



GESTAR, PARIR, MORRER

**MULHERES NEGRAS, MORTE
MATERNA E O RACISMO NA SAÚDE**

TALITA RODRIGUES DA SILVA

RECIFE 2023



**edições
sos corpo**

*A todas as mulheres que morreram vítimas das injustiças sociais
e das violações de direitos reprodutivos que as sentenciaram à morte materna.
Principalmente àquelas que morreram no contexto da Covid-19,
quando lhes foi negado o ar para respirar.
Jamais serão esquecidas.
Nós seguiremos de pé, denunciando e lutando.
por um futuro feminista e antirracista.*

SUMÁRIO

PREFÁCIO	5
APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
1 A INTERSECCIONALIDADE COMO UM PONTO DE PARTIDA	13
2 A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA SOCIAL NA ANÁLISE DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE	17
3 RACISMO E AS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL	23
4 MULHERES NEGRAS E A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL	29
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA A ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO	33
5.1 Variáveis de estudo	34
5.2 Análise de dados	36
5.3 Considerações éticas	36
6 O CENÁRIO DA MORTALIDADE MATERNA DE MULHERES NEGRAS E BRANCAS EM PERNAMBUCO	37
7 A DIMENSÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS DESIGUALDADES RACIAIS NA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO	49
8 AS CAUSAS DE ÓBITO MATERNO DENUNCIAM INIQUIDADES EM SAÚDE DAS MULHERES	55
8.1 A chegada da Covid-19 e o impacto na Mortalidade Materna	58
9 AS RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA DE MULHERES PRETAS SÃO MAIS UM ELEMENTO QUE DENUNCIAM O RACISMO ESTRUTURAL NO BRASIL	61
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

PREFÁCIO

Conheci Talita ainda na banca de seleção para o mestrado em saúde pública do Instituto Aggeu Magalhães (Fiocruz Pernambuco). Talita, já naquele momento, demonstrou grande energia e clareza sobre o objeto que desejava estudar. Como jovem mulher, feminista e negra, queria, através de uma abordagem interseccional, estudar a mortalidade materna, buscando identificar as desigualdades raciais.

Fui eu, e para grande satisfação minha, quem assumiu a orientação de Talita. Venho, nos últimos anos, assumindo a orientação de alunas e alunos negros, o que me aproximou do tema, e me desafiou, sendo eu uma mulher branca, oriunda da classe média, logo, dos privilegiados da sociedade brasileira. Mas se perceber nesse lugar de privilégio é desafiador. Se colocar como antirracista demanda a compreensão dos processos historicamente construídos de opressão, exclusão e subalternização da população negra, de um lado, e de outro, se entender como parte ativa desse processo, para então, buscar ruptura.

Os meus alunos me ensinam e desafiam todos os dias, neste processo de construção de um novo eu, processo que não se finda com desejos, mas com ações e atitudes, rupturas e dores. Talita tem feito parte dessa construção. Ela foi mãe durante o mestrado, que coincidiu com a pandemia, e deixou nítido, mais uma vez, como a sociedade age interseccionalmente. Na sociedade brasileira, que apoio o Estado oferece para uma jovem mãe negra? Não foram poucos os desafios e barreiras a serem vencidas por Talita, e ela os venceu, todos, com dedicação e competência.

O livro que ora prefacio é fruto dessa história: uma mulher corajosa, determinada, que tem clareza de quem é, e do seu papel enquanto ativista feminista negra, em pautar questões prementes e para as quais não podemos fechar os olhos, e, sim, enfrentar com coragem e determinação. Sim, coragem e determinação, pois a luta traz sofrimento. Ter consciência de algo exige mobilização no sentido de transformar a realidade indesejada e, sobretudo, injusta.

Para mim é gratificante falar sobre o produto do mestrado de Talita, agora publicizado sob a forma de livro. Ao estudar as mortes maternas em Pernambuco, Talita trouxe para a agenda de debate vários pontos que merecem destaque: a morte materna não devia existir enquanto problema de saúde pública; as mortes maternas são reflexos da sociedade nas quais ocorrem; as mortes maternas espelham essas desigualdades sociais, que no Brasil significam também raça.

Ao analisar as desigualdades raciais nas mortes maternas entre mulheres negras e brancas, numa perspectiva interseccional, Talita nos apresentou questões da maior relevância. Dos 502 óbitos maternos ocorridos entre os anos de 2016 e 2021, 72,3% foram de mulheres pardas, 7,2% em mulheres pretas e 20,5% em mulheres brancas. Ao se debruçar sobre o nível de escolaridade das mulheres que morreram por causas maternas, Talita destaca que o nível de escolaridade é superior entre as brancas, sendo estas, maioria dentre as com 12 ou mais anos de estudo. Vários achados de Talita chamam a nossa atenção, mas deixo as leitoras o prazer da leitura deste livro, que embora nos evidencie aspectos estruturais das injustiças e do racismo na sociedade brasileira, o faz de forma clara e de agradável leitura.

Destaco, por fim, as palavras de Talita: “Foi possível perceber ainda que o racismo produz um gradiente de cor em prejuízo de pretas com relação às pardas e brancas no que se refere à atenção obstétrica. Diante desse contexto, algumas sugestões foram apresentadas para subsidiar o planejamento e as ações em saúde pública”. Tal injustiça nos devia ser insuportável, enquanto sociedade. Cabe a nós, pesquisadoras, feministas, militantes antirracistas, denunciarmos e nos posicionarmos claramente contra tanta injustiça e desigualdade. Enquanto a sociedade continuar a normalizar o que não é normal, sigamos mobilizadas, na luta por um mundo sem opressão, sem racismo, e com fraternidade. Talita já demonstrou que não arrefecerá diante dos desafios que escolheu denunciar. Sigamos juntas, então.

Tereza Maciel Lyra

Feminista e antirracista

Professora e pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães

FIOCRUZ PERNAMBUCO

APRESENTAÇÃO

Desde 2014 tenho me dedicado teórica e politicamente à luta pelos direitos reprodutivos das mulheres, sobretudo das mulheres negras no Brasil. Mas a questão das desigualdades raciais que se expressam nos indicadores de mortalidade materna chegou mais forte para mim em 2020, quando descobri uma gravidez no primeiro mês da pandemia da Covid-19.

Foram nove meses de muita angústia diante do crescimento do número de mortes maternas e da forma desigual com a qual a pandemia atingiu as mulheres negras, que eram maioria entre aquelas que morriam. Eu, uma mulher negra, temi diversas vezes pela minha vida e pela vida do meu filho. Naquele momento, as desigualdades de raça, classe e gênero se mostravam fundamentais na construção da vulnerabilidade à Covid-19, principalmente no caso das mortes maternas.

Realizei todo o meu pré-natal e parto em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), caminhando pela linha de cuidado de saúde materna, com algumas experiências incríveis e outras terríveis. Sobrevivi. Outras mulheres não. Tive um parto natural e respeitoso no Centro de Parto Normal de Paudalho, depois de muita pesquisa e mapeamento da rede de saúde, mas precisei atravessar duas cidades para que isso acontecesse, mesmo morando em Recife, capital do estado de Pernambuco.

Diante deste cenário, assumi o compromisso de aprofundar meus conhecimentos e minha luta nesse campo, de forma a contribuir com o desvelamento do racismo na saúde e de seus efeitos danosos para as mulheres e para toda a sociedade. Também busco contribuir para o fortalecimento do SUS, da saúde da mulher e do movimento feminista e antirracista no estado, compreendendo que a realização de estudos deste tipo ajuda a compreender melhor a realidade, elaborar novos problemas e pensar novas estratégias.

Além de mãe, também sou militante feminista e antirracista, militante do SUS e dos direitos reprodutivos das mulheres. E ao longo da minha trajetória política e profissional tenho assumido o compromisso coletivo, junto com outras companheiras e companheiros, com a construção de um

mundo com justiça social para todas as pessoas, principalmente para as mulheres negras e empobrecidas desse país, e do estado de Pernambuco, onde estou situada territorialmente.

Neste contexto, a morte materna se coloca para mim como um importante elemento de análise das iniquidades sociais e raciais em saúde, e seu estudo pode contribuir para desvelar o problema do racismo, que tanto tem sido denunciado pelas mulheres negras e pelos movimentos sociais nas últimas décadas. Compreendida como um evento sentinela, ela é um importante marcador da qualidade do sistema de saúde em relação ao acesso, à adequação e à oportunidade do cuidado, possibilitando identificar a fragilidade dos atendimentos, de modo a favorecer as ações em tempo oportuno, sendo muito relacionada à vulnerabilidade social das populações (Freitas-Júnior, 2020; Pícoli; Cazola; Lemos, 2017).

INTRODUÇÃO

Muitas pessoas acham que a morte materna não é um problema social e pensam que a morte de uma mulher por motivos relacionados direta ou indiretamente à gravidez ou ao aborto é uma fatalidade, um castigo ou uma tragédia que não poderia ter sido evitada. Algumas mulheres chegam até mesmo a serem culpabilizadas pelo seu destino cruel. Os motivos são vários: não ter se cuidado, não ter usado camisinha, não ter feito laqueadura, ter realizado um aborto e por aí vai.

A grande questão é que a mortalidade materna enquanto fenômeno social atinge as mulheres¹, suas famílias e toda a comunidade. O impacto dessas mortes na sociedade é alto por ser uma tragédia evitável que denuncia as desigualdades nas condições de vida, assim como as graves violações dos direitos humanos das mulheres. E as desigualdades estruturais vividas pelas mulheres se aprofundam ainda mais quando relacionadas com o racismo.

A morte materna é definida como sendo a morte que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Ela é ocasionada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, como a realização de um aborto inseguro, por exemplo (Brasil, 2007).

Ao mesmo tempo, as mortes maternas tardias, ocorridas entre 43 dias e 1 ano após o término da gestação, também são monitoradas para efeito de análise epidemiológica do problema e definição de ações estratégicas da gestão em saúde. Essa ampliação resultou da constatação de que o progressivo avanço tecnológico da medicina permitia, cada vez mais, prolongar a vida de algumas mulheres, tornando inapropriada a manutenção do recorte de tempo de quarenta e dois dias após o final da gravidez como critério para a classificação do óbito materno (Leite, 2019).

A morte materna pode ser obstétrica, relacionada direta ou

¹ Destaco que o problema abordado neste trabalho atinge diferentes sujeitos como os homens trans e as pessoas não binárias, mas diante da ausência de dados e do enfoque assumido nesta pesquisa, trabalharemos apenas com o sujeito mulheres.

indiretamente com a gestação, ou não obstétrica, resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez (Brasil, 2007). No segundo caso, a contribuição das causas externas (acidentes e violência) para a mortalidade materna vem sendo discutida por muitas pesquisadoras e pesquisadores do campo ao demonstrarem que muitas mortes violentas (suicídios e homicídios) estão relacionadas à condição de gravidez, questionando o caráter acidental de sua ocorrência (Leite, 2019).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um importante indicador para analisar o nível de qualidade de vida de uma população, assim como a qualidade da saúde prestada às mulheres. Ela é calculada pela razão entre o número de mortes maternas em determinado tempo e lugar e o número de nascidos vivos.

A distribuição da mortalidade materna é desigual entre países, regiões e grupos sociais, tendo fortes determinações de classe, raça e território. Países do Norte global têm menores razões de morte materna, enquanto alguns países do Sul global apresentam altíssimos índices, como pode ser observado nos dados da plataforma online do *Index Mundi*². A plataforma mostra a RMM no Canadá é de 10 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e, na Espanha, de 4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, enquanto na Nigéria ela é de 917 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e, na Guiana, é de 667 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

No Brasil e em Pernambuco, a redução da mortalidade materna pode ser vista nas últimas décadas, mas teve um crescimento acentuado no contexto da pandemia da Covid-19. É um grave problema de saúde pública, que expõe as desigualdades existentes entre as regiões, as dificuldades de acesso, a fragmentação e a pouca resolutividade da rede de assistência (Ribeiro; Rocha, 2018; Gomes et al., 2018).

A redução da mortalidade materna em escala global foi um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), cuja meta era reduzir a RMM mundial para no máximo 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015. A meta não foi atingida e segue sendo um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a ser alcançado até 2030, com previsão de redução da mortalidade materna mundial para 70 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No caso do Brasil a meta é 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (Motta; Moreira, 2021), levando em consideração que, em 2016, a

² A Plataforma IndexMundi contém estatísticas, gráficos e mapas detalhados de diversos países, que são compilados a partir de várias fontes. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/>. Acesso em 11 abr. 2023.

RMM estimada para o Brasil era de 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos e que existem marcantes desigualdades regionais, com indicadores mais elevados nas regiões Norte (84,5) e Nordeste (78,0) (Ipea, 2019).

Os altos indicadores identificados no Norte e Nordeste dialogam com outros estudos sobre saúde da população negra que mostram que o racismo determina as condições desiguais de nascer, viver e morrer no Brasil (Lopes, 2005) e precisa ser enfrentado tanto no âmbito da estrutura política e social, como nos espaços institucionais do Estado. O estudo de Martins (2004) é pioneiro no campo das análises raciais da mortalidade materna no Brasil, em que foi encontrada uma razão de mortalidade para mulheres pretas de 227,60 nas capitais, em 2002. Enquanto as mulheres brancas das mesmas capitais apresentaram 48,73, a RMM para as negras foi de 72,61 e, para as pardas, de 65,07 mortes por 100 mil nascidos vivos. O termo Negras foi entendido como o somatório de pretas e pardas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um maior risco de morte materna para

mulheres pretas, quando comparadas às brancas, também foi encontrado no Mato Grosso do Sul, com um risco que chegava a ser quatro vezes maior para pretas do que para brancas (Pícoli; Cazola; Lemos, 2017). Da mesma forma, maiores tendências de mortalidade materna foram encontradas para mulheres pretas em relação às brancas, no Brasil entre 2000 e 2019 (Carvalho; Meirinho, 2020).

O estudo das desigualdades raciais na mortalidade materna a partir de uma perspectiva interseccional auxilia na análise do fenômeno, desvelando a forma como as estruturas de opressão de classe, raça e gênero se articulam em prejuízo das mulheres negras. A interseccionalidade também permite identificar diferenças³ dentro do grupo de pessoas negras vitimadas pelo racismo, possibilitando a construção de ferramentas metodológicas e conceituais adequadas à singularidade e particularidade dos indivíduos (Werneck, 2016). E a pesquisa científica no campo da saúde pública tem o potencial de nos mostrar caminhos para a construção de políticas de enfrentamento ao racismo institucional na saúde, assim como é primordial para pensar estratégias de fortalecimento do SUS, contribuindo na construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo foi analisar as

³ Neste ponto, são consideradas diferenças entre pessoas negras vitimadas pelo racismo, aquelas diferenças entre tonalidade de pele, como as vividas por mulheres pretas e pardas, assim como diferenças de condições socioeconômicas, idade, escolaridade, que existem dentro do grupo de pessoas negras, compreendidas como plurais e diversas.

desigualdades raciais na mortalidade materna de mulheres negras e brancas em Pernambuco entre 2016 e 2021. E os objetivos específicos, estão descritos a seguir:

- Descrever as características de óbitos maternos em Pernambuco;
- Identificar as principais causas de morte materna por raça/cor em Pernambuco;
- Analisar as razões de mortalidade materna por raça/cor em Pernambuco.

A teoria feminista negra e as teorias antirracistas sobre a sociedade e a saúde pública guiam as reflexões deste livro, pois, acredito que as estatísticas nos ajudam a ver, por outras lentes, elementos que estão imbricados nas coletividades humanas.



