FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

MARIA CLARA ARAUJO SECALL

# DISPARIDADES RACIAIS E REALIZAÇÃO DE CESÁREA

**SÃO PAULO**
**2022**

MARIA CLARA ARAUJO SECALL

# DISPARIDADES RACIAIS E REALIZAÇÃO DE CESÁREA

Relatório final apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)

Orientador: Prof. Dr. Victor Eduardo da Motta

**SÃO PAULO**

**2022**

## RESUMO

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de cesárea do mundo, tendo, em 2016, um valor de 55,5%, número que se mantém estável até os dias atuais (BOERMA et al., 2018). Essa realidade vai de encontro com o que a comunidade médica internacional considera como taxa ótima, entre 10% e 15% (OMS, 1985). Nesse contexto, em relação ao direito reprodutivo, percebe-se que o recorte racial é essencial no diálogo com políticas públicas e problemas públicos. Tal fato se dá porque mulheres pretas e pardas são submetidas a diversos tipos de violências, sobretudo em relação ao direito reprodutivo (DOS SANTOS, 2020). Essas barreiras são colocadas tanto no momento do acesso aos serviços de saúde, quanto na qualidade do atendimento e do cuidado (DOS SANTOS, 2020). Assim, este paper examina o impacto do determinante racial da mãe na escolha pelo tipo de parto (cesáreo); utilizando dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2019 fornecidos pelo DATASUS do Estado de São Paulo, a partir de uma abordagem econométrica utilizando uma Regressão Logística. Visando fomentar o debate acerca dos determinantes pela escolha do tipo de parto, utilizou-se, neste paper, uma série de indicadores que se demonstraram importantes neste processo de escolha, tais como: raça, idade da mãe e do pai, escolaridade da mãe, número de gestações anteriores, número de filhos vivos, tipo de gravidez e estado civil. Além desses, procurou-se utilizar a localidade e o município de residência da mãe; o tipo de local de nascimento; o número de consultas pré-natal; o mês em que iniciou o pré-natal; o trabalho de parto induzido; a prematuridade; e a ciência de que a cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar. Para este estudo, empregou-se a amostragem das mulheres brasileiras fornecidas pela SINASC no Estado de São Paulo. Como resultado, obteve-se a correlação negativa entre a variável de raça e a escolha pelo parto cesárea, concluindo, assim, uma vulnerabilidade de mulheres pretas e pardas no acesso ao parto e a seus direitos reprodutivos.



**Palavras-chaves:** Raça, Cesárea, Parto, SINASC, Mulher, Preta, Parda, Acesso, Direito Reprodutivo.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Políticas Pioneiras na Área de Saúde 10
Tabela 2: MPL e Logit (Efeitos Marginal Médio) 18

**SUMÁRIO**


**1. INTRODUÇÃO** 5

**2. ANÁLISE TEÓRICA** **7**

2.1. Marco Analítico 7

2.2. Literatura Relacionada 12

**3. MÉTODOS** 15

3.1. Base de Dados 15

3.2. Variáveis Utilizadas 16

3.2.1. Modelo Econométrico 16

3.2.2. Variável Dependente 16

3.2.3. Variável Explicativa/Independente 17

3.2.4. Variáveis de Controle 17

**4. RESULTADOS** 17

**5. DISCUSSÃO** 21

**6. CONCLUSÃO** 21

**7. REFERÊNCIAS** 24

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ótima de cesárea está entre 10% e 15% - um nível inferior a 5% está atrelado à falta de acesso ao cuidado adequado, e uma taxa maior a 15% está associada a fatores médicos, como a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários (OMS, 2015). Entretanto, a amplificação de técnicas obstétricas e das maternidades transformaram o parto em um fenômeno puramente hospitalar. Assim, no século XXI, é possível observar a normalização da cesariana e o protagonismo desse procedimento nas preferências dos médicos e das pacientes (RODRIGUES, 2021).

No Brasil, por exemplo, esta taxa de cesárea chegou a 50% em 2009 e a 55,5% em 2016 - número que se mantém estável até 2022 (BOERMA *et al.*, 2018). Entretanto, deve-se elencar diversos fatores e marcadores sociais da realidade brasileira que o poder público enfrenta ao tentar ir de encontro a esse fenômeno. Assim, conforme UNICEF (2017), a taxa de cesáreas em hospitais públicos e privados possui taxas discrepantes: enquanto a primeira detém uma taxa de, aproximadamente, 42%, a segunda apresenta um nível com proximidade de 86%. Essa tendência é relevante já que existem, desde 1954, segundo os Anuários Estatísticos do IBGE, mais hospitais privados do que públicos no Brasil.

Assim, no tocante ao direito reprodutivo, o debate da raça como determinante social é de essencial importância no diálogo com políticas públicas. Isso acontece uma vez que a realidade brasileira submete mulheres negras a diferentes tipos de violências relacionados a todos os direitos humanos, sobretudo em relação ao direito reprodutivo (DOS SANTOS, 2020). Essas barreiras são colocadas tanto no momento do acesso à saúde, quanto na qualidade do atendimento e do cuidado (DOS SANTOS, 2020). Ainda, sabe-se que existe uma falta de investigação no modo de tratamento da população negra no momento do atendimento que, muitas vezes, é pautado pelo preconceito e pela discriminação, como aponta Dos Santos (2020).

Nesse contexto, elenca-se que a inserção do fator racial no debate da agenda pública, com respeito às políticas de saúde para a população negra, começa a ser consolidado, por volta de 1980, diante da atuação do movimento feminista no fomento de discussões acerca das especificidades raciais no âmbito da saúde reprodutiva. Dessa forma, duas vertentes paralelas começam a surgir e a incentivar o debate a respeito da temática: a acadêmica e a ativista (LIMA, 2010). Conforme Lima (2010), os argumentos e justificativas primordiais para a

consolidação de políticas e ações, no âmbito da saúde, para a população negra tem como base três perspectivas distintas. Em primeiro lugar, percebe-se que as demandas dessa população tratam, principalmente, da vulnerabilidade socioeconômica associada à vulnerabilidade racial e de gênero. Diante dessa abordagem, nota-se que, apesar da proposta universalista do Sistema Único de Saúde (SUS), o racismo que estrutura a sociedade brasileira ainda prevalece, sujeitando mulheres negras a violações e violências relacionadas a uma série de direitos humanos, sexuais e reprodutivos (DOS SANTOS, 2020).

Em segundo lugar, verifica-se que os estudos apontam doenças que afetam mais a população negra, tanto pelas doenças consideradas "geneticamente determinadas", como pelas condições socioeconômicas e pela dificuldade de acesso à saúde (LIMA, 2010). Por fim, em relação ao terceiro momento, Lima (2010) indica que tal consolidação concentrou-se no enfrentamento do "racismo institucional" atrelado ao conceito de vulnerabilidade institucional. Nesse sentido, ao se discutir o acesso aos serviços públicos e, por conseguinte, ao sistema de saúde, observa-se uma forte influência de múltiplas vulnerabilidades, mas, sobretudo, a institucional.

Perante a problemática, elenca-se a Pesquisa Nascer do Brasil (2012), primeiro estudo brasileiro de base epidemiológica que descreve o nascimento e a atenção ao parto a partir do recorte racial. De acordo com a pesquisa, nota-se que puérperas (mulheres que deram à luz recentemente) de cor preta apresentam um risco maior de perder o vínculo com o serviço de saúde, assim como o risco de não ter acompanhante, de ter maior peregrinação para o parto e menor probabilidade de anestesia local para a episiotomia (FIOCRUZ, 2012). Tornando-se, assim, um problema de saúde pública latente.

