

Inequidades raciales en la atención prenatal y mortalidad de mujeres gestantes negras en un municipio del sureste de Brasil

Iniquidades raciais no pré-natal e óbito de gestantes negras em município do sudeste do Brasil

Racial inequities in prenatal care and death of black pregnant women in a municipality in southeastern Brazil

 Juliana Costa Crispim¹,  João Carlos de Oliveira²

Recibido: 23/09/2025 Aprobado: 03/01/2026 Publicado: 12/02/2026

Resumen:

Objetivo: analizar las consultas de atención prenatal y los tipos de parto de gestantes negras en comparación con los demás grupos raciales, así determinar como el perfil de la mortalidad materna según edad, estado civil, escolaridad y raza/color. **Método:** estudio documental retrospectivo con enfoque cuantitativo, cuyos datos fueron recolectados a través del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud, considerando el período de 2011 a 2021. Los hallazgos fueron analizados mediante estadística descriptiva, con estimaciones de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** hubo una mayor proporción de asistencia con siete o más consultas entre gestantes de raza/color blanca y amarilla. La frecuencia de cero a tres consultas fue mayor entre indígenas y negras. En todos los grupos, la cesárea fue más frecuente, especialmente entre gestantes de raza/color amarilla y blanca, mientras que el parto vaginal fue más frecuente entre negras e indígenas. La mayoría de las muertes maternas ocurrió en gestantes de 20 a 29 años, con 8 a 11 años de estudio, solteras y negras. **Conclusión:** se verificaron inequidades raciales en salud, lo que sugiere la necesidad de la efectiva implementación de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra para combatir el racismo y promover la equidad en salud.

Palabras clave: Salud de la mujer; Atención prenatal; Grupos raciales; Racismo.

Resumo:

Objetivo: analisar as consultas de pré-natal e tipos de parto de gestantes negras na comparação com os demais grupos raciais, bem como determinar o perfil de óbito materno conforme idade, estado civil, escolaridade e raça/cor. **Método:** estudo documental retrospectivo com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, considerando o período de 2011 a 2021. Os achados foram analisados por meio de estatística descritiva, com estimativas de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** houve maior proporção de assistência com sete ou mais consultas entre gestantes de raça/cor branca e amarela. Já a frequência de zero ou a três consultas foi maior entre indígenas e negras. Em todos os grupos a cesariana foi mais presente, sendo mais frequente entre gestantes de raça/cor amarela e branca, enquanto o parto vaginal foi mais presente entre negras e indígenas. A maioria dos óbitos maternos ocorreu em gestantes com idade entre 20 e 29 anos, 8 a 11 anos de estudo, solteiras e negras. **Conclusão:** verificado iniquidades raciais em saúde, que sugerem a necessidade da efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para combate ao racismo e promoção de equidade em saúde.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Cuidado pré-natal; Grupos raciais; Racismo.

Abstract:

Objective: to analyze prenatal care visits and types of delivery among black pregnant women compared to other racial groups, as well as the maternal mortality profile according to age, marital status, educational level, and race/color. **Methods:** a retrospective documentary study with a quantitative approach was conducted using data obtained from the Informatics Department of the Unified Health System, covering the period from 2011 to 2021. The findings were analyzed using descriptive statistics, with estimates of absolute and relative frequencies. **Results:** a higher proportion of care with seven or more visits was observed among pregnant women of white and Asian race/color. The frequency of zero to three visits was higher among indigenous and black women. Cesarean section was more prevalent in all groups, particularly among Asian and white women, while vaginal delivery was more prevalent among black and indigenous women. Most maternal deaths occurred among pregnant women aged between 20 and 29 years, with 8 to 11 years of education, who were single and black. **Conclusion:** racial inequities in health were identified, highlighting the need for the effective implementation of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population to combat racism and promote health equity.

Keywords: Women's Health; Prenatal care; Racial groups; Racism.