1. A INTERSECCIONALIDADE COMO UM PONTO DE PARTIDA

A análise das categorias raça e gênero vem ao longo das últimas décadas denunciando as várias opressões e desigualdades às quais mulheres e populações negras estão submetidas (Crenshaw, 2002; 2004). Em meio a esses estudos, as mulheres negras têm investido esforços em compreender os efeitos das articulações de gênero, raça e outros eixos de opressão como classe social, território, sexualidade etc. A análise interseccional das opressões às quais as mulheres negras estão expostas tem gerado contribuições tanto no campo das ciências sociais e humanas como no campo da saúde pública e mais especificamente da epidemiologia (Góes, 2018; Collins, 2016). Essa teoria também se apresenta como uma possibilidade de dialogar com os conceitos de universalidade, integralidade e equidade na política pública (Werneck, 2016).

No processo de preparação para a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, que ocorreu na cidade de Durban, África do Sul, em 2001, a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras Pró-Durban construiu uma declaração que denunciava as várias formas de exclusão as quais as mulheres negras estavam submetidas a partir da articulação entre o racismo e o sexismo no contexto brasileiro. O documento lista os danos à saúde mental, menor expectativa de vida com relação às mulheres brancas, menor índice de nupcialidade e o confinamento em ocupações de menor prestígio e remuneração (Carneiro, 2002). Werneck (2005, p. 8) argumenta que “ser mulher, não ser branca, habitar países do sul, ser pobre, etc., são fatores que, num contexto marcado por ideologias produtoras de iniquidades como o racismo, o sexismo e outras, produzem as vulnerabilidades a que milhões de pessoas estão expostas”.

Ao longo de décadas, houve um grande investimento das mulheres negras em desconstruir a categoria mulher, enquanto categoria universalizante, tendo essa intervenção crítica revolucionado o pensamento feminista e os estudos de gênero (Hooks, 2017). Raça, classe e gênero

interagem e reconfiguram-se mutuamente, formando um mosaico complexo que só pode ser compreendido em sua multidimensionalidade, pois não existe uma forma única de ser mulher, em virtude do fato dessa categoria ser determinada social e historicamente (Bairros, 1995).

A intersecção dos diferentes eixos de subordinação coloca mulheres negras em lugar de subalternidade, além de se colocarem como barreiras concretas no exercício de sua autonomia e liberdade (Crenshaw, 2004). A organização política das mulheres negras dentro e fora da academia visa retirá-las do lugar de objetos e colocá-las no lugar de sujeitas de suas próprias vidas e histórias. O conceito de interseccionalidade vem explicitar as desigualdades entre sujeitos e subordinados (Werneck, 2013).

Falamos da importância de construir uma teoria que nos tire do lugar da invisibilidade e lance-nos ao lugar de sujeitas, uma teoria de mulheres negras para mulheres negras, que coloque as nossas experiências no centro das análises. Pois, “como sujeitos, as pessoas têm o direito de definir sua própria realidade, estabelecer suas próprias identidades, nomear sua história” (Hooks, 2019, p. 100). A teoria feminista negra, lança mão da interseccionalidade (Crenshaw, 2004) como categoria analítica para compreender as relações e conexões entre os três eixos de subordinação, estruturados pelas desigualdades de poder de raça, gênero e classe social.

O ponto de vista das mulheres negras “muda todo o foco da investigação, partindo de uma abordagem que tinha como objetivo explicar os elementos de raça, gênero ou opressão de classe, para outra que pretende determinar quais são os elos entre esses sistemas” (Collins, 2016, p.108). A autora apresenta a teoria do ponto de vista de “*outsider within*” das mulheres negras, em que as feministas negras seriam dotadas de uma possibilidade especial de pensar a si mesmas, a família e a sociedade, pois a marginalidade acadêmica destas permite que explorem esse ponto de vista produzindo análises distintas quanto às questões de raça, classe e gênero (Collins, 2016).

Outro elemento importante da epistemologia feminista negra para Collins (2016) se relaciona com a “natureza interligada das opressões”, existindo um problema central em pensarmos gênero como uma questão de mulher, raça como uma questão de negros e classe como uma questão de pobres, pois existem alguns grupos de pessoas que lidam com essas categorias de forma interligada, como no caso de mulheres negras (Crenshaw, 2004). Para Crenshaw:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da

interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (Crenshaw, 2002, p. 177).

Assim, construir conhecimento sob a perspectiva teórica do feminismo negro é compreender as relações de raça, gênero e classe como estruturas de desigualdade que denunciam assimetrias de poder em função de eixos de subordinação como racismo, patriarcalismo e a opressão de classe (Cardoso, 2017). A intersecção de raça e gênero produz um ponto de vista particular (Collins, 2016), uma experiência diferenciada, onde as mulheres negras vivenciam o gênero a partir da raça, nos permitindo construir análises a partir de um lugar específico, histórico e socialmente demarcado.

Situando o problema abordado neste livro, é importante ressaltar que o fenômeno da mortalidade materna ultrapassa questões individuais e remete a uma dimensão maior, que é a da população e suas questões de vida, saúde e doença (Martins, 2006). Nesse contexto, a mortalidade materna se reafirma como um indicador de grande importância para a sociedade, pois evidencia as iniquidades que nela ocorrem (Leite, 2019), convocando a pensar estratégias de melhoria das condições de vida, assim como das ações e serviços de saúde para as mulheres. A perspectiva interseccional, permite refletir de forma mais profunda sobre as iniquidades raciais em saúde das mulheres e suas inter-relações com outras opressões correlatas, como classe, gênero, território etc. (Werneck, 2016; Góes, 2018).



2. A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA SOCIAL NA ANÁLISE DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Este estudo se situa no campo da epidemiologia, uma importante área de conhecimento dentro do campo da saúde pública. A epidemiologia, assim como todas as ciências modernas, tem seu fundamento epistemológico nas teorias e princípios aristotélico-cartesianos, que emergiram como principal raiz lógica do pensamento científico após o Renascimento, sendo predominante nas ciências até a atualidade (Coutinho; Almeida-Filho; Castiel, 2011). Os princípios epistemológicos de objetividade, neutralidade, causalidade, linearidade, simplicidade e disciplinaridade, produzidos a partir do pensamento de Descartes, também trazem outros elementos para a formatação do método cartesiano de construção do conhecimento que ainda se faz hegemônico no campo científico e da epidemiologia, mais especificamente.

A construção da racionalidade científico-tecnológica nos leva a compreender dentro da epidemiologia o paradigma cartesiano da causa. Segundo Coutinho, Almeida-Filho e Castiel (2011), “no paradigma cartesiano, causa aparece como uma força, uma razão organizadora do mundo, externa aos objetos, para além e em torno dos eventos, movendo-os. Sobre tudo, o nexo causal é pensado como uma conexão linear, não-complexa, unívoca e, enquanto tal, dimensionável”. Aqui é possível perceber a separação entre sujeito e objeto, entre o eu e o mundo. Numa realidade estática, atribui-se uma causa primeira a todas as coisas, passível de ser observada, isolada e mensurada.

Os elementos trazidos por Breilh (2006) mostram que desde a entrada do pensamento social na área da saúde, por volta dos anos 1970, tem-se revolucionado o campo da saúde pública, assim como suas concepções. Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017) apontam que nesse momento iniciou-se um profundo questionamento do paradigma biomédico da doença, que a conceitua como um fenômeno individual. Segundo os autores, o eixo estruturante da análise passou a ser a dimensão coletiva como produtora e reprodutora do processo saúde-doença nas coletividades.

Para autoras como Krieger (2001), a teoria precisa auxiliar na conceituação e elucidação de uma miríade de processos sociais e biológicos que resultam na incorporação e manifestação nos perfis epidemiológicos das populações. Para ela, a teoria é importante tanto para a definição da epidemiologia social, enquanto campo do conhecimento, quanto para distinguir as tendências internas a esse mesmo campo, possibilitando dessa forma pensar crítica e sistematicamente sobre as conexões entre nossa existência social e biológica.

Na epidemiologia o “conceito-chave” da multicausalidade permite “incorporar” o social no processo de produção de doenças, mas, Marsiglia, Barata e Spinelli (2018) advertem que esse conceito tenta deslocar a noção de causa única para uma tríade de causas e acaba por reduzir a realidade concreta ao conceito de ambiente, assim, como reduz a complexidade da relação multicausal a um esquema sequencial simples. Por isso, as autoras apresentam o modelo ecológico como possibilidade de superação da dicotomia indivíduo-sociedade no campo da pesquisa de doenças coletivas a partir da articulação de conhecimentos da epidemiologia, sociologia e economia (Marsiglia; Barata; Spinelli, 2018).

No modelo ecológico, busca-se uma aproximação maior com a realidade complexa, na medida em que se coloca a relação de interação agente-hospedeiro em contínua e múltipla interação com o ambiente que a envolve. A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são por ele alterados e, por sua vez, alteram também o ambiente. (Marsiglia; Barata; Spinelli, 2018, p. 1007).

O modelo ecológico sofre críticas por continuar invisibilizando a real dimensão do social, pois mesmo tendo avançado no debate ainda precisa compreender a dimensão da macroestrutura do social na produção da saúde e da doença nos níveis individuais e coletivos. Barata (2009), por sua vez, defende que a doença e a estrutura social não devem ser vistas como fenômenos distintos, tendo em vista que ambas fazem parte da mesma totalidade, que é histórica e socialmente condicionada. Ou seja, a saúde e a doença só são o que são dentro da estrutura social e só podem ser compreendidas, estudadas e influenciadas dentro dessa mesma estrutura.

Breilh (2006) destaca que, para superarmos a lógica formal de reducionismo que cristaliza a realidade, é preciso encarar os fenômenos como processos. Segundo ele, é necessário devolver o tempo ou o movimento à realidade, tendo em vista que o positivismo separa o tempo da realidade,

desvinculando as diversas dimensões da complexidade.

Diante dessa discussão, é possível compreender que o processo saúde-doença pode ser explicado a partir de diferentes vertentes, sejam elas unicasais, multicausais, ecológicas ou mesmo a partir da teoria da complexidade que relaciona os elementos mais simples e mais complexos a partir de relações de sobredeterminação e de processos de contingenciamento. A compreensão das desigualdades em saúde surge, dessa forma, como mais uma possibilidade explicativa para o entendimento do processo saúde-doença-cuidado, colocando luz sobre desigualdades como as de raça, gênero e classe e seus efeitos diretos e indiretos na saúde das populações. Barata (2009) mostra que as desigualdades em saúde vêm sendo documentadas desde o século XIX e afirma que a partir do surgimento do capitalismo as contradições inerentes a esse sistema abrem caminhos para pensar as condições de vida da classe trabalhadora e as injustiças a que ela está submetida nos vários campos da vida, inclusive na saúde.

De acordo com Barreto (2017), a explicação oferecida pelas teorias biomédicas, tem prevalecido desde o seu surgimento no século XIX, mas nunca deram conta de explicar as desigualdades em saúde, tanto no que se referem às diferenças entre países ricos e pobres, como aquelas que são perpetuadas internamente entre os diferentes grupos que compõem os países. Segundo o mesmo autor, desde o século XIX temos evidências de que o contexto social e ambiental interfere nas condições de saúde das populações e que fatores como a pobreza, precárias condições de moradia, ambiente urbano inadequado e condições de trabalho insalubres afetam negativamente a saúde (Barreto, 2017).

As teorias críticas que alavancaram na América Latina nas últimas décadas, se dedicaram a construir uma teoria que compreendesse o funcionamento das macroestruturas de poder, dominação e acumulação, e principalmente, como estas constroem hegemonias e desigualdades no campo da saúde. Esse debate, porém, ganha relevância internacional, de forma um pouco distorcida e com uma perspectiva teórico-metodológica diferenciada em 2005, quando a Organização Mundial da Saúde resolve criar a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, convocando lideranças internacionais para debater as desigualdades em saúde (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento de discussão para a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde, realizada em outubro de 2011 no Rio de Janeiro:

A maior parte da carga de doenças – assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade – os determinantes estruturais –, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico. Esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde. (OMS, 2011, p. 2).

A discussão sobre determinantes sociais da saúde tomou caminhos diversos desde 2005, com posições contrárias e favoráveis ao conceito, assim como visibilizou a questão das desigualdades em saúde que temos abordado neste trabalho.

Para a compreensão teórica sobre as desigualdades sociais em saúde, dialogamos com a Teoria Ecosocial proposta pela epidemiologista Nancy Krieger (2002), que articula o raciocínio social e biológico, a partir de uma perspectiva histórica e ecológica (Barata, 2005). Essa teoria não objetiva ser totalizante, que busca explicar tudo, mas almeja construir um conjunto de princípios integrais e testáveis que sejam úteis para orientar a investigação e ação específicas (Krieger, 2001). Seu objetivo maior é fortalecer o desenvolvimento de uma teoria crítica, reflexiva e rigorosa capaz de gerar evidências úteis para retificar – ao invés de perpetuar – disparidades sociais em saúde (Krieger, 2005).

Em entrevista concedida a Antunes (2016), Krieger defende que as injustiças sociais moldam as características de diferentes grupos, incluindo seu estado de saúde, sendo a injustiça o fator que define e produz as desigualdades em saúde. A teoria se preocupa em compreender como os sujeitos e grupos encarnam biologicamente a experiência vivida, demarcada social e historicamente por relações injustas de poder/opressão, criando a partir daí, padrões populacionais de saúde e de doença (Antunes, 2016).

Barata, ressalta que:

A teoria ecossocial chama a atenção para processos de incorporação, no sentido forte do termo, pelos organismos humanos, dos aspectos sociais e psíquicos predominantes no contexto nos quais os indivíduos vivem e trabalham. Nessa teoria, procura-se romper com uma visão linear que articula processos distais, intermediários e proximais, substituindo-a por uma concepção complexa de que cada um dos aspectos se manifesta e se reproduz em cada um dos níveis de organização dos seres vivos, caracterizando, assim, a incorporação das diferentes instâncias pelos organismos. Em outras palavras, a teoria ecossocial considera impossível a separação entre o biológico, o social e o psíquico. (Barata, 2009, p. 19).

A escolha pela Teoria Ecosocial se dá pela compreensão de que as relações raciais desiguais constroem e reproduzem relações de vida e trabalho desiguais, que são física e organicamente incorporadas, resultando nas expressões biológicas do racismo (Antunes, 2016). Segundo Krieger (2005), mesmo que as desigualdades raciais não existissem na sociedade contemporânea, é equivocado afirmar que as desigualdades em saúde provocadas pelo racismo deixariam de existir. A autora defende que a discriminação racial vivenciada no passado contribui para desigualdades raciais e étnicas na saúde no presente por uma combinação que envolve privação econômica, elevada exposição à vida perigosa, condições de trabalho precárias, comercialização de mercadorias prejudiciais, cuidados médicos inadequados e exposição a um trauma social crônico surgindo de experiências e ameaças de discriminação racial (Krieger, 2005). Dessa forma, expõe-se que existe a incorporação de desvantagens cumulativas pelos indivíduos ao longo do seu curso de vida e através das gerações (Krieger, 2005).



