com informações históricas desde 1991. Para essa monografia, foram utilizados os microdados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que fazem parte de um conjunto de dados que reúne informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional. A amostra coletada nesse trabalho abrange observações de nascimentos ocorridos em cada um dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2017 e 2020 à nível individual. Os dados do SINASC foram usados para obter variáveis que caracterizem o perfil das gestantes (idade, raça, estado civil e nível de escolaridade), da gravidez (parto induzido, duração da gestação, número de consultas pré-natais e tipo de parto) e da saúde das crianças recém-nascidas (peso ao nascer).

Como não foi possível encontrar dados disponíveis sobre a cor da pele dos profissionais de saúde que realizaram cada parto individualmente, o presente trabalho utilizou os microdados do último Censo Demográfico realizado no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a fim de identificar, de forma mais abrangente, a percentagem preta e parda do corpo de enfermagem de cada

³⁹ Para maiores informações, acessar: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/>. Acesso em 19 mai. 2022.

⁴⁰ Para maiores informações, acessar: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 19 mai. 2022.

⁴¹ Para maiores informações, acessar: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 19 mai. 2022.

município do Rio de Janeiro. Isso foi possível pois o Censo Demográfico brasileiro é capaz de fornecer dados sobre as características das pessoas entrevistadas e dos domicílios em que elas residem.

Para este trabalho, no entanto, as variáveis de raça e código de ocupação profissional dos habitantes dos municípios do Rio de Janeiro foram suficientes para analisar a distribuição racial dos profissionais de enfermagem. A relação código-ocupação apresentada nos microdados do Censo Demográfico de 2010 está definida em um dos anexos auxiliares disponibilizados pelo IBGE, no arquivo “Ocupação COD 2010.xls”⁴². Utilizando o arquivo, identifica-se que os códigos 2221, 3221 e 3222 da variável “v6461” são referentes aos profissionais de enfermagem, profissionais de nível médio de enfermagem e profissionais de parto, respectivamente.

O objetivo de cruzar os dados de raça dos profissionais de enfermagem com os dados dos nascidos vivos em cada município do Rio foi avaliar se a probabilidade de mulheres pretas ou pardas sofrerem violência obstétrica difere dependendo do município em que se realizou o parto e sua respectiva diversidade étnica da força de assistência médica.

3.1 CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS

A violência obstétrica é uma variável categórica de difícil mensuração que pode ser caracterizada por diversos tipos de condutas ou procedimentos cirúrgicos considerados agressivos para a mulher. A episiotomia, por exemplo, consiste em um corte cirúrgico do períneo da gestante, no momento do parto, para facilitar a expulsão do bebê. Esse procedimento é considerado uma prática violenta uma vez que gera maior perda de sangue ou hemorragias, riscos de laceração do ânus, infecções e dores⁴³. A primeira tentativa de definição de uma variável proxy para violência obstétrica foi a realização de episiotomias em partos ocorridos no estado do Rio de Janeiro. No entanto, os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do DATASUS não apresentaram registros de realização desse procedimento cirúrgico para nenhum dos

⁴² Para maiores informações, acessar: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=microdados>. Acesso em 25 maio 2022. Neste, baixar o arquivo “Documentos”, que consta na aba Censo 2010. Ao consultar a pasta baixada, procurar pela pasta “Anexo Auxiliares”. Nesta estará a planilha em versão Excel nomeada Ocupação COD 2010.xls, a qual foi utilizada neste trabalho.

⁴³ VIANA *et al.*, 2011.

anos disponíveis da amostra.

Devido à limitação do banco de dados do SIH, a variável proxy que se apresenta no lugar da real variável de interesse violência obstétrica é a ocorrência de indução precoce do trabalho de parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a idade gestacional de 41 semanas completas como padrão de segurança para a realização de partos induzidos em gestações saudáveis. Dessa forma, induções feitas antes de 41 semanas de gestação, quando não há aparentes riscos para a mãe ou para o bebê, são consideradas invasivas e violentas.

A equipe obstétrica responsável pelo parto induzido pode realizar o estímulo artificial das contrações através de medidas diretas e mecânicas ou medidas indiretas e farmacológicas⁴⁴. Uma medida direta é a amniotomia, que consiste na separação das membranas do saco amniótico que envolvem o bebê do colo do útero. A amniotomia é um procedimento arriscado, estando sujeita a complicações como “prolapso do cordão umbilical, compressão do polo cefálico com desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da taxa de infecção ascendente, sangramento fetal ou placentário, embolia amniótica ou desconforto materno”⁴⁵. Já as medidas indiretas e farmacológicas consistem na utilização de medicamentos, como a ocitocina ou misoprostol. A dose errada dos farmacológicos pode provocar graves efeitos colaterais. Um dos maiores riscos da indução do trabalho de parto com ocitocina ou misoprostol é a hiperestimulação uterina, que provoca redução no nível de oxigênio intracerebral do feto, levando o bebê à uma asfixia e a gestante à uma ruptura uterina⁴⁶.

Há casos de antecipação do nascimento através do parto induzido mesmo antes das 41 semanas de gestação. Quando a bolsa estoura ou há ruptura prematura das membranas ovulares, por exemplo, a indução do trabalho de parto é uma opção, ainda que não deva ser utilizada antes da 34ª semana, a não ser que haja risco de infecção ou óbito fetal⁴⁷. Porém, quando as indicações para a indução são motivadas apenas por conveniência do médico ou da gestante, não sendo fundamentadas em evidências biológicas ou diretrizes, aumenta-se os riscos fetais e maternos⁴⁸. Ou seja, o parto induzido por solicitação da paciente não pode ser atendido de modo rotineiro, uma vez

⁴⁴ SOUZA, G. *et al.*, 2013.

⁴⁵ SOUZA, A. *et al.*, 2010b.

⁴⁶ SANTOS *et al.*, 2020.

⁴⁷ CUNHA, 2010.

⁴⁸ SOUZA, A. *et al.*, 2010a.

que esse não é procedimento isento de risco⁴⁹.

Um estudo realizado na Maternidade Dr. Peregrino Filho, feito por Nathália Medeiros *et al.*⁵⁰, selecionou mulheres primíparas no puerpério e que realizaram seus partos na própria maternidade para participarem de uma pesquisa de caracterização do parto. Cerca de 68% das gestantes entrevistadas vivenciaram um parto normal induzido. Esse percentual excessivo é um indicador de que a prática da indução, muitas vezes, é utilizada não para favorecer o binômio mãe-filho e tampouco é realizada de forma verdadeiramente natural. A maioria dos partos induzidos, ao invés de favorecerem à mãe e o bebê, ocorrem favorecendo o profissional que assiste ao parto, pois costumam ser planejados de forma adequada às rotinas hospitalares e ao tempo gasto pelo médico obstetra. Frequentemente, essa adequação intencionada beneficia somente a maior produtividade dos profissionais, por alcançarem uma quantidade maior de partos realizados.

Para esta monografia, os microdados do SINASC fornecem informações sobre o tipo de parto realizado (cesáreo, normal ou fórceps), a idade de gestação em que a mulher se encontrava no momento do parto e se houve indução. A fim de obter a variável dependente da primeira regressão deste estudo, construiu-se uma variável dummy que assume valor igual a 1 quando houve trabalho de parto induzido e a idade de gestação era menor do que 41 semanas e assume valor igual a 0 caso contrário. Os valores disponíveis da variável *SEMAGESTAC* fornecida pelo banco de dados do SINASC permitiram filtrar idades gestacionais menores do que 41 semanas. A variável proxy utilizada para a regressão foi a ocorrência de parto induzido realizado previamente à 41^a semana de gestação.

A segunda regressão da monografia testa empiricamente se, para uma mesma localidade de parto, gestantes brancas e pretas de mesma idade e mesma escolaridade têm probabilidades diferentes de darem luz à uma criança com condições de baixo peso ao nascer. A duração gestacional é muito importante para garantir um crescimento intrauterino saudável e, conseqüentemente, um adequado peso ao nascer⁵¹. O baixo peso ao nascer é entendido como o peso de nascimento abaixo de 2.500 gramas⁵². Já os recém-nascidos de muito baixo peso são aqueles que apresentam peso ao nascer menor que 1.500 gramas. Se a raça influencia a probabilidade de ocorrência de um parto

⁴⁹ CUNHA, 2010.

⁵⁰ 2016

⁵¹ FRANCIOTTI; MAYER; CANCELIER, 2010.

⁵² ALVES *et al.*, 2019.

precocemente induzido, interrompendo o tempo gestacional, é interessante pesquisar se essa desigualdade racial também possui impacto nas condições de saúde do recém-nascido. Em um primeiro teste, a variável dependente a ser utilizada na estimativa será o “baixo peso ao nascer” e, em um segundo teste, o “muito baixo peso ao nascer”, ambos disponibilizados pelo SINASC.

Ainda faz parte desse estudo investigar se a questão racial influencia a probabilidade de indução precoce de partos através da cor da pele do próprio corpo médico. A probabilidade de ocorrência de casos de violência obstétrica é menor em municípios onde há maior diversidade racial entre os prestadores de saúde? Para responder essa pergunta, utilizou-se dos dados do Censo Demográfico de 2010 para encontrar características de raça dos habitantes que possuem ocupação de trabalho em serviços de enfermagem. No que compete às variáveis de interesse que estão presentes na base dos microdados amostrais do Censo de 2010, as escolhidas para esta monografia foram “v0606” e “v6461”, referentes à raça e à ocupação, respectivamente.

A partir do total de indivíduos que compõem o corpo de enfermagem de cada município, calculou-se o percentual de pretos e pardos pertencentes aos grupos para construir a variável *PERC_ENFERMAGEM_PRETOPARDO* à nível municipal. A construção dessa variável viabilizou a realização de análises em subamostras. Em um primeiro momento, a monografia testa empiricamente o efeito da raça da gestante sobre a probabilidade de realização de parto induzido antes da 41ª semana gestacional na amostra completa dos municípios do Rio de Janeiro. Depois, o mesmo teste é reproduzido em cima de duas subamostras: uma dos municípios com maiores percentuais de pretos e pardos no corpo de enfermagem e outra dos municípios com menores percentuais de enfermeiros pretos e pardos.

As variáveis que participam das principais regressões dessa monografia são:

INDUZIDO – Variável dummy relacionada à ocorrência de trabalho de parto induzido que assume valor 1 quando houve parto induzido e 0 caso contrário.

INDUZIDO_PRE41 – Variável dummy relacionada à ocorrência de trabalho de parto induzido antes da 41ª semana gestacional que assume valor 1 quando houve parto induzido pré 41ª semana de gestação e 0 caso contrário.