Autor Correspondiente: Juliana Costa Crispim – julianaenf23@yahoo.com.br

1. Departamento de Vigilância Sanitária de la Secretaría Municipal de Salud. Uberlândia/MG, Brasil

2. Escuela Técnica de Salud y Programa de Posgrado en Salud Ambiental y Salud Laboral, Instituto de Geografía, Geociencias y Salud Colectiva de la Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG, Brasil

INTRODUCCIÓN

El ítem raza/color, cuyo llenado en los formularios de los sistemas de información en salud se volvió obligatorio mediante la Ordenanza n.º 344/2017, es un reconocido componente estratégico marcador de las experiencias desiguales de nacer y vivir en Brasil, que repercuten en el campo de la salud y en numerosos indicadores, como los relativos a la esperanza de vida al nacer y la mortalidad. Estos datos, a pesar del escenario de subregistro, demuestran una realidad más desfavorable para personas negras y pardas^{1,2-4}.

Para la población negra brasileña, que presenta una mayor dependencia del sistema público de salud, menor acceso a los servicios y elevada mortalidad materna e infantil, el elemento “racismo” se presenta como el principal determinante social de la salud⁵.

Un estudio de alcance nacional sobre la influencia de la raza/color en la gestación y el parto identificó la asociación de gestantes negras no solo con un menor número de consultas de atención prenatal, sino también con menor acceso a exámenes y orientaciones, menor vinculación a la maternidad de parto, mayor peregrinación, mayor violación del derecho al acompañante y mayor frecuencia de quejas de maltrato e insatisfacción⁶.

En el oeste de Santa Catarina se verificó, entre gestantes blancas, una asociación tres veces mayor con cesáreas electivas, pero, paradójicamente, a pesar de la mayor exposición de esta población a la cesárea y a los riesgos documentados para la vida del binomio madre-bebé, estas presentan en Brasil una mortalidad materna inferior a la observada en mujeres negras y pardas, que representaron, en 2019, el 66 % del total de muertes^{5,7-8}.

En Brasil, esta mortalidad fue estimada en 58 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2019, lejos, por lo tanto, de la meta de 30 muertes por cada 100 mil establecida por el gobierno brasileño⁸.

Con mayor peso en los países en desarrollo, este tipo de muerte puede considerarse una tragedia anunciada, ya que, siendo evitables en el 92 % de los casos, representan una de las más graves violaciones de los derechos humanos de las mujeres⁹.

La fuerte asociación de mujeres negras con menores niveles de escolaridad e ingresos, además de peores condiciones de vida y salud, exige la inclusión de la cuestión racial en el debate sobre las desigualdades, la pobreza y la falta de oportunidades. Se percibe que la interseccionalidad entre género, clase, raza y opresiones mixtas que recaen sobre estas mujeres produce vulnerabilidades específicas que la universalidad del Sistema Único de Salud (SUS) no ha sido capaz de abarcar^{10,11}.

La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), publicada en 2009 tras una larga y ardua lucha del Movimiento Negro, surge en reconocimiento de la participación

del elemento “racismo” en la generación de desigualdades y perjuicios para la población negra en la salud, y de la necesidad de promover la equidad¹².

Así, existe una escasez de estudios sobre la asociación del color de la piel con el aumento de la vulnerabilidad en salud; factores sociales como edad, raza, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico revelan la existencia de grupos más vulnerabilizados y expuestos a complicaciones^{13,14}.

Considerando que las reflexiones sobre consultas, parto y perfil de mortalidad desde una perspectiva racial pueden contribuir a la identificación de necesidades locales y a la defensa de políticas favorables a mejoras en la atención de la salud, este estudio tiene como objetivo analizar las consultas de atención prenatal y los tipos de parto de gestantes negras en comparación con los demás grupos raciales, así como determinar el perfil de la mortalidad materna según edad, estado civil, escolaridad y raza/color.

MÉTODO

Se trata de un estudio documental retrospectivo con enfoque cuantitativo, realizado a partir de datos secundarios recopilados por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), con selección de residentes en el municipio de Uberlândia-MG, 2011 a 2021, y considerando las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad y raza/color, asistenciales (tipo de parto y número de consultas prenatales según la raza/color de la madre), con presentación de los resultados en frecuencias absolutas y relativas.

Los datos se extrajeron del DATASUS, siendo la información de consultas prenatales y tipos de parto del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC), y las muertes del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM).

Los resultados se dispusieron en tablas creadas con Microsoft Word® versión 2013 y, posteriormente, se analizaron mediante estadística descriptiva, con estimaciones de frecuencias absolutas y relativas.