3 . RACISMO E AS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL

O racismo enquanto ideologia penetra o tecido social, determinando condições desiguais de existência, controlando corpos e mentes, produzindo subjetividades negras submissas e subjugadas a um sistema injusto de hierarquia social (Nascimento, 2016). Abdias Nascimento, em *O Genocídio do Negro Brasileiro*, escrito em 1976, denuncia o mito da democracia racial, desconstruindo a noção de que pretos e brancos vivem em harmonia no Brasil, desfrutando de iguais condições de existência sem interferência de suas origens étnicas ou raciais. A “democracia racial” é a metáfora perfeita para denunciar o racismo brasileiro, “institucionalizado de forma eficaz nos níveis oficiais do governo, assim como difuso e profundamente penetrante no tecido social, psicológico, econômico, político e cultural da sociedade do país” (Nascimento, 2016, p. 111). O autor revela ainda que:

Além dos órgãos de poder – o governo, as leis, o capital, as forças armadas, a polícia – as classes dominantes brancas têm a sua disposição poderosos implementos de controle social e cultural: o sistema educativo, as várias formas de comunicação de massas – a imprensa, o rádio, a televisão – a produção literária. Todos esses instrumentos estão a serviço dos interesses das classes no poder e são usados para destruir o negro como pessoa e como criador e condutor de uma cultura própria. (Nascimento, 2016, p. 112).

O racismo científico foi um dos legados da escravidão, que dividiu a sociedade em raças e estabeleceu relações hierárquicas entre elas a partir da ideia de superioridade e inferioridade naturais (Carneiro, 2011). Carneiro (2011) defende que essa divisão desigual, que caracteriza alguns indivíduos como humanos e outros como sub-humanos, é o terreno fértil sobre o qual as desigualdades sociais se construíram no Brasil. Para a autora, “a raça social e culturalmente construída é um determinante na configuração da estrutura de classes em nosso país” (Carneiro, 2011, p.18). E Silva (2013), por sua vez, nos diz que a articulação do racismo com o sexismo produz efeitos imbricados

e diversos, que levam as mulheres negras a terem experiências distintas com relação à vivência da pobreza e de suas estratégias de superação, sendo essas sempre identificadas como as ocupantes permanentes da base da hierarquia social.

No Brasil, a população declarada de cor branca, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019, representava 42,7% da população residente, ao passo que a de cor preta era de 9,4% e de pardos correspondiam a 46,8%, totalizando 56,2% de pessoas negras (IBGE, 2019). Dados do mesmo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados em novembro de 2019 através do informativo *Desigualdades Sociais por Raça ou cor no Brasil* (IBGE, 2019), mostram que, em 2018, 68,6% dos cargos gerenciais no Brasil eram ocupados por pessoas brancas, enquanto apenas 29,9% eram ocupados por pessoas negras. Nesse mesmo ano, o rendimento mensal das pessoas brancas ocupadas foi 73,9% maior que o de pessoas negras. Por outro lado, a taxa de subutilização da população negra no mercado de trabalho foi de 29%, quando comparada aos 18% entre os brancos. Os dados denunciam o empobrecimento histórico da população negra brasileira e a desigualdade abissal de renda, oportunidades e condições de vida entre negros e brancos no Brasil.

O conceito de raça é essencialmente político, relacional e histórico, tendo seu sentido intrinsecamente relacionado às circunstâncias históricas em que é utilizado (Almeida, 2019). Almeida (2019) defende a tese de que o racismo é sempre estrutural, sendo um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade, expressando-se nas dinâmicas das relações interpessoais e das instituições. Segundo ele, “o racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea” (Almeida, 2019, p. 50), e acrescenta:

O racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social, nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade onde o racismo é uma regra e não exceção. O racismo é parte de um processo social que ocorre “pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado de tradição”. Nesse caso, além de medidas que coíbam o racismo individual e institucionalmente, torna-se imperativo refletir sobre mudanças profundas nas relações sociais, políticas e econômicas. (Almeida, 2019, p. 50).

Com o conceito de racismo estrutural, Almeida propõe uma análise sistêmica da desigualdade racial, considerando que ela estrutura as relações sociais assim como é estruturada por elas e está na base da fundação das instituições do Estado, da mesma forma que a reprodução da desigualdade é sua finalidade em si mesma, quando o funcionamento delas busca a manutenção de poder por parte dos grupos racialmente hegemônicos. Elementos que no âmbito das instituições só podem ser enfrentados com o estabelecimento de práticas e perspectivas antirracistas (Werneck, 2016).

Essa discussão situa a reflexão do racismo em patamares mais complexos que os puramente relacionais ou institucionais e exige que pensemos nas estruturas de dominação/exploração que determinam o funcionamento da sociedade. Compreendendo isso, podemos pensar que o Sistema Único de Saúde (SUS) ocupa um papel central na mediação das relações raciais e de classe no Brasil, não escapando às suas contradições. Tem-se uma política que garante o direito integral à saúde e à vida no constante enfrentamento às lógicas do mercado capitalista, que utiliza o racismo como tecnologia de fazer morrer.

Neste emaranhado de relações, podemos ver que as reivindicações do movimento de mulheres negras e do movimento negro por melhores condições de saúde aconteceram em vários momentos da história, principalmente no pós-abolição, se intensificando na segunda metade do século XX, com a luta pela reforma sanitária e na construção do SUS (Werneck, 2016). Mas os esforços empreendidos não foram suficientes para a construção de mecanismos que superassem as barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, causados principalmente pelo racismo (Werneck, 2016). Autoras como Lopes (2005), Góes, Ramos e Ferreira (2020), Santos, Guimarães e Araújo (2007) apontam o racismo como determinante social da saúde por expor pessoas negras a situações mais vulneráveis de adoecimento e morte.

Como resultado da luta do movimento negro organizado, com destaque para a atuação das mulheres negras, em 13 de maio de 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde e busca a promoção da equidade em saúde (Brasil, 2010). Além de promover a saúde integral da população negra, essa política também busca reduzir as desigualdades étnico-raciais, a discriminação nas instituições e

serviços do SUS e, de forma central, combater o racismo.

No campo da saúde das mulheres negras, alguns estudos se destacam, mostrando as condições desiguais às quais mulheres negras estão submetidas no acesso à saúde, na mortalidade geral e nas condições de vida concretas. Um estudo de tipo transversal realizado em Recife, entre 2001 e 2003, incluiu 2.943 óbitos de mulheres de 20 a 59 anos, tendo encontrado que o risco de morte entre mulheres negras foi 1,7 vezes superior ao das mulheres brancas e que as negras apresentaram maior risco de morte em todas as faixas etárias e maior proporção de óbitos em hospitais do SUS (Santos; Guimarães; Araújo, 2007). Werneck (2016) apresenta o racismo institucional como um “mecanismo performativo ou produtivo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes” (Werneck, 2016, p. 542) que para ser efetivo “deve dispor de plasticidade suficiente para oferecer barreiras amplas – ou precisamente singulares – de modo a permitir a realização de privilégio para uns, em detrimento de outros, em toda sua ampla diversidade” (Werneck, 2016, p. 542). Nessa perspectiva, o racismo age em diálogo com outros eixos de subordinação, produzindo quadros de destituição e vulnerabilidades que podem codeterminar as altas taxas de morbidade e de mortalidade precoce ou por causas evitáveis em mulheres negras.

No estudo citado anteriormente, Santos, Guimarães e Araújo (2007) mostraram que, na cidade do Recife, entre 2001 e 2003, as mulheres negras tiveram os maiores coeficientes de mortalidade em todos os capítulos e causas específicas, exceto por neoplasia, na faixa etária de 20 a 29 anos, e por câncer de mama, nas faixas de 30 a 39 e de 50 a 59 anos. Evidenciaram ainda que quanto mais jovem, maior a desigualdade na mortalidade por causas externas entre negras e brancas. No estudo, as mulheres negras tiveram maior risco de morte por homicídios, acidentes de transporte, doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e hipertensivas, diabetes e tuberculose (Santos; Guimarães; Araújo, 2007).

Além da vivência desigual da pobreza, mulheres negras e brancas também têm experiências desiguais com relação à vivência da violência e do feminicídio no Brasil, como retratam os dados do Mapa da Violência 2015 (Waiselfisz, 2015), que mostraram que entre 2003 e 2013 o número de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8% e o de mulheres negras aumentou 54,2%. Romio (2017) destaca que ser de raça/cor preta, parda ou indígena foi representativo para ser vítima de feminicídio e que o feminicídio sexual também teve maior relação com mulheres negras e indígenas (Romio, 2017).

Entre os anos de 2003 e 2007, houve um aumento no número de

homicídios de mulheres na cidade do Recife, e os anos potenciais de vida perdidos para a violência subiram de 1.792, em 2003, para 2.453, em 2007 (Silva et al., 2011). Assim, calculou-se que, para cada mulher assassinada no período, foram perdidos 43.3 anos de vida. Entre as vítimas, 88% eram negras e, para as mulheres negras, os anos potenciais de vida perdidos tiveram uma taxa aproximadamente oito vezes maior do que o das mulheres brancas (10.591 anos potenciais de vida perdidos para as mulheres negras e 1.336,5 para as brancas) (Silva et al., 2011).

Os dados de saúde das mulheres desagregados por raça/cor mostram as diferenças no perfil de mortalidade entre mulheres negras e brancas, no qual muitas vezes as mulheres negras são as maiores vítimas de mortes por causas evitáveis ou de mortes relacionadas às desigualdades em saúde. Não incorporar a variável raça/cor em estudos no campo da saúde pública no Brasil, por vezes, além de reproduzir o racismo institucional presente na academia e nos serviços de saúde, também pode incorrer em grande equívoco na análise de determinados fenômenos, tendo em vista as desigualdades abissais impostas pelo racismo na sociedade brasileira (Lopes, 2005; Góes; Nascimento, 2013). Werneck (2016) acrescenta:

Os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência. Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o gap e contribuir para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra. (Werneck, 2016, p. 240-241).

As desigualdades estruturais, produzem injustiças sociais, que trazem sérios comprometimentos à saúde e ao bem-estar da população negra, limitando o acesso às políticas públicas e o pleno exercício de sua cidadania. Essa condição de existência desigual traz marcas para a vida de mulheres negras, que precisam lidar simultaneamente com o racismo, o sexismo e as desigualdades de classe em todas as dimensões de suas vidas cotidianas.



4 . MULHERES NEGRAS E A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

A mortalidade materna é mais intensa em países em desenvolvimento, assim como nas regiões mais pobres do Brasil, a exemplo das regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2009a), atingindo de forma desigual mulheres negras, pobres e indígenas no campo e nas cidades. Ela é considerada uma grave violação dos direitos humanos por ser evitável em 92% dos casos, refletindo a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, ao planejamento reprodutivo e às condições socioeconômicas desfavoráveis, denunciando o descompromisso de governos e gestores com o estabelecimento de boas condições de vida e saúde da população de forma geral, mas principalmente das mulheres (Brasil, 2009a). Este indicador, denuncia as desigualdades sócio-históricas que se perpetuam a partir da concentração de poder político e econômico nas mãos de poucos.

Para a análise da morte materna, o Documento Mortalidade materna segundo tipo de causas - C.18 – 2012, disponibilizado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS – Ministério da Saúde), apresenta as causas de óbito materno diretas e indiretas, conforme o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10): causas obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer das causas acima mencionadas. Causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

O estudo da mortalidade materna enfrenta o problema da subinformação e do sub-registro, que ainda dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna no Brasil, o primeiro tem a ver com o registro incorreto das Declarações de Óbito (DO) e o segundo se refere à omissão do registro do óbito em cartório (Brasil, 2009a). Essas inconsistências nos dados comprometem a qualidade da informação e fragilizam o planejamento, monitoramento e avaliação da rede de atenção

à saúde materna, agravando ainda mais os riscos aos quais estão expostas as mulheres mais vulnerabilizadas (Brasil, 2021). Tais elementos tornam mais difícil o enfrentamento ao racismo institucional e à violência obstétrica sofrida por muitas mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal.

Para qualificar o registro do óbito materno e construir estratégias de prevenção e enfrentamento a esse problema de saúde, foi instituída a Vigilância Epidemiológica do óbito materno pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº1.172 de 15 de junho de 2004. A notificação do óbito materno é realizada através da DO, mas a vigilância tem a responsabilidade de investigar todos os óbitos de Mulheres em Idade Fértil para fazer a busca de possíveis óbitos maternos que foram mal classificados. A vigilância também busca compreender melhor o contexto social e de saúde sob o qual a morte se deu. Após a finalização da análise do óbito, ele vai para a discussão nos Comitês de Mortalidade Materna, que faz uma ampla discussão sobre a evitabilidade do óbito e define medidas de prevenção do óbito materno (Brasil, 2009a).

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, a medida que permite a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não tem declarações de óbitos registradas ou não entraram no sistema de informação. Proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes. (Brasil, 2009a, p. 12-13).

Em análise sobre a realidade brasileira, vemos que apesar dos avanços conquistados em alguns serviços de saúde, a assistência ao parto tem pouca vinculação ao pré-natal, está concentrada em grandes centros urbanos, com superlotação nos serviços de alto risco e é médico-centrada, levando a hipermedicalização e elevadas taxas de cesarianas (Valongueiro, 2021). As desigualdades no acesso ao pré-natal e na atenção obstétrica criam abismos na experiência de mulheres negras e brancas, que mediadas também por questões de classe social, influenciam as contradições entre hipermedicalização de brancas e ausência de medicações cruciais para preservar a vida e diminuir a dor de mulheres negras, assim como as elevadas taxas de cesarianas desnecessárias para algumas e a falta de cesarianas bem indicadas para outras.

Situações de violência obstétrica também são uma realidade injusta à qual as mulheres estão submetidas em serviços de saúde – tanto públicos como privados – e que são incrementadas pelo racismo institucional no caso das mulheres negras. A criminalização do aborto e a ausência do acesso aos direitos reprodutivos de forma integral fazem com que as mortes maternas por aborto persistam (Valongueiro, 2021) e que muitas mulheres vivam com sequelas físicas e/ou emocionais que podem durar a vida inteira.

A morte de Alyne Pimentel, uma mulher, jovem e negra de Belford Roxo, no Rio de Janeiro em 2002, fez com que o Brasil fosse condenado na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), em 2011, por violação do direito à vida e à saúde, numa perspectiva interseccional de direitos humanos (Valongueiro, 2021), considerando a morte de Alyne como um produto das desigualdades de gênero, raciais e econômicas presentes no país. O fato foi considerado uma conquista pelo movimento feminista e de mulheres negras na época, mas não significou uma mudança estrutural na realidade vivida pelas mulheres gestantes, parturientes e puérperas no país, principalmente para as negras.

Estas situações expõem as desigualdades existentes entre as mulheres com relação à vivência da gravidez, parto e puerpério, assim como no direito de exercer a maternidade. Em estudo recente, realizado pelo Ministério da Saúde sobre a “Mortalidade Materna no Brasil entre 2009 e 2019” (Brasil, 2021), os dados mostram que no Brasil a RMM apresentou tendência decrescente entre 1990 e 2019, com redução da inclinação a partir de 2001, ou seja, caindo com um ritmo menor. Sendo a RMM em 2019 de 58 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Segundo o mesmo estudo:

No Brasil, em 2019, 65,7% dos óbitos maternos foram decorrentes de causas obstétricas diretas, 30,4% de causas obstétricas indiretas e 3,9% de causas obstétricas inespecíficas. Entre as causas obstétricas diretas, predominam a hipertensão (370 óbitos; 20%), hemorragia (195 óbitos; 12,4%), infecção puerperal (69 óbitos; 4,4%) e aborto (43 óbitos; 2,7%). Entre as causas obstétricas indiretas, predominam as doenças do aparelho circulatório (130 óbitos; 8,3%), doenças do aparelho respiratório (65 óbitos, 4,1%) que, em 2009, apresentou um aumento importante em decorrência da epidemia de H1N1, doenças infecciosas e parasitárias maternas (45 óbitos; 2,9%), das quais destaca-se a aids (13 óbitos; 0,8%). (Brasil, 2021, p.19).