BPESO – Variável dummy relacionada ao baixo peso ao nascer que assume valor 1 quando o peso de nascimento é abaixo de 2.500 gramas e 0 caso contrário.

MUITO_BPESO – Variável dummy relacionada ao muito baixo peso ao nascer

que assume valor 1 quando o peso de nascimento é abaixo de 1.500 gramas e 0 caso contrário.

PRETAPARDA – Variável dummy relacionada à raça da gestante que assume valor 1 quando ela é autodeclarada preta ou parda e 0 caso contrário.

IDADEMAE – Variável que indica a idade da gestante no momento do parto.

ENSINOMEDIOMAE – Variável categórica que mede o nível de escolaridade da gestante através dos anos de educação já concluídos no momento do parto.

ESTADOCIVILMAE – Variável categórica que indica o estado civil da gestante no momento do parto.

ANONASC – Efeito fixo de tempo relacionado ao ano de ocorrência do nascimento.

MUNICIPIO – Efeito fixo de localidade relacionado ao município de ocorrência do nascimento.

3.2 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

Ao longo dos últimos anos, as taxas de cesarianas têm se mostrado sistematicamente altas tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos⁵³. Em um contexto global, uma pesquisa publicada pelo BMJ Global Health⁵⁴ trouxe evidências de que as maiores taxas pertencem à América Latina e Caribe (42,8%). A amostra utilizada no estudo sugere que os top cinco países com a maior taxa de partos cesáreos no mundo foram: República Dominicana (58,1%), Brasil (55,7%), Chipre (55,3%), Egito (51,8%) e Turquia (50,8%), que também representaram a maior taxa de cesáreas nas Américas, na Ásia e na África. Na Europa, a maior taxa cesariana foi encontrada na Romênia (46,9%). Em contrapartida, os cinco países com menores taxas de partos cesáreos em todo o mundo pertencem à África: Chade (1,4%), Níger (1,4%), Etiópia (1,9%), Madagascar (2%) e Camarões (2,4%).

A ocorrência dos partos cesáreos segue uma tendência epidêmica no Brasil⁵⁵ e, na medida em que as proporções beiram o inaceitável, é possível notar que muitas delas são desnecessárias. Atualmente, existe uma tentativa do Ministério da Saúde de estimular a indução do parto normal como uma alternativa à cesárea eletiva. No

⁵³ MORAES; GOLDENBERG, 2001, p. 510.

⁵⁴ BETRAN *et al.*, 2021.

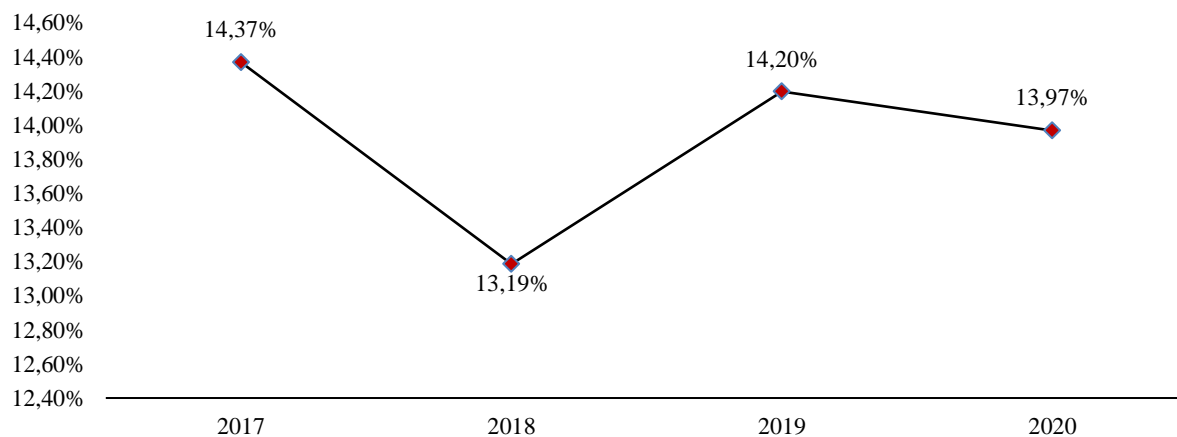
⁵⁵ CECATTI; FAÚDES, 1991.

entanto, incentivar partos induzidos eletivos merece bastante cuidado, já que o efeito observado pode ser contrário. A literatura mostra que o parto induzido pode ser um fator que aumenta consideravelmente o risco de cesáreas não planejadas, além de também dobrar o risco de ruptura uterina quando comparado com o trabalho de parto espontâneo⁵⁶.

Indução de trabalho de parto só deve ser realizada quando os benefícios maternos e fetais ultrapassam os da manutenção da gravidez⁵⁷. O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, elaborado pelo Ministério da Saúde brasileiro, estabelece que manter uma gravidez por mais de 41 semanas pode trazer riscos para a mãe e o bebê e, são nesses casos, que os médicos costumam optar pelo parto induzido⁵⁸. Para adotar esse procedimento com segurança, a idade gestacional deve ser igual ou maior do que 41 semanas e a gestante não deve apresentar nenhuma doença ou complicação.

As estatísticas a serem apresentadas a seguir tomam como foco o recorte estadual da amostra dos microdados do SINASC utilizada nessa monografia. Os dados observados dos nascimentos ocorridos entre 2017 e 2020, no estado do Rio de Janeiro, possibilitam avaliar um padrão relevante sobre a magnitude da taxa de indução de partos do estado. A Figura 1 mostra a evolução do percentual de ocorrência de partos induzidos no período da amostra selecionada. Ao longo desses quatro anos, observa-se que a proporção média de partos induzidos no Rio de Janeiro se manteve em um patamar médio de 14% sobre a totalidade de nascimentos registrados.

Figura 1 - Percentual de Partos Induzidos no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

⁵⁶ BRASIL, 2016.

⁵⁷ TEIXEIRA, 2010.

⁵⁸ BRASIL, 2017.

No Apêndice A deste trabalho, encontra-se tabela que mostra a representatividade percentual de partos induzidos para cada município do Rio de Janeiro. Nos anos de 2017, 2018 e 2019, o percentual médio observado entre todos os municípios foi próximo de 11%. Isto demonstra que, em média e à nível dos municípios, 11% dos nascimentos ocorridos passaram por uma indução de parto. Em 2020, essa média municipal reduziu um ponto percentual (10%). No período analisado, os municípios responsáveis pelas maiores taxas de partos induzidos foram Magé, Teresópolis, Barra Mansa, São Francisco de Itabapoana e Rio das Flores. Eles contribuem, portanto, para que a média estadual em cada ano da amostra seja maior do que as médias municipais em cada ano.

Diante do exposto, esse estudo investiga se o excesso de partos induzidos está contribuindo, de alguma maneira, para casos de violência obstétrica contra mulheres grávidas. Em caso positivo, quais seriam os perfis de gestantes mais atingidas por essa violência? A Tabela 1 indica que, do total de partos induzidos registrados em 2017, cerca de 87,88% ocorreram antes do tempo recomendado pelo Ministério da Saúde, configurando-se como procedimentos violentos. Em 2018, 2019 e 2020 as taxas de induções pré 41^a semana de gestação foram de 87,60%, 88,09% e 88,61%, respectivamente. Na esmagadora maioria das vezes em que se faz uma indução de trabalho de parto, ela é considerada precoce.

Tabela 1 - Partos Induzidos Precoces no Estado do Rio de Janeiro

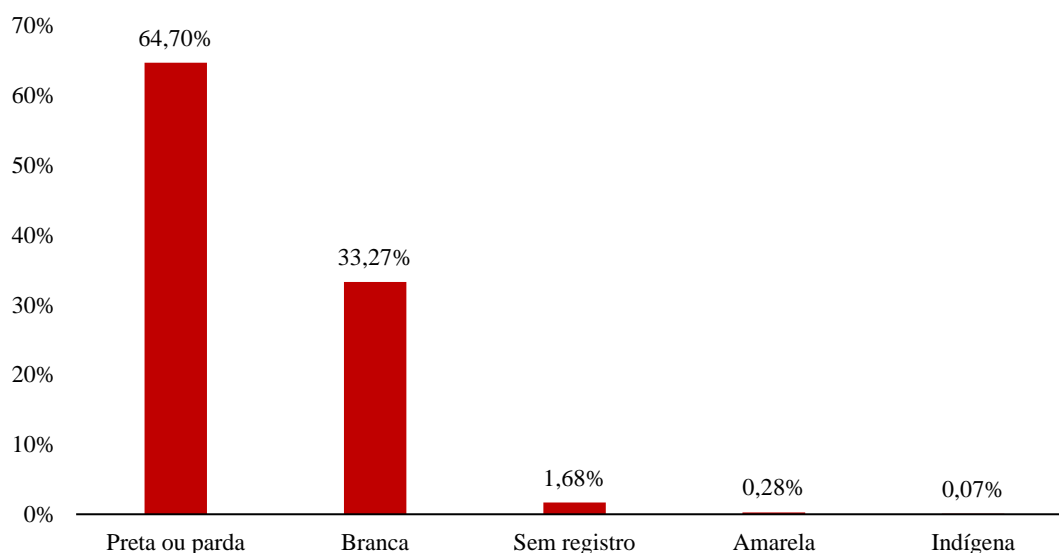
ANO	PARTO INDUZIDO	PRÉ 41 ^a SEMANA GESTACIONAL	TAXA
2017	32.073	28.187	87,88%
2018	29.074	25.470	87,60%
2019	29.528	26.010	88,09%
2020	27.815	24.647	88,61%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

A excessiva ocorrência de partos induzidos precoces no estado do Rio também carrega consigo um importante marcador de cor que, por sua vez, pode ser indicativo de um diferencial de tratamento para com mulheres de diferentes raças. Antes de analisar esse marcador de cor entre os partos induzidos, é importante ressaltar a representatividade de partos de mães pretas e pardas entre a totalidade dos partos