El criterio de raza/color se basó en la clasificación del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), que define a la población brasileña como blanca, negra, parda, amarilla o indígena, y considera *negros* (categoría analítica agregada utilizada en estudios demográficos y epidemiológicos en Brasil) a la suma de *pretos* (categoría censal brasileña basada en la autodeclaración de color de piel, término mantenido para garantizar la fidelidad al texto original) y *pardos*¹⁵.

Dado que se utilizó la plataforma DATASUS, un programa en línea del Ministerio de Salud (MS) cuyos datos son públicos y están disponibles para su libre acceso, no fue necesaria la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos.

RESULTADOS

Se consideraron 101 386 documentos recopilados entre 2011 y 2021. Las gestantes de raza/color blanco (90,81 %) y amarillo (88,12 %) tuvieron una mayor frecuencia de siete o más consultas en comparación con las de raza/color negro (84,22 %) e indígena (82,93 %). La proporción de gestantes sin asistencia o con hasta tres consultas fue mayor entre las de raza/color indígena (4,88) y negra (3,42 %) en comparación con las amarillas (2,61 %) y blancas (1,80 %).

La cesárea fue más frecuente entre las gestantes de raza/color amarillo (81,00 %) y blanco (80,97 %) que entre las indígenas (68,29 %) y negras (67,20 %), mientras que el parto vaginal fue más frecuente entre las negras (32,78 %), seguidas de las indígenas (31,71 %), las blancas (19,02 %) y las amarillas (19,00 %).

La mortalidad materna fue mayor en mujeres jóvenes (53,12 %), con bajo nivel educativo (65,62 %), solteras (43,75 %) y negras (56,25 %).

Los datos asistenciales relativos a las cifras absolutas y porcentuales de las consultas prenatales y el tipo de parto desglosados por raza/color para el período de 2011 a 2021 se encuentran en las Tablas 1 y 2; los datos sociodemográficos sobre las muertes maternas, en la Tabla 3.

El análisis de las informaciones del SINASC/DATASUS sobre el número de consultas prenatales realizadas en Uberlândia, de 2011 a 2021, según la raza/color materno, reveló algunas similitudes y también desigualdades en la asistencia prenatal.

De manera similar, en todos los grupos se observó una proporción superior al 80 % de gestantes atendidas con siete o más consultas, con una mayor incidencia entre las gestantes blancas (90,81 %), seguidas de las amarillas (88,12 %), las negras (84,22 %) y las indígenas (82,93 %).

En cuanto a las gestantes no atendidas o atendidas con hasta tres consultas, la comparación entre los grupos raciales reveló una menor proporción de blancas (1,80 %), seguidas de las amarillas (2,61 %), las negras (3,42 %) y las indígenas (4,88 %). En 341 fichas, se ignoró la información sobre raza/color.

La cesárea fue más frecuente entre las gestantes de raza/color amarillo (81,00 %) y blancas (80,97 %) que entre las indígenas (68,29 %) y negras (67,20 %), mientras que en el parto vaginal se observó una secuencia inversa, con mayor prevalencia en las negras (32,78 %), seguidas de las indígenas (31,71 %), blancas (19,02 %) y amarillas (19,00 %).

Tabla 1. Consultas prenatales según raza/color materno. Uberlândia, 2011 a 2021*.

Consultas por raza/color	Blanca N (%)	Negra N (%)	Amarilla N (%)	Indígena N (%)	Ignorada N (%)
Ninguna	166 (0,35)	318 (0,60)	4 (0,95)	1 (2,44)	2 (0,59)
1 a 3	695 (1,45)	1485 (2,82)	7 (1,66)	1 (2,44)	6 (1,76)
4 a 6	3516 (7,34)	6.464 (12,27)	38 (9,03)	5 (12,19)	22 (6,45)
Más de 7	43482(90,81)	44386 (84,22)	371 (88,12)	34 (82,93)	308 (90,32)
Ignorado	23 (0,05)	48 (0,09)	1 (0,24)	- (-)	3 (0,88)
Total	47.882 (100)	52.701 (100)	421 (100)	41 (100)	341 (100)

Fuente: DATASUS, SINASC - Sistema de Información sobre Nacidos Vivos, 2023* Los datos del año 2021 fueron preliminares según DATASUS.