Em Pernambuco, um estudo realizado sobre o perfil epidemiológico

da mortalidade materna, entre 2009 e 2013 (Frutuoso et al., 2019), obteve uma RMM média de 61,5/100 mil nascidos vivos, sendo que a menor RMM (53,7/100 mil nascidos vivos) foi encontrada no ano de 2012, e a maior (64,8/100 mil nascidos vivos) foi verificada no ano de 2009. A maioria (64,4%) dos óbitos identificados foi em mulheres na faixa etária entre 20 e 35 anos, de cor/raça parda (63,5%) e solteiras (56,8%). As causas obstétricas diretas representaram 62,6% (n = 271) do total, com a hipertensão correspondendo a 31,4% (n = 85) dos óbitos, seguida de hemorragia, aborto, infecção puerperal e embolia. As doenças do aparelho circulatório estavam entre as principais causas obstétricas indiretas.

As autoras, ponderam que a faixa etária de prevalência dos óbitos maternos no Estado e as principais causas de mortalidade sugerem uma deficiência importante na atenção à saúde, por serem óbitos que ocorrem numa faixa etária que não é considerada de risco e em sua maioria por causas evitáveis. Outra observação importante é de “que as taxas de aborto estejam subestimadas, devido à questão da ilegalidade, o que pode, por outro lado, superestimar as taxas de hemorragia e infecção, quando estas são conseqüentes às complicações do aborto inseguro” (Frutuoso et al., 2019, p. 5).

Em 2020, primeiro ano da pandemia da Covid-19, o número de óbitos maternos aumentou, foi encontrada uma razão de mortalidade materna para mulheres brancas de 148,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto para mulheres negras essa razão foi de 185/100.000 para a cidade do Recife, capital de Pernambuco (Valongueiro, 2021). Elementos que dialogam com as desigualdades nas condições de vida, nas possibilidades de proteger a saúde e de acessar o sistema de saúde.

Assim, o problema da mortalidade materna segue como um desafio no campo da saúde pública que envolve gestores, profissionais de saúde, militantes feministas e toda a sociedade. A interseccionalidade das desigualdades estruturais de raça, classe e gênero, fazem com que mulheres negras e brancas tenham vivências distintas e desiguais sobre a experiência de gestar, parir e morrer no país. Essas desigualdades estruturais espelham as desigualdades na mortalidade materna, exigindo de nós um exercício teórico-político e criativo constante na transformação da sociedade e na superação das iniquidades em saúde.



5 . PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA A ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO

Foi realizado um estudo descritivo que analisou os óbitos maternos ocorridos entre 2016 e 2021 de mulheres residentes no estado de Pernambuco, disponíveis no banco de dados de mortalidade materna da Secretaria Estadual de Saúde, disponibilizados pela Gerência de Monitoramento e Eventos Vitais, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que também disponibilizou os dados relativos aos nascidos vivos para a realização do cálculo das razões de mortalidade materna. Destacamos que os dados de mortalidade referentes ao ano de 2021 não estavam fechados, podendo ter sofrido alterações, como acréscimos ou retiradas, após a extração do banco de dados que fundamentou este trabalho no dia 05 de maio de 2022 nas bases de dados da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Mesmo com conhecimento de que os dados relativos a 2021 podem ter sofrido alterações, consideramos importante mantê-los à época, fazendo a devida ressalva.

Algumas informações colhidas sobre o estado de Pernambuco apontam que sua população total é estimada em 9.674.793 habitantes, segundo a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2021. Os dados do Censo de 2010 mostram que a população de Pernambuco por raça/cor é composta de 36,7% de brancos; 6,5% de pretos; 0,93% de amarelos; 55,3% de pardos; e 0,6% de indígenas.

Foram analisados os casos de óbitos maternos por local de residência. E, para a composição do valor total de N, consideramos todos os óbitos até um ano após o término da gestação, ou seja, os óbitos maternos precoces e tardios. O único momento em que foram utilizados os óbitos até 42 dias, separadamente dos óbitos até um ano, foi para a análise da razão de mortalidade materna precoce e total (que envolveu os óbitos precoces e tardios).

Ainda no primeiro momento, foram retiradas do banco as informações que se referiam a indígenas e amarelas, que juntas representavam apenas

0,6% dos dados (2 amarelas, 1 indígena) e os 14 registros ignorados, que representam 2,7% do banco. A escolha de fazer a análise apenas com essas três categorias é perceber as diferenças entre o grupo de negras (pretas e pardas) e brancas, assim como perceber diferenças internas ao grupo de negras, olhando separadamente as pretas e as pardas.

Os bancos de dados utilizados integram o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) estadual e são utilizados nesse trabalho para acesso às informações dos óbitos maternos e para as informações sobre os nascidos vivos. Segundo a Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, do Ministério da Saúde:

Art. 1º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). (Brasil, 2009b).

A inclusão da raça/cor no DATASUS se deu em 1996, tendo sido o SINASC e o SIM os primeiros a incluí-la. Essa conquista se deve aos esforços do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra e de seu subgrupo de saúde, criado em 2015 (Berquó; Lago, 2016).

5.1 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, as variáveis obstétricas, as razões de mortalidade materna e as causas do óbito, conforme descritas a seguir.

Variáveis sociodemográficas

- Raça/cor: pretas, pardas, brancas (variável principal);
- Faixa etária (10 a 14 anos de idade; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos);
- Estado civil (1 - solteira, viúva, separada/divorciada; 2 - casada, união estável);
- Escolaridade (nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 ou mais).

Variáveis obstétricas

- Gravidez anterior;
- Parto normal;
- Parto cesáreo;
- Aborto;
- N° de consultas pré-natal.

Causas de óbito⁴

- Causas obstétricas diretas: Gravidez terminada em aborto (O00-O08); Demais causas do capítulo XV (O11-O23, O24.4, O26-O92); Demais causas dos demais capítulos (A34, D39.2, E23.0, F53, M83.0).
- Causas obstétricas indiretas: Causas do capítulo XV (O10, O24.0-O24.3, O24.9, O25, O98-O99); Aids (B20-B24). Causas externas (V00-Y99); Causas não especificadas se diretas ou indiretas (O95).
- Grupos de causas obstétricas: 1. (O00-O08) gravidez que termina em aborto; 2. (O10-O16) edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; 3. (O20-O29) outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez; 4. (O30-O48) assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; 4. (O60-O75) complicações do trabalho de parto e do parto; 5. (O85-O92) complicações relacionadas predominantemente com o puerpério; e 6. (O95-O99) outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Razão de mortalidade materna

- Precoce, envolve os óbitos maternos até 42 dias após o término da gestação;
- Total, envolve os óbitos maternos precoces e tardios, ou seja, até um ano após o término da gestação.

As razões de mortalidade materna foram calculadas pelo número de óbitos maternos, pelo total de nascidos vivos no período, multiplicado por 100 mil. O cálculo foi realizado dessa forma para cada grupo de raça/cor (pretas, pardas e brancas), em que o numerador e denominador se referiam às informações de cada grupo, separadamente. Por exemplo, n° de mortes de pretas sobre n° de nascidos vivos de pretas por 100 mil, e assim também para pardas e brancas. Nesse caso, a raça/cor da mãe foi utilizada para

4 Ver descrição completa no Anexo A.

separar os nascidos vivos por raça/cor preta, parda e branca.

Para o cálculo da mortalidade materna, também separamos o total das mortes maternas precoces (até 42 dias após o término da gestação) e a mortalidade materna total, que envolve os óbitos maternos precoces e tardios (de 43 dias até um ano após o término da gestação). Foram considerados morte materna precoce se a variável ‘tempo de ocorrência do óbito’ foi igual a 1 – na gravidez; 2 – no parto; 3 – no aborto; 4 – até 42 dias após o parto. Essa variável tinha 487 informações do tempo de ocorrência dos óbitos, dos quais 86 foram morte materna tardia; 32 óbitos não tiveram registro sobre o momento de ocorrência, representando 6,6% do total de óbitos.

Fizemos uma análise considerando todo o período, outra observando o comportamento do indicador ao longo de cada ano, e uma análise de tendência temporal.

5.2. ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foram utilizados os programas *Tabwin* e o *Excel* para a tabulação dos dados. No segundo momento, a análise foi realizada utilizando-se o *software Stata* Versão 14. Organizamos todos os dados para serem analisados pelas categorias de raça preta, parda e branca, de acordo com definição do IBGE.

5.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo foram utilizados dados secundários, da Secretaria Estadual de Saúde, provenientes do SIM e do SINASC estadual, que não são de domínio público, tendo sido necessária a apresentação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) e a solicitação de carta de anuência à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). A solicitação recebeu parecer favorável sob número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 55279822.0.0000.5190 e parecer nº 5.229.294. Não foi necessário o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



6 . O CENÁRIO DA MORTALIDADE MATERNA DE MULHERES NEGRAS E BRANCAS EM PERNAMBUCO

Entre 2016 e 2021 foram observados 502 óbitos maternos envolvendo mulheres pretas, pardas e brancas em Pernambuco. A grande concentração dos óbitos se deu entre as mulheres pardas, com 72,3% das mortes maternas, seguidas das mulheres brancas, com 20,5%, e das mulheres pretas, com 7,2%, conforme descrito na Tabela 1. Com relação à faixa etária (Tabela 1), o total de óbitos se distribui da seguinte forma: 1,2% na faixa etária de 10-14 anos; 10,8% entre 15-19 anos; 33,3% entre 20-29 anos; 43,8% entre 30-39 anos; e 11% entre 40-49 anos.

O estado civil (Tabela 1) apresentou maior proporção entre aquelas que identificadas como solteira/viúva/separada/divorciada (63,2%), já as casadas ou em união estável apresentaram 36,8%. Foram encontradas diferenças estatísticas por raça/cor e estado civil, em que as pretas casadas ou em união estável eram 51,5% e as solteiras, 48,5%. As pardas apresentaram 32,8% e 67,3%, e as brancas 46,1% e 53,9%, respectivamente.

Na Tabela 1 apresentamos ainda as informações de escolaridade, com diferenças estatísticas por raça/cor em que 25% das pretas tinham entre 1 e 3 anos de estudo, comparados a 14,9% das pardas e 6,2% das brancas, enquanto no grupo daquelas com 12 anos ou mais de estudo, as pretas têm 3,4%, as pardas 7,1% e as brancas 20,6%.

As análises também mostraram que, com relação a raça/cor, o campo ignorado correspondeu a 2,7% ao longo do período de 2016 a 2021, com maior percentual de ignorados para o ano de 2018, com 4,9%, e o menor em 2019, com 1,4%. A variável faixa etária foi totalmente preenchida, sem informações ignoradas. Já com relação à escolaridade, o percentual de ignorados foi de 8,8% ao longo do período estudado. A variável estado civil teve apenas 2,1% de ignorados ao longo do período.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos óbitos maternos ocorridos

em Pernambuco entre 2016 e 2021

Variável	Total 502 (100)		Preta 36 (7,2)		Parda 363 (72,3)		Branca 103 (20,52)		Valor de p**
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Faixa etária (n=502)									
10 a 14 anos	6	1,2	0	---	4	1,1	2	1,9	0,257
15 a 19 anos	54	10,8	4	11,1	43	11,9	7	6,8	
20 a 29 anos	167	33,3	8	22,2	116	32,0	43	41,8	
30 a 39 anos	220	43,8	20	55,6	163	44,9	37	35,9	
40 a 49 anos	55	11,0	4	11,1	37	10,2	14	13,6	
Estado Civil (n=486)									
Solteira/ Viúva/ Separada/ Divorciada	307	63,2	16	48,5	236	67,3	55	53,9	0,010
Casada/ União Estável	179	36,8	17	51,5	115	32,8	47	46,1	
Escolaridade (n=447)									
Nenhuma	12	2,7	0	---	12	3,8	0	---	0,001
1 a 3 anos	61	13,6	7	25,0	48	14,9	6	6,2	
4 a 7 anos	148	33,1	13	46,4	110	34,2	25	24,8	
8 a 11 anos	182	40,7	7	25,0	129	40,1	46	47,4	
12 anos e mais	44	9,8	1	3,4	23	7,1	20	20,6	

Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

*Estatística do teste considerando apenas os dados referentes a pardas, pretas e brancas. Os valores de n ao lado da variável correspondem ao n que foi identificado após cruzar a variável com raça/cor sem considerar os ignorados para cálculo da estatística do teste.

**Teste de qui-quadrado de Pearson.

***Para efeito de cálculo, foram considerados todos os óbitos maternos ocorridos até um ano após o término da gestação no período de 2016 a 2021.

Na Tabela 2 podemos encontrar o histórico obstétrico anterior ao óbito, informando que 73,7% das mulheres já tiveram pelo menos uma gravidez anterior; 41,7% já tinham tido pelo menos um parto normal; 38,4% já tiveram pelo menos uma cesárea; e 25,5% já tiveram pelo menos um aborto. Foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos para as variáveis parto normal e parto cesáreo. Entre as mulheres pretas, 41,3% já tinham feito pelo menos um parto normal; e 50% já tinham realizado pelo menos uma cesárea. Para as mulheres pardas, esse número foi de 50,4% e 35,4%, e, para as mulheres brancas, de 35,9% e 46,6%, respectivamente.

Tabela 2 - Histórico obstétrico anterior ao óbito materno ocorrido em Pernambuco no período de 2016 a 2021

Variável	Preta	Parda	Branca	Valor de p**
	n (%)	n (%)	n (%)	
Gravidez anterior (n=369)	27 (75,0%)	269 (74,1%)	73 (70,9%)	0,789
Parto normal anterior (n=235)	15 (41,3%)	183 (50,4%)	37 (35,9%)	0,028
Parto Cesáreo anterior (n=194)	18 (50,0%)	128 (35,3%)	48 (46,6%)	0,040
Aborto anterior (n=121)	11 (31,4%)	89 (26,4%)	21 (21,2%)	0,420
Pré-natal*** (n=250)	16 (44,4%)	180 (49,6%)	54 (52,4%)	0,703

Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

tabela com sim=1 ou mais casos; não=0

* Considerando informações apenas de pretas, pardas e brancas para cálculo da estatística. Para efeito de cálculo, foram considerados todos os óbitos maternos ocorridos até um ano após o término da gestação no período de 2016 a 2021.

**Teste de qui-quadrado de Pearson.

*** Seis ou mais consultas pré-natal.

Com relação à quantidade de consultas pré-natal que haviam sido realizadas antes do óbito materno, 46,18% das mulheres tinham realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal, quantidade mínima indicada pelo Ministério da Saúde. Entre as que não haviam realizado nenhuma consulta, encontramos 15,94%, onde: 4,76% só tiveram uma consulta; 7,04% tiveram duas consultas; 7,45%, três consultas; 7,04%, quatro consultas; e 11,59%,

tiveram cinco consultas (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição do número de consultas pré-natal

Variável	Total	
	N	%
Nº de consulta pré-natal		
Nenhuma	77	15,94
Uma	23	4,76
Duas	34	7,04
Três	36	7,45
Quatro	34	7,04
Cinco	56	11,59
Seis ou mais	223	46,18
Total	483	100

Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

Quando analisamos os óbitos por tipo de causa básica (Tabela 4), temos 65,5% de óbitos maternos por causa direta e 34,5% por causas indiretas. Com relação ao momento do óbito (Tabela 4), se precoce ou tardio, no geral, temos 81,9% de mortes maternas precoces (aquelas que ocorrem na gestação, parto, aborto ou até 42 dias após o término da gestação) e 18,2% de mortes maternas tardias (aquelas que acontecem entre 43 dias e 1 ano após o parto). Foram identificados 32 óbitos sem tempo especificado, o que não nos permitiu saber se ocorreram na gestação, no puerpério precoce ou tardio.

Tabela 4 - Causas de óbitos diretas, indiretas e tardias, segundo raça cor, no período de 2016 a 2021, em Pernambuco

Variável	Total		Preta		Parda		Branca		Valor de p*
Tipo de causa									
Direta	277	65,5	15	50,0	211	68,1	51	61,5	0,096
Indireta	146	34,5	15	50,0	99	31,9	32	38,6	
Morte materna tardia									
Não	389	81,9	28	84,9	281	81,5	80	81,6	
Sim	87	18,2	5	15,2	64	18,6	18	18,4	0,890

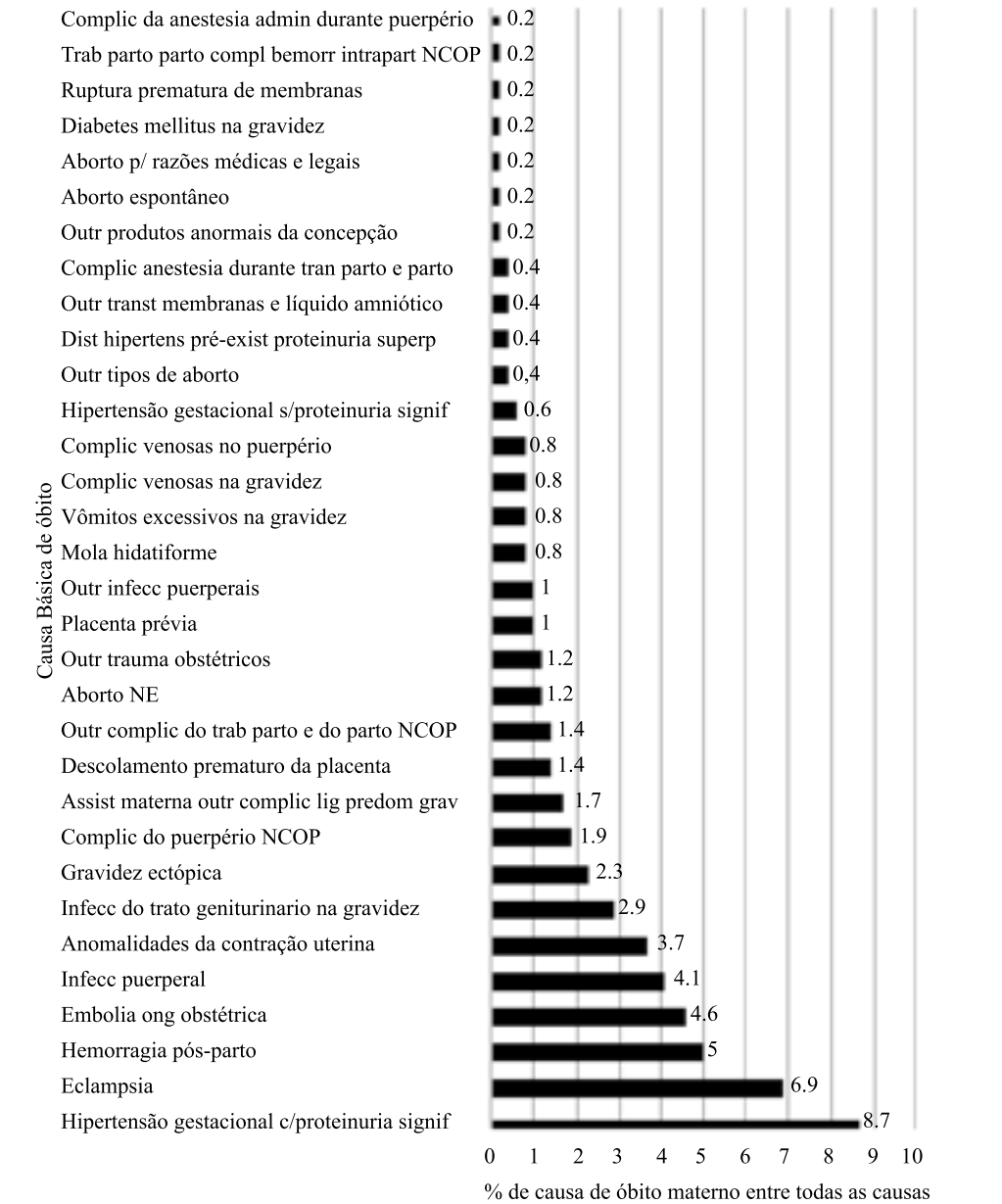
Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

*Estatística do teste considerando apenas os dados referentes a pardas, pretas e brancas. Os valores de n ao lado da variável correspondem ao n que foi identificado após cruzar a variável com raça/cor sem considerar os ignorados para o cálculo da estatística do teste. A variável tpmorteoco⁵ tinha 32 *missing* (ausentes), dos quais 3 eram referentes a O96.

As causas diretas e indiretas por capítulo da CID-10 podem ser vistas nas Figuras 1 e 2, com destaque para as principais causas diretas e indiretas. As cinco principais causas diretas são: hipertensão gestacional com proteinúria significativa; eclâmpsia; hemorragia pós-parto; embolia de origem obstétrica; e infecção puerperal. E as principais causas indiretas também são descritas a seguir: outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, parto e puerpério; doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que complicam a gravidez e o puerpério; hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e puerpério; Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); e Diabetes Mellitus na gravidez.

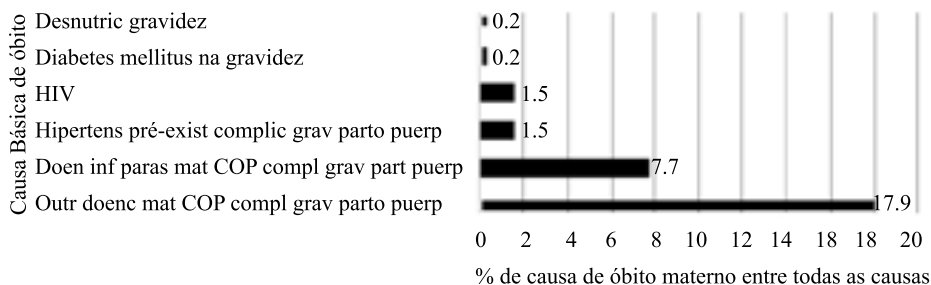
5 Variável utilizada para separar os óbitos conforme o momento de ocorrência. Ex.: na gestação, parto, puerpério.

Figura 1 - Distribuição por causas diretas do óbito materno até 1 ano após o término da gestação, no período de 2016 a 2021



Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM), 2022.

Figura 2 - Distribuição por causas indiretas do óbito materno até 1 ano após o término da gestação, no período de 2016 a 2021



Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

A análise por grupo de causas (Tabela 5) mostrou que as “Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” representaram 42,42% das causas de óbitos; elas são seguidas por “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério”, representando 18,18% dos casos. O terceiro grupo de causa mais representativo foi o de “Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério”, que se relacionou com 12,32% dos óbitos maternos do período. As “Complicações do trabalho de parto e do parto” foram o quarto grupo de causa, com 12,12% dos óbitos. O quinto grupo mais presente foi o de “Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez”, com 6,67%. A Gravidez que termina em aborto foi o sexto grupo de causa, com 5,25%. E a “Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto” foi o sétimo grupo de causas no geral, com 3,03%.

Tabela 5 - Mortalidade Materna, com óbitos até 1 ano após o término da gestação, segundo grupo de causas obstétricas, por raça/cor, no período de 2016 a 2021, em Pernambuco

Variável	Total		Preta		Parda		Branca	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Grupo de causas								
Gravidez que termina em aborto	26	5,25	2	5,71	22	6,14	2	1,96
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	15	3,03	1	2,86	12	3,35	2	1,96
Complicações do trabalho de parto e do parto	60	12,12	4	11,43	45	12,57	11	10,78
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	61	12,32	0	---	49	13,69	12	11,76
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	33	6,67	1	2,86	25	6,98	7	6,86
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	210	42,42	20	57,14	140	39,11	50	49,03
Total	495	100,00	35	100,00	358	100,00	50	100,00

Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

**Mortes maternas não especificadas (O95) foi identificada em 7 óbitos: 5 pardas, 1 preta e 1 branca.

Por fim, analisamos as razões da mortalidade materna geral e precoce (tabelas 6 e 7) para o grupo de pretas, pardas e brancas separadamente. Encontramos uma razão de mortalidade de 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o período, considerando todos os óbitos ocorridos até um ano após o término da gestação de 2016 a 2021. As pretas apresentaram a maior

razão de morte materna no período, com 90,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A razão de morte materna entre as pardas foi de 62,1 por 100 mil nascidos vivos e a das brancas 68,5 por 100 mil nascidos vivos, conforme podem ser observados na Tabela 6.

A razão de mortalidade materna precoce, considerando os óbitos até 42 dias após o término da gestação ou aborto no período foi de 50,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As pretas mais uma vez chamam atenção com uma razão de mortalidade materna de 70,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Entre as pardas, a razão é de 48,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Já as brancas apresentam razão de 53,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos. Essas informações podem ser observadas na tabela 7.

Para o cálculo da razão de mortalidade materna, usamos os dados de nascidos vivos, com percentual de raça/cor ignorado de 1,1% ao longo do período, com maior percentual para o ano de 2017, com 1,6% e menor em 2020 com 1,1%.

Tabela 6 - Razão de mortalidade materna até um ano após o término da gestação por raça cor, no período de 2016 a 2021

Raça/cor	Óbitos Maternos		Nascidos Vivos		RMM*
	n	%	n	%	
ODS**					
Preta	36	6,9	39.767	5,0	90,5
Parda	363	70,0	581.190	73,7	62,1
Branca	103	19,9	150.461	19,0	68,5
Total	502	100,0	774.418	100,0	64,8

Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), 2022.

Nota: *RMM = Razão de mortalidade materna.

**Parâmetro utilizado pelas Organizações das Nações Unidas como meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a ser atingido até 2030 pelo Brasil.

pretas

Tabela 7 - Razão de mortalidade materna precoce por raça cor, no período de 2016 a 2021

Raça/cor	Óbitos Maternos		Nascidos Vivos		RMM**
	n	%	n	%	
ODS**					30,0
Preta	28	7,1	39.767	5,0	70,4
Parda	281	71,1	584.190	73,7	48,1
Branca	80	20,4	150.461	19,0	53,2
Total	389	100,0	774.418	100,0	50,2

Fonte: Elaborada pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), 2022.

Nota: *RMM = Razão de mortalidade materna.

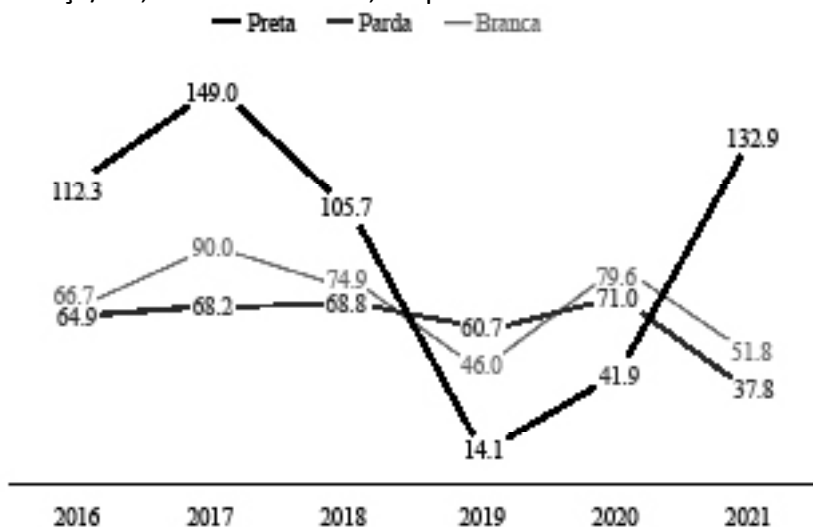
**Parâmetro utilizado pelas Organizações das Nações Unidas como meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a ser atingido até 2030 pelo Brasil.

Os gráficos 1 e 2 mostram as razões de mortalidade materna por raça/cor para o estado entre 2016 e 2021. A maior RMM ocorreu entre as em 2017, com 149 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e a menor em 2019, com 14,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos. As pardas tiveram a maior RMM em 2020, com 71 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e a menor em 2021, com 37,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos; enquanto as brancas tiveram a maior RMM em 2017, com 90 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e a menor em 2019, com 46 óbitos por 100 mil nascidos vivos (Gráfico 1).

Com relação à razão de mortalidade materna precoce (Gráfico 2), o maior valor observado foi para as pretas, em 2017, com 115,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e o menor em 2019, ano em que não houve registro de óbitos neste grupo. Para as pardas, o maior valor ocorreu em 2018, com uma razão de 55,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e o menor em 2021, com 28,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As brancas, por sua vez, apresentaram uma RMM de 75,0 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2017, e 34,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2019.

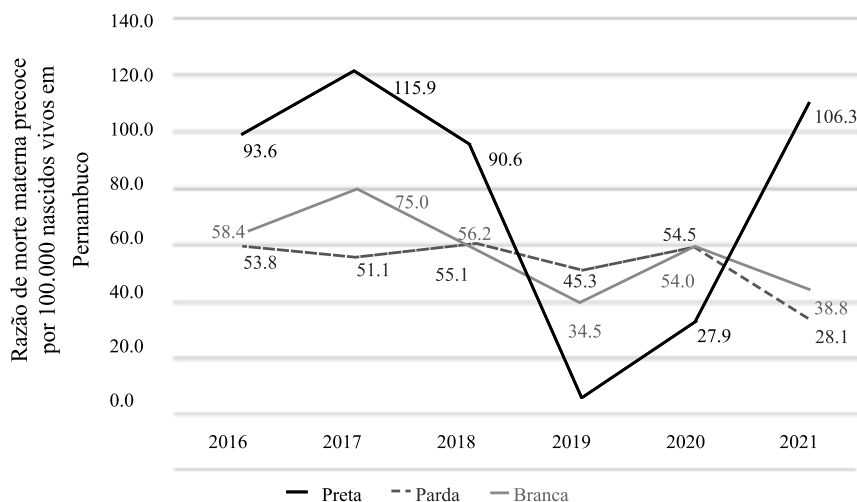
É importante destacar o aumento em todos os grupos raciais entre 2019 e 2020, ano em que se instala o cenário de pandemia da Covid-19. Os dados das pretas seguem crescendo em 2021, diferente das informações relativas a brancas e pardas, que diminuem.

Gráfico 1 - Razão de mortalidade materna total, por 100 mil nascidos vivos, segundo raça/cor, em Pernambuco, no período de 2016 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), 2022.

Gráfico 2 - Razão de mortalidade materna precoce, por 100 mil nascidos vivos, segundo raça/cor, em Pernambuco, no período de 2016 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), 2022.

Ressaltamos que uma limitação do estudo foi ter analisado um período de seis anos, que pelo fato de a mortalidade materna ser um evento raro, apesar da sua transcendência, gerou um $N = 502$, que junto a valores pequenos ou mesmo zerados nas caselas quando separados por raça/cor (preta, parda e branca) interferiu no cálculo do p valor. Esse fato limitou a realização de análises mais aprofundadas sobre o fenômeno estudado, mas não interferiu na realização do estudo.