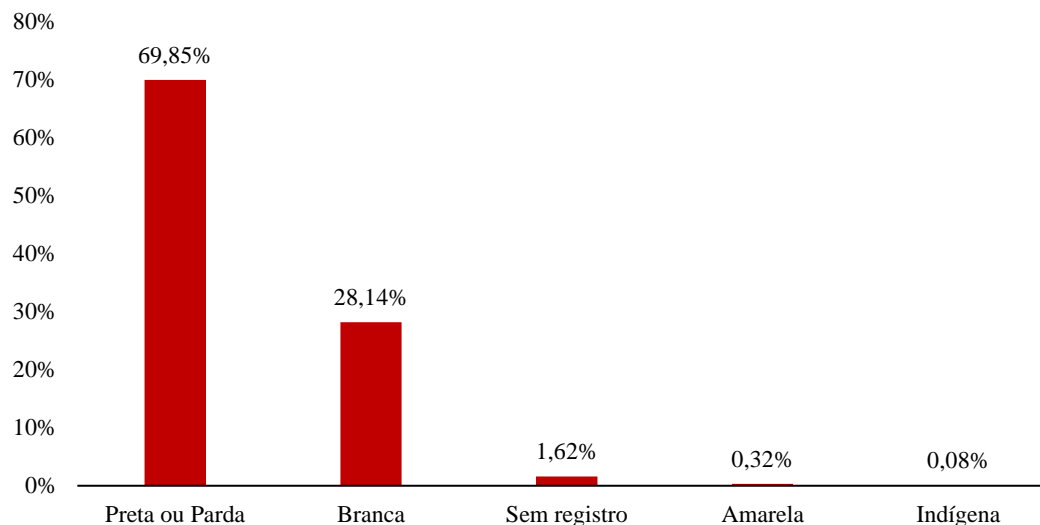
realizados no período da amostra. No estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2017 e 2020, encontra-se registro de 815.877 nascimentos ou partos cuja variável de indução de parto foi preenchida, indicando se houve ocorrência ou se não houve ocorrência de indução. Isto significa que a amostra completa utilizada neste estudo contém 815.877 observações. Conforme mostra a Figura 2, em geral, a proporção de partos de mães pretas ou pardas é 64,7%, enquanto os partos de mães brancas, amarelas ou indígenas representam, respectivamente, 33,27%, 0,28% e 0,07% do total dos partos. Dito isso, a Figura 3 a seguir mostra a proporção dos partos induzidos ocorridos de acordo com a raça/cor da mãe. Do total de registros de induções feitas no Rio de Janeiro entre os anos de 2017 e 2020, em média, 69,85% delas ocorreram em mulheres pretas e pardas, enquanto 28,14% ocorreram em mulheres brancas.

Figura 2 - Representatividade dos Partos Realizados por Raça/Cor da Mãe



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

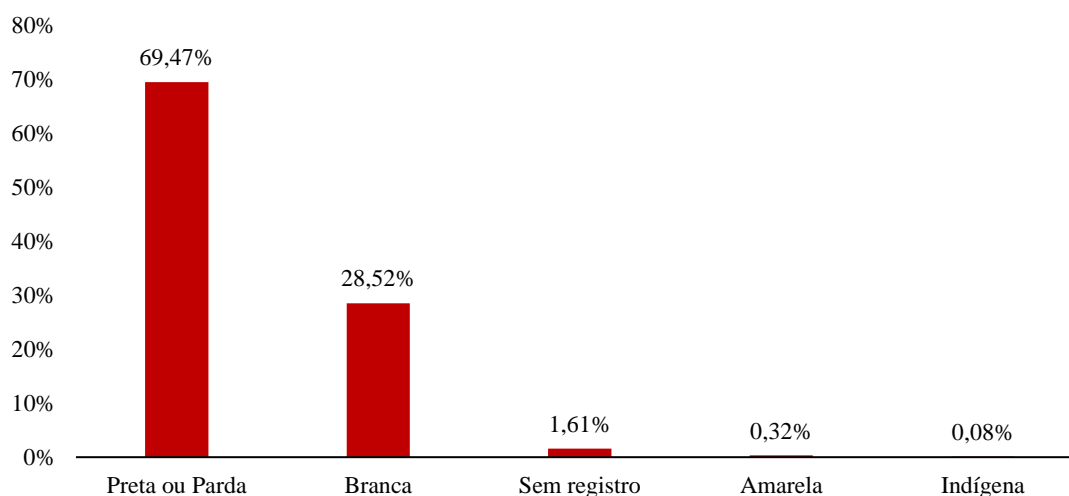
Figura 3 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Tendo em vista que, nesta monografia, a realização de parto induzido pré 41^a semana de gestação está sendo utilizada como indicador da violência obstétrica, torna-se importante analisar se também existe essa mesma diferença de médias na proporção de induções precoces entre mães pretas ou pardas e mães brancas. Na Figura 4, os dados confirmam que a frequência relativa de partos induzidos pré 41^a semana gestacional em mulheres pretas e/ou pardas é maior do que em mulheres brancas em 40,95 pontos percentuais. Em média, 69,47% dos partos induzidos precoces ocorridos no Rio de Janeiro entre 2017 e 2020 foram de mulheres pretas ou pardas, enquanto 28,52% foram de mulheres brancas.

Figura 4 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe



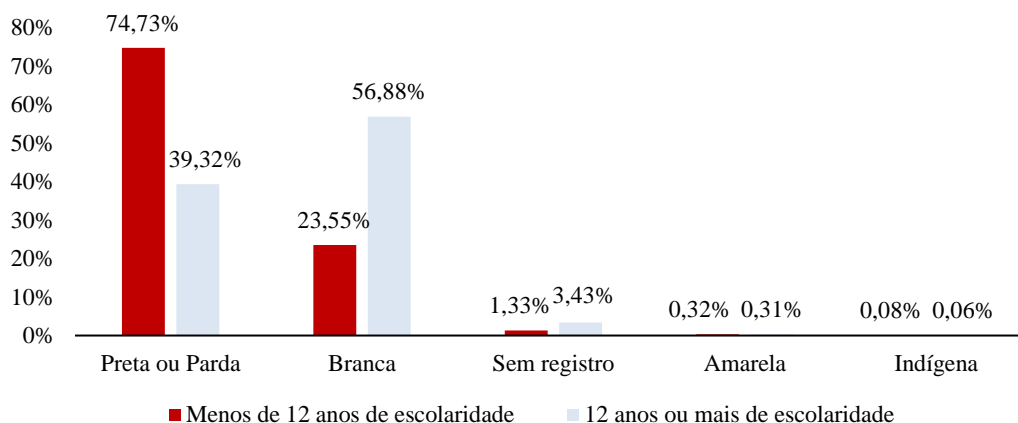
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Imaginando-se que não exista nenhuma diferença de característica socioeconômica que pudesse atuar como um confundidor da relação entre partos induzidos e raça, essa simples comparação de médias da frequência relativa de partos induzidos precoces por raça da mãe já poderia ser o indicador de que, no Rio de Janeiro, trata-se mulheres pretas e pardas e mulheres brancas de formas diferentes em termos de condução de indução ao trabalho de parto no nascimento. Isto é, a diferença de média ilustrada na Figura 3 aponta que, no Rio, mulheres pretas e/ou pardas tendem a passar por mais partos induzidos de forma precoce do que mulheres brancas.

No entanto, os diferenciais vistos nas Figuras 3 e 4 também podem ser provenientes das distintas características socioeconômicas ou de cuidados médicos entre as gestantes, como nível de escolaridade média, estado civil, quantidade de consultas pré-natais realizadas durante a gestação, entre outras. Portanto, é interessante reconstruir as comparações de frequência relativa de induções e de induções precoces entre mães de diferentes raças levando em consideração esses fatores.

As gestantes podem ser divididas em dois grupos de acordo com seu nível de escolaridade médio: aquelas que concluíram o Ensino Médio e, portanto, possuem 12 anos ou mais de estudos, e aquelas que não concluíram, tendo menos de 12 anos completos de estudos. A partir dessa categorização, a Figura 5 mostra a proporção de ocorrência de induções de trabalho de parto entre gestantes de diferentes raças e de acordo com seu nível de escolaridade. Quando trata-se do grupo de gestantes com menos de 12 anos de estudos completos, os partos induzidos ocorrem em maior proporção em mulheres pretas e pardas do que em mulheres brancas. Nesse caso, a frequência de partos induzidos em mulheres pretas e pardas (74,73%) é mais do que o triplo da frequência de partos induzidos em mulheres brancas (23,55%). No entanto, em níveis mais altos de escolaridade essa proporção se inverte. Tratando-se do grupo de gestantes com 12 anos ou mais de estudos completos, os partos induzidos ocorrem com maior frequência em mulheres brancas (56,88%) do que em mulheres pretas e pardas (39,32%).

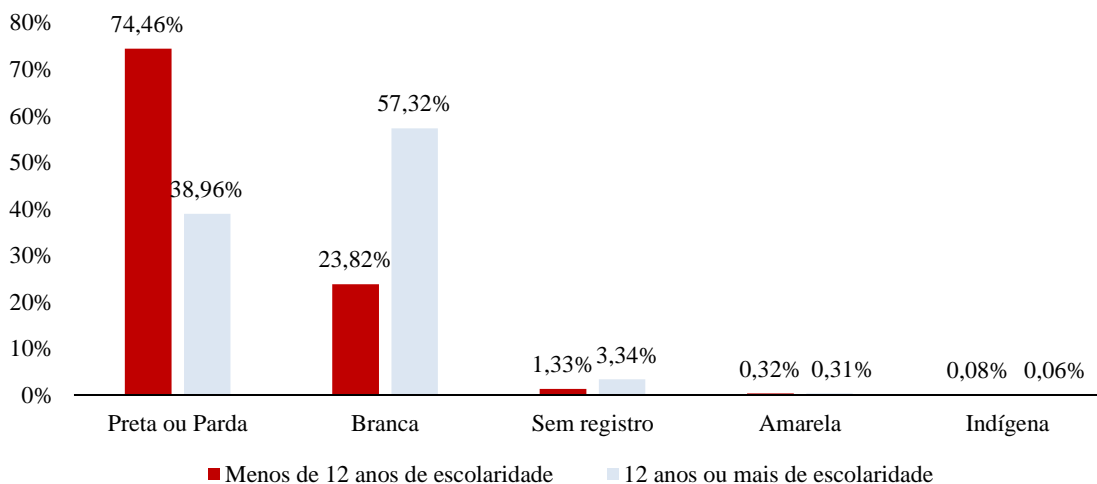
Figura 5 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe, segundo Escolaridade



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Essas diferenças de médias ainda persistem quando se especifica a frequência de partos induzidos realizados pré 41^a semana de gestação. A Figura 6 tem o intuito de mostrar exatamente a mesma comparação da Figura 4, porém, levando em consideração não apenas a ocorrência de indução de trabalho de parto no geral, mas sim a ocorrência de indução precoce, sendo essa a proxy de violência obstétrica utilizada nessa monografia. É possível notar que a proporção de induções realizadas pré 41^a semana de gestação em mães pretas ou pardas é maior (74,46%) do que em mães brancas (23,82%) quando elas possuem menos de 12 anos de escolaridade. Já se a gestante completou 12 anos ou mais de estudos, a frequência relativa de partos induzidos precoces é maior em brancas (57,32%) do que em pretas ou pardas (38,96%).