Tabla 2. Tipo de parto según raza/color materno. Uberlândia 2011 a 2021*.

Parto por raza/color	Blanca N (%)	Negra N (%)	Amarilla N (%)	Indígena N (%)	Ignorada N (%)
Vaginal	9109 (19,02)	17278 (32,78)	80 (19,0)	13 (31,71)	55 (16,13)
Cesárea	38770 (80,97)	35413 (67,20)	341 (81,0)	28 (68,29)	286 (83,87)
Ignorado	3 (0,01)	10 (0,02)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	47882 (100,00)	52701(100,00)	421(100,00)	41 (100,00)	341 (100,00)

Fuente: DATASUS, SINASC - Sistema de Información sobre Nacidos Vivos, 2023* Los datos del año 2021 fueron preliminares según DATASUS.

En relación con la mortalidad materna, a partir de los datos del SIM/DATASUS se pudieron identificar 32 casos, cuyos resultados absolutos y porcentuales se desglosan por edad, nivel educativo, estado civil y raza/color (Tabla 3). La mayor incidencia de mortalidad materna se produjo entre mujeres jóvenes, con bajo nivel educativo, solteras y negras. De los casos de mortalidad materna notificados, 16 (50,00 %) mujeres tenían entre 20 y 29 años; 12 (37,50 %) entre 30 y 39 años; 3 (9,38 %) 40 años o más y 1 (3,12 %) entre 15 y 19 años.

En cuanto al nivel de escolaridad, se observó que la gran mayoría de las muertes, 20 casos, se produjeron en mujeres que tenían entre 8 y 11 años de estudios, lo que corresponde al 62,50 % del total; también se identificaron 5 (15,63 %) con 12 o más años de estudios y 1 (3,12 %) con menos de 8 años de estudios. Esta variable presentó una mayor frecuencia de incompletitud, identificándose 6 (18,75 %) casos en los que se ignoró esta información (Tabla 3).

Se notificaron 14 (43,75 %) muertes en mujeres solteras, seguidas de 12 (37,50 %) entre mujeres casadas. En las categorías “viuda”, “separada judicialmente” y “otras” hubo 1 (3,12 %) caso cada una y la información sobre el “estado civil” se ignoró en 3 (9,38 %) casos. En cuanto a la variable raza/color, se observó que 14 muertes, correspondientes al 43,75 % de los casos, se produjeron entre mujeres blancas, 10 (31,25 %) entre mujeres *pretas* y 8 (25,00 %) entre mujeres pardas, lo que suma un total de 18 (56,25 %) casos en la población negra. No se identificaron muertes de otra raza/color además de la blanca, *preta* y parda, ni se identificaron casos con raza/color ignorada o en blanco (Tabla 3).

Tabla 3. Muertes maternas según variables sociodemográficas, Uberlândia, 2011 a 2021*.

Variables sociodemográficas	Muertes maternas N (%)
Edad (años)	15 a 19 1 (3,12)
	20 a 29 16 (50,00)
	30 a 39 12 (37,50)
	40 o más 3 (9,38)
Nivel educativo (años de estudio)	< 8 1 (3,12)
	8 a 11 20 (62,50)
	12 o más 5 (15,63)
	Ignorada 6 (18,75)
Estado Civil	Soltera 14 (43,75)
	Casada 12 (37,50)
	Viuda 1 (3,12)
	Separada 1 (3,12)
	Otros 1 (3,12)
	Ignorado 3 (9,38)
Raza/Color	Blanca 14 (43,75)
	Preta 10 (31,25)
	Parda 8 (25,00)

Fuente: DATASUS, SINASC - Sistema de Información sobre Nacidos Vivos, 2023* Los datos del año 2021 fueron preliminares según DATASUS.

DISCUSIÓN

Una investigación a nivel nacional sobre el embarazo en la adolescencia asoció a las gestantes de las clases económicas D/E y de color *preto* con un menor acceso a los exámenes recomendados durante el embarazo, con la recepción de menos orientaciones, con un mayor peregrinaje en busca de un hospital materno y con un mayor riesgo de resultados desfavorables en el embarazo y el parto. También se observó la presencia de un gradiente en las proporciones, de modo que cuanto más oscura era la piel, mayor era la frecuencia de escolaridad inadecuada para la edad y menor la precocidad de la atención prenatal y la realización del número adecuado de consultas¹⁶.