7 . A DIMENSÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS DESIGUALDADES RACIAIS NA MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO

A análise dos dados da mortalidade materna por raça/cor em Pernambuco mostrou que a morte materna ainda se constitui como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado na sociedade, que é aprofundado pelo racismo. Entre 2016 e 2021, 79,5% dos óbitos maternos foram de mulheres negras, obtidos pela junção dos óbitos de pretas (7,2%) e de pardas (73,3%), enquanto as brancas somaram 20,5% dos casos. Os dados corroboram com os estudos realizados em outros estados, como o de Martins (2006), Pícoli, Cazola e Lemos (2017), Gomes et al. (2018), Carvalho e Meirinho (2020), Frutuoso et al. (2019) e outros, que também mostram maior prevalência da morte materna entre mulheres negras.

No período estudado, 77,1% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres entre 20 e 39 anos, faixa de idade que não é classificada como sendo de maior risco para a gestação de acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Porém, é uma faixa etária de maior exposição das mulheres ao risco do óbito materno, por ser o período da vida em que ocorrem mais gestações, demandando cuidado e acesso às ações e aos serviços de saúde reprodutiva.

Quando essas informações se relacionam ao fato de que 65,5% dos óbitos maternos estudados foram classificados como óbitos por causas diretas, sugerem que mais da metade dos óbitos poderiam ter sido evitados e que houve falhas na linha de cuidado em saúde da mulher. Elementos que mais uma vez refletem a falta de acesso a serviços de qualidade, ao planejamento reprodutivo, e as precárias condições de vida que aumentam a vulnerabilidade ao óbito materno (Brasil, 2009a). Nesta perspectiva, compreende-se linha de cuidado como o itinerário que a mulher ou outra pessoa que gesta deveria fazer dentro da rede de saúde, composta por fluxos assistenciais seguros e garantidos para atender as necessidades de saúde de grávidas, parturientes e puérperas, perpassando todos os níveis de atenção

e atendimento.

A morte por causas obstétricas de crianças e adolescentes (10 a 19 anos) foi encontrada em 12,0% dos óbitos estudados. O valor é superior ao encontrado por Carvalho et al. (2020), em pesquisa realizada no Recife entre 2006 e 2017, em que 171 óbitos maternos foram identificados e 8.2% corresponderam a crianças e adolescentes. Mas o valor foi próximo ao apresentado no Boletim Epidemiológico N° 29 de agosto de 2021 pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que disponibilizou os dados de mortalidade materna para o Brasil em 2019, quando 13% dos óbitos maternos ocorreram em crianças e adolescentes (196 óbitos), o que incluiu 14 meninas de 10 a 14 anos e 182 meninas de 15 a 19 anos, dentre um valor estimado de 1.655 óbitos naquele ano (Brasil, 2021).

No período de seis anos analisados nesse estudo ocorreram seis óbitos de meninas de 10 a 14 anos (4 pardas e 2 brancas) e 54 de adolescentes de 15 a 19 anos (4 pretas; 43 pardas e 7 brancas) o que denuncia as graves violações de direitos humanos de meninas e a ineficácia do Estado em protegê-las. Assim como desvela falhas na proteção social básica e na proteção à infância; na atenção primária à saúde e no acesso a informações seguras sobre saúde e sexualidade; como também no acesso ao aborto legal e ao cuidado obstétrico.

Silva et al. (2021), em estudo de revisão sistemática, encontrou que o extremo de idade, a cor preta, a baixa renda e o estado civil “solteira” são apontados como fatores de risco para intercorrências gestacionais em adolescentes de 10 a 19 anos. A análise da mortalidade materna de adolescentes negras em Santa Catarina encontrou uma razão de mortalidade materna para adolescentes negras de 203 por 100 mil nascidos vivos, enquanto a de adolescentes brancas foi de 18 por 100 mil nascidos vivos (Silva, 2006). Aqui destaca-se a raça como uma condição de maior risco para as meninas negras diante de uma gestação antes dos 14 anos.

Segundo o artigo 128 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), o aborto é permitido por Lei apenas em três casos: gravidez em decorrência de estupro, risco à vida da mulher e quando o feto é anencéfalo. Por lei, todo ato sexual com menor de 14 anos é considerado estupro de vulnerável, logo todas as meninas menores de 14 que engravidam têm o direito ao aborto legal no país. Se encontramos meninas abaixo dessa idade morrendo por causas obstétricas, significa que seus direitos estão sendo violados em muitas instâncias, inclusive por parte do Estado.

Com relação ao estado civil, apenas 36,8% das mulheres eram casadas

ou tinham algum tipo de união estável, contra 63,2% que não tinham. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes por raça/cor, onde as pretas que estavam casadas ou em união estável eram 51,5%, as pardas 32,8% e as brancas 46,1%. Apesar dos dados das pretas casadas ou em união estável superarem as que não estavam em nenhuma dessas formatações de relacionamento, os dados gerais de pardas e brancas ainda corroboram com estudos que afirmam que a prevalência da morte materna é maior entre aquelas que não têm um companheiro ou companheira ao seu lado no momento da gestação (Martins, 2004; Gomes et al., 2018). É importante destacar aqui que o estado civil muitas vezes se relaciona diretamente à condição socioeconômica, à renda familiar e ao acesso a serviços de saúde, em que mulheres casadas teriam melhores condições de acesso à saúde, maior apoio emocional e amparo do companheiro (Martins, 2004; Gomes et al., 2018).

Assim como no estado civil, a escolaridade também apresenta diferenças estatisticamente significantes por raça/cor, em que as negras são maioria entre aquelas com menos de três anos de estudo e as brancas entre aquelas com escolaridade acima de 12 anos de estudo. No primeiro grupo, as pretas concentram 25%, pardas, 14,9%, e brancas, 6,2%; enquanto no segundo, pretas apresentam 3,4%, pardas, 7,1%, e brancas, 20,6%. Na morte materna, a baixa escolaridade implica em menos acesso à informação segura, menos acesso ao cuidado integral, a diferentes compreensões sobre o cuidado de si e da gestação (Leite et al., 2011). A escolaridade materna e o estado civil associam-se tanto à mortalidade materna como à mortalidade infantil (Martins; Nakamura; Carvalho, 2020).

O estudo sobre assistência pré-natal no Brasil identificou que mulheres com menor escolaridade e sem companheiro apresentaram cobertura menor de pré-natal, menor proporção de mulheres com início do pré-natal precoce e número de consultas adequado. Estas também enfrentaram maiores barreiras de acesso, relataram mais problemas pessoais para a realização do pré-natal e tiveram menos orientação sobre parto, puerpério e amamentação (Viellas et al., 2014). O acesso ao pré-natal de qualidade é um determinante importante no processo de cuidado da gestação, pois evita que agravos possam prejudicar a saúde da mulher e do feto.

Neste estudo, aproximadamente metade (46,18%) das mulheres não tinham realizado o mínimo de consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde, que orienta que a gestante tenha seis ou mais consultas pré-natal, iniciadas ainda no primeiro trimestre da gestação (Brasil, 2012).

Entre os casos de óbitos estudados, 15,94% das mulheres não tinham realizado nenhuma consulta pré-natal. A desigualdade no acesso ao pré-natal gera complicações que podem resultar em excesso de óbitos evitáveis em mulheres que vivem uma situação de maior vulnerabilidade. Berquó e Lago (2016) encontraram diferenças significativas quando analisaram o número mínimo de consultas pré-natal, de até seis consultas entre negras e brancas, com uma situação de desfavorecimento de negras, comparadas às brancas.

Na pesquisa sobre as desigualdades raciais no acesso à pré-natal de mulheres brasileiras, Lessa et al. (2022) concluíram que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens no acesso ao pré-natal adequado, conforme os critérios do Ministério da Saúde, pois as mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, ter seis ou mais consultas, realizar teste de HIV, o Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL) e receber orientações referentes aos cuidados na gestação e parto.

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre mulheres brancas e negras com relação à frequência de parto normal e cesáreo anterior. Temos que 73,7% das mulheres já tinham tido ao menos uma gravidez anterior, a maioria, 47,1%, já tinha tido ao menos um parto normal e 38,4%, ao menos um parto cesáreo. O parto normal foi mais frequente entre as pardas, com 50,4%, seguidas das pretas, com 41,3%, e das brancas, com 35,9%. Enquanto o parto cesáreo foi mais frequente entre as pretas, com 50%, seguido das brancas, com 46,6%, e das pardas, com 35,4%. No estudo de Berquó e Lago (2016), mulheres negras apresentaram percentagens significativamente menores de cesáreas (39,9%), em contraste com os 48,8% entre as brancas, o que pode indicar um maior acesso de mulheres brancas ao parto em hospitais privados, via plano de saúde, enquanto as mulheres negras têm maior acesso a partos em hospitais do SUS (Berquó; Lago, 2016). Vale ressaltar que, no Brasil, aproximadamente 55% dos partos realizados no país são cesáreas (Simões et al., 2022).

No estudo das variáveis socioeconômicas e obstétricas, foi possível perceber uma maior condição de vulnerabilidade em relação à morte materna das mulheres de raça/cor negra (pretas e pardas), com pouca idade, com ausência de companheiro ou companheira e com pouca escolaridade. Mostra ainda que as desigualdades raciais, econômicas e de gênero estão interligadas e se interseccionam de forma dinâmica e ativa na construção de processos de desempoderamento (Crenshaw, 2002), construindo vulnerabilidades

e violações de direitos das mulheres, sobretudo de mulheres negras no contexto do racismo estrutural (Almeida, 2019).

No caso da escolaridade, pode-se observar as mulheres negras com um menor acesso à educação formal, o que é mais agravado entre as pretas. Na dinâmica do desempoderamento, a baixa escolaridade é muitas vezes determinada pela condição socioeconômica; e a impossibilidade de acessar maior nível de escolarização é determinante para que as negras se perpetuem no lugar da pobreza e sejam maioria entre aquelas que vivenciam piores condições de vida. Aqui, a interseccionalidade nos ajuda a perceber as relações e conexões dos eixos de subordinação estrutural (Crenshaw, 2004), ou seja, a natureza interligada das opressões (Collins, 2016).

Desta forma, os dados reafirmam o que já vem sendo denunciado publicamente: o racismo determina as desigualdades nas condições de vida e no acesso aos serviços de saúde, limitando o cuidado, gerando doenças e agravos que resultam em iniquidades raciais em saúde, e junto com o sexismo expõe mulheres negras a uma situação de vulnerabilidade e violação do direito à saúde e ao acesso qualificado (Góes; Nascimento, 2013). A intersecção de diferentes eixos de subordinação coloca as mulheres negras em lugar de subalternidade (Crenshaw, 2004), limitando a vivência e a garantia dos seus direitos reprodutivos, para o exercício de uma vida livre e autônoma, como princípios inalienáveis.



8 . AS CAUSAS DE ÓBITO MATERNO DENUNCIAM INIQUIDADES EM SAÚDE DAS MULHERES

A morte materna pode ser ocasionada por diferentes causas, de acordo com a CID-10, mas que se dividem entre causas obstétricas diretas e indiretas, sendo a maioria delas evitáveis quando existe interesse político para fazê-lo. De acordo com as informações das fichas de qualificação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), de 2012, disponíveis no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a análise das causas diretas e indiretas contribuem para a análise da situação epidemiológica e do nível de saúde da população, através da identificação de questões críticas que precisam ser melhor investigadas. A RIPSA também subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde que visam à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas (Freitas-Júnior, 2020; Gomes et al., 2018). Ou seja, permite identificar problemas que geram agravos e mortes que podem ser evitadas se medidas eficazes forem tomadas no tempo oportuno (Pícoli; Cazola; Lemos, 2017).

Neste estudo, quando os dados foram analisados por tipo de causa, causa básica e grupo de causa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos raciais. Fato que se deve, provavelmente, pela quantidade pequena de observações. Entretanto, foram encontrados importantes elementos para as análises da mortalidade materna enquanto um problema de saúde pública que denuncia as iniquidades em saúde vividas pelas mulheres.

As análises por tipo de causa mostraram que 65,5% dos óbitos estão relacionados às causas obstétricas diretas e 34,5%, às causas indiretas, fazendo relação com os dados do Brasil que em 2019 teve 65,7% dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, 30,4% por causas obstétricas indiretas, e 3,9% por causas obstétricas inespecíficas (Brasil, 2021). As mortes por causa direta são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (Brasil, 2007). Logo, óbitos evitáveis, se as mulheres tivessem tido acesso ao cuidado

integral em saúde de forma qualificada e a uma melhoria das suas condições de vida.

Na análise das cinco principais causas diretas e indiretas, hipertensão gestacional com proteinúria significativa, eclâmpsia, hemorragia pós-parto, embolia de origem obstétrica e infecção puerperal aparecem como principais causas diretas. Todas essas causas são evitáveis. Enquanto as outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, parto e puerpério – doenças infecciosas e parasitárias maternas; hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e puerpério; HIV; e Diabetes Mellitus na gravidez – são as principais causas indiretas.

No Brasil, em 2019 a hipertensão também predominou entre as causas obstétricas diretas, seguida de hemorragia, infecção puerperal e aborto; entre as causas obstétricas indiretas, predominaram as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias maternas (Brasil, 2021).

Em outro estudo sobre mortalidade materna em Pernambuco, realizado entre 2009 e 2013, a hipertensão se destacou entre as causas diretas, seguida de hemorragia, aborto, infecção puerperal e embolia, enquanto as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas obstétricas indiretas (Frutuoso et al., 2019).

Estudos como o de Frutuoso et al. (2019) refletem que as altas taxas de infecção e hemorragia podem estar mascarando óbitos por aborto, enquanto as taxas de infecção também podem estar associadas ao elevado número de cesáreas realizados no Brasil, que é muito superior ao recomendado pela OMS. Segundo as autoras, a elevada taxa de cesariana praticada no Brasil se constitui em um dos grandes desafios para a redução da mortalidade materna.

Na análise por grupo de causas, as “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” apareceram em primeiro lugar; seguidas por “edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e puerpério”; em terceiro lugar, vieram as “complicações relacionadas predominantemente no puerpério”; em quarto. as “complicações do trabalho de parto e do parto”; em quinto, os “outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez”; em sexto lugar, veio a “gravidez que termina em aborto”; e, por fim, a “assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto”.

Com relação ao momento do óbito, identificamos problemas no

banco de dados que limitam a análise da real magnitude da mortalidade materna precoce e tardia, pois está relacionada à variável tempo do óbito materno que apresentou 32 missing e prejudicou a análise dessa variável, com perda dessas informações. Além disso, ainda constavam dois óbitos no banco que não eram óbitos maternos. Chama a atenção, o fato do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde estar com esse nível de incompletude de uma variável importante como o tempo do óbito materno.

De 490 informações disponíveis sobre óbito precoce ou tardio, temos que 18,2% deles ocorreram entre 43 dias e um ano após o parto, o que demonstra o impacto destas mortes nas estatísticas de óbito materno, assim como apontam caminhos para o enfrentamento das mortes evitáveis.

O estudo de Vega, Soares e Nars (2017) sobre a mortalidade materna tardia, realizado em São Paulo e no Paraná, mostra que todas as causas de morte estudadas poderiam ter sido evitadas por existirem tratamentos específicos efetivos para todas elas. Ao mesmo tempo, Martins (2004), ao considerar os óbitos tardios, percebe que as mulheres negras tiveram um incremento de 11 casos, perfazendo 64,7% dos óbitos nesse período. O seguimento do cuidado das mulheres no puerpério tardio é fundamental, principalmente para aquelas que apresentam maior risco clínico e emocional, de forma a impactar os números de óbitos evitáveis e também reduzir sequelas (Vega; Soares; Nars, 2017).

De forma geral, é possível perceber que a morte materna evitável está muito relacionada às condições de vida e de saúde marcadas pela interseccionalidade das desigualdades, sejam elas de gênero, raça ou classe, que afetam a vida das mulheres de diferentes formas, se constituindo enquanto fatores que aumentam sua vulnerabilidade e risco. A compreensão das intersecções na vida e na saúde das mulheres pode auxiliar no aprofundamento da reflexão sobre universalidade, integralidade e equidade no SUS (Werneck, 2016), gerando tensionamentos, alargamentos e rupturas necessárias para se avançar nos cuidados em saúde.

Esse reconhecimento demanda a construção de estratégias na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco na coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS), que possibilitem um acesso qualificado e com equidade, durante todos os períodos da vida, com ênfase no planejamento reprodutivo, no cuidado pré-natal, no parto, na atenção ao abortamento, assim como no puerpério precoce e tardio. O fortalecimento da linha de cuidado em saúde das mulheres e obstétrica pode impactar diretamente no perfil de causas de morte materna, com possibilidades concretas de redução

das mortes por causas evitáveis.

8.1 A CHEGADA DA COVID-19 E O IMPACTO NA MORTALIDADE MATERNA

Diante da crise provocada pela pandemia da Covid-19 no mundo, no Brasil e no estado de Pernambuco, dedicamos esse tópico, dentro das causas de mortalidade materna, para discutir um pouco os dados de morte materna referentes a esse cenário. Sabemos que as populações negras e empobrecidas foram desigualmente atingidas pela infecção e pelos óbitos de Covid-19, assim como pelos seus impactos sociais (Góes; Ramos; Ferreira, 2020; Silva et al., 2021) e que as mulheres têm especificidades que muitas vezes aumentam o seu grau de vulnerabilidade.

As análises deste estudo revelaram que tanto nas causas básicas como nas causas indiretas e na morte por grupo de causas, as “outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério” chamam atenção. No primeiro e segundo caso, elas aparecem como a principal causa básica e a principal causa indireta do óbito, e no terceiro incrementam as “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte”, que também aparecem como principal grupo de causa. Dentro destas categorias está incluído o código O995 “Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério”, onde foram classificados os óbitos por Covid-19, que em sua maioria se deram por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Os óbitos por doenças infecto-parasitárias ganham destaque no período como terceira causa geral de morte e segunda causa indireta, sendo que o crescimento desses óbitos pode estar relacionado direta e/ou indiretamente à pandemia da Covid-19.

As razões de mortalidade materna para o estado de Pernambuco nos anos de 2020 e 2021 também mostram o impacto da pandemia da Covid-19 na mortalidade materna. A razão de mortalidade geral para 2020 foi de 71,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a de 2019 foi de 54,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A RMM aumenta em todos os grupos de raça/cor quando comparada ao ano anterior à pandemia. Em 2021, apesar dos óbitos não terem sido totalmente investigados, vemos uma RMM para pretas de 132,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a RMM geral é de 46,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, até maio de 2021, tinham ocorrido 1.204 óbitos de gestantes e puérperas, com risco de morte duas vezes maior para mulheres

negras quando comparadas com as mulheres brancas (Valongueiro, 2021; Ferreira, 2022). Estudos como o de Santos et al. (2021) mostram que a taxa de infecção por Covid-19 foi mais alta em mulheres grávidas, quando comparadas à população não grávida de idade semelhante, e que quase todos os grupos raciais/étnicos não brancos foram afetados de forma desproporcional (Santos et al., 2021). As gestantes negras apresentaram taxa média de prevalência de 65,18% das internações e 70,85% dos óbitos por Covid-19 para o ano de 2020, enquanto as gestantes brancas apresentaram 32,32% e 27,23%, respectivamente (Ferreira, 2022).

Dados da mortalidade materna na cidade do Recife em 2020 mostram que houve 2,6 vezes mais óbitos que em 2019, com uma RMM de 148,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com 82% desses óbitos tendo ocorrido entre mulheres negras, o que correspondeu a uma RMM para mulheres pardas e pretas (negras) de 185 óbitos por 100 mil nascidos vivos (Valongueiro, 2021). A autora destaca que a RMM por causas que não eram Covid-19 foi superior àquelas relacionadas à Covid-19 no ano de 2020 para a cidade do Recife, com 99 óbitos por 100.000 nascidos vivos, no primeiro caso, e 49 óbitos por 100.000 nascidos vivos, no segundo (Valongueiro, 2021), mostrando que a Covid-19 agravou outras condições de saúde, aumentando as iniquidades, principalmente para as mulheres negras.

As dificuldades e desafios enfrentados pelo sistema de saúde, de forma geral, e pelos sistemas de vigilância epidemiológica, de forma mais específica, em todo o país também podem ser percebidos quando se analisam as RMM de 2020 e 2021. O aumento da sobrecarga de trabalho, a ausência de equipamentos e insumos, o adoecimento e a mortes de profissionais de saúde e seus familiares, assim como o aumento exponencial de mortes na população geral, aumentaram a subnotificação e o sub-registro de óbitos, limitando inclusive, investigações de óbitos em tempo oportuno. Com relação à saúde da população negra, a variável raça/cor não foi incorporada como elemento de análise para casos de SRAG logo nos primeiros Boletins Epidemiológicos, sendo inserida somente após os posicionamentos do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Coalizão Negra por Direitos e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade (Santos et al., 2020).

A ausência de compreensão sobre a importância dessa variável para analisar epidemiologicamente um cenário pandêmico, como o provocado pela Covid-19, expõe a dificuldade dos gestores da saúde em colocarem o racismo como uma categoria de análise central das situações de saúde da

população e desafia pesquisadoras e pesquisadores a construir metodologias que consigam visibilizar esses elementos nas análises de saúde. O racismo, em contextos de necropolítica (Mbembe, 2018), fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para reproduzir as desigualdades (Almeida, 2019).



9 . AS RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA DE MULHERES PRETAS SÃO MAIS UM ELEMENTO QUE DENUNCIAM O RACISMO ESTRUTURAL NO BRASIL

Vários fatores estruturais e assistenciais influenciam as razões de mortalidade materna, expressando de forma mais geral, as condições de vida das populações, e das mulheres em particular (Brasil, 2009a). Destacam, sobretudo, o lugar de subalternidade que as mulheres ocupam na sociedade, incrementado pelo racismo, como tem sido destacado ao longo do livro.

Para efeitos deste estudo foram analisadas as razões de mortalidade precoce com os óbitos até 42 dias após o término da gestação e a razão de mortalidade, chamada aqui de total, incluindo os óbitos tardios, ocorridos até um ano após o término da gestação. Ambas foram calculadas por raça/cor preta, parda e branca.

Quando analisado o período de 2016 a 2021, encontramos que a razão de mortalidade materna precoce, com óbitos até 42 dias, foi de 49,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos e uma razão de mortalidade total de 65,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos para os óbitos ocorridos até um ano após o término da gestação. Houve um incremento de 24,46% no indicador, quando foram incluídos os óbitos tardios, mostrando a importância do seu estudo para a melhor compreensão da magnitude da mortalidade materna.

Em 2019, estima-se que ocorreram 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no Brasil e 63,6 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no Nordeste (Brasil, 2021). A RMM de Pernambuco fica acima da RMM nacional e da região, quando consideramos os óbitos maternos tardios, porém fica abaixo, se considerados apenas os precoces, um dado que merece atenção. Questões territoriais, raciais, políticas e econômicas podem explicar uma maior RMM no Nordeste, quando relacionamos com a distribuição de renda e raça/cor no país (IBGE, 2019), assim como a qualidade e distribuição territorial dos serviços de saúde disponíveis pelo SUS.

As razões de mortalidade materna precoce de pardas e brancas se aproximam em termos numéricos entre si, com 48,1 óbitos maternos por 100

mil nascidos vivos para pardas e 53,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos para brancas. Quando considerados também os óbitos tardios, as pardas apresentaram RMM de 62,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e as brancas, 68,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Ou seja, ao serem incluídos os óbitos tardios, houve um incremento de 22,54% nas RMM de mulheres pardas e 22,34% de mulheres brancas.

As pretas se destacam nas análises, pois apresentaram os maiores valores de RMM no período, com 70,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, para óbitos precoces e 90,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos para a mortalidade materna total. O incremento de óbitos tardios foi de 22,21%. Uma maior razão de mortalidade materna e um maior risco para as mulheres pretas também foram identificados em outros estudos realizados em diferentes regiões do país (Martins, 2004; Teixeira et al., 2012; Monteiro; Adesse; Levin, 2008; Picolí; Cazola; Lemos, 2017; Carvalho, 2020), evidenciando que as iniquidades raciais em saúde são um componente importante da mortalidade materna e que o racismo age como um elemento definidor na morte de mulheres pretas (Martins, 2006).

Uma maior razão de mortalidade materna para mulheres pretas mostra que existe um gradiente de cor, na construção do óbito materno, em que o racismo opera como fator importante na intermediação entre as que vivem e as que morrem. Quando afirma que a interseccionalidade nos permite, além de perceber as desigualdades entre negras e brancas, identificar diferenças no grupo de pessoas negras vitimadas pelo racismo, Werneck (2016) reconhece que a experiência dos sujeitos racializados se reconfiguram a partir das múltiplas possibilidades de intersecção de raça e seus contextos, considerando as singularidades e a particularidade dos indivíduos.

Quando comparada à RMM de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos orientados pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o Brasil a ser atingida até 2030 (Motta; Moreira, 2021), vemos que a situação de todas as mulheres está muito pior do que o valor aceitável em termos de mortalidade materna no mundo para o período, com destaque para as pretas que chegam a ter uma RMM três vezes maior do que a recomendada pelos ODS.

As RMM por ano também mostram poucas diferenças entre pardas e brancas, com destaque para as pretas, que apresentam maiores indicadores entre 2016 e 2018, assim como em 2021, chegando a uma RMM de 149 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2017. Os valores para as pretas de 14,1

óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 2019, e 41,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 2020, podem estar relacionados à subnotificação e ao sub-registro, agravados principalmente no contexto da pandemia da Covid-19.

De forma geral, as RMM de todos os grupos diminuíram em 2019 quando comparadas aos três anos anteriores, mas voltaram a subir expressivamente em 2020, influenciadas pelos casos de óbito de Covid-19. Os dados de 2021 apresentam uma limitação de análise, pois na data da coleta do banco ainda não tinham sido fechadas todas as investigações de óbitos de 2021, podendo haver alterações no valor final para esse ano.

Os dados epidemiológicos são consistentes o suficiente para indicar o impacto do racismo na saúde da população negra no Brasil (Werneck, 2016) e os achados deste estudo corroboram com esta informação. Os indicadores de mortalidade materna de mulheres pretas denunciam a precariedade das condições de vida daquelas que estão na base da hierarquia social (Silva, 2013). O racismo, além de construir uma condição de vida precarizada para as mulheres negras, muitas vezes limita suas estratégias de enfrentamento e suas possibilidades de acessar práticas de cuidado saudáveis, protetoras e promotoras de saúde. Ele muitas vezes é o intermediador na decisão sobre quem merece viver e quem deve morrer (Mbembe, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas coisas aconteceram no mundo, na minha vida e no meu corpo, enquanto eu desenvolvia este trabalho. Partilho um pouco deste momento no texto “Memórias e reflexões desassossegadas de uma gravidez em tempos de pandemônio”, publicado no livro *Crítica feminista alargando a democracia* (2023), do SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia. Nesta publicação, que reúne os achados de minha dissertação de mestrado, busquei desde o início refletir sobre as desigualdades raciais na mortalidade materna em Pernambuco a partir de uma perspectiva interseccional, considerando as relações de gênero, raça e classe como determinantes na construção do óbito materno.

O estudo demonstrou uma maior concentração de óbitos entre mulheres negras, jovens, sem companheiro ou companheira, com pouca escolaridade e por causas evitáveis. A maioria das causas de óbito materno refletem as desigualdades no acesso à saúde, assim como as desiguais condições de vida. Foram encontradas diferenças importantes nas razões de mortalidade materna de mulheres pretas com relação às mulheres pardas e brancas, assim como desiguais condições de escolaridade.

De forma geral, os dados apresentados mostraram que a interseccionalidade de gênero, raça e classe produz injustiças nas vivências das mulheres, em que lhes é negado o acesso aos seus direitos reprodutivos de forma integral, corroborando com a ocorrência do óbito materno. Foi possível perceber que o racismo produz um gradiente de cor em prejuízo de pretas com relação às pardas e brancas no que se refere à ocorrência do óbito materno.

Sendo o problema da mortalidade materna multideterminado por diferentes fatores sociais, pode-se dizer que, no atual contexto, ele é agravado pelos crescentes ataques aos direitos reprodutivos das mulheres na sociedade; pelo paradigma biomédico, que impera na atenção ao parto e ao abortamento; pela violência sexista, e mais especificamente pela violência obstétrica; pela precarização das condições de vida; pelo aprofundamento do racismo e da violência racista; pelo crescimento do fundamentalismo religioso; e pelo desfinanciamento do SUS, com a aprovação da EC-95, que

congela os gastos com saúde, educação e assistência social por 20 anos.

Diante deste cenário, ressalto a importância da luta pelos direitos das mulheres, especialmente no campo dos direitos reprodutivos, sendo urgente a qualificação da linha de cuidado em saúde reprodutiva das mulheres, com foco no enfrentamento ao racismo institucional, assim como no estabelecimento de boas práticas de atenção ao parto e ao abortamento. Para isso é necessário trabalhar pela eliminação das desigualdades de acesso, pela qualificação do pré-natal, e fazer o enfrentamento à fragmentação da rede, atualmente com pouca resolutividade e baixa vinculação entre a atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Também é preciso fortalecer a atenção primária em saúde enquanto coordenadora do cuidado e qualificar todos os pontos de paradas a serem acessados pelas mulheres. A vinculação da atenção ao puerpério precisa ser garantida na atenção primária e na especializada, para aquelas que necessitem, com acompanhamento de longo prazo, de forma a evitar a mortalidade materna tardia.

Ressalto ainda, a necessidade da garantia do direito ao planejamento reprodutivo para todas as mulheres, com acesso a informações seguras, a serviços de saúde de qualidade, a métodos contraceptivos conforme a escolha e a necessidade da mulher, ao pré-natal de qualidade e ao abortamento legal, seguro, gratuito e universal. Estes direitos precisam ser garantidos principalmente em momentos de emergências de saúde pública, como no caso do Zika e da Covid-19. Caso isso não seja feito, veremos novamente o impacto desproporcional que essas duas situações provocaram na vida das mulheres e na vida das mulheres negras em especial.

Destaco a importância da descriminalização e da legalização do aborto como fundamentais para a vivência plena dos direitos reprodutivos pelas mulheres, pois a criminalização viola os direitos humanos das mulheres e aumenta o risco de morte por abortos inseguros, principalmente entre negras.

É urgente o enfrentamento ao racismo na sociedade e no sistema de saúde, de forma a eliminar as injustiças vividas pela população negra em geral, e pelas mulheres negras em particular. Neste sentido, é importante fortalecer a política de saúde da população negra, que precisa ser transversal às diversas áreas da saúde e com capacidade técnica para atuar de forma propositiva e interventiva no enfrentamento às iniquidades raciais em saúde vividas pelas mulheres negras. É preciso garantir recurso e autonomia para que a equipe possa exercer um trabalho técnico qualificado nas dimensões que o enfrentamento ao racismo institucional na saúde exige.

O preenchimento correto da variável raça/cor também é fundamental para a construção de estudos como este e para a melhor compreensão dos problemas de saúde da população negra no estado de Pernambuco, em especial das mulheres negras. A subinformação, o sub-registro e a incompletude dos dados de raça/cor e outros precisam ser enfrentados com maior formação e sensibilização dos profissionais da rede. Todos os profissionais dos diferentes serviços precisam se sentir responsáveis pela produção da informação em saúde, como um componente estratégico no planejamento das ações e serviços do SUS e como parte fundamental das suas atividades enquanto trabalhadores/as da saúde.

A qualificação da informação de raça/cor é importante para aprofundar os estudos que visibilizem o racismo institucional e sua relação com a violência obstétrica, assim como para investigar as análises interseccionais nos estudos de mulheres que quase morreram de morte materna. Pesquisas como esta podem nos dar uma maior compreensão do problema das desigualdades raciais na vivência dos direitos reprodutivos das mulheres, assim como na rede de atenção em saúde da mulher e, mais especificamente, no problema da morte materna.

Neste sentido, é preciso compreender a importância do trabalho da vigilância do óbito materno, que se dá pela fundamental necessidade de conhecermos a realidade do fenômeno da morte materna no Estado, de forma a podermos construir planos e ações em saúde para o enfrentamento do problema. Em Pernambuco, o papel do Comitê Estadual de Morte Materna se faz muito importante no sentido da investigação do óbito materno, mas também na instauração do debate na sociedade e no exercício do controle social do SUS. É necessário tomar esse espaço como um instrumento importante no enfrentamento ao racismo institucional no SUS, quando compreende o papel central do racismo na construção da morte materna e que o seu enfrentamento é fundamental para a transformação desse cenário.

Por fim, é importante ressaltar que a defesa da democracia e do SUS são elementos centrais na luta pelos direitos das mulheres e no enfrentamento ao racismo, assim como na construção de uma vida digna com justiça social para que todas as mulheres possam gestar, parir e maternar conforme seus desejos e projetos de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. 1. ed., São Paulo: Editora Jandaíra, 2019.

ANTUNES, José L. F. Desigualdades em saúde: entrevista com Nancy Krieger. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 177-194, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-20702015014>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BAIRROS, Luiza. Nossos Feminismos Revisitados. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/%25x>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BARATA, Rita B. Epidemiologia social. **Rev. Bras. de Epidemiol**, v. 8, n. 1, p. 7–17, mar. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BARATA, Rita B. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde? In: BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 11-21. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-02.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BARRETO, Maurício L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 7, jul. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BERQUÓ, Elza; LAGO, Tânia D. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 550-560, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162568>>. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-dos-comites-de-mortalidade-materna/>>. Acesso em: 7 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão de Alto Risco do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>>. Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil, 2009-2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 29, ago. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf/view>. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html>. Acesso em: 27 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 fev. 2009b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html>. Acesso em:

21 jun. 2022.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. 1. ed., Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CARDOSO, Cláudia P. Por uma epistemologia feminista negra do sul: experiências de mulheres negras e o feminismo negro no Brasil. In: 13 MUNDO DE MULHERES E 11 FAZENDO GÊNERO, 2017, Florianópolis, SC. **Anais**. Florianópolis, SC: UFSC, 2017. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499452943_ARQUIVO_simposiotextofazendogenero13.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2022.

CARNEIRO, Sueli. A batalha de Durban. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100014>>. Acesso em: 30 jul. 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Selo Negro Edições, 2011.

CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Reciis – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**. v. 14, n. 3, p. 656-80, jul.-set. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.29397/reciis.v14i3.1905>>. Acesso em: 26 out. 2022.

CARVALHO, Patrícia I. et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, n. 29, n. 1, p. e2019185, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100005>>. Acesso em: 28 out. 2022.

COLLINS, Patricia H. Aprendendo com a Outsider Within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Estado e Sociedade**, v. 31, n.1, jan.-abr. 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0102-69922016000100006> >. Acesso em: 6 set. 2022.

COUTINHO, Denise; ALMEIDA-FILHO, Naomar; CASTIEL, Luis D. Epistemologia da Epidemiologia (Categorias de Determinação: Causalidade, Predição, Contingência, Sobredeterminação). In: ALMEIDA-FILHO, Naomar; BARRETO, Maurício (org.). **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 29-42. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5747?mode=full>>. Acesso em: 4 jul. 2022.

CRENSHAW, Kimberly W. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento**: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004.

CRENSHAW, Kimberly W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>>. Acesso em: 8 out. 2022.

EVARISTO, Conceição. Vozes-mulheres. In: EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê, 2017. p. 24-25.

FRUTUOSO, Luciana A. L. M. et al. Mortalidade materna em Pernambuco: delineando o perfil epidemiológico (2009-2013). **Enferm. Bras.**, v. 18, n. 4, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2574>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

FERREIRA, Ricardo B. S. Morbimortalidade de gestantes pela COVID-19 e os atravessamentos da raça/cor: uma análise interseccional. **Online Braz. Jour. Nurs.**, v. 21, supl 2, p. e20226553, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.17665/1676-4285.2022.6553>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo A. O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 615-622, abr.-jun. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>>. Acesso em: 31 out. 2022.

GARBOIS Júlia A.; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GÓES, Emanuelle F.; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out-dez 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 1 set. 2022.

GÓES, Emanuelle F. **Racismo, aborto e atenção à saúde**: uma perspectiva interseccional. 105 f. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29007>>. Acesso em: 2 set 2022.

GÓES, Emanuelle F.; RAMOS, Dandara O.; FERREIRA, Andrea J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>>. Acesso em: 1 set. 2022.

GOMES, Janaina O. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Rev. Enferm. UFPE On line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3165-71, dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237316p3165-3171-2018>>. Acesso em: 27 out. 2022.

HOOKS, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 2. ed., São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

HOOKS, bell. **Erguer a voz**: pensar como feminista, pensar como negra. Tradução de Cátia Bocaiuva Maringolo. São Paulo: Elefante, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades Sociais Por Cor ou Raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 41, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ODS 3**: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília: IPEA. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objeto_3_Assegurar%20uma%20vida%20sa%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

KRIEGER, Nancy. Glossário de epidemiologia social. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 11, n. 5/6, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/480-490>>. Acesso em: 16 set. 2022.

KRIEGER, Nancy. Stormy Weather: Race, Gene Expression, and the Science of Health Disparities. **American Journal of Public Health**. v. 95, n. 12, p. 2155-2160, dez. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.067108>>. Acesso em: 16 set. 2022.

KRIEGER, Nancy. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668–677, ago. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>>. Acesso em: 9 ago. 2022.

LEITE, Régia M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102->

311X2011001000011 >. Acesso em: 2 nov. 2022.

LEITE, Régia M. B. **Morte Materna na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco**: uma análise a partir do acesso. 125 f. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53278>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LESSA, Millani S. A. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881-3890, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>>. Acesso em: 24 out. 2022.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais de nascer, viver e morrer no Brasil. In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA ESTADO DE SÃO PAULO, 1, 2004, São Paulo, SP. **Anais**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 53-101. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2022.

MARSIGLIA, Regina G.; BARATA, Rita B.; SPINELLI, Selma P. Determinação social do processo epidêmico. **Saúde soc.** v. 27, n. 4, out-dez 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018000032>>. Acesso em: 24 set. 2022.

MARTINS, Alaerte L. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu, MG. **Anais**. Caxambu: ABEP, 2004. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1416>>. Acesso em: 25 out. 2022.

MARTINS, Alaerte L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>>. Acesso em: 25 out. 2022.

MARTINS, Ingra P. M.; NAKAMURA, Cristiane Y.; CARVALHO, Deborah R. Variáveis associadas à mortalidade materna e infantil: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.18, n. 64, p. 145-165, abr.-jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6576>>. Acesso em: 25 out. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MONTEIRO, Mário F. G.; ADESSE, Leila; LEVIN, Jacques. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer

por complicações de gravidez que termina em aborto. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 16, 2008, Caxambu, MG. **Anais**. Caxambu, MG: 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1745>>. Acesso em: 15 out. 2022.

MOTTA, Caio T.; MOREIRA, Marcelo R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, out. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DOCUMENTO DE DISCUSSÃO, 2011, Rio de Janeiro, RJ. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PÍCOLI, Renata P.; CAZOLA, Luiza H. O.; LEMOS, Everton F. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n 4, p. 739-747, out.-dez., 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>>. Acesso em: 26 out. 2022.

RIBEIRO, Rosário de F. S. A.; ROCHA, Enivaldo Carvalho. Redução da mortalidade materna em Pernambuco: realidade ou desafio? (Relatório). **Espaço público**, v. 2, p. 120-134, dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2022.

ROMIO, Jackeline A. F. **Feminicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde**. 215 f. 2017. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.988584>>. Acesso em: 24 maio 2022.

SANTOS, Gustavo G. et al. Efeitos da COVID-19 entre gestantes pretas e pardas: revisão integrativa da literatura. **Research Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e6710615531, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15531>>. Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, Márcia P. A. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre

racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>. Acesso em: 11 out. 2022.

SANTOS, Sony M.; GUIMARÃES, Maria José B.; ARAÚJO, Thália V. B. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saúde Soc**, v. 16, n. 2, 2007. p. 87-102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200009>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, Isabelle O. S. et al. Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 6720-6734, mar.-abr. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-222>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

SILVA, Leonildo et al. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, Rio de Janeiro, set. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900006>>. Acesso em: 6 out. 2022.

SILVA, Talita R. et al. População negra, desigualdades raciais e a pandemia da COVID-19: reflexões a partir do Nordeste do Brasil. In: MACHADO, Michael F.; QUIRINO, TÚLIO R. L.; SOUZA, CARLOS D. F. (Org.). **Saúde Coletiva em tempos de pandemia: experiências e aprendizados do enfrentamento à COVID-19 no Nordeste brasileiro**. Maceió, AL: EDUFAL, 2021. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/8031>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

SILVA, Tatiana D. Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda. In: MARCONDES, Mariana M. et al. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013. p. 109-131. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

SILVA, Wagner M. **Mortalidade materna de adolescentes negras: a invisibilidade da cor**. 116 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88645/245073.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

SIMÕES, Amabille D. et al. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. **Research Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e0211729678, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29678>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

TEIXEIRA, Neuma Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 27-35, jan.-mar. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100003>>. Acesso em: 20 out. 2022.

VALONGUEIRO, Sandra. Brasil: Morte materna em contexto de Covid-19 (2020-2021). **Sexual Policy Watch**. Rio de Janeiro: SPW, 2021. Disponível em: <<https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Artigo-RUP-Sandra-Valongueiro-final.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

VEGA, Carlos E. P.; SOARES, Vânia M. N.; NASR, Acácia M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. e00197315, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00197315>>. Acesso em: 24 out. 2022.

VIELLAS, Elaine F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

WASELFSZ, Júlio J. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. 1. ed. Brasília: FLACSO Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

WERNECK, Jurema. Algumas considerações sobre racismo, sexismo e a tecno-eugenia. In: VILLAREAL, Jorge; HELFRICH, Silke; CALVILLO, Alejandro (Orgs.). **Un Mundo Patentado? La privatización de la vida y del conocimiento**. México: Fundación Heinrich Böll, 2005. Disponível em: <<https://mx.boell.org/es/2005/06/01/no-19-un-mundo-patentado-la-privatizacion-de-la-vida-y-del-conocimiento>>. Acesso em: 17 maio 2022.

WERNECK, Jurema. Macacas de Auditório? Mulheres negras, racismo e participação na música popular brasileira. In: PRÊMIO MULHERES NEGRAS CONTAM SUA HISTÓRIA, Brasília, 2013. **Mulheres negras contam sua história**. Brasília: Presidência da República, 2013. p. 259-294. Disponível em: <https://www.fundobrasil.org.br/v2/uploads/files/artigo_jurema.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.

WERNECK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, v. 25, n 3, jul.-set. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

ANEXO A – LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos óbitos maternos ocorridos em Pernambuco entre 2016 e 2021	34
Tabela 2 - Histórico obstétrico anterior ao óbito materno ocorrido em Pernambuco no período de 2016 a 2021	35
Tabela 3 - Descrição do número de consultas pré-natal	36
Tabela 4 - Causas de óbitos diretas, indiretas e tardias, segundo raça cor, no período de 2016 a 2021, em Pernambuco	36
Tabela 5 - Mortalidade Materna, com óbitos até 1 ano após o término da gestação, segundo grupo de causas obstétricas, por raça/cor, no período de 2016 a 2021, em Pernambuco	40
Tabela 6 - Razão de mortalidade materna até um ano após o término da gestação por raça cor, no período de 2016 a 2021	41
Tabela 7 - Razão de mortalidade materna precoce por raça cor, no período de 2016 a 2021	

ANEXO B – LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DHEG	Doenças Hipertensivas da Gravidez
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MIF	Mulheres em Idade Fértil
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VDRL	Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas

ANEXO C – CAPÍTULO XV DA CID 10: COMPLICAÇÕES DE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Exclui: doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 – B24);
Necrose pós-parto da hipófise (E23.0);
Osteomalácia puerperal (M83.0);
Tétano obstétrico (A34);
Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

000-008 Gravidez que termina em aborto

000 Gravidez ectópica

001 Mola hidatiforme

002 Outros produtos anormais da concepção

003 Aborto espontâneo

004 Aborto por razões médicas e legais

005 Outros tipos de aborto

006 Aborto não especificado

007 Falha de tentativa de aborto

008 Complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

010-016 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

010 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério

011 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

012 Edema e proteinúria gestacionais (induzidos pela gravidez), sem Hipertensão

013 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa

014 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa

015 Eclâmpsia

016 Hipertensão materna não especificada

020-029 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

020 Hemorragia do início da gravidez

021 Vômitos excessivos na gravidez

O22 Complicações venosas na gravidez
O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez
O24 Diabetes mellitus na gravidez
O25 Desnutrição na gravidez
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez
O28 Achados anormais do rastreamento (screening) antenatal da mãe
O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto

O30 Gestação múltipla

O31 Complicações específicas de gestação múltipla

O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto

O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita

O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos

O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas

O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados

O40 Poli-hidrânio

O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico

O42 Ruptura prematura de membranas

O43 Transtornos da placenta

O44 Placenta prévia

O45 Descolamento prematuro da placenta (abruptio placentae)

O46 Hemorragia anteparto não classificada em outra parte

O47 Falso trabalho de parto

O48 Gravidez prolongada

O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto

O60 Parto pré-termo

O61 Falha na indução do trabalho de parto

O62 Anormalidades da contração uterina

O63 Trabalho de parto prolongado
O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má posição ou má apresentação do feto
O65 Obstrução do trabalho de parto devido à anormalidade pélvica da mãe
O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto
O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal
O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
O70 Laceração do períneo durante o parto
O71 Outros traumatismos obstétricos
O72 Hemorragia pós-parto
O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificada em outra parte

O80-O84 Parto

O80 Parto único espontâneo
O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
O82 Parto único por cesariana
O83 Outros tipos de parto único assistido
O84 Parto múltiplo

O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O85 Infecção puerperal
O86 Outras infecções puerperais
O87 Complicações venosas no puerpério
O88 Embolia de origem obstétrica
O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
O91 Infecções mamárias associadas ao parto
O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

O95 Morte obstétrica de causa não especificada
O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas

menos de um ano, após o parto

O97 Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas

O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério

O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério

Observações:

O08 – Este código só deve ser usado para classificar morbidade.

O30 – Não deve ser usado para codificação de causa básica.

O32 – Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isso ocorrer, usar O33.

O33.9 – Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3.

O64 – Não deve ser usado se houver menção de O65. Se isso ocorrer usar O65.

O80-O84 – Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique, como complicações não especificadas de trabalho de parto e parto, O75.9.

O95 – Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente “materna” ou ‘obstétrica’.