Figura 6 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe, segundo Escolaridade

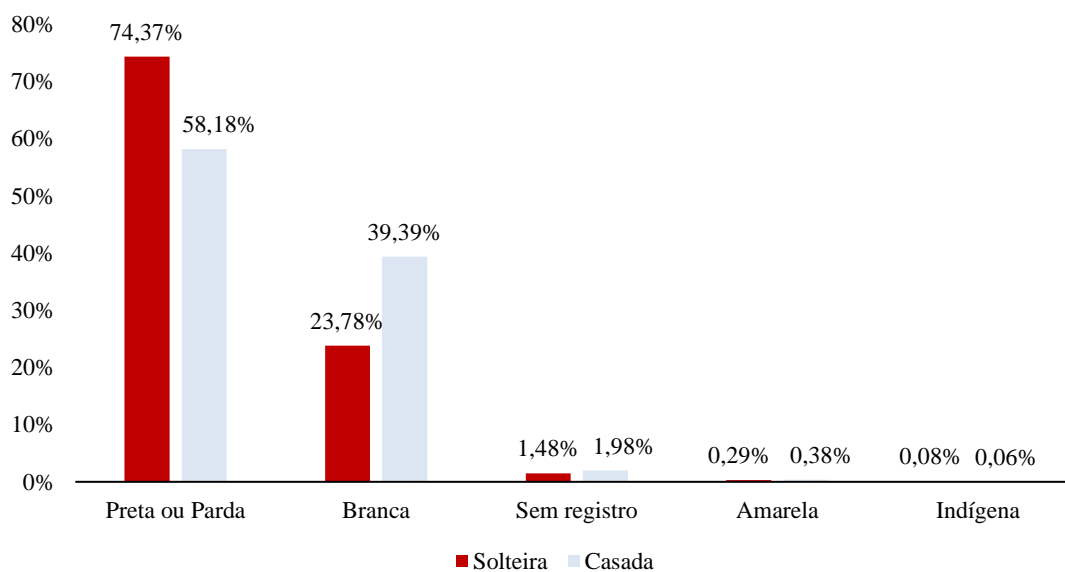


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Também é válido comparar a frequência relativa de partos induzidos e de partos induzidos precoces entre mães pretas ou pardas e mães brancas segundo o seu estado civil. O fato de a mulher ser casada ou solteira pode ser responsável por alguma parte do diferencial de tratamento para com mulheres de raças distintas? As Figuras 7 e 8 a seguir evidenciam que mesmo fazendo a comparação dentro das diferentes categorias de estado civil, a diferença de percentual de induções e de induções precoces realizadas entre mulheres pretas ou pardas e mulheres brancas continua evidenciada.

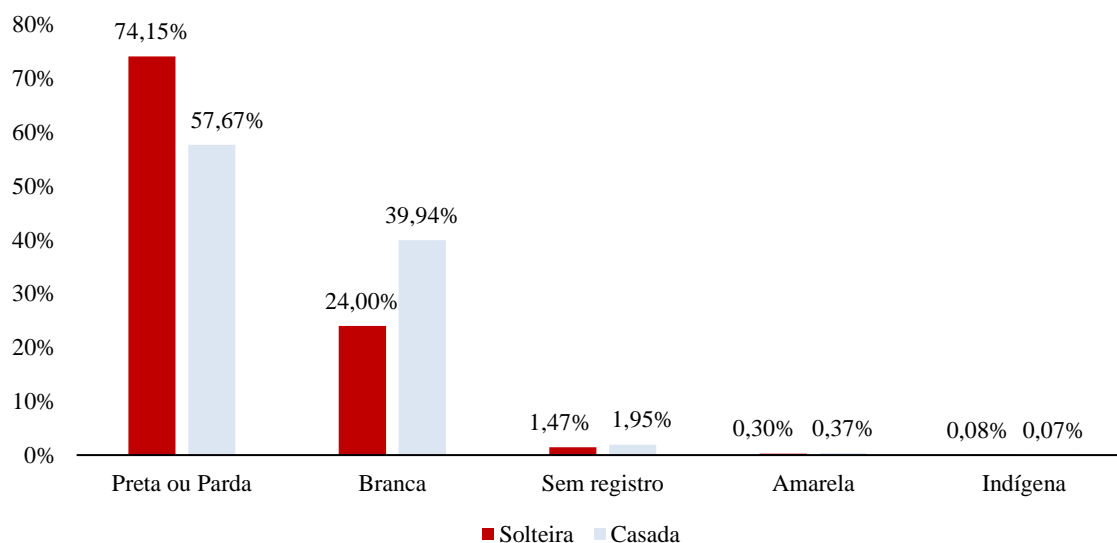
De acordo com a Figura 7, considerando somente as gestantes solteiras, a frequência de induções feitas em pretas e/ou pardas é de 74,37% enquanto em brancas é de 23,78%, mostrando que o diferencial racial ainda é latente. Quando considera-se gestantes casadas, esse diferencial se reduz, mas persiste. A proporção de induções realizadas em mães pretas ou pardas é maior (58,18%) do que em mães brancas (39,39%) quando elas possuem relação matrimonial registrada. A Figura 8, por sua vez, evidencia que as mulheres solteiras pretas ou pardas passam por 74,15% das ocorrências de induções de parto realizadas pré 41^a semana gestacional, enquanto mulheres solteiras brancas passam por apenas 24%. Seguindo a mesma tendência, se a gestante é casada, a frequência relativa de partos induzidos pré 41^a semana gestacional em pretas e/ou pardas (57,67%) é maior do que em mulheres brancas (39,94%), ainda que o diferencial tenha magnitude menor.

Figura 7 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe, segundo Estado Civil



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Figura 8 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe, segundo Estado Civil



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Por fim, esse estudo analisa os mesmos diferenciais raciais em frequências de indução de parto e de indução de parto precoce segundo o número de consultas pré-natais que a gestante realizou. O pré-natal de uma gestante segue um protocolo para monitoramento da saúde da mulher e do feto e serve para prevenir ou detectar precocemente possíveis patologias maternas ou fetais. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a mulher grávida realize, no mínimo, seis consultas pré-natais⁵⁹. O objetivo de se analisar a frequência relativa de partos induzidos por raça/cor da mãe segundo as consultas pré-natais é investigar se fazer um acompanhamento gestacional adequado, com mínimo de 6 consultas, tem alguma relação com a proporção de ocorrência de partos induzidos entre mulheres de diferentes raças, sejam eles precoces ou não.

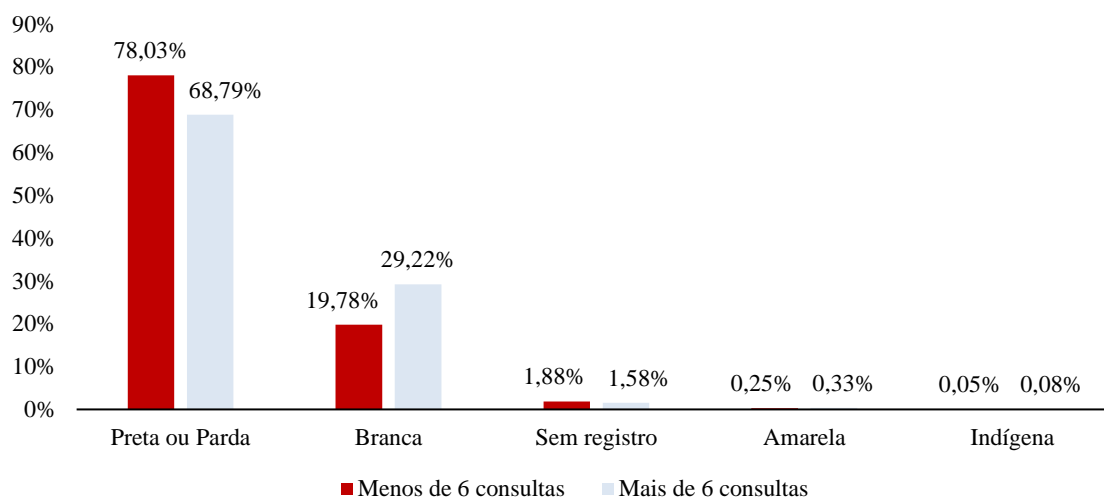
De acordo com a Figura 9, é possível notar que, entre o grupo de gestantes que realizaram menos de 6 consultas pré-natais, a frequência relativa de partos induzidos em mulheres pretas ou pardas (78,03%) é bem maior do que em mulheres brancas (19,78%). Fazendo a mesma comparação no grupo que realizou mais de 6 consultas pré-natais, apesar de apresentar uma diferença percentual menor, as mulheres pretas ou pardas (68,79%) continuam protagonizando mais partos induzidos do que mulheres brancas (29,22%).

Como ilustrado na Figura 10, em termos de partos induzidos precoces, a tendência

⁵⁹ BRASIL, 2012b.

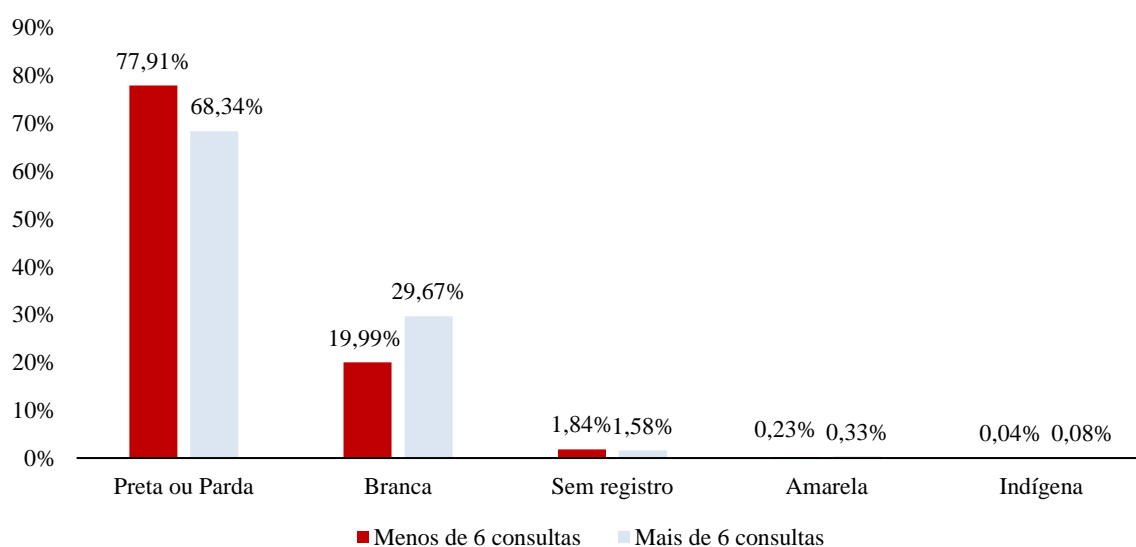
é similar. Quando a mulher realiza menos consultas do que o ideal recomendado pelo Ministério da Saúde, a ocorrência de partos induzidos realizados antes da 41ª semana gestacional é maior em mulheres pretas ou pardas (77,91%) do que em mulheres brancas (19,99%). Esse diferencial se repete, ainda que em menor magnitude, quando a mulher realiza mais de 6 consultas pré-natais. A Figura 10 evidencia que, nesses casos, mulheres pretas ou pardas representam 68,34% dos partos induzidos precoces realizados enquanto mulheres brancas representam 29,67%.