La falta de atención prenatal adecuada se ha asociado a factores que dificultan el acceso, como bajos ingresos y escolaridad, distancia entre el domicilio y el servicio de salud, costo del desplazamiento, sumados a la falta de infraestructura adecuada, insumos, equipos, cualificación profesional y educación en salud que perjudican la calidad de la atención y mantienen la mortalidad elevada, la cual ha sido aún más significativa en el país debido a la alta frecuencia de cesáreas^{17,18}.

En el presente trabajo se observó una elevada incidencia de cesáreas, además de una mayor proximidad entre las gestantes amarillas y blancas, que presentaron más cesáreas que las demás.

Un estudio realizado en el estado de Mato Grosso do Sul identificó proximidades en la vulnerabilidad de las indígenas y las *pretas*, que presentaban un riesgo de muerte cuatro veces mayor que el encontrado entre las blancas¹⁹.

La asociación de las mujeres *pretas* y pardas con menores proporciones de partos por cesárea y mayores proporciones de partos vaginales, identificada en la presente investigación, también se mencionó en trabajos realizados en las regiones sureste y sur de Brasil^{4,7,20-21}.

El estudio de la evolución temporal de las cesáreas en São Gonçalo, municipio también del sureste brasileño, identificó que el aumento de este tipo de parto no incluyó a las gestantes con bajo nivel educativo y de piel negra, lo que revela la posibilidad de incumplimiento de los protocolos para este tipo de parto²⁰.

La exposición de las gestantes blancas a la cesárea es tres veces mayor, frecuencia que puede explicarse por el mayor poder adquisitivo de este grupo, el acceso al sistema privado, el contexto cultural médico intervencionista, la falsa percepción de mayor seguridad que el parto vaginal, la percepción de menos dolor e incluso la atribución de un mayor valor simbólico⁷. Otra investigación realizada en un hospital de un municipio de Maranhão con mujeres negras verificó que el parto vaginal fue la modalidad de parto observada en todas ellas¹³.

La diferencia puede representar una ventaja para las gestantes negras, ya que la asociación de estas con el parto vaginal, a pesar de generar una mayor exposición a la violencia obstétrica, está relacionada con una mayor frecuencia de partos a término (más de 39 semanas) y una menor exposición a los perjuicios de la prematuridad⁷.

Sin embargo, es necesario actuar con cautela. En los municipios más pobres de la región metropolitana de Porto Alegre, se observó una mayor proporción de mujeres *pretas* y pardas, más partos vaginales que cesáreas, pero una mayor asociación con el desenlace desfavorable del bajo peso del recién nacido²¹.

Esta menor exposición a las cesáreas, que inicialmente podría sugerir una asistencia conforme a las recomendaciones del Ministerio de Salud, demuestra que las mujeres negras están siendo menos sometidas a intervenciones en un contexto obstétrico nacional de carácter intervencionista, en el que los enfoques se perciben como cuidados. Así, las mujeres *pretas* y pardas, como también lo demuestra el menor uso de analgesia y la mayor frecuencia de partos postérmino en el grupo, en realidad están recibiendo menos cuidados, lo que guarda relación con el posible rechazo cultural a la mujer negra brasileña y su desfavorable lugar simbólico atribuido por la dominación racista^{6,22}.

En relación con la mortalidad materna, en 2019 el Ministerio de Salud estimó la ocurrencia de 1655 casos en el territorio nacional, es decir, 58 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, una tasa de mortalidad materna lejos de la meta de 30 establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030. Estos datos corroboran los resultados del presente estudio⁸. En Brasil, hay una mayor prevalencia de muertes en mujeres jóvenes, de modo que el 50 % de ellas tenían hasta 29 años, el 50 % eran solteras, el 42 % tenían entre 8 y 11 años de estudios y el 66 % eran de raza/color *preta* o *parda*⁸.