Entretanto, apesar da realidade supracitada e das questões que interferem sobremaneira no protagonismo feminino, a criação de políticas públicas com o objetivo de combater a temática são ferramentas essenciais para a melhoria do problema. A exemplo disso, existe o programa Rede Cegonha que visa melhorar as condições de assistência ao parto e advoga por um movimento de humanização e de protagonismo feminino, possibilitando que as mulheres possam, cada vez mais, demandar por seus interesses durante todo o processo da gravidez (BRASIL, 2013).

Sendo assim, levando em conta o problema de saúde descrito e a necessidade do recorte racial na temática, o objetivo presente deste trabalho volta-se exclusivamente para a compreensão e investigação de quais disparidades impactam na realização de cesáreas a partir de uma ótica racial. Para mais, o estudo visa, também, investigar como se dá a garantia de direitos ao acesso e à escolha do parto diante do mesmo recorte. A partir da construção de um

modelo de escolha discreta (regressão logística) e utilizando o banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), do DataSUS, foi escolhida uma abordagem econométrica para o estudo.

Assim, para atingir seus objetivos, a pesquisa foi construída com base em duas grandes seções: análise teórica e resultados. A primeira seção volta-se exclusivamente para o aprofundamento de conceitos que baseiam na questão do parto e que ganham destaque na análise, gerando uma discussão da temática mais completa. Já a seção de resultados, após apresentada a metodologia, descreve uma análise econométrica a partir de um modelo de escolha discreta Logit (Regressão Logística), a fim de testar a hipótese de uma relação negativa entre o determinante racial e a escolha pelo parto cesáreo.

Portanto, o estudo tem como contribuição a abordagem do determinante racial na análise da escolha e do acesso ao parto. Sabe-se que existem poucos estudos e discussões, no setor público, que elucidem temas relativos à saúde reprodutiva no tocante à escolha pelo parto a partir da ótica de mulheres pretas e pardas. Portanto, o futuro conhecimento desta pesquisa deve agir como alerta à sociedade e ao poder público, criando diretrizes para a elaboração de políticas públicas com base em evidências para que sejam destinadas a reduzir essa desigualdade no acesso à saúde.

## 2. ANÁLISE TEÓRICA

### 2.1.Marco Analítico

O Brasil, subscritor da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a partir da promulgação da Constituição de 1988, reconhece a saúde como um direito de todos e como um dever do Estado. Tais documentos sinalizam a discriminação racial como uma barreira a ser combatida para o aprimoramento das relações sociais no território nacional (THEÓPHILO *et al,* 2018). Assim, a Constituição Federal consumou o direito à igualdade entre os povos e formalizou que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser universal, igualitário e integral (BRASIL, 1988).

Historicamente no Brasil, segundo Theóphilo *et al.* (2018), o movimento contínuo de exclusões sociais da população negra está presente. Ele é marcado por um ideal de embranquecimento e por políticas que denotam esse grupo populacional como desigual. Nesse sentido, destaca-se que há um movimento de exclusão marcado por mecanismos legais, formulados pelo próprio Estado brasileiro que legitimam, constantemente, a violência contra a

população negra (THEODORO, 2008). Essa vulnerabilidade pode ser presenciada na saúde e na garantia do direito reprodutivo.

Diante do exposto, entende-se que a história dos direitos reprodutivos não é definida por um progresso linear, mas que existem ondas de progressão e de retrocessos. Entre os tais, pode-se elencar o racismo estrutural e interpessoal, as estruturas patriarcais e o classicismo. Todos esses fatores contribuem para que o direito reprodutivo seja garantido, ou não, de forma diferente para mulheres negras e brancas - por exemplo, as taxas de mortalidade infantil de pessoas negras são mais altas do que as taxas de mortalidade infantil de pessoas brancas no Brasil (RODRIGUES, 2021).

Durante um longo período, a questão racial no Brasil foi assinalada pelo mito da democracia racial, na qual o preconceito e a discriminação contra o negro seriam um problema da estratificação social. Entretanto, uma perspectiva mais recente reconhece que a inserção social de um indivíduo está diretamente relacionada à sua cor e que, portanto, a persistência da raça como princípio classificatório é um mecanismo de reprodução da desigualdade racial (PERPÉTUO, 2000). Por essa razão, houve pouco progresso nas discussões a respeito da relação entre raça e saúde, em âmbitos acadêmicos e de políticas públicas (MAIO e MONTEIRO, 2005).

À vista disso, sabe-se que o debate sobre políticas de saúde para a população negra começa a ser consolidado, a partir dos anos 1980, internacionalmente. Nessa década, as discussões em torno dos conceitos como saúde e direito reprodutivo no Brasil aumentaram significativamente devido, sobretudo, à presença de mulheres em partidos políticos, instituições estatais, ONGs feministas e agências internacionais. Como resultados da atuação do movimento negro neste cenário, nos anos 1990, foram tomadas as primeiras ações governamentais na formulação de uma política de atenção à saúde da população negra no Brasil (DAMASCO *et al.*, 2012).

A partir dessas atuações, estudos pioneiros sobre a temática foram publicados de forma a criar um embasamento embrionário e mais técnico, dentre os principais autores encontram-se Elza Berquó, Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle. Por conseguinte, verifica-se um processo de construção de uma agenda de direitos da saúde pelas mulheres negras que tem como base o meio acadêmico e o ativista, e que conta, também, com a "V Conferência Mundial de População e Desenvolvimento" (Cairo, 1994) e "IV Conferência Mundial a Mulher" (Beijing, 1995) como fatores relevantes para sua consolidação (LIMA, 2010). Em 1986, foi elaborado o suplemento especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que, além de apresentar dados da população brasileira, no que diz respeito à

educação, família e rendimentos, publicizou os dados oficiais desagregados por cor, relativos aos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres. Já em 1993, ocorreu o primeiro evento nacional com o objetivo de discutir a saúde reprodutiva das mulheres negras no Brasil, o "Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras" (DAMASCO *et al.*, 2012).

Ademais, em 1996, foi realizada, em Brasília, a mesa-redonda sobre a Saúde da População Negra, na qual foram apontadas a importância do combate ao racismo e a inclusão do quesito "cor" em todos os documentos relativos aos serviços públicos de saúde do Brasil. Como resultado, em 1997, o Ministério da Saúde incluiu o quesito "cor" na Declaração de Nascidos Vivos e na Declaração de Óbitos (DAMASCO *et al.*, 2012). Perante o exposto, percebe-se a mobilização de diversas instâncias para a criação de um quadro mais amplo e inclusivo de políticas fortemente articuladas, envolvendo o Ministério da Saúde e outras organizações internacionais e nacionais.

Como exemplo desse esforço, elenca-se o desenvolvimento, em 2003, da Política Nacional de Saúde da População Negra, da constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, em 2004, e do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2005. Além disso, foi na gestão do Governo Luís Inácio Lula da Silva que se criou a Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir), o que aprofundou ainda mais o debate, além de aprimorar e fomentar mais ações em função da temática (DOS SANTOS, 2020).