Figura 9 - Frequência Relativa de Partos Induzidos por Raça/Cor da Mãe, segundo Consultas Pré-Natais



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

Figura 10 - Frequência Relativa de Partos Induzidos Precoces por Raça/Cor da Mãe, segundo Consultas Pré-Natais



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.

4 ESTRATÉGIA EMPÍRICA

O principal objetivo desse estudo é testar empiricamente se a raça de uma gestante está associada à casos de violência obstétrica. Para fazer isso, utilizou-se observações de nascimentos à nível individual dos 92 municípios do Rio de Janeiro e investigou-se como a raça da mãe impacta a probabilidade da mesma passar por um parto induzido ou parto induzido antes da 41^a semana de gestação. Uma simples comparação entre gestantes de diferentes raças não expressaria o efeito verdadeiro da raça sobre a variável de interesse, já que a cor da pele da mulher também pode estar associada à diversos outros fatores socioeconômicos. Por isso, criou-se um modelo para isolar o efeito de raça. Em um primeiro momento, a presente monografia se concentra em identificar como uma gestante ter determinada cor da pele afeta a probabilidade de ela passar por um parto induzido ou por um parto induzido precoce.

A variável resposta de interesse desse modelo é binária, ou seja, assume valor 1 quando a mãe teve um parto induzido pré 41^a semana gestacional e valor 0 caso contrário. A sua funcionalidade é de prever a probabilidade de uma observação de nascimento estar no grupo igual a 1 (“houve indução de parto precoce”) em relação à estar no grupo igual a 0 (“não houve indução de parto precoce”). Foi construída uma base dados em cross-section para estimar os coeficientes das variáveis independentes através de regressões com efeitos fixos. Dessa forma, é possível determinar o efeito que o coeficiente de raça da mãe exerce sobre a chance de ocorrência de um parto induzido antes da 41^a semana de gravidez.

Em um segundo momento, buscou-se identificar como uma gestante ter determinada cor da pele afeta a probabilidade do bebê dela nascer prematuro. Nesse caso, a variável resposta de interesse binária é o baixo peso ao nascer, que assume valor 1 quando o peso de nascimento do bebê é abaixo de 2.500 gramas e valor 0 caso contrário. A monografia também testa a variável dependente muito baixo peso ao nascer, que assumirá valor 1 se o peso for abaixo de 1.500 gramas e valor 0 caso contrário. Os regressores desse modelo são as mesmas variáveis independentes do primeiro modelo, mas, agora, o objetivo foi determinar o efeito que o coeficiente de raça da mãe exerce sobre a chance do recém-nascido nascer com baixo peso ou com muito baixo peso.

Ambas as regressões, que serão detalhadas a seguir, serão rodadas tanto na

amostra inteira de todos os municípios do Rio de Janeiro, como também em duas subamostras menores: uma de municípios em que há uma grande percentagem de profissionais de enfermagem negros e outra de municípios com baixa percentagem. A análise em subamostras permite avaliar se uma maior quantidade de enfermeiros negros nos municípios tem o potencial de reduzir o gap racial da violência obstétrica.

4.1 VIÉS RACIAL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para testar empiricamente se a raça da gestante está associada à conduções médicas que caracterizam violência obstétrica, investiga-se se as mulheres pretas ou pardas, em comparação com as brancas, têm maior probabilidade de passar por um simples parto induzido ou por um parto induzido antes das 41 semanas de gestação. A regressão utilizada tem como variável dependente o indicativo de violência obstétrica (parto induzido simples ou parto induzido pré 41 semanas) e como principal variável independente o indicativo de raça, adicionado também aos controles de idade, escolaridade e estado civil da mãe, efeitos fixos de ano do nascimento e efeitos fixos de município. O modelo observa se, para uma mesma localidade de parto e mesmo período, mulheres brancas e mulheres pretas ou pardas de mesma idade, mesmo nível de escolaridade e mesmo estado civil têm probabilidades diferentes de sofrerem violência obstétrica. Estimou-se os seguintes modelos:

$$\begin{aligned} \text{(A) } \text{INDUZIDO}_{iht} &= \beta \text{PRETAPARDA}_{iht} + \theta_1 \text{IDADEMAE}_{iht} + \\ &\theta_2 \text{ENSINOMEDIOMA}_{iht} + \theta_3 \text{ESTADOCIVILMAE}_{iht} + \text{ANONASC}_t + \text{MUNICIPIO}_h \\ &+ \epsilon_{iht} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{(B) } \text{INDUZIDO_PRE41}_{iht} &= \beta \text{PRETAPARDA}_{iht} + \theta_1 \text{IDADEMAE}_{iht} + \\ &\theta_2 \text{ENSINOMEDIOMA}_{iht} + \theta_3 \text{ESTADOCIVILMAE}_{iht} + \text{ANONASC}_t + \text{MUNICIPIO}_h \\ &+ \epsilon_{iht} \end{aligned}$$

onde INDUZIDO_{iht} e $\text{INDUZIDO_PRE41}_{iht}$ são os indicadores de violência obstétrica da mulher i , no município h e no ano t , PRETAPARDA_{iht} é uma variável dummy que acende se a mulher for preta ou parda, IDADEMAE_{iht} , $\text{ENSINOMEDIOMA}_{iht}$ e $\text{ESTADOCIVILMAE}_{iht}$ são covariáveis de características

demográficas da gestante, $ANONASC_t$ é um efeito fixo de tempo, $MUNICIPIO_h$ é um efeito fixo do município e ϵ_{iht} representa o termo de erro. Espera-se que coeficiente de interesse β seja positivo, já que mede a relação de causalidade entre a raça da mulher e a probabilidade dela ter um parto induzido simples ou um parto induzido pré 41ª semana de gestação. Ao levar em conta o papel das características observáveis das gestantes e incluir efeitos fixos de tempo e município, o coeficiente β captura o efeito de ser preta ou parda condicionada a estar no município h , no ano t , e por possuir um conjunto de características dadas pelo vetor de covariáveis X_{iht} .

É válido ressaltar que, mesmo que estejamos considerando efeitos fixos e controles determinantes no modelo, ainda há a possibilidade da existência de vieses que poderiam afetar a estimativa do β . Potencialmente, existem variáveis não observadas que variam entre mães do mesmo município, de mesma idade, escolaridade e estado civil, como, por exemplo, a riqueza. Em geral, se a variável não observável riqueza estiver positivamente correlacionada com a probabilidade de indução do trabalho de parto e positivamente correlacionada com o fato da gestante ser preta ou parda, isso poderia sobreestimar o coeficiente β . Por outro lado, se a correlação da riqueza com essas variáveis fosse negativa, o coeficiente β poderia ser subestimado.

4.2 IMPACTO SOBRE A SAÚDE AO NASCER

Vistas as evidências de diferenças raciais na violência obstétrica, medida através da indução do trabalho de parto precoce, o segundo objetivo deste trabalho foi investigar o impacto da disparidade racial obstétrica sobre a saúde das crianças recém-nascidas. Para isso, a monografia testa se mulheres pretas ou pardas, em comparação com as brancas, têm maior probabilidade de darem luz à um bebê com condições de baixo ou muito baixo peso ao nascer. Nesse momento, a estimação é apenas uma tentativa, uma vez que mulheres pretas e pardas podem sofrer discriminação em outros momentos da gestação além do parto, como nas consultas de pré-natal. Sendo assim, é importante destacar que eventuais diferenças de saúde ao nascer podem ser resultado da conduta médica tanto no nascimento quanto antes dele.

A regressão utilizada tem como variável dependente y_{iht} o indicativo de prematuridade (baixo peso ao nascer ou muito baixo peso ao nascer) e como regressores as mesmas variáveis independentes citadas nas regressões **(A)** e **(B)** acima. As

regressões propostas são:

$$(C) \text{BPESO}_{iht} = \beta \text{PRETAPARDA}_{iht} + \theta_1 \text{IDADEMAE}_{iht} + \theta_2 \text{ENSINOMEDIOMA}_{iht} \\ + \theta_3 \text{ESTADOCIVILMAE}_{iht} + \text{ANONASC}_t + \text{MUNICIPIO}_h + \epsilon_{iht}$$

$$(D) \text{MUITO_BPESO}_{iht} = \beta \text{PRETAPARDA}_{iht} + \theta_1 \text{IDADEMAE}_{iht} + \\ \theta_2 \text{ENSINOMEDIOMA}_{iht} + \theta_3 \text{ESTADOCIVILMAE}_{iht} + \text{ANONASC}_t + \text{MUNICIPIO}_h \\ + \epsilon_{iht}$$

onde BPESO_{iht} e MUITO_BPESO_{iht} são os indicadores de prematuridade do bebê da mulher i , no município h e no ano t . Em particular, BPESO_{iht} é uma variável dummy que assume valor igual a 1 quando a criança tem peso ao nascer registrado abaixo de 2.500 gramas e valor igual a 0 caso contrário. A variável MUITO_BPESO_{iht} assume valor igual a 1 se o peso ao nascer for muito baixo, ou seja, abaixo de 1.500 gramas, e valor igual a 0 caso contrário. Os modelos acima são capazes de responder se, para uma mesma localidade de nascimento, mães brancas e mães pretas ou pardas de mesma idade, mesmo nível de escolaridade e mesmo estado civil têm probabilidades diferentes de darem luz à uma criança com condição de baixo peso ao nascer ou de muito baixo peso ao nascer.

5 RESULTADOS

A principal pretensão com as identificações causais propostas nesta monografia é comprovar os efeitos heterogêneos do viés racial da violência obstétrica. Este capítulo analisa, especificamente, as estimações dos coeficientes β encontradas nas diferentes regressões e nas diferentes amostras. A Tabela 3 abaixo ilustra os coeficientes estimados a partir das regressões (A) e (B) com efeitos fixos. As colunas (1) e (4) referem-se aos resultados encontrados na amostra inteira, ou seja, nos registros totais de nascimentos ocorridos em todos os municípios do Rio de Janeiro entre 2017 e 2020. As colunas (2) e (5) referem-se apenas à subamostra de municípios cujo percentual preto do corpo de enfermagem é menor do que 50% e as colunas (3) e (6) à subamostra de municípios nos quais este mesmo percentual é maior do que 50%. Não se incluiu nessas amostras os registros de nascimentos para os quais a variável de parto induzido não recebeu nenhum valor específico (ou foi ignorada ou não se aplicava).

Tabela 2 – Resultado Econométricos – Parto Induzido e Parto Induzido Precoce

	Variável Dependente					
	INDUZIDO			INDUZIDO_PRE41		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
PRETAPARDA	0.0130** (0.0048)	0.0132* (0.0060)	0.0131* (0.0060)	0.0104** (0.0039)	0.0087 (0.0053)	0.0112* (0.0052)
IDADEMAE	-0.0032*** (0.0004)	-0.0040*** (0.0005)	-0.0030*** (0.0004)	-0.0026*** (0.0004)	-0.0034*** (0.0005)	-0.0024*** (0.0004)
ENSINOMEDIOMAE	-0.0277*** (0.0036)	-0.0275** (0.0100)	-0.0275*** (0.0036)	-0.0237*** (0.0028)	-0.0203* (0.0089)	-0.0244*** (0.0029)
ESTADOCIVILMAE	-0.0175*** (0.0026)	-0.0093 (0.0066)	-0.0202*** (0.0024)	-0.0145*** (0.0023)	-0.0068 (0.0063)	-0.0169*** (0.0021)
EF Município	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
EF Ano	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Observações	815.877	179.047	636.830	815.877	179.047	636.830
R ²	0.03185	0.04721	0.02850	0.02817	0.04516	0.02436

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020, e do Censo Demográfico 2010.

Uma vez que levamos em conta o papel das características observáveis das gestantes e também incluímos efeitos fixos de município e de tempo, o coeficiente da variável *PRETAPARDA*, em qualquer uma das três amostras, captura o efeito de ser autodeclarada preta ou parda condicionada à ter tido o seu parto no município h , no ano t , e por possuir um conjunto de características dadas por $IDADEMAE_{iht}$, $ENSINOMEDIOMAE_{iht}$ e $ESTADOCIVILMAE_{iht}$.

Na amostra completa (colunas 1 e 4), os resultados indicam que a probabilidade de mulheres pretas e pardas, em comparação com mulheres não pretas, passarem por uma indução do trabalho de parto é 1.30 pontos percentuais maior. Mulheres pretas e pardas também possuem 1.04 pontos percentuais mais chances de passarem por uma indução de parto antes da 41ª semana gestacional do que mulheres não pretas. Isto mostra que gestantes pretas e pardas são 1.04 vezes mais propensas à sofrerem violência obstétrica do que mulheres de outras raças. Se a média de partos induzidos nos municípios do Rio de Janeiro, entre 2017 e 2020, foi de 14% sobre a totalidade de nascimentos registrados, então, um efeito positivo de 1.30 pontos percentuais representa aumento de aproximadamente 9,3% dessa média enquanto um efeito de 1.04 pontos percentuais representa aumento de aproximadamente 7,5%. Sendo assim, ser preta ou parda dá à uma gestante maior probabilidade de sofrer violência obstétrica.

Depois de calculados os percentuais municipais de pretos e pardos no corpo de enfermagem, dividiu-se a amostra completa em duas subamostras de municípios que possuíam maior diversidade étnica entre os enfermeiros e municípios que possuíam menor diversidade étnica. No entanto, os municípios que apresentaram maior quantidade de registros de nascimentos dentro do período da amostra completa (2017 a 2020) foram também os municípios com maior representatividade de pretos e pardos no corpo de enfermagem. Por isso, a subamostra dos municípios com mais enfermeiros negros no corpo de enfermagem (636.830) é maior do que a subamostra dos municípios com menos enfermeiros negros (179.047).

As colunas 2 e 5 mostram os resultados encontrados na subamostra dos municípios com corpo de enfermagem menos diverso. É possível perceber que, nesses lugares, ser preta ou parda aumenta a probabilidade de a gestante passar por um parto induzido em 1.32 pontos percentuais. Ainda nessa subamostra, não se encontrou significância estatística na maior probabilidade de mulheres pretas e pardas passarem por um parto induzido pré 41ª semanas de gestação. Já as colunas 3 e 6 indicam que, na subamostra de municípios com corpo de enfermagem mais diverso, ser preta ou parda

ainda aumenta a probabilidade de a gestante passar por parto induzido em 1.31 pontos percentuais e passar por parto induzido precoce em 1.12 pontos percentuais.

Nota-se que não foi encontrada heterogeneidade relacionada à composição étnica do corpo de enfermagem. Ao investigar se a disparidade racial na indução de parto poderia estar associada à diversidade étnica das equipes de enfermagem de cada município, as evidências encontradas são as de que, independentemente da diversidade étnica do corpo de enfermagem do município onde ocorreu o nascimento, as mulheres pretas e pardas costumam apresentar maiores chances de passar por um parto induzido ou parto induzido precoce do que mulheres não pretas e pardas.

Na subamostra de municípios com alta quantidade de enfermeiros pretos e pardos, era esperado que o efeito da cor da pele preta ou parda da mulher sobre a probabilidade de ocorrência das induções (simples ou precoce) fosse menor do que na amostra inteira, no entanto, isso não acontece. Mesmo em municípios com equipes de enfermagem mais diversas, mulheres pretas e pardas continuam tendo maiores probabilidades de sofrerem violência obstétrica do que mulheres não pretas e o efeito encontrado é ainda maior do que na amostra inteira.

Em todas as subamostras utilizadas, comprova-se que os coeficientes das covariáveis idade, ensino médio e estado civil são negativos. O aumento de uma unidade na idade da gestante diminui a sua probabilidade de passar por parto induzido precoce em 0.26, 0.34 e 0.24 pontos percentuais nas amostras de todos os municípios (1), dos municípios menos diversos (2) e municípios mais diversos (3), respectivamente. Além disso, possuir Ensino Médio completo (12 anos ou mais de escolaridade) e ser casada também diminuem as chances da gestante passar por parto induzido, seja precoce ou não.

Em um segundo momento, a monografia buscou investigar se o racismo obstétrico possui impacto estatisticamente significativo nas piores condições de saúde no nascimento dos recém-nascidos negros. Tais condições de saúde foram medidas através das variáveis de baixo peso ao nascer e de muito baixo peso ao nascer. A Tabela 4 mostra, portanto, as estimações dos coeficientes das regressões (C) e (D). Assim como anteriormente, cada uma das regressões foi testada na amostra completa e nas duas subamostras de acordo com o percentual de enfermeiros pretos e pardos dos municípios do Rio de Janeiro.

Tabela 3 – Resultados Econométricos – Peso ao Nascer

	Variável Dependente					
	BPESO			MUITO_BPESO		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
PRETAPARDA	0.0058*** (0.0008)	0.0071*** (0.0018)	0.0053*** (0.0009)	0.0016*** (0.0003)	0.0030*** (0.0007)	0.0011*** (0.0003)
IDADEMAE	0.0009*** (6.11e-5)	0.0009*** (0.0001)	0.0009*** (7.26e-5)	0.0002*** (3.22e-5)	0.0003*** (4.58e-5)	0.0002*** (3.32e-5)
ENSINOMEDIOMAE	-0.0010 (0.0014)	-0.0014 (0.0027)	-0.0008 (0.0017)	-0.0010 (0.0008)	-0.0004 (0.0011)	-0.0012 (0.0009)
ESTADOCIVILMAE	-0.0133*** (0.0009)	-0.0101*** (0.0019)	-0.0143*** (0.0010)	-0.0026*** (0.0003)	-0.0025* (0.0009)	-0.0026*** (0.0003)
EF Município	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
EF Ano	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Observações	815.877	179.047	636.830	815.877	179.047	636.830
R ²	0.00138	0.00242	0.00108	0.00046	0.04516	0.00034

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ''

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020, e do Censo Demográfico 2010.

As colunas 1, 2 e 3 da Tabela 4 mostram que os coeficientes β da variável *PRETAPARDA* representam um aumento médio na probabilidade de ocorrência da variável dependente *BPESO* (baixo peso ao nascer) de 0.58 pontos percentuais quando na amostra completa, de 0.71 pontos percentuais quando na subamostra dos municípios com menor diversidade étnica no corpo de enfermagem e de 0.53 pontos percentuais na subamostra dos municípios com maior diversidade étnica entre enfermeiros. Quando o nascimento ocorre em um município com menos enfermeiros negros, o efeito é 0.13 pontos percentuais maior do que o efeito encontrado na amostra de todos os municípios. Já quando o nascimento ocorre em municípios com maior presença de enfermeiros negros, o efeito é 0.05 menor do que o efeito na amostra completa. Em todas as amostras, os efeitos encontrados de *PRETAPARDA* sobre *BPESO* são estatisticamente significativos à qualquer nível de significância usual. Isto poderia ser um indicativo de que mães pretas ou pardas, que tendem à ter maiores probabilidades de sofrer violência na hora do parto, também tendem à ter maiores chances de dar luz à um bebê com condições de baixo peso ao nascer quando comparadas à mães não pretas ou pardas.

Já nas colunas 4, 5 e 6 os coeficientes β da variável *PRETAPARDA* representam a correlação condicional entre a raça da gestante e a probabilidade dela dar luz à uma

criança com condições de muito baixo peso ao nascer (*MUITO_BPESO*), ou seja, com peso de nascimento menor do que 1.500 gramas. Considerando a amostra completa de todos os municípios do Rio de Janeiro, os resultados indicam que ser preta ou parda dá à uma gestante uma probabilidade 0.16 pontos percentuais maior de parir um bebê com condições de muito baixo peso ao nascer. Na subamostra dos municípios com baixo percentual preto e pardo no corpo de enfermagem, ser uma mãe preta ou parda aumenta a probabilidade de ter um filho com muito baixo peso ao nascer em 0.30 pontos percentuais. Por fim, na subamostra dos municípios com alto percentual preto e pardo no corpo de enfermagem, a raça preta ou parda produz efeito positivo de 0.11 pontos percentuais sobre a probabilidade de ocorrência do bebê nascer com muito baixo peso.

Nesse caso, os distintos níveis de diversidade étnica das equipes de enfermagem de cada município produzem impactos diferentes sobre o coeficiente de raça. Quando o nascimento ocorre em um município com menos enfermeiros negros, o impacto da cor da mãe preta ou parda sobre a probabilidade do bebê nascer com baixo peso ou muito baixo peso é maior do que o mesmo impacto na amostra de todos os municípios. Mas quando o nascimento ocorre em um município com mais enfermeiros negros, esse impacto é menor do que o efeito na amostra de todos os municípios. A maior participação de profissionais da saúde negros pode ter impacto social extremamente positivo para melhores condições de parto e de nascimento das mulheres negras e seus filhos. A representatividade é fator importantíssimo para transformações sociais e políticas, já que ela é capaz de reduzir desigualdades e injustiças.

Por fim, mulheres autodeclaradas pretas e pardas têm probabilidades maiores de sofrerem violência obstétrica do que mulheres de outras raças e esse racismo obstétrico possui impacto estatisticamente significativo nas condições de peso ao nascer e, conseqüentemente, de saúde dos recém-nascidos pretos e pardos. Possíveis conseqüências podem vir a impactar o desenvolvimento de longo prazo dos mesmos e perpetuar desigualdades sociais e raciais.

6 CONCLUSÃO

Nesse trabalho, mostrou-se que, nos municípios do Rio de Janeiro, a raça da gestante influencia a probabilidade dela passar por um episódio de violência obstétrica no momento do parto. Uma amostra dos dados de nascimento ocorridos entre 2017 e 2020 no estado, disponibilizados pelo DATASUS, à nível individual, nos permitiu descobrir que mulheres pretas e pardas são mais propensas a passarem por uma indução de parto precoce do que mulheres não pretas e pardas, que realizaram seus partos no mesmo município e no mesmo ano, além de controlar as características observáveis de idade, instrução escolar e estado civil das mesmas. Além disso, encontra-se resultados estatisticamente significantes comprovando que gestantes pretas ou pardas possuem maior probabilidade de darem luz à um recém-nascido com condições de baixo ou muito baixo peso ao nascer.

As evidências encontradas nesse estudo comprovam a existência do racismo na prática obstétrica de induções do trabalho de parto feitas no estado do Rio de Janeiro entre 2017 e 2020. Isso pode indicar que a violência obstétrica possui importantes implicações em termos de perpetuação de desigualdades. A primeira delas seria a sustentação das iniquidades nas condições de saúde das mulheres negras em relação às mulheres não negras. Como exposto em capítulos anteriores, historicamente, mulheres pretas já possuem piores condições de acesso e de tratamentos de saúde em relação à mulheres não pretas. Dessa maneira, os resultados da monografia adicionam novas evidências de que essas desigualdades persistem no universo obstétrico e que a condução médica no momento do parto pode ser, muitas vezes, influenciada pela cor da pele da gestante.

A segunda implicação estaria relacionada ao desenvolvimento das crianças negras, que, por representarem a maioria dos partos prematuros, podem apresentar maiores chances de desenvolver problemas de saúde ao longo da vida. Desde o momento do seu nascimento, crianças negras já tendem a apresentar desvantagens nas condições de saúde em relação às crianças não negras. À medida que uma desigualdade desencadeia outra, os efeitos das disparidades raciais vão se acumulando com o passar do tempo. As implicações tomam proporções ainda mais graves por acontecerem em um ambiente como o do Brasil, país que sofre com a escassez de políticas públicas infantis que promovam as mesmas condições de saúde, educação e inserção social para crianças pretas e não pretas.

A resistência é parte intrínseca à comunidade preta no Brasil, mas, especialmente, à identidade negra feminina. As esferas de desfavorecimento social, político, econômico e cultural fazem parte da sua história à séculos. Essa monografia demonstra mais uma esfera de luta para essas mulheres e comprova os desafios que enfrentam para terem condições de saúde reprodutiva adequada. Nota-se, portanto, a importância da inclusão e da valorização da população preta e parda no exercício da medicina obstetrícia.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, é um excelente exemplo de medida de promoção de equidade e efetivação do direito à saúde de negras e negros que poderia e deveria implementar ações de proteção obstetrícia às gestantes pretas e pardas. A PNSIPN oferece subsídios para incorporação dessas ações, porém, o racismo estrutural é um mal suficientemente enraizado na sociedade para que seus efeitos dificultem a efetivação de qualquer política afirmativa por todas as instâncias do SUS. Na direção de promover justiça racial reprodutiva, prova-se urgente investir e colocar em prática ações educativas que melhorem a gestão e a execução do serviço de assistência obstétrica, de modo que profissionais de saúde repensem suas ações para melhorar o cuidado e, conseqüentemente, a experiência das mulheres grávidas pretas e pardas durante o parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Lia Marina Silva; ALEXANDRE, Rita Fernanda Freitas; DE JESUS, Larissa Keylla Almeida. **Caderno de Graduação UNIT/AL – Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 4, n. 1, p. 43-58, mar. 2017.
- ALSAN, Marcella; WANAMAKER, Marianne. Tuskegee and the health of black men. **National Bureau of Economic Research**, Cambridge, Working Paper Series, n. 22323, JEL No. I14, O15, 2016.
- ALSAN, Marcella; GARRICK, Owen; GRAZIANI, Grant. Does Diversity Matter for Health? Experimental Evidence from Oakland. **American Economic Review**, Pittsburgh, v. 109, n. 12, p. 4071-4111, dez. 2019.
- ALVES, Joyce M.; MARTINS, Ana C. P.; ROCHA, Jucimere F. D; COSTA, Fernanda M. da; VIEIRA, Maria A. Causas associadas ao baixo peso ao nascer: uma revisão integrativa. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. S6, p. 85-102, 2019.
- AMNESTY INTERNATIONAL. **Deadly delivery**: the maternal health care crisis in the USA. Londres: Amnesty International Secretariat, 2010.
- AMORIM, Vivian M. S. L.; BARROS, Marilisa B. de A.; CÉSAR, Chester L. G.; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, nov. 2006.
- ANTOINE, Clarel; YOUNG, Bruce. Cesarean section one hundred years 1920-2020: the good, the bad and the ugly. **Journal of Perinatal Medicine**, Berlin, v. 49, n. 1, p. 5-16, set. 2020.
- BAIRROS, Fernanda S.; MENEGHEL, Stela N.; DIAS-DA-COSTA, Juvenal S.; BASSANI, Diego G.; MENEZES, Ana M. B.; GIGANTE, Denise P.; OLINTO, Maria T. A. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, dez. 2011.
- BEN, Jehonathan; CORMACK, Donna; HARRIS, Ricci; PARADIES, Yin. Racism and Health service utilization: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, São Francisco, v. 12, n. 12, p. 1-22, dez. 2017.
- BETRAN, Ana P.; YE, Jiangfeng; MOLLER, Ann-Beth; SOUZA, João P.; ZHANG, Jun. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, [S.l.], 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de Parto Cesáreo**. Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde, fev. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Indicadores da atenção à saúde materna e neonatal**. Brasília, DF: ANS, abr. 2022. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2JhMTAxODktZGMzZS00MjgzLTkzMjgtMDVhZTJkMWZlZGY1IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, Série A: Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n° 32, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Relatório de Recomendação, n. 179, mar. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 16 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: SEPPIR, 2007.

BRUCE, Raphael; FIRPO, Sergio; FRANÇA, Michael; MELONI, Luis. Racial Inequality in Health Care During a Pandemic. **SSRN**, [S.l.], 2020. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3691313. Acesso em: 16 mai. 2022.

CARNEIRO, Sueli. A batalha de Durban. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 209-214, 2002.

CECATTI José G.; FAÚNDES, Aníbal. A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun. 1991.

CUNHA, Alfredo de A. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 9, p.469-480, set. 2010.

DANTAS, Marianny N. P.; AIQUOC, Kezauyn M.; SANTOS, Emelynn G. de O.; SILVA, Mercês de F. dos S.; SOUZA, Dyego L. B. De; MEDEIROS, Nayre B. M. de; BARBOSA, Isabelle R. Prevalência e fatores associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde do Brasil. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**,

Fortaleza, v. 32, 2019.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal S.; OLINTO, Maria T. A.; GIGANTE, Denise P.; MENEZES, Ana M. B.; MACEDO, Silvia; FUCHS, Sandra C. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-48, abr. 2003.

DOMINGUES, Patrícia M. L.; NASCIMENTO, Enilda R. do; OLIVEIRA, Jeane F. de; BARRAL, Fanny E.; RODRIGUES, Quessia P.; SANTOS, Carla. C. C. dos; ARAÚJO, E. M. de. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 285-92, abr./jun. 2013.

FERREIRA, Vitoria de M. Mãe Preta, estudo sobre o índice de violência obstétrica entre as mulheres negras. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISADORES NEGROS, 10., 2018, Uberlândia. **Anais [...]**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1532453580_ARQUIVO_CopeneMG.pdf. Acesso em: 19 maio 2020

FRANCIOTTI, Débora L.; MAYER, Grasiene N.; CANCELIER, Ana C. L.. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 39, n. 3, p. 63-69, 2010.

GLANCE, Laurent G.; WISSLER, Richard; GLANTZ, Christopher; OSLER, Turner M.; MUKAMEL, Dana B.; DICK, Andrew W. Racial differences in the use of epidural analgesia for labor. **Anesthesiologists**, Hagerstown, v. 106, n. 1, p. 19-25, jan. 2007.

GOES, Emanuelle F.; MENEZES, Greice M. S.; ALMEIDA, Maria-da-Conceição C.; ARAÚJO, Thália V. B de; ALVES, Sandra V.; ALVES, Maria T. S. S. B.; AQUINO, Estela M. L. Racial vulnerability and individual barriers for Brazilian women seeking first care following abortion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, sup. 1, 2020.

HAM, David P.; NIJHUIS, Jan G.; MOL, Ben W. J.; BEEK, Johannes J.; OPMEER, Brent C.; BIJLENGA, D.; GROENEWOUT, Mariette; ARABIN, Birgit; BLOEMENKAMP, Kitty WM.; WIKNGAARDEN, Wim J.; WOUTERS, Maurice G. A. J.; PERNET, Paula J. M.; PORATH, Martina M.; MOLKENBOER, Jan F. M.; DERKS, Jan B.; KARS, Michael M.; SCHEEPERS, Hubertina C. J.; WEINANS, Martin J. N.; WOISKI, Mallory D.; WILDSCHUT, Hajo I. J.; WILLEKES, Christine. Induction of labour versus expectant management in women with preterm prelabour rupture of membranes between 34 and 37 weeks (the PPROMEXIL-trial). **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], v. 7, n. 11, p. 1-6, 2007.

JOSLYN, Sue A. Racial Differences in Treatment and Survival from Early-Stage Breast Carcinoma. **Cancer**. Kennesaw, v. 95; n. 8, p. 1759-1766, out. 2002.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete G. dos; BATISTA, Luís E.; CRUZ, Vanessa M. da. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LEAL, Maria do C.; GAMA, Silvana G. N. da; PEREIRA, Ana P. E.; PACHECO, Vanessa E.; CARMO, Cleber N. do; SANTOS, Ricardo V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, sup. 1, p. 1-17, 2017.

MATERNIDADE ESCOLA UFRJ. **Indução do parto**: rotinas assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2018. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/inducacao_do_parto.pdf. Acesso em: 25 maio 2022.

MEDEIROS, Nathália C. M de; MARTINS, Edmara N. X.; CAMBOIM, Francisca E. de F.; PALMEIRA, Maryama N. F. de A. L. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas de Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 503-528, 2016.

MORAES, Maria S. de; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 509-519, mai./jun. 2001.

MOZURKEWICH, Ellen; CHILIMIGRAS, Julie; KOEPKE, Elena; KEETON, Kristie; KING, Valerie. Indications for induction of labour: a best-evidence review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [S.l.], v. 116, n. 5, p. 626–636, abr. 2009.

MURTHY, Karna; GROBMAN, William A.; LEE, Tood A.; HOLL, Jane L. Obstetricians' Rising Liability Insurance Premiums and Inductions at Late Preterm Gestations. **Medical Care**, [S.l.], v. 47, n. 4, p. 425-430, abr. 2009.

OLIVEIRA, Beatriz M. C.; KUBIACK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939- 948, jul./set. 2019.

SAMPAIO, Ânderson G.; SOUZA, Alex S. R.; NETO, Carlos N. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito fetal após a 20ª semana. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 125-131, abr./jun. 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Indução do parto**. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, Guia de Práticas Clínicas, 21 nov. 2013. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/oficina-processos-de-trabalho-na-rede-cegonha/diretrizes-clinicas-hospital-sofia-feldman/>. Acesso em: 25 maio 2022

SANTIAGO, Dayze C.; SOUZA, Wanessa K. S.. Violência obstétrica: uma análise das consequências. **RIOS - Revista Científica da Faculdade Sete de Setembro**, Paulo Afonso, a. 11, n. 13, p. 148- 164, 2017.

SANTOS, Kleviton L. A.; FARIAS, Cinthia R. B. L.; CAVALCANTE, Jaylla S.; SANTOS, Ewerton A.; SILVA, Jaqueline M.; DUARTE, Ana P. R da S. Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. **Diversitas Journal**, Santana do Ipanema/AL, v. 5, n. 3, p. 1787–1804, jul./set. 2020.

SILVA, Nelma N.; FAVACHO, Veronica B. C.; BOSKA, Gabriella de A.; ANDRADE, Emerson da C.; MERCES, Neuri P. das; OLIVEIRA, Márcia A. F. de. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, p.195-201, 2020.

SOUZA, Alex S. R.; COSTA, Aurélio A. R.; COUTINHO, Isabela; NORONHA NETO, Carlos AMORIM, Melania M. R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 185-194, 2010a.

SOUZA, Alex S. R.; COSTA, Aurélio A. R.; COUTINHO, Isabela; NORONHA NETO, Carlos AMORIM, Melania M. R. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 195-201, 2010b.

SOUZA, Guilherme N. de; SAKITA, Márcio; LOPES, Viviane; FERREIRA, Denise Q.; MOHAMED, Samirah H. M.; SOUZA, Eduardo de. Métodos de indução do trabalho de parto. **Femina**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 47-54, jan./fev. 2013.

TEIXEIRA, Liliana R. M. **Indução do trabalho de parto: métodos farmacológicos**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

TRAD, Leny A. B.; CASTELLANOS, Marcelo E. P.; GUIMARÃES, Maria C. da S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012.

TRUVEN HEALTH ANALYTICS. The cost of having a baby in the United States. **Truven Health Analytics**, [S.l.], jan. 2013. Disponível em: <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/archive/the-cost-of-having-a-baby-in-the-us.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2022.

VIANA, Igor O.; QUINTAO, André; ANDRADE, Caio R. A.; FERREIRA, Fernanda A.; DUMONT, Raíssa D.; FERRAZ, Fernanda O.; LOBATO, Hamilton; PRADO, Carlos E. V.; OSANAN, Gabriel C. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, supl. 4, p. 43-46, 2011.

VIEIRA, Ana B. D.; MONTEIRO, Pedro S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out./dez. 2013.

ZANARDO, Gabriela L. de P.; URIBE, Magaly C.; NADAL, Ana H. R. de; HABIGZANG, Luísa F. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 29, p. 1-11, 2017.

APÊNDICE A

Representatividade Percentual de Partos Induzidos por Município

MUNICÍPIO	2017	2018	2019	2020
Angra dos Reis	31,65%	32,43%	17,42%	12,33%
Aperibé	6,16%	4,26%	16,67%	3,03%
Araruama	13,35%	16,25%	12,66%	15,72%
Areal	13,26%	16,67%	17,53%	15,89%
Armação dos Búzios	13,12%	14,35%	12,88%	11,54%
Arraial do Cabo	12,99%	11,94%	11,75%	9,56%
Barra do Pirai	6,02%	3,26%	3,85%	2,77%
Barra Mansa	32,99%	30,02%	22,33%	20,63%
Belford Roxo	15,77%	14,60%	15,59%	18,63%
Bom Jardim	4,57%	1,91%	0,29%	0,97%
Bom Jesus do Itabapoana	1,50%	2,85%	2,29%	3,62%
Cabo Frio	18,73%	18,45%	11,13%	3,52%
Cachoeiras de Macacu	6,68%	3,72%	3,79%	7,78%
Cambuci	5,30%	4,67%	4,46%	2,65%
Campos dos Goytacazes	19,47%	21,39%	21,23%	14,89%
Cantagalo	2,93%	3,67%	0,96%	1,36%
Carapebus	10,30%	3,01%	3,55%	0,67%
Cardoso Moreira	12,80%	16,28%	15,45%	6,56%
Carmo	8,14%	5,58%	3,88%	2,83%
Casimiro de Abreu	4,12%	9,44%	13,36%	18,20%
Comendador Levy Gasparian	16,38%	15,56%	15,93%	9,09%
Conceição de Macabu	7,35%	4,91%	5,20%	4,63%
Cordeiro	2,89%	2,39%	4,66%	1,22%
Duas Barras	6,25%	9,03%	17,27%	25,69%
Duque de Caxias	18,70%	16,06%	16,73%	15,96%
Engenheiro Paulo de Frontin	4,13%	5,00%	11,27%	6,92%
Guapimirim	20,00%	22,82%	20,43%	18,37%
Iguaba Grande	12,47%	13,99%	12,88%	14,12%
Itaboraí	17,20%	15,81%	21,51%	18,88%
Itaguaí	8,72%	15,32%	18,48%	12,35%
Italva	0,64%	1,20%	0,58%	3,39%
Itaocara	7,58%	7,02%	3,23%	2,63%
Itaperuna	1,78%	4,02%	3,78%	1,98%
Itatiaia	16,63%	11,00%	8,83%	7,48%
Japeri	16,28%	11,08%	12,16%	13,03%
Laje do Muriaé	6,67%	11,46%	8,57%	15,96%
Macaé	12,12%	10,71%	10,64%	10,06%
Macuco	5,31%	1,98%	1,77%	1,01%
Magé	38,97%	33,59%	34,31%	28,72%

Mangaratiba	8,47%	6,81%	11,07%	9,47%
Maricá	6,71%	4,77%	4,99%	3,52%
Mendes	2,48%	10,18%	21,32%	7,57%
Mesquita	16,36%	13,90%	15,26%	16,64%
Miguel Pereira	5,61%	3,19%	1,16%	5,10%
Miracema	4,80%	2,37%	2,33%	1,76%
Município ignorado - RJ	0,00%	5,56%	8,70%	14,29%
Natividade	5,03%	6,63%	4,05%	5,41%
Nilópolis	13,41%	12,62%	14,67%	14,95%
Niterói	13,90%	11,53%	10,48%	11,47%
Nova Friburgo	3,63%	2,62%	1,62%	2,08%
Nova Iguaçu	16,88%	11,94%	11,51%	15,21%
Paracambi	4,33%	8,44%	9,07%	6,36%
Parafba do Sul	14,52%	12,79%	12,05%	13,03%
Paraty	28,69%	20,64%	6,79%	10,51%
Paty do Alferes	6,62%	3,23%	1,83%	4,05%
Petrópolis	20,06%	18,61%	21,09%	19,14%
Pinheiral	13,58%	14,38%	10,45%	13,71%
Piraí	10,20%	12,02%	12,73%	17,71%
Porciúncula	2,34%	2,62%	1,63%	4,04%
Porto Real	9,40%	11,00%	12,50%	14,29%
Quatis	12,35%	14,45%	12,20%	9,88%
Queimados	17,83%	12,85%	12,60%	16,77%
Quissamã	8,81%	2,65%	1,62%	4,97%
Resende	13,81%	12,26%	11,27%	13,26%
Rio Bonito	9,87%	11,07%	6,62%	4,64%
Rio Claro	15,96%	9,62%	10,09%	10,94%
Rio das Flores	23,76%	33,93%	11,88%	18,64%
Rio das Ostras	5,87%	3,97%	3,23%	3,07%
Rio de Janeiro	12,26%	11,72%	15,53%	15,61%
Santa Maria Madalena	15,15%	6,38%	12,84%	10,13%
Santo Antônio de Pádua	11,61%	7,71%	8,91%	8,56%
São Fidélis	7,20%	2,55%	3,79%	1,64%
São Francisco de Itabapoana	27,92%	29,53%	28,35%	11,64%
São Gonçalo	5,37%	3,84%	3,56%	3,54%
São João da Barra	11,09%	6,73%	13,43%	10,54%
São João de Meriti	19,62%	17,91%	17,45%	18,63%
São José de Ubá	0,00%	0,72%	0,99%	1,03%
São José do Vale do Rio Preto	10,95%	13,10%	18,36%	15,46%
São Pedro da Aldeia	11,39%	12,01%	9,99%	8,60%
São Sebastião do Alto	2,11%	0,00%	2,02%	1,79%
Sapucaia	13,02%	13,62%	9,63%	10,98%
Saquarema	14,42%	18,43%	14,78%	17,26%
Seropédica	11,07%	15,61%	21,41%	14,85%
Silva Jardim	12,59%	10,10%	8,49%	9,09%
Sumidouro	7,46%	7,96%	4,86%	3,51%
Tanguá	10,20%	10,67%	8,26%	5,54%
Teresópolis	30,87%	30,16%	24,17%	23,72%

Trajano de Moraes	10,53%	17,50%	23,36%	19,13%
Três Rios	17,59%	16,08%	13,70%	13,36%
Valença	29,08%	22,54%	14,59%	17,11%
Varre-Sai	0,64%	0,60%	3,95%	4,88%
Vassouras	7,36%	8,61%	13,82%	9,64%
Volta Redonda	15,56%	11,97%	10,95%	14,05%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC, 2017 a 2020.