Un análisis de los datos de este tipo de muertes en municipios de Mato Grosso do Sul también encontró un porcentaje del 50 % de casos en mujeres de entre 20 y 29 años, así como porcentajes similares en la comparación de casos entre mujeres solteras y casadas, con un 30,8 % y un 23,1 %, respectivamente²³.

En los resultados encontrados, se observa la asociación de la información incompleta sobre el estado civil y, principalmente, la escolaridad, con proporciones de registros ignorados del 35,1 % y el 54,0 %, respectivamente, lo que dificulta un análisis más completo del problema.

Se sabe que el análisis de las variables relacionadas con la mortalidad materna es de fundamental importancia por su potencial para ampliar la comprensión del problema, revelar posibles desigualdades en el territorio y contribuir a la propuesta de intervenciones con miras a reducir la mortalidad evitable de estas mujeres²⁴.

En las variables relacionadas con la mortalidad materna, se ha demostrado, en relación con el grupo de edad, que los extremos de edad están asociados a un mayor riesgo de muerte¹⁴. Este riesgo también aumenta en ausencia de una red de apoyo social para la gestante. Así, en relación con el estado civil, se observa que las condiciones “soltera”, “viuda” y “separada judicialmente” colocan a la gestante en una situación de vulnerabilidad y más propensa a descuidar los cuidados del embarazo en curso²⁵.

El bajo nivel educativo aumenta el riesgo de mortalidad materna, ya que dificulta la comprensión de la información, la autopercepción del riesgo cuando está presente y, en consecuencia, el acceso a los servicios²⁶. En el caso de las mujeres de piel oscura, la vulnerabilidad a la mortalidad aumenta debido a la predisposición genética a las enfermedades (especialmente los síndromes hipertensivos del embarazo) y a la asociación de este grupo con contextos sociales desfavorables²⁶. La participación de estas comorbilidades en la causalidad de la mortalidad materna y las vulnerabilidades relacionadas con aspectos raciales se ha registrado y no está completamente aclarada²⁷.

A su vez, se ha documentado la asociación entre la variable racial y la mortalidad. Ya en 1999, se identificó en São Paulo una mortalidad materna en las mujeres *pretas* 6,4 veces mayor que la encontrada en las blancas²⁸.

Según una investigación que identificó un riesgo de muerte 2,3 veces mayor en las mujeres *pretas* en el municipio de Río de Janeiro entre 2010 y 2019, esta perversa desigualdad puede explicarse por el racismo presente. Sin embargo, se sostiene que asegurar esta posición depende de una mayor frecuencia y profundidad del debate, con el uso de metodologías específicas como las que se utilizan en los Estados Unidos y que aún no han sido validadas en el país²⁹.

Según el Censo Demográfico de 2022, la población negra representa en Uberlândia el 50,76 % del total, siendo el 39,79 % pardos y el 10,97 % *pretos*³⁰. En la presente investigación, se observó que el 56,25 % de los casos de mortalidad materna se produjeron en esta población. Entre la población blanca, sin embargo, se observó una relación inversa, ya que, a pesar de que los blancos constituyen el 48,85 % de la población local, la proporción de muertes maternas fue del 43,75 %.

Los datos destacan la vulnerabilidad de la población negra, que no solo ha encontrado dificultades para acceder a los servicios, sino que también ha recibido una asistencia de peor calidad²⁸.

En un análisis reciente elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se pudieron observar diferencias estadísticamente significativas, con una mayor tasa de mortalidad materna entre las personas afrodescendientes en comparación con las no afrodescendientes en países como Colombia, Surinam y, principalmente, Estados Unidos. En este último país, se verificó que la desigualdad persistía independientemente del nivel socioeconómico y de ingresos, ya que se observó una tasa de mortalidad de las afrodescendientes con enseñanza superior o por encima de 5,2 veces mayor que la de las mujeres blancas con el mismo nivel educativo³¹.

Sobre estas diferencias de trato en la salud, un trabajo asoció a las mujeres negras con dificultades de acceso y mala calidad de la atención. Esta situación puede explicarse por lo que se denominó “costumbre estructural” en la reproducción inconsciente de la discriminación por parte de los profesionales de la salud, que acaba influyendo no solo en los sentimientos, pensamientos y conductas individuales, sino también en los procesos y políticas institucionales^{12,32}.