Dessa maneira, as políticas de saúde visam a promoção da igualdade racial perante o enfrentamento do principal tema dentre as políticas instauradas depois da promulgação da Constituição de 1988: a universalização (LIMA, 2010). Assim, desde os anos 1980, a temática da especificidade deixa de ser o ponto central da discussão da agenda política na área de saúde pública e concentra-se, cada vez mais, nos efeitos da desigualdade racial no cotidiano do atendimento - conhecida por política de reconhecimento com efeitos distributivos (LIMA, 2010). Diante do exposto, elenca-se as principais políticas na área de saúde com a variável "cor":

Tabela 1- Políticas Pioneiras na Área de Saúde

| POLÍTICAS NA ÁREA DE SAÚDE | |
|---|---|
| **Comitê Técnico de Saúde da População Negra (2004)** | **Visa promover a igualdade racial nas ações e serviços de saúde, nos campos de pesquisa, na educação, na informação e na atenção à saúde para o alcance da equidade racial no âmbito do SUS.** |
| **Plano Nacional de Saúde (2004)** | **Estabelece, como uma de suas diretrizes, a promoção da equidade na atenção à saúde da população negra e considera o determinante racial como base para a garantia do acesso e formulação.** |
| **Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI (2004)** | **Visa apoiar, de forma integrada, o setor público no combate e prevenção ao racismo institucional e a sociedade civil na avaliação e no monitoramento desse processo de prevenção. Em 2005, foi lançado de forma derivativa o Programa de Combate ao Racismo Institucional no SUS.** |
| **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007)** | **Define princípios, marcas, diretrizes e objetivos em prol da melhoria das condições de saúde da população negra. Incluindo, assim, ações de cuidado e atenção à saúde, bem como de gestão participativa, controle social e produção de conhecimento.** |

Fonte: Autoria Própria com base em Lima (2010) e documentos oficiais das políticas

Em relação a políticas formuladas em função da problemática do direito reprodutivo, sobretudo do aumento excessivo da realização de cesáreas, tem-se que o Ministério da Saúde (MS) aprovou, em 2016, as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”. Esse documento visa estabelecer parâmetros para a realização de cirurgia cesariana, a fim de tentar barrar e reduzir esse processo crescente, assim como de ajustar a taxa ótima estabelecida pela OMS para a realidade brasileira - taxa que fica entre 25% e 30%, na realidade (CONITEC, 2015). Ademais, sabe-se que outros esforços foram estabelecidos no sentido de reduzir o percentual de cesáreas no Brasil, como a resolução publicada pelo Conselho Federal de Medicina, restringindo a possibilidade de cesariana eletiva, ou como o projeto Parto Cuidadosa do MS que cria um sistema de monitoramento de partos cesáreas, no SUS, buscando minimizá-lo (DE MAGALHÃES *et al*, 2019).

Um outro exemplo é o programa da Rede Cegonha que visa melhorar as condições de assistência ao parto e que advoga por um movimento de humanização do parto e do protagonismo feminino (BRASIL, 2013). Ainda, elenca-se a Pesquisa Nascer do Brasil, primeiro estudo brasileiro de base epidemiológica que descreve o nascimento e a atenção ao parto e nascimento a partir do recorte racial (DOS SANTOS, 2020). De acordo com a pesquisa, nota-se que puérperas de cor preta apresentam um risco maior de perder o vínculo com o serviço de saúde, assim como de não ter acompanhante, de ter maior peregrinação para o parto e menor probabilidade de anestesia local para a episiotomia (FIOCRUZ, 2012).

Por fim, ressalta-se que esses avanços supracitados vêm sendo constantemente atacados pelo atual governo de Jair Bolsonaro. Dessa forma, o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos da mulher não é beneficiado diante de uma política que utiliza o discurso do familismo, colocando em pauta uma questão moral naquilo que já está traduzido como direito para mulheres. Além disso, existe uma falta de perspectiva com relação ao atendimento à saúde no geral e ao aumento da vulnerabilidade de mulheres negras no tocante ao quadro da saúde (REDE BRASIL ATUAL, 2019).

A exemplo dessa realidade, tem-se que o atual presidente, Jair Bolsonaro, tentou impedir a resolução sobre os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres na Organização das Nações Unidas (ONU). A delegação brasileira solicitou que o projeto da organização seja modificado para excluir o termo “sexuais e reprodutivos”, mesmo que concorde com o acesso de mulheres à saúde sexual e reprodutiva (TEODORO, 2022). Desta forma, tais direitos e o acesso à saúde pública, sobretudo da mulher negra, ainda é um direito pouco consolidado e marcado por inúmeros retrocessos.

## 2.2.Literatura Relacionada

Segundo De Magalhães *et al.* (2019), a taxa mundial de cesáreas aumentou, entre 2000 e 2015, de 12% a 21%. Entretanto, esta taxa varia de maneira significativa ao redor do mundo. A América Latina é a região que apresenta maior taxa, onde 44,3% dos nascimentos são realizados por cesariana. A África Subsaariana é a região com menor taxa, onde apenas 4,1% dos partos são cesáreos (BOERMA *et al.*, 2018). Além disso, em um estudo realizado por Boerma *et al.* (2018), apenas 40% dos 169 países estudados apresentaram taxas dentro do ideal estabelecido pela OMS (10-15%).

Conforme já discutido, o Brasil é um dos líderes mundiais de cesárea, chegando a 55,5%, em 2016. Este valor coloca o Brasil como o segundo país com maior taxa dentre os países com dados disponíveis, ficando atrás apenas da República Dominicana (BOERMA *et al.*, 2018). Estes valores ficam ainda mais graves quando analisamos o percentual nos hospitais particulares. Dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas, já na rede particular, esse índice chega a 84%, variando de acordo com a região (UNICEF, 2017).

Dessa forma, a literatura sobre os determinantes que impactam o parto em sua integralidade, nacional e internacional, ainda são produzidos em menor número. Entre os estudos, sugere-se que as mulheres negras estão mais expostas à mortalidade materna, assim como a uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fruto da discriminação racial que concentra essa população em regiões periféricas onde a infraestrutura de serviços é ausente ou deficiente (BERQUÓ, 2000). A literatura internacional, sobretudo nos Estados Unidos, demonstra que a raça continua a impedir o acesso aos serviços de saúde mesmo quando todas as variáveis socioeconômicas relevantes são mantidas constantes (BECKER *et al.*, 1993).

Para além disso, sabe-se que, segundo Pinto (2020), partos por cesariana possuem, em média, resultados piores de saúde respiratória no nascimento e maiores taxas de mortalidade materna e infantil. Dessa forma, a problemática do número excessivo de cesáreas se coloca como uma preocupação, não apenas para saúde da mulher, mas também do bebê. Essa realidade, como já discutida, é mais agravada quando o recorte racial é colocado em discussão. Esteves-Pereira *et al.* (2016), calculam que partos por cesarianas estejam associados a um aumento de três vezes no risco de mortalidade materna.

Nessa circunstância, é possível observar que é maior a incidência de cesarianas próximas de datas comemorativas, como feriados, e finais de semanas. Isso indica que a

demanda por lazer dos médicos é um dos determinantes da escolha pela cesárea em detrimento do parto normal (SPINOLA, 2016). É possível conectar esses dados ao modo de vida contemporâneo: pressa, horários rigidamente estabelecidos para todos os afazeres e, principalmente, o olhar para os corpos humanos como máquinas que funcionam em tempo não-natural. Segundo dados coletados em 2014 pela Fundação Seade, conclui-se que é por esse motivo que "os partos normais são mais igualmente distribuídos ao longo do dia" e "as cesarianas acontecem menos entre 0h e 6h" - nesta lógica, cesarianas são encaixadas nos “horários comerciais” (JORNAL NEXO, 2018).

Segundo o estudo de Spinola e Rocha (2022), é possível sugerir que a manipulação do momento do nascimento é maior para mulheres brancas, em termos absolutos e relativos. Em um contexto em que é do interesse das mães mudar o dia do parto, reforça-se a compreensão de que a cor da pele é um fator importante para determinar até que ponto suas vozes influenciam e definem o processo de tomada de decisão durante o parto. Ainda, sugere-se que pelo menos parte de tal manipulação é possibilitada com o uso da cesariana (SPINOLA e ROCHA, 2022).

Nesse contexto, sabe-se que mulheres de grupos raciais minoritários e de classes socioeconômicas mais baixas tendem a ser menos envolvidas em decisões durante os períodos de gravidez e parto (ALTMAN *et al.,* 2019*;* ATTANASIO *et al.,* 2018; *apud.* SPINOLA e ROCHA, 2022), assim como são mais propensas a experienciar situações de desrespeito e abuso (LEAL *et al.,* 2017*;* MCLEMORE *et al.,* 2018; VEDAM *et al.,* 2019; *apud.* SPINOLA e ROCHA, 2022). Dessa maneira, o recorte racial e socioeconômico é de importância relevante durante o período de escolha da mulher e de sua autonomia e protagonismo no processo.

Ademais, Chamcham e Perpétuo (1998), ao investigarem os fatores determinantes para a realização de cesáreas com dados de nascimento em Belo Horizonte (1994), encontraram que idade e paridade (quantidade de filhos nascidos anteriormente) são fatores relevantes, assim como o tipo de hospital (privado ou público) e a escolaridade da mãe. Por outro lado, Gomes *et al.* (1999), enfatizaram que variáveis reprodutivas e variáveis sobre os serviços de saúde (i.e., mesmo médico realizando o parto e o atendimento durante a gravidez) estão fortemente relacionadas com a realização da cesárea. Uma outra preocupação são os fatores não médicos e não observados pelo pesquisador que influenciam na decisão do tipo do parto. No Brasil, por exemplo, características demográficas como escolaridade e raça estão correlacionadas com a realização de cesáreas (DE MAGALHÃES *et al.*, 2019). Ademais, fatores como bônus para bebês nascidos e sistema de cobrança de impostos são fatores

importantes para a escolha do dia do parto e, portanto, do tipo de parto (DICKERT-CONLIN, 1999).

O sistema de saúde impacta, também, neste processo. Como resultados de seus estudos, De Magalhães *et al.* (2019) demonstrou que a construção de um hospital com leitos obstétricos, seja ele público ou privado, tem um impacto positivo e estatisticamente significativo sobre o percentual de mães residentes no mesmo município de realização do parto. Além disso, conforme um hospital privado aloca um maior percentual de seus leitos obstétricos ao SUS, a taxa de cesárea deste hospital é reduzida (DE MAGALHÃES *et al.,* 2019). Dessa forma, conclui-se que o tipo de parto realizado depende do tipo de atendimento prestado, o que pode estar relacionado com os tipos de remuneração do serviço de parto e com a relação de trabalho dos médicos.

Por conseguinte, percebe-se que, no Brasil, diversas razões estão relacionadas com a alta de cesarianas observadas. Em adição, os hábitos culturais, as crenças em torno do parto e o tipo de parto realizado estão ligados a como se organiza o sistema de saúde e o acesso ao cuidado hospitalar (DE MAGALHÃES *et al.,* 2019). Por sua vez, o recorte racial é essencial para entender a dinâmica discutida, uma vez que uma mulher negra possui muitos obstáculos no acesso ao sistema de saúde, bem como a garantia de seus direitos ao parto e ao direito reprodutivo.

Assim, em relação à raça, nota-se que análises da dinâmica geográfica indicam a existência de diferenciais no que tange a fecundidade entre pessoas brancas e negras. (BERQUÓ; BERVOVICH; GARCIA, 1986). Isso acontece uma vez que a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde tem origem na discriminação racial e na concentração desta população em periferias que respondem com uma infraestrutura de serviços nulos ou deficientes (ROLNIK, 1989; OLIVEIRA, 1993; SOUZA, 1994; OLIVEIRA, 2000). Ainda, no Brasil, existe uma ausência da variável cor/raça em muitas das informações presentes no tocante a serviços de saúde (PERPÉTUO, 2000).

Em função dessa realidade supracitada, verifica-se, segundo Theóphilo *et al.* (2018), que 52,2% das mulheres pretas e pardas possuem gravidez não planejada e 93,1% dessas mulheres indicaram a maior utilização da rede pública. Diante deste cenário, percebe-se que uma mulher preta e parda se encontra em uma situação de dupla vulnerabilidade, ou seja, ela possui uma fragilidade socioeconômica, bem como uma possível gravidez com mais riscos - por exemplo, acesso barrado ao pré-natal (THEÓPHILO *et al*, 2018).

## 3. MÉTODOS

Com o objetivo de identificar a influência da raça na escolha pelo tipo de parto e os determinantes para este impacto, a metodologia quantitativa foi a mais adequada para o estudo. Isso se dá, uma vez que esta abordagem permitiu entender, por meio de dados, as principais variáveis que afetam o modelo. Além disso, o presente estudo lida com a preferência revelada (demanda) e com a abordagem qualitativa que permite inferir características não observáveis de ações observáveis. Desta forma, para o estudo, foi utilizado o banco de dados do SINASC do DATASUS obtidos via FIOCRUZ.

### 3.1.Base de Dados

O banco de dados utilizado foi o SINASC com foco no ano de 2019 e com a regionalização do Estado de São Paulo. O DATASUS desenvolveu o SINASC visando agrupar informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo o território nacional. Este banco de dados tem como instrumento de coleta de informações a Declaração de Nascidos Vivos que se constitui em um único documento padronizado e individualizado em nível nacional. Ele deve ser preenchido nas instituições de saúde para os nascidos vivos ali ocorridos, ou para aqueles ocorridos em outro lugar, com atendimento imediato na mesma organização - assim como para os nascimentos domiciliares nos Cartórios de Registro Civil.

Segundo Mello Jorge, *et al.* (1993), o SINASC é apresentado em três vias de finalidades distintas. Como primeira intenção, tem-se a destinação para os órgãos regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, possuindo propósito específico estatístico. A segunda destina-se à família para que, posteriormente, realize-se a apresentação ao Cartório - no momento de registro do nascimento. Por fim, a terceira, com destino também à família, visa a entrega do serviço de saúde no momento da primeira consulta da criança para o fornecimento de informações sobre o nascimento.

Ainda, os dados do SINASC utilizados foram reunidos pela Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde (PCDaS). Estes foram obtidos junto ao DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), tratados e enriquecidos seguindo uma metodologia própria de ETL da PCDaS. Isso resultou em um *dataset* anual com todos os registros das declarações de nascidos vivos contidas no SINASC a partir de 1996. Para fins deste estudo, serão utilizados os dados referentes ao ano de 2019 e do Estado de São Paulo, como supracitado.

## 3.2.Variáveis Utilizadas

### 3.2.1. Modelo Econométrico

A hipótese (*H1*) deste *paper* é a de que o marcador social de raça tem um impacto negativo no tipo de parto escolhido, no caso, cesáreo e, portanto, é um determinante importante para isso. Ou seja, uma mulher preta ou parda tem menor probabilidade de escolher o parto cesáreo como opção de plano de parto, tendo em vista o menor acesso ao sistema de saúde e ao seu status do seu direito reprodutivo. Dessa forma, foi utilizado o modelo de escolha discreta Logit. Isso se deve ao fato de o presente estudo lidar com a preferência revelada (demanda) pelo tipo de parto realizado, permitindo inferir características não observáveis de ações observáveis. Assim, a pesquisa logra a seguinte Regressão Logística para estimar a equação abaixo:

$$CESAREO = \beta_0 + \beta_1 * PRETA + \beta_2 * IDADEMAE + \beta_3 + IDADEPAI + \beta_4 * ESCMAE + \beta_5 * QTDGESTANT + \beta_6 * QTDFILVIVO + \beta_7 * HORANASC + \beta_8 * GRAVIDEZ + \beta_9 * ESTCIVMAE + \beta_{10} * LOCNASC + \beta_{11} * MESPRENAT + \beta_{12} * STTRABPART + \beta_{13} * STCESPARTO + u$$

### 3.2.2. Variável Dependente

Tendo em vista que o presente estudo pretende entender os determinantes que impactam a escolha por um tipo de parto (cesárea ou normal), optou-se, como variável dependente, a utilização da variável *CESAREO* do banco de dados do SINASC (2019). Esta variável se apresenta como uma *dummy*, na qual 1 é o parto cesáreo e 0 é o vaginal (normal), já que se pretende entender a relação entre raça e parto cesáreo.

### 3.2.3. Variável Explicativa/Independente

A variável explicativa de interesse é a cor/raça da mãe (*PRETA*). Esta variável é uma *dummy* na qual 1 corresponde a mulheres pretas e pardas e 0, o caso contrário.

### 3.2.4. Variáveis de Controle

A fim de mensurar a heterogeneidade das características da mãe, foi utilizada uma série de variáveis importantes para controlar a amostra. Todas as variáveis foram escolhidas com base nos estudos prévios, tendo em vista as principais descobertas que podem impactar no aumento excessivo de cesárea e da escolha do parto - já citados no tópico de “análise

teórica" (DE MAGALHÃES *et al., 2019;* TONEI, *2019;* BORRA *et al., 2016;* CHAMCHAM E PERPÉTUO, *1998;* GOMES *et al., 1999;* DOS SANTOS, *2020;* SPINOLA E ROCHA, *2022;* ROLNIK, *1989)*. Nesse sentido, os indicadores de controle foram elementos contribuintes para a mitigação do viés da variável omitida e, portanto, da endogeneidade do modelo.

Com isso, foram incluídas, especificamente, a idade da mãe e do pai (*IDADEMAE* e *IDADEPAI),* a escolaridade da mãe *(ESCMAE)*, o número de partos cesáreos anteriores *(QTDPARTCES)*, o número de filhos vivos *(QTDFILVIVO),* o número de gestações anteriores (*QTDGESTANT),* o tipo de gravidez (*GRAVIDEZ*) e o estado civil *(ESTCIVMAE)*. Além destes, procurou-se utilizar o tipo de local de nascimento *(LOCNASC*), o mês em que foi iniciado o pré-natal *(MESPRENAT);* o trabalho de parto induzido *(STTRABPART);* se a cesárea ocorreu antes de parto iniciar *(STCESPARTO);* e o horário realizado do parto *(HORANASC).*

## 4. RESULTADOS

De acordo com as informações supracitadas, realizou-se a análise descritiva das variáveis dependentes, independentes, de controle e instrumental utilizadas no modelo. Nesse sentido, percebe-se que duas *dummies* foram utilizadas - *CESÁREO* e *PRETA*. Sendo assim, em relação a análise descritiva das variáveis, pode-se perceber que nenhuma variável possui uma distribuição fora dos padrões. Ou seja, todas solidificaram-se como variáveis bem distribuídas, na medida em que possuem média e mediana próximas. Ainda, não se observou nenhum valor *outlier* que pudesse comprometer o modelo.

Usando os dados do SINASC, estimou-se o impacto do determinante racial na escolha do tipo de parto de uma mulher a partir de uma regressão LOGIT, utilizando os efeitos marginais médios. Em primeiro momento, rodou-se o modelo de probabilidade linear para que se pudesse entender o comportamento da variável perante a sua distribuição probabilística. Após esta etapa, rodou-se a regressão logitmfx para que pudesse compreender de maneira mais certeira a preferência velada e, portanto, fornece uma melhor análise para a interpretação do resultado. Assim, compara-se ambos os resultados e erros padrões a partir da seguinte tabela:

Tabela 2 - MPL e Logit (Efeitos Marginal Médio)

| | *Dependent variable:* | |
|---|---|---|
| | CESAREO | |
| | *OLS* | *logistic* |
| | Probabilidade Linear | Logit mfx |
| | (1) | (2) |
| PRETA | -0.0215*** | -0.0097*** |
| | (0.0026) | (0.0014) |
| IDADEMAE | 0.0053*** | 0.0027*** |
| | (0.0001) | (0.0001) |
| IDADEPAI | 0.0002** | 0.0001* |
| | (0.0001) | (0.0001) |
| ESCMAE | 0.0167*** | 0.0076*** |
| | (0.0011) | (0.0007) |
| QTDGESTANT | 0.0027*** | 0.0023*** |
| | (0.0010) | (0.0007) |
| QTDFILVIVO | -0.0354*** | -0.0202*** |
| | (0.0012) | (0.0010) |
| GRAVIDEZ | 0.0766*** | 0.0670*** |
| | (0.0033) | (0.0064) |
| ESTCIVMAE | -0.0025*** | -0.0010*** |
| | (0.0004) | (0.0002) |
| LOCNASC | -0.1872*** | -0.1971*** |
| | (0.0040) | (0.0130) |
| MESPRENAT | -0.0005*** | -0.0003*** |
| | (0.0001) | (0.0001) |
| STTRABPART | 0.1413*** | 0.0801*** |
| | (0.0008) | (0.0055) |
| STCESPARTO | -0.2876*** | -0.2104*** |
| | (0.0006) | (0.0057) |
| HORANASC | 0.00004*** | 0.00002*** |
| | (0.000001) | (0.000001) |
| Observations | 284,888 | 284,888 |
| $R^2$ | 0.5420 | |
| Adjusted $R^2$ | 0.5420 | |
| Log Likelihood | | -68,319.9400 |
| Akaike Inf. Crit. | | 136,667.9000 |
| Residual Std. Error | 0.3085 (df = 284874) | |
| F Statistic | 25,933.7800*** (df = 13; 284874) | |
| *Note:* | | *p**p***p<0.01 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SINASC (*DataSUS - FioCruz)*

Sendo assim, a partir dos resultados obtidos, nota-se que o determinante racial possui nível de significância estatística e, portanto, refuta a hipótese nula, admitindo um impacto negativo no tipo de parto. Nesse sentido, o que se observa é que o fato da mulher ser negra, diminui a probabilidade em 0,97% dela escolher o parto cesáreo – considerando a média, para todas as mulheres da amostra. Isso demonstra que, por mais que as mulheres pretas possuam

menor acesso ao sistema de saúde e ao direito à saúde propriamente dito, o problema público do número excessivo de cesáreas ainda é um ponto a ser considerado, uma vez que a porcentagem é apresenta um valor pequeno.

Ressalta-se, por conseguinte, que as variáveis dependente e independente possuem uma correlação positiva. No entanto, observa-se que o modelo, por mais que tenha acrescentado uma série de variáveis de controle, a fim de mitigar o viés de variável omitida, ainda possui um $R^2$ de 54,2% na regressão probabilística (MQO). Isto é, o valor pode ser considerado mediano na explicação do modelo já que elucida apenas a metade da análise. Não foi possível encontrar este valor na regressão logit.

Ainda, vale observar que os resultados da regressão linear se apresentam distintos da regressão binária. Para a regressão linear, o efeito estimado percentual nos casos em que a gestante é negra ou parda é uma diminuição de 2,1 na possibilidade de escolher o parto cesárea como uma opção. Já no modelo logit, o impacto racial se dá com um aumento percentual de 0,97%, como já ressaltado. Em relação aos erros padrões, notou-se, de maneira geral, a diminuição deste no modelo logit, o que aumenta de maneira discreta a confiabilidade da média amostral calculada.

Dessa forma, ressalta-se que a regressão logit tende a revelar as preferências e demandas das pessoas, e, sendo assim, percebe-se que o impacto tende a ser menor nesse modelo, já que demonstra uma diminuição singela da escolha da mulher em optar pelo parto cesáreo, mesmo carregando o determinante racial. Por outro lado, quando analisamos as outras variáveis, percebemos as suas mudanças em impactos positivos e negativos. A exemplo disso, a idade da mãe e o local de nascimento são variáveis com impactos negativos, já a idade do pai e a hora do nascimento apresentam impactos positivos.

Nesse contexto, todas as variáveis interpretadas apresentam alta significância e impacto na escolha pelo tipo de parto em ambos os modelos econométricos. Seguindo os exemplos acima, idade da mãe e do pai apresentaram alta significância estatística e impacto positivo. Sendo assim, a cada aumento de 1 ano na idade da mãe, há um aumento de 0,27% na probabilidade da escolha pelo parto cesáreo. No caso do pai, existe um aumento de 0,01%. Ademais, a escolaridade da mãe também possui impacto altíssimo no modelo, já que o aumento em 1 ano no nível de escolaridade da mãe acarreta um aumento da probabilidade de 0,76% na preferência por um parto cesáreo.

Em relação à quantidade de gestações anteriores, a probabilidade de escolha pelo parto cesáreo possui significância no modelo conforme a quantidade diminui. Ou seja, o aumento de 1 gestação acarreta o aumento de 0,23% na escolha pela cesárea. A variável do número de

filhos vivos também se mostrou altamente significante e com um impacto negativo no modelo. Local de nascimento, estado civil e início do pré-natal também apresentaram altíssima significância. Tais valores supracitados vão de encontro com as análises realizadas por Mesquita, et al. (2019), Borra, et al (2016), Chamcham e Perpétuo (1998), e Gomes et al. (1999), que fornecem evidências no tocante aos principais determinantes na escolha do tipo de parto.

Dessa forma, ao analisar que raça possui um impacto em relação ao tipo de parto escolhido, infere-se que uma possível explicação para tal resultado é o *background* que durante anos na história externalizou a marginalização e a exclusão do benefício de ser cidadão. Com tais resultados, pode-se dizer que a hipótese de que mulheres pretas e pardas optam pelo parto vaginal foi corroborada, uma vez que o impacto na variável cesárea é negativo. Isso, como já supracitado, tem relação com a falta de acesso de mulheres pretas e pardas no sistema de saúde, a uma infraestrutura adequada e ao seu direito reprodutivo.

Como ressaltado por Spinola e Rocha (2022), os resultados obtidos demonstram que a cor da pele é um elemento importante para determinar até que ponto as vozes dessas populações influenciam e definem o processo de tomada de decisão durante o parto. Debate-se, dentro dessa abordagem, a ausência de protagonismo de mulheres pretas e pardas durante todo o processo de gestação. Com isso, os resultados de que variáveis como localidade, gestações anteriores, idade, acesso ao pré-natal e escolaridade são significativas no modelo é um reflexo dessa retirada de protagonismo em todos os âmbitos e setores da vida dessa mulher: educação, padrões sociais, qualidade de serviços públicos, aspectos geográficos, entre outros.

Neste mesmo sentido, a partir desse cenário de inviabilização da mulher preta e parda de um processo que é unicamente dela, observa-se que grupos minoritários e de classes socioeconômicas mais baixas tendem a ser menos envolvidas em decisões durante o período de gravidez e parto (ALTMAN et al., 2019; ATTANASIO et al., 2018; apud. SPINOLA e ROCHA, 2022). O fato das variáveis sociais determinantes - educação, localidade e acesso - serem as mais relevantes do modelo corroboram com esse processo de perda de autonomia supracitado. Ademais, como menciona Chamcham e Perpétuo (1998), idade e paridade, são fatores relevantes durante a realização de cesáreas, o que foi encontrado nos resultados do presente estudo.

Outro fator importante relacionado ao processo de perda de autonomia e protagonismo das mulheres pretas e pardas é o padrão de dias e horários observados nos partos cesáreos. Tendo em vista a relevância e significância da variável, corrobora-se com os estudos de

Spinola (2016) que observa uma maior incidência de cesarianas próximas de datas comemorativas, indicando que a demanda por lazer dos médicos é um dos determinantes pela escola cesárea e, portanto, uma perda no processo de tomada de decisão das mulheres durante o período da gestação. Assim, demonstra-se um processo relevante de manipulação em termos absolutos e relativos.

Por fim, a realidade encontrada pelo modelo elucida a dependência de serviços de saúde com a qualidade e o tipo de atendimento prestado. No caso das mulheres pretas e pardas, esses aspectos são marcados pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a qualidade desse serviço, que são pautados pela discriminação racial e concentração dessa população em periferias. Como consequência, observa-se uma infraestrutura de serviços nulos ou deficientes, demonstrando a multiplicidade de vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres pretas e pardas que impactam diretamente na garantia dos seus direitos reprodutivos e sexuais.

Por conseguinte, a escolha de uma mulher negra e parda não passa apenas por variáveis como educação, idade e gestações anteriores, por exemplo, mas também por fatores como o acesso ao sistema de saúde e local de residência dessa mulher - que possuem um grau alto de vulnerabilidade. Além disso, é importante salientar que qualquer ação em direção ao enfrentamento dessa desigualdade deve levar em consideração o racismo institucional como determinante em saúde e interseccionalidade e o tripé de educação, sociedade e Estado.

## 5. DISCUSSÃO

O número exacerbado de cesáreas no Brasil tornou-se um problema latente e público: nem todas as cesáreas realizadas no Brasil são feitas no momento necessário por motivos médicos. Esta realidade é prejudicial para a saúde da mulher e do bebê. No entanto, é de suma importância entender que, apesar dessa problemática vigente, as cesarianas são absolutamente essenciais para salvar vidas em situações em que os partos normais (ou vaginais) representam riscos. Dessa forma, todos os sistemas de saúde devem garantir o acesso para todas as mulheres quando necessário.

Nesse contexto, mulheres pretas e pardas possuem um alto grau de vulnerabilidade, uma vez que têm seus acessos à infraestrutura, ao direito reprodutivo e ao parto negados. Essa realidade gera uma série de violências e violações em relação à temática. Dentre elas, pode-se citar a negação ao pré-natal, colocando em risco a vida de mulheres pretas e pardas e de seus bebês. Além disso, nota-se que mulheres de grupos raciais minoritários e de classes socioeconômicas mais baixas tendem a ser menos envolvidas em decisões durante o período

de gravidez e parto, assim como são mais propensas a experienciar desrespeito e abuso durante o período da gestação.

Posto isto, o presente trabalho teve caráter empírico com o objetivo de entender o impacto da variável racial na escolha pelo tipo de parto cesáreo. Como resultado, observou-se um impacto negativo e uma alta correlação entre as variáveis de parto e raça. Para além disso, foram comprovadas determinantes importantes no processo de escolha pelo tipo de parto, indicados pela literatura prévia, bem como foi entendido que existe uma desigualdade de acesso ao parto, o que corrobora para uma escolha de mulheres pretas e pardas pelo parto cesáreo. Por conseguinte, o sistema de saúde possui forte peso na análise da temática e deve ser levado em consideração.

Dentre os principais resultados, têm-se que a idade da mãe possui correlação positiva e pode ser considerado um determinante importante na escolha pelo tipo de parto, uma vez que quanto mais velha for a mulher, mais chances de poder optar por uma cesárea. A mesma lógica acontece com a quantidade de gestações anteriores que possui uma significância alta e indica que, quanto mais gestações a mulher já experienciou, maiores as chances de escolher o parto cesáreo. O horário de nascimento também possui correlação positiva e indica que a cesárea possui uma lógica de planejamento do horário do parto.

Diante de todo o estudo, pode-se elencar que políticas públicas com base em evidências e pensadas no sentido de humanizar o processo de parto são extremamente importantes para a mitigação da desigualdade de acesso da mulher preta e parda - como a Rede Cegonha. Ainda, pode-se notar um cenário de distanciamento entre formulação e implementação das políticas previamente citadas, fator este conhecido em diversos setores de atuação do setor público, gerando conflitos em diferentes áreas. Portanto, diante do cenário, deve-se melhor integrar essas ações para aprimorar o acesso ao pré-natal e à assistência ao parto de mulheres negras.

Essa realidade é posta, uma vez que o problema do número excessivo de partos cesáreos perpassa também pela educação, pelo acesso à informação e pelo acesso a um serviço de qualidade. Além de um olhar mais humano para esse processo, entende-se que as mulheres não são máquinas e que devem ser respeitadas não apenas no momento do parto como também no acompanhamento pré e pós-parto. Assim, percebe-se a necessidade da criação de uma rede de apoio para mulheres pretas e pardas em todas as fases de vulnerabilidade, na qual observou durante o estudo.

É necessário, desta maneira, implementar políticas públicas que condizem com a realidade de mulheres pretas e negras, atendendo genuinamente todas suas vulnerabilidades, sobretudo, a de acesso ao sistema de saúde pública e aos serviços de qualidade.

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo a compreensão e investigação das disparidades relevantes no tocante a realização de cesáreas a partir de uma ótica racial. Para mais, o estudo buscou investigar como é dada a garantia de direitos ao acesso e a escolha do parto diante do mesmo recorte. A abordagem escolhida pelo estudo foi a econométrica, a partir da construção de um modelo de escolha discreta (regressão logística), utilizando o banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do DataSUS.

Neste sentido, o presente estudo procurou contribuir com a crescente e ainda pequena literatura sobre as dinâmicas no parto no Brasil e no mundo, buscando acrescentar novas percepções e análises ao tentar entender os determinantes que influenciam na escolha pelo tipo de parto de uma mulher preta e/ou parda para que, assim, seja possível entender a vulnerabilidade desta população não apenas na escolha, mas também no acesso ao sistema de saúde e ao direito ao parto. Além disso, entendendo que o Brasil é o país com a segunda maior taxa de cesárea do mundo (BOERMA *et al.*, 2018), este estudo procurou contribuir com a identificação das possíveis razões deste nível exacerbado.

Frente a tais objetivos e contribuições, o estudo se deparou com algumas limitações: a primeira delas é a dificuldade de encontrar uma literatura sólida e vasta a respeito do tema. Tal fator afetou o desenvolvimento do modelo econométrico, já que não foi possível alcançar, em literaturas prévias, uma variável instrumental que funcionasse no modelo, além da construção do trabalho como um todo. Já o outro fator está relacionado às limitações técnicas. Ou seja, trabalhar com a base de dados selecionada. Isso acontece porque o acesso à base de dados é bem dificultado, assim como a rodagem na plataforma R. A SINASC é uma base grande e pesada, que demanda muita memória e eficiência no computador. O dicionário também se deu como ponto de dificuldade, uma vez que é muito complexo e, por isso, tornou-se difícil transcrever e cruzar os dados, sobretudo, em um tema específico e pouco debatido cronologicamente e econometricamente.

Por fim, como futuras questões, elenca-se a possibilidade de aferição de causalidade entre as variáveis estudadas, recomendando o uso de variável instrumental como ferramenta para tal. Esta foi uma dificuldade encontrada durante todo o presente estudo, uma vez que não

se obteve aparato técnico e referenciais teóricos suficientes para a construção de uma variável instrumental válida. Assim, conseguindo implementar a abordagem, pode-se descrever se há uma relação causal entre raça e parto de fato, bem como entender o comportamento das outras variáveis.

Ainda, recomenda-se, para próximos estudos, a abordagem entre a diferença de um sistema de saúde público e privado, bem como entre as regiões brasileiras ou municípios. Pode-se, portanto, criar personas na qual leva em consideração o acesso ou não da mulher ao SUS, por exemplo, para entender como tal variável pode influenciar na escolha pelo tipo de parto. O mesmo acontece com a variável de município/região na qual pode gerar uma fonte de informação importante em relação a disparidade e desigualdade regional. Finalmente, seria interessante, também, levar em consideração no modelo alguma variável que indicasse a influência do médico nesta escolha.

## REFERÊNCIAS

PEREIRA, Ana Paula Esteves, DENEUX, Catherine Tharaux, PEREIRA, Marcos Nakamura, SAUCEDO, Monica, COLLE, Marie-Helene Bouvier, and LEAL, Maria do Carmo. **Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in brazil**. PloS one, 11(4), 2016.

ARAÚJO, E.M. et al. **The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits.**Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

BECKER L., HAM B. and MEYER P. **Racial differences in the incidence of cardiac arrest and subsequent survival.** New England Journal of Medicine, v. 329, p. 600- 606.

BERQUÓ, E., BERCOVICH, A. & GARCIA, H.E. **Estudo da dinâmica demográfica da população negra no Brasil.** Campinas, NEPO/UNICAMP, 1986.

BOERMA, Ties et al. **Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections.** The Lancet, [s.l.], v. 392, n. 10155, p.1341-1348, out. 2018. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31928-7.

BORRA, Cristina; GONZÁLEZ, Libertad; SEVILLA, Almudena. **Birth Timing and Neonatal Health. American Economic Review**, v. 106, n. 5, p.329-332, maio 2016. American Economic Association. http://dx.doi.org/10.1257/aer.p20161123. Acesso em: 10/03/2021.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CARNEIRO, ROSAMARIA GIATTI . **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade**. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/icse/a/zfT7YfFZQbSD4ZRbfzWRvrR/abstract/?format=html&lang=pt. Acesso em: 30 out. 2021.

CARVALHO, Maria Raquel Rodrigues, *et al*. **"Minha filha devolveu minha vida":uma cartografia da Rede Cegonha.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. 66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0503>. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0503. Acesso em: 02/06/2021

CAVALCANTI, PAULINE CRISTINE DA SILVA ET AL. **Um modelo lógico da Rede Cegonha**. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/cmcY4csz9hjDC48scBWCsVL/?lang=pt. Acesso em: 30 out. 2021.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. **The incidence of caesarean deliveries in Belo Horizonte, Brazil: Social and economic determinants. Reproductive Health Matters**, v. 6, n. 11, p.115-121, jan. 1998. Informa UK Limited. http://dx.doi.org/10.1016/s0968-8080(98)90088-x. Acesso em: 28/04/2021.

CHADE, Jamil. **Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas.** 15 fev. 2018. Disponível em: https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-novas-recomendacoes-omstenta-frear-explosao-de-cesareas,70002190283. Acesso em: 10/03/2021.

CHAMBERS, R. **Vulnerability, coping and policy.** IDS Bulletin, v. 37, n. 2, p. 33, 2006.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.** Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf. Acesso em: 28/04/2021.

COSTA-RAMÓN, Ana María et al. **It's about time: Cesarean sections and neonatal health.** Journal Of Health Economics, [s.l.], v. 59, p.46-59, maio 2018. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.03.004. Acesso em: 29/04/2021.

CUTTER, S. L. **A ciência da vulnerabilidade: modelos, métodos e indicadores.** Revista Crítica de Ciências Sociais, v. 93, n. 93, p. 59–69, 2011.

DAMASCO, MARIANA; MAIO, MARCOS; MONTEIRO, SIMONE. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993).** Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/NLv5Bs6zRGHhzCZ8859x9dS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 jun. 2022.

DE MAGALHÃES, Manuela et al. **Os Determinantes da Realização de Cesáreas no Brasil.** Policy Paper Insper, n°41, p. 1-28, jul 2019. Acesso em: 20/01/2021.

DFDI. **Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5516.pdf

DICKERT-CONLIN, Stacy; CHANDRA, Amitabh. **Taxes and the Timing of Births. Journal Of Political Economy, [s.l.],** v. 107, n. 1, p.161-177, fev. 1999. University of Chicago Press. http://dx.doi.org/10.1086/250054.

DO CARMO, MICHELLY; GUIZARDI, FRANCINI. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

DOS SANTOS, G. F. Manuella. **Disparidades raciais no acesso ao parto e pré-natal de mulheres negras: lições aprendidas no Brasil.** Disponível em: https://pesquisa-eaesp.fgv.br/publicacoes/pibic/disparidades-raciais-no-acesso-ao-parto-e-pre-natal-de-mulheres-negras-licoes. Acesso em: 02/06/2021.

FERNANDES, ROBERTA ZANELLI SARTORI; VILELA, MARIA FILOMENA DE GOUVEIA. **Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha.**. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/3tdBDFr4VTZSXq8Drcnb6hL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 out. 2021.

FIOCRUZ. **Nascer do Brasil.** Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil

FIOCRUZ. **No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica.** Disponível em: https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1967-no-brasil-das-cesareas-a-falta-de-autonomia-da-mulher-sobre-o-parto-e-historica.html#:~:text=Brasil%20tem%20a%20segunda%20maior%20taxa%20de%20ces%C3%A1reas%20do%20mundo&text=No%20Brasil%2C%20aproximadamente%2055%25%20dos,a%20propor%C3%A7. Acesso em: 13 out. 2021.

GOES, EMANUELLE; MOORE, HANNA; FIGUEIREDO, JULIANA. **Mulheres negras, racismo e a (não) garantia dos direitos reprodutivos.** Disponível em: https://www.teclemulher.org.br/artigos/mulheres-negras-racismo-e-a-nao-garantia-dos-direitos-reprodutivos. Acesso em: 8 dez. 2021.

GOMES, U. A. et al. **Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994.** International Journal Of Epidemiology, [s.l.], v. 28, n. 4, p.687-694, 1 ago. 1999. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/ije/28.4.687. Acesso em: 29/04/2021.

GUIMARÃES, ANTÔNIO. **Como trabalhar com "raça" em sociologia.** Disponível em: https://www.scielo.br/j/ep/a/DYxSGJgkwVyFJ8jfT8wxWxC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 set. 2021.

HILL, PATRICIA. **Black Sexual Politics: African Americans, Gender, and the New Racism.** New York; London: Routledge, 2005.

HIRAYAMA, ANDRÉ BUENA ET AL. **Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro**. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897. Acesso em: 30 out. 2021.

HOFFMAN K.M., et al. **Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites.** ProcNatl Acad Sci., 113(16):4296-301.

LEAL, M.C. et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

LIMA, M. (2010). **"Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula"**. Novos Estudos CEBRAP, número 87, julho de 2010, São Paulo.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: **Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.

MARTINELLI, KATRINI GUIDOLINI ET AL. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/sd9GvcswKP9zNtCFq4NKDvc/?lang=pt. Acesso em: 30 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gravidez, Parto e Nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 10, DE 08 DE JANEIRO DE 2004.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0010_08_01_2004.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha.** Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha. Acesso em: 20 set. 2021.

MONTEIRO, Simone, SANSONE, Livio (orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 333 p.

NEXO. **Quais os dias e horários mais frequentes para partos normais e cesarianas.** 14 mar. 2018. Disponível em: https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/03/14/Quais-os-dias-e-hor%C3%A1rios-mais-frequentes-para-partos-normais-e-cesarianas.

OLIVEIRA, F. **Os múltiplos significados e implicações do fatalismo genético. Trabalho apresentado no Seminário Alcances e Limites da Predisposição Biológica**, SP, CEBRAP, dezembro de 1993.

OLIVEIRA, F..**Cúmplices da mortalidade materna!** O Tempo. Opinião, p 12. Belo Horizonte, Minas Gerais, 27 de maio de 2.000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxa de Cesáreas.** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=BA94CAC5DA67672DC0E2009CBD929D17?sequence=3#:~:text=Baseados%20na%20revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica%20da,valores%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20mortalidade. Acesso em: 02/06/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Statement on Caesarean Section Rates.** Genebra: Human Reproduction Programme, 2015.

Paula Spínola. **Dissertação de mestrado. Technical** report, UFRJ, 2016.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva.** Anais, p. 1-14, 2016.

PIAUÍ. **Dia da Consciência Negra: números expõem desigualdade racial no Brasil.** Disponível em: https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/. Acesso em: 02/06/2021.

PINTO; NICOLAS. **Impactos sobre saúde de hospitais com altas taxas de cesariana**. FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS ESCOLA de PÓS-GRADUAÇÃO em ECONOMIA, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11-49, mar./2020.

REDE BRASIL ATUAL. **Governo Bolsonaro ataca direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.** Disponível em: https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/05/saude-mulher-governo-bolsonaro/. Acesso em: 3 mai. 2022.

REVISTA FÓRUM. **Bolsonaro tenta impedir resolução sobre direitos reprodutivos e sexuais das mulheres na ONU.** Disponível em: https://revistaforum.com.br/politica/2022/6/22/bolsonaro-tenta-impedir-resoluo-sobre-direitos-reprodutivos-sexuais-das-mulheres-na-onu-119078.html. Acesso em: 9 mai. 2022.

ROLNIK, R. **Territórios negros nas cidades brasileiras.** Estudos Afro-asiáticos, RJ, v. 17, p. 19-41, setembro 1989.

SANDIM, TATIANA. **Da vulnerabilidade social para a vulnerabilidade institucional: uma análise da política nacional de assistência social e de suas práticas em Belo Horizonte e São Paulo.** Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24641. Acesso em: 20 set. 2021.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. **PNS 2004-2010.** Disponível em: https://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/

SILVA, LUIZA BEATRIZ RIBEIRO ACIOLI DE ARAÚJO ET AL. **Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil**. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n3/931-940/. Acesso em: 30 out. 2021.

SOJO, A. **Vulnerabilidad social y políticas públicas: estudios y perspectivas.** México, D. F.: Cepal, 2004.

SOUZA, V.C. **Mulher negra e miomas.** Anais do IX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambú, v. 1, p. 211-224, 1994.

SPINOLA, PAULA; ROCHA, RUDI. **Inequalities in Birth Timing Manipulation: Racial Disparities by Hospital System in Brazil.** Nature, São Paulo, 1-28, abr./2022.

Theodoro M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: Theodoro OM. As politicas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos. Brasília: IPEA; 2008. p. 15-43.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3505-3516, 2018.

TONEI, **Valentina. Mother's mental health after childbirth: Does the delivery method matter?.** Journal Of Health Economics, [s.l.], v. 63, p.182-196, jan. 2019. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.11.006. Acesso em: 10/03/2021.

UNICEF. **Quem espera, espera.** Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf. Acesso em: 02/06/2021.

VILELA, M.E.A, Leal, M.C., Thomaz, E.B, Gomes, M.A.S.M, Bittencourt, S.D.A, Gama, S.G.N, Silva, L.B.A, Lamy, Z. A**valiação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos.** Cien Saude Colet [periódico na internet] (2020/Jul). Está disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-atencao-ao-parto-e-nascimento-nas-maternidades-da-rede-cegonha-os-caminhos-metodologicos/17658?id=17658. Acesso em: 02/06/2021.