En este contexto, es aún más importante defender la PNSIPN como herramienta de transformación de la realidad⁵, ya que la PNSIPN reconoce la existencia del racismo y defiende la articulación entre las esferas de poder, la intersectorialidad, la gestión participativa y la relevancia de los diversos actores sociales junto con el municipio en el proceso de identificación de las necesidades de la población negra local, combatiendo así el racismo, la discriminación y las desigualdades étnico-raciales en materia de salud⁵.

CONCLUSIÓN

Los resultados revelan que las mujeres gestantes negras tienen más dificultades para acceder a los servicios y la atención sanitaria, lo que puede estar contribuyendo a una mayor mortalidad en este grupo. La aparición de estos resultados desfavorables en el período

posterior a la creación de la PNSIPN sugiere que no se ha implementado a nivel municipal, lo que pone de manifiesto su urgencia e importancia en el reconocimiento del racismo como determinante social de la salud.

La investigación presenta limitaciones inherentes al origen de los datos, en este caso, datos secundarios. Debe considerarse la posibilidad de subregistro, errores de cumplimentación o transcripción de la información, que se actualiza periódicamente, lo que puede dar lugar a cambios en los resultados de las búsquedas, dependiendo de las fechas de acceso.

Por otro lado, es fundamental realizar estudios para comprender los aspectos institucionales relacionados con la reproducción del racismo y la producción de desigualdades en materia de salud, con vistas a futuras intervenciones. También es importante calificar la atención y favorecer la comparación con otros grupos raciales en la evaluación de aspectos como la peregrinación, el tiempo de espera, el acceso a exámenes y orientaciones, la presencia de un acompañante, el uso de anestésicos, la edad gestacional, el peso del recién nacido, el APGAR y otros. Por lo tanto, se recomienda el uso de otras metodologías que amplíen la fiabilidad de los resultados, incluyendo pruebas estadísticas de asociación.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 344/2017, de 01 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado el 28 abr 2023]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html
2. Oliveira FEG. Desigualdades raciais e de gênero na mortalidade geral no ELSA-Brasil: uma abordagem interseccional. [dissertação]. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais /UFMG; 2018. 92p.
3. Estrela CR, Santos IR, Lima RRT. O quesito raça/cor e a equidade no Sistema Único de Saúde: critérios atravessados pelo contexto racial brasileiro. *In*: Barbosa IR, Aiquoc KM, Souza TA, organizadoras. Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal, RN: EDUFRRN; 2021. p. 49-62.
4. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional: Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde Soc.* [Internet]. 2016 [citado el 25 abr. 2023]; 25(3):561-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado el 24 abr 2023]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

6. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [citado el 24 abr. 2023]; 33(supl1): e00078816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
7. Rossetto M, Schmalfluss, JM, Bedin K, Pinheiro AM, Batista Jd'Arc L. Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense. *Rev Enferm UFSM*. [Internet]. 2020 [citado el 28 abr. 2023]; 10:e54. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769239398>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado el 22 feb 2023]. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf
9. Ministério da Saúde (Brasil). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [citado el 28 abr 2023]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
10. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [citado el 25 abr. 2023]; 22(11): 2473-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>
11. Batista MAL. Desigualdades assistenciais sob o enfoque étnico-racial e suas repercussões à saúde da mulher. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2021 [citado el 20 sep. 2022]; 4(2):4922-36. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26003>
12. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. [Internet]. 2016 [citado el 28 abr. 2023]; 25(3): 535-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
13. Belfort IKP, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. *Saúde Soc*. [Internet]. 2016 [citado el 24 abr. 2023]; 25(3):631-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162571>
14. Viana RC, Novaes MRCC, Calderon IMP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. *Com Ciências Saúde*. [Internet]. 2011 [citado el 28 abr. 2023]; 22(sup.1): 141-52. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf
15. Sá EB, Santos YL, Silva TD. Edição Censo Demográfico 2022. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Igualdade Racial; 2024 [citado el 21 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/Informe-edicao-censo-demografico2022.pdf>
16. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet]. 2019 [citado el 20 sep. 2022]; 19(1):53-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>
17. Cá AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AFL, et al. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme*.

- [Internet]. 2022 [citado el 19 sep. 2022]; 96(38): e-021257. Disponible en: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1372>
18. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [citado el 28 abr. 2023]; 71(suppl1): 725-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>
19. Pícoli RP, Cazola LHO, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev Bras Saude Mater Infant.* [Internet]. 2017 [citado el 28 abr. 2023]; 17(4): 739-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>
20. Teixeira GP, Vieira MG, Fonseca SC, Vieira DM. Tendência temporal de cesarianas em município do Sudeste do Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde.* [Internet]. 2017 [citado el 28 abr. 2023]; 19(3): 76-81. Disponible en: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19568>
21. Pires MSLF. Determinação social e desfecho de parto em municípios da região metropolitana de Porto Alegre no período 2011 – 2015. [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul /UFRGS; 2018. 31p.
22. Gonzales L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje.* [Internet]. 1984 [citado el 14 sep. 2023]; 2(1): 223-44. Disponible en: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/10316/1/06_GONZALES__L%c3%a9lia_Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira_1.pdf
23. Gastaud ALGS. A mortalidade materna e mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2000 a 2002. [tese]. Campo Grande, MS: Universidade de Brasília/UnB, Universidade Federal de Goiás/UFG, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS; 2007. 131p.
24. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2012 [citado el 20 sep. 2022]; 34(12): 531-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012001200001>
25. Pereira GT, Santos AAP, Silva JMO, Nagliate PC. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. *J Res Fundam Care Online.* [Internet]. 2017 [citado el 15 abr. 2023]; 9(3): 653-8. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.653-658>
26. Ruas CAM, Quadros JFC, Rocha JFD, Rocha FC, Andrade Neto GR, Piris AP, et al. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. *Rev Bras Saude Mater Infant.* [Internet]. 2020 [citado el 20 sep. 2022]; 20(2):397-409. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>
27. Torres NMF, Santos JLC, Silva BL, Silva PT, Linhares BO, Silva ALF, et al. Mortalidade materna no nordeste brasileiro. *RCC.* [Internet]. 2021 [citado el 28 abr. 2023]; 12(1): e23821. Disponible en: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/23821>
28. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Batista L. E.; Kalckmann S., organizadores. *Seminário Saúde da População Negra - Estado de São Paulo*, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101.

29. Alves LGR. Desigualdades raciais na mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 2010 – 2019. [dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2020. 81p.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022. [Internet] Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022 [citado el 21 mayo 2022]. Disponible en: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/9605#resultado>
31. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Saúde materna de mulheres e meninas afrodescendientes nas Américas. [Internet]. New York, NY: Fundo de População das Nações Unidas; 2023 [citado el 26 oct 2025]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20MM%20Factsheet%20-%20WEB_PT_Web.pdf
32. Carmo CBC, Melo LC, Silva TF, Souza EMB, Garcia CMMG. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. FEMINA. [Internet]. 2021 [citado el 19 sep. 2022]; 49(12):690-8. Disponible en: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z12.pdf#page=52>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Agradecimientos: Proyecto TransNegressão y Programa de Posgrado en Salud Ambiental y Salud del Trabajador (PPGSAT) de la Universidade Federal de Uberlândia/UFU.

Contribuciones:

Conceptualización – Crispim JC, Oliveira JC

Investigación – Crispim JC

Redacción - primera redacción – Crispim JC

Redacción - revisión y edición – Crispim JC, Oliveira JC

Como citar este artículo (Vancouver)

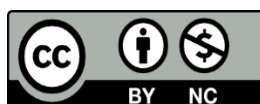
Crispim JC, Oliveira JC. Inequidades raciales en la atención prenatal y mortalidad de mujeres gestantes negras en un municipio del sureste de Brasil. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2026 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 14:e026006. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8692>

Como citar este artículo (ABNT)

CRISPIM, J. C.; OLIVEIRA, J. C. Inequidades raciales en la atención prenatal y mortalidad de mujeres gestantes negras en un municipio del sureste de Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e026006, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8692>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Crispim, J. C. & Oliveira, J. C. (2026). Inequidades raciales en la atención prenatal y mortalidad de mujeres gestantes negras en un municipio del sureste de Brasil. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 14, e e026006. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso de* <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8692>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons