



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Lúcio Gomes Rodrigues Alves

Desigualdades raciais na mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro,

2010 – 2019

Rio de Janeiro

2020

Lúcio Gomes Rodrigues Alves

**Desigualdades raciais na mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro,
2010 – 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas públicas, gestão e cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Raphael Mendonça
Guimarães

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A474d Alves, Lúcio Gomes Rodrigues.
Desigualdades raciais na mortalidade materna no Município do Rio
de Janeiro: 2010 – 2019 / Lúcio Gomes Rodrigues Alves. -- 2020.
81 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: Raphael Mendonça Guimarães.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Mortalidade Materna. 2. Grupos de Populações Continentais.
3. Disparidades nos Níveis de Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família.
5. Atenção Primária à Saúde. 6. Registros de Mortalidade.
7. Disparidades Raciais. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.79098153

Lúcio Gomes Rodrigues Alves

**Desigualdades raciais na mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro,
2010 – 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas públicas, gestão e cuidado em saúde.

Aprovada em: 18 de junho de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Tereza Fonseca da Costa

Universidade Estácio de Sá

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães – Orientador

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro

2020

Dedico a meu pai,
Cesar Rodrigues Alves,
In memoriam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, antes de tudo, nosso pai e sumo bem.

Agradeço a Maria, Nossa Senhora Auxiliadora, que sempre intercede por nós e a quem dediquei minha missão neste mestrado.

Agradeço a minha esposa, Raquel, que sempre me aguentou nos momentos em que a minha alma se isolava na solidão do papel de pesquisador.

Agradeço às nossas coordenadoras, Elyne e Virgínia, pela constante disponibilidade, objetividade, sabedoria e alegria.

Agradeço a meu orientador, Raphael, pelos momentos em que me mostrou o melhor caminho na jornada e pela valiosa paciência com seu orientando.

Agradeço ao Prof. Carlos Otávio, pela sabedoria, simplicidade e amizade, fundamentais quando o caminho parecia estreito demais para passar.

Agradeço a todos os professores do curso de mestrado, pela presença amiga e pelo compartilhamento de saberes.

Agradeço a todos os colegas do curso de mestrado, indistintamente, grandes amigos, exemplos de profissionalismo, pelos momentos alegres que passamos juntos.

Agradeço aos funcionários da ENSP, especialmente à Alessandra, secretária do curso.

Nossas vidas começam a terminar no dia em que permanecemos em silêncio sobre as coisas que importam. (Martin Luther King Junior)

RESUMO

Introdução: O município do Rio de Janeiro apresenta uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) elevada há décadas e não tem conseguido sua redução efetiva, a despeito de ter passado por uma grande expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) entre 2009 e 2016. Uma das possíveis causas para essa “resistência” à redução da RMM poderiam ser as chamadas disparidades raciais, notadamente em relação à população preta/parda. **Objetivos:** Descrever uma série histórica da mortalidade materna, e suas características, no município do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2019, e analisar a relação entre as disparidades raciais e a elevada RMM neste município. **Metodologia:** estudo observacional do tipo transversal, que utilizou microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde. Estes dados foram desagregados pela raça/cor da mulher (brancas, pretas e pardas) e pelas faixas etárias da idade fértil (15-19 anos; 20-39 anos; e 40 anos e mais). Para comparar a razão em cada categoria das covariáveis foi utilizado o teste do χ^2 de Pearson e seu respectivo valor de p, e para explorar a diferença na razão de mortalidade materna das respectivas variáveis, os dados foram ajustados por meio de um modelo de Poisson. **Resultados:** Entre 2010 e 2019 ocorreram 732 óbitos maternos no Município do Rio de Janeiro. A análise sobre a tendência temporal da mortalidade materna geral, demonstrou que houve um declínio significativo entre 2010 e 2018 (a RMM caiu de 89 para 63; percentual de 29,2%), seguindo-se uma nova tendência de elevação em 2019 (a RMM subiu para 87; percentual de 38%). Observou-se uma maior RMM para as faixas etárias mais velhas, principalmente para mulheres com mais de 40 anos (RP=18,80, IC 95% 13,54 – 26,78; p<0,0001), e para as mulheres pretas (RP=2,31, IC 95% 1,90 – 2,80; p< 0,0001). **Conclusões:** A mortalidade materna permanece elevada no município do Rio de Janeiro, mesmo após a expansão da ESF até 50% de cobertura, indicando que vários fatores causais podem estar relacionados ao atual patamar. A tendência temporal de queda, seguida de nova elevação, pode estar relacionada à restrição nacional de gastos com saúde e ao processo de “desmonte” das clínicas de família no município, ocorridos nos últimos 4 anos. As disparidades raciais persistem, na comparação entre pretas e brancas, e maiores estudos necessitam ser realizados, para se concluir se o racismo institucional está presente no SUS, como um fator de risco para a mortalidade materna das mulheres pretas.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Disparidades Raciais; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The city of Rio de Janeiro has had a high Maternal Mortality Ratio (MMR) for decades and has not been able to effectively reduce it, despite having undergone a major expansion of Primary Health Care (PHC), between 2009 and 2016. One of the possible causes for this “resistance” to the reduction of MMR could be the so-called racial disparities, notably in relation to the black / pardo population. **Objectives:** To describe a historical series of maternal mortality, and its characteristics, in the city of Rio de Janeiro, in the period from 2010 to 2019, and to analyze the relationship between racial disparities and the high RMM in this municipality. **Methodology:** observational cross-sectional study, using microdata from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC), from the Ministry of Health. These data were disaggregated by the race / color of the woman (white, blacks and pardas) and the fertile age groups (15-19 years; 20-39 years; and 40 years and over). To compare the ratio in each category of covariates, Pearson's χ^2 test and its respective p-value were used, and to explore the difference in the maternal mortality ratio of the respective variables, the data were adjusted using a Poisson model. **Results:** Between 2010 and 2019 there were 732 maternal deaths in the city of Rio de Janeiro. The analysis of the time trend of general maternal mortality showed that there was a significant decline between 2010 and 2018 (RMM fell from 89 to 63; 29.2% percentage), followed by a further upward trend in 2019 (the RMM rose to 87; 38% percentage). A higher RMM was observed for older age groups, especially for women over 40 years old (PR = 18.80, 95% CI 13.54 - 26.78; $p < 0.0001$), and for women black (PR = 2.31, 95% CI 1.90 - 2.80; $p < 0.0001$). **Conclusions:** Maternal mortality remains high in the city of Rio de Janeiro, even after the expansion of the FHS to 50% coverage, indicating that several causal factors may be related to the current level. The downward trend in time, followed by a further rise, may be related to the national restriction on health spending and the process of "dismantling" of family clinics in the municipality, which occurred in the last 4 years. The racial disparities persist, in the comparison between black and white, and further studies need to be carried out, in order to conclude whether institutional racism is present in SUS, as a risk factor for the maternal mortality of black women.

Keywords: Maternal Mortality; Racial Disparities; Family Health Strategy; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDC – *Center for Diseases Control and Prevention*

CDS - Comissão de Determinantes Sociais em Saúde

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CSAC - Condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DO – Declaração de Óbito

EC – Emenda Constitucional

ELSA - Estudo Brasileiro Longitudinal de Saúde dos Adultos

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

IC95% - Intervalo de 95% de confiança

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NS – Não Significativo

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RC – Rede Cegonha

RAMOS – *Reproductive Age Mortality Survey*

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RP – Razão de Prevalência

RT – Razão de Taxas

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Aplicativo de Tabulação de Dados Disponibilizado pelo DATASUS

TMM – Taxa de Mortalidade Materna

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativa da Mortalidade Materna (por volta de 1983).	24
Tabela 2 - Mudanças na mortalidade materna em alguns países	25
Tabela 3 - Principais estudos e estimativas da RMM no Brasil e Regiões, entre 1970 e 1990	27
Tabela 4 - Óbitos maternos, nascidos vivos e RMM, no Rio de Janeiro, por raça/cor e faixa etária, de 2010 a 2019	59
Tabela 5 - Modelos de regressão de Poisson bruto e ajustado para mortalidade materna. Município do Rio de Janeiro, 2010-2019	60
Tabela 6 - Tendência temporal da mortalidade materna segundo faixa etária e raça. Município do Rio de Janeiro, 2010 a 2019	61
Tabela 7 - Razão de Taxas para associação temporal de mortalidade materna segundo categorias de raça/cor. Município do Rio de Janeiro, 2010 – 2019	62
Tabela 8 - Razão de Taxas para associação temporal de mortalidade materna segundo categorias de faixa etária. Município do Rio de Janeiro, 2010 – 2019	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatos relacionados à mortalidade materna	22
Quadro 2 - Estágios da transição obstétrica	29
Quadro 3 - Fatores causais da mortalidade materna	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo da Comissão de Determinantes em Saúde	40
Figura 2 – Modelo das três dimensões do racismo	41
Figura 3 – Mapa conceitual da mortalidade materna no Rio de Janeiro	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - RMM em 21 países no ano de 2015	26
Gráfico 2 - Tendência da Mortalidade Materna no Brasil – 1990 a 2019.	28
Gráfico 3 - Mortalidade Materna Proporcional e Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil investigados, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2018	31
Gráfico 4 - Razão de Mortalidade Materna e Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil investigados, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2018	32
Gráfico 5 – Evolução da coberta populacional de equipes completas de Saúde da Família e número de equipes projetadas Rio de Janeiro – 2008 – 2016	51
Gráfico 6 - Razão de Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro, 2010-2019	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1	Conceitos e definições.....	19
3.2	Indicadores da mortalidade materna.....	20
3.3	Panorama epidemiológico.....	22
3.3.1	Mortalidade materna no mundo	22
3.3.2	Mortalidade materna no Brasil	26
3.3.3	Mortalidade materna no Rio de Janeiro	29
3.4	Fatores associados à mortalidade materna.....	32
3.4.1	As principais patologias que levam ao óbito materno	33
3.4.2	Fatores precipitantes e reforçadores	34
3.4.2.1	Cesarianas.....	34
3.4.2.2	Abortamento.....	35
3.4.2.3	Modelo das três demoras.....	36
3.4.2.4	Fatores socioeconômicos.....	37
3.4.2.5	Disparidades raciais.....	38
3.5	A importância do sistema de saúde.....	48
3.6	APS no Brasil e o caso Rio de Janeiro.....	49
3.7	Mapa conceitual.....	52
4	METODOLOGIA	54
4.1	Critérios de inclusão.....	54
4.2	Análise estatística.....	54
4.2.1	Associação com raça/cor e faixa etária	54
4.2.2	Variação temporal	55
4.3	Aspectos éticos.....	56
5	RESULTADOS	57
6	DISCUSSÃO	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	70

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um marcador do desenvolvimento social de uma nação, visto que depende de uma ampla cadeia de fatores e eventos, que vão desde as condições socioeconômicas do povo, passando pela organização dos sistemas de notificação e bases de dados, até a infraestrutura de assistência à saúde e seus atributos, notadamente a universalidade e a equidade, visto que o acesso à atenção pré-natal e hospitalar, de qualidade, são decisivos para o desfecho. É um indicador de qualidade de vida feminina (THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999) e podemos considerar que seja uma forma da sociedade expressar sua consideração pelas mulheres, cuja gravidez é sagrada: representa a perpetuação da vida. Uma sociedade que discrimina as mulheres desvaloriza estas “mortes invisíveis” (CHOR et al., 2007), e dedica pouca vontade política no combate a esta realidade. Trata-se, inclusive, de uma violação de direitos humanos (COOK, 2015).

Em 1987, dados do Governo Federal indicavam 140 mortes por 100 mil nascimentos. No Rio de Janeiro, dados do Hospital Municipal Miguel Couto, entre 1977 e 1983, indicavam 194 mortes por 100 mil nascimentos, incluindo abortamentos (ABOU ZHR; ROYSTON, 1991).

Na década de 80 o Brasil passou pela redemocratização e com ela o surgimento e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a mudança de paradigma, com uma abordagem mais focada na prevenção e nos determinantes sociais da doença. Com o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) e depois ampliado para Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve aumento do acesso ao sistema de saúde com base comunitária, trazendo um aumento da cobertura da atenção pré-natal para quase 100% em todo o país (CARVALHO; ARAÚJO, 2007; RIBEIRO et al., 2009; VICTORA et al., 2010).

A Organização das Nações Unidas (ONU) criou o programa para o desenvolvimento mundial, de início com metas estabelecidas no ano de 1990 para 2015 (Objetivos do Milênio) (ONU, 2000) e atualmente com metas para 2030 (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável) (COSTA, 2018). Os objetivos do milênio tinham em sua 5ª meta a redução da mortalidade materna no mundo em 75%, porém o Brasil não alcançou a meta, embora a queda da RMM tenha sido de 58 % (BRASIL, 2015).

No Município do Rio de Janeiro a RMM é elevada há décadas (SILVA, 1994) e, apesar da expansão da APS entre 2009 e 2017 (SIMÕES et al., 2017), a razão aumentou de 60, em 2010, para 82 óbitos por 100 mil nascimentos em 2018 (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2018). Quando os dados são desagregados por raça/cor, o resultado é que as mulheres pretas têm até 3 vezes mais chance de morrer na gravidez que as brancas (MARTINS, 2004; CHOR; LIMA, 2005; VOLOCHKO; VIDAL, 2010; LOURENÇO, 2018). Esse desdém

social pode até ser fruto de racismo institucional, na intersecção entre o sexo e a saúde (ELLIS, 2019). As desigualdades raciais na atenção pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro, foram divulgadas pela primeira vez no estudo de Leal, Gama e Cunha (2005).

Como já mencionamos, uma ampla sequência de fatores e eventos se relacionam com as elevadas taxas de mortalidade materna nos países subdesenvolvidos, entre os quais se encontra o Brasil. Não queremos cair no lugar comum de mencionar a falta de investimento no sistema público de saúde, pois esse é obviamente um dos maiores obstáculos para a consolidação do SUS (PAIM, 2018), mas queremos analisar cientificamente os fatores que influenciam esse quadro de eventos. Podemos separar os eventos que afetam as grávidas em eventos pré e pós-hospitalares (eventos ocorridos nas fases de atenção pré-natal, parto e puerpério). Pretendemos analisar os fatores pré-hospitalares, pois esta foi a ênfase deste curso de mestrado, ou seja, fatores que possam ser investigados como correlatos à Atenção Primária em Saúde.

Nos últimos dez anos presenciamos uma forte expansão da cobertura pela Atenção Primária à Saúde (APS), no Município do Rio de Janeiro, no formato das “Clínicas de Família” ou Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta expansão se deu de forma rápida e ampla, elevando a cobertura populacional de 3% em 2007 para quase 70% em dezembro de 2017 (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; PINTO et al., 2017), o que propiciou maior acesso da população carioca à atenção básica e reorganizou a rede de saúde, desafogando as emergências públicas. Essa expansão não se caracterizou apenas pela amplitude, mas também trouxe muita qualidade aos serviços de saúde, tanto organizacional como estruturalmente, com maior valorização técnica e salarial dos profissionais médicos e de enfermagem e ampliação da carteira de serviços, disponibilizando até mesmo exames de ultrassonografia (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; PINTO et al., 2017).

Presenciamos a partir de 2008 uma grande reestruturação da saúde municipal, além do crescimento da APS. Após a implantação do Programa Cegonha Carioca, após 2011, houve melhoria nas maternidades, melhoria na rede de ambulâncias com sistema específico para o transporte das gestantes às maternidades, às quais estavam previamente referenciadas, um grande progresso em relação ao período pré-reestruturação, quando as mulheres peregrinavam em busca de um hospital que as acolhessem nas complicações e no trabalho de parto (WEBER, 2009) . Mesmo assim, o que vimos foi a permanência de índices elevados de mortalidade materna, contrariando as expectativas.

O fato é que o Município do Rio de Janeiro persiste com uma RMM cronicamente elevada. MELO e KNUPP (2008) afirmavam que em 1996 ela era de 55,3 e que teria apresentado uma única queda, para 49,7, em 1997, voltando em seguida a subir para 55,9 em 1998 e alcançando

a marca de 69,1 em 2004, mantendo-se estável até 2007. Em 2008, quando começou a nova gestão municipal, que expandiu a ESF, a RMM já havia ultrapassado a marca de 70 óbitos por 100 mil nascimentos, e desde então se manteve nesta faixa, subindo de novo para 82 óbitos por 100 mil em 2017, conforme relatório publicado pela Prefeitura *online* (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2018). Uma hipótese para tentar explicar esta taxa tão elevada foi aventada pela própria Secretaria Municipal de Saúde, no Plano Municipal de Saúde – PMS de 2014 a 2017, quando se mencionou que

o aumento dos óbitos maternos decorre da intensificação das ações de investigação epidemiológica de mais de 70% das mortes de mulheres em idade fértil, conforme rotinas estabelecidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), pelo Ministério da Saúde e implantadas pela SMS-Rio desde 2007. As investigações possibilitaram a identificação de casos que antes passariam despercebidos e o problema subdimensionado (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Tendo em vista a acelerada expansão da APS de 2008 a 2017, tornou-se contraditório a RMM ter permanecido tão elevada, pois já foi demonstrada que há relação direta entre a atenção pré-natal universal e de qualidade e a queda da mortalidade materna (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006). Este fenômeno aparentemente ilógico poder-se-ia chamar de paradoxo perinatal do Rio de Janeiro.

No intuito de investigar este fenômeno paradoxal, nosso trabalho visou analisar a mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, entre 2010 e 2019. Queríamos investigar possíveis explicações para este paradoxo: Será que, apesar da expansão da cobertura, o acesso não foi ampliado para quem mais precisava? Será que a qualidade da ESF não foi boa o suficiente? Houve melhoria na vigilância e por isso aumentou o registro de casos graves? Qual a relação entre as disparidades raciais e a mortalidade materna?

2. OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre a raça negra e a mortalidade materna no município do Rio de Janeiro entre 2010 e 2019.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever uma série histórica da Mortalidade Materna e suas características no Município do Rio de Janeiro;
- Analisar a relação entre as condições raciais e a RMM no Município do Rio de Janeiro.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 – CONCEITOS E DEFINIÇÕES

De acordo com Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID -10), a OMS define morte materna (“*maternal death*”) como “a morte de uma mulher durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais” (OMS, 1994).

Esta definição permite a identificação com base em suas causas obstétricas, que por sua vez se subdividem em diretas e indiretas. Portanto a morte materna é a morte de uma mulher:

- ✓ Que ocorre durante a gravidez até 42 dias de puerpério;
- ✓ Não tem qualquer relação com o tempo de gravidez nem ao tipo de gravidez;
- ✓ Causada por fatores relativos ao estado gestacional ou agravados por este; e
- ✓ Sem relação com causas externas (acidentes ou violência).

As mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas.

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre 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. As mortes devidas, por exemplo, a hemorragia obstétrica ou distúrbios hipertensivos da gravidez, ou aquelas devidas a complicações da anestesia ou de cesariana são classificadas como mortes maternas diretas.

Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Por exemplo, mortes devidas ao agravamento de hipertensão, doença cardíaca ou renal prévias, anemias e AIDS, são consideradas mortes maternas indiretas.

Outra definição, considerada uma alternativa à Morte Materna é a de Morte Relacionada à Gravidez (“*pregnancy-related death*”). Neste caso podemos incluir qualquer óbito ocorrido durante a gravidez, parto ou puerpério, mesmo aqueles devidos a causas acidentais ou incidentais. Esta definição alternativa permitiria a medição de óbitos ocorridos durante a gravidez, mesmo quando não estritamente ligados ao conceito de “morte materna”, nos casos onde a informação precisa da causa da morte, com base nos documentos médicos, não esteja disponível. Desta forma, nos inquéritos populacionais, os informantes podem fornecer

informação sobre o estado gestacional de uma parenta no momento da morte, mesmo que não conheçam a causa da morte.

Outras definições importantes:

Morte Materna Tardia (“*late maternal death*”) é por definição a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, após 42 dias após o parto, porém menos de 1 ano.

Morte Materna não Obstétrica – é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. EX: acidentes de transporte etc.

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil – Internacionalmente, corresponde aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade. No Brasil, a faixa etária analisada é de 10 a 49 anos.

Nascido Vivo ou Nativivo – é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e desprendida a placenta.

Óbito Fetal – é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de depois da separação, o feto não respirar nem dar outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Abortamento – É a expulsão ou extração de um produto da concepção, sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas de gestação.

3.2 – INDICADORES DA MORTALIDADE MATERNA

Razão de Mortalidade Materna (“*maternal mortality ratio*”) – Relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos (Figura 1). Frequentemente, a razão de mortalidade materna é chamada de “taxa” ou “coeficiente”. Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. O principal problema para se calcular a RMM é a dificuldade em se identificar uma causa materna como causa do óbito claramente reconhecida e registrada, especialmente em locais onde o sistema de registro vital não existe ou é falho. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão “razão”. O cálculo da razão deve ser feito

sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o seu resultado deve ser multiplicado por “K” (segundo padrão internacional adotado, $k = 100.000$).

$$\text{Razão da Mortalidade Materna} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de mortes maternas (gestantes e puérperas)}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Um exemplo do cálculo da RMM: “Em uma certa cidade, com 1000 habitantes, 11 mulheres engravidam. Uma sofre um abortamento. 10 mulheres dão à luz a 10 nativos. Uma das mulheres que pariu foi a óbito por complicações relacionadas à gravidez. A razão de mortalidade materna é 1 para 10 ou 1000 por 100.000 nascimentos” (MORSE, 2014).

Taxa de Mortalidade Materna (“*maternal mortality rate*”) – Outro tipo de cálculo, que é muitas vezes confundido com a razão de mortalidade materna. A OMS faz distinção entre os dois índices. Indica o número de mortes maternas (diretas e indiretas) em um dado período por 100.000 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) durante o mesmo período.

$$\text{Taxa de Mortalidade Materna} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de mortes maternas (gestantes e puérperas)}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres em idade fértil}} \times 100.000$$

Um exemplo do cálculo da TMM: “Em uma certa cidade, com 1000 habitantes. 500 são mulheres, e destas, 400 estão em idade reprodutiva. No último ano, 10 mulheres deram à luz a 10 nativos. Uma das mulheres morreu de complicações relacionadas à gravidez. A taxa de mortalidade materna é 1 para 400, ou 0.25%” (MORSE, 2014).

É importante mencionar que o cálculo da RMM exige um grande volume de nascimentos, o que não é possível para municípios pequenos (menos de 100.000 habitantes), cujas taxas podem flutuar muito, devido ao pequeno número de óbitos e nascimentos. Nestes casos, o recomendado é realizar a análise agregando-se vários anos ou pelo número absoluto de óbitos. Assim o Ministério da Saúde não calcula a RMM por município. Os dados por estado e região são calculados e divulgados no site do Ministério da Saúde.

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Sabemos que RMM elevada é indicativa de problemas no desenvolvimento de um país, traduzindo precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Entre estes fatores, também se inclui a raça/cor, seja de pessoas negras, latinas, asiáticas, ciganas, dependendo da região do mundo que se esteja estudando (WHO et al., 2015).

3.3 – PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

3.3.1 - MORTALIDADE MATERNA NO MUNDO

Na década de 80 surgiram os primeiros debates sobre a importância da Mortalidade Materna. A realidade da época era de poucas evidências sobre o quão grave era o problema, por conta do sub-registro nas áreas onde o problema era mais grave. A dificuldade em se mensurar a Mortalidade Materna sempre foi uma barreira para que o alerta chegasse aos gestores de saúde dos diversos países. Diversos países começaram a demandar por informações sobre o tema e em 1985 a OMS publicou primeira edição de uma planilha com dados compilados sobre as taxas de mortalidade materna de todos os países. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os principais fatos relacionados à mortalidade materna estão expostos no quadro 1:

Quadro 1. Fatos relacionados à mortalidade materna.

<ul style="list-style-type: none"> • Todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo.
<ul style="list-style-type: none"> • 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento.
<ul style="list-style-type: none"> • A mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres.
<ul style="list-style-type: none"> • Em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%.
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos.

Fonte: (OPAS BRASIL, 2018).

Em 1987 ocorreu em Nairóbi, no Quênia, uma conferência sobre “Maternidade Protegida” (“Safe Motherhood”), organizada pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e o Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais. Este foi um evento que clamou ao mundo que se buscasse uma redução de 50% da mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 1 década. Na época sabia-se que o óbito obstétrico correspondia a meio milhão de mulheres a cada ano, em todo o mundo, e que destes óbitos, 99% ocorriam nos países em desenvolvimento (MAHLER, 1987). Afirmava-se que o problema era claramente negligenciado pelos governos, pois as vítimas eram as pessoas mais fracas da sociedade: mulheres, pobres e camponesas. As raízes de tal negligência seriam originadas da discriminação contra a mulher, que se manifesta das mais diversas formas: o status legal, a baixa escolaridade, a pobreza e as carências dos sistemas de saúde e do planejamento familiar.

Ao término da conferência, o Diretor Geral da OMS, Halfdan Mahler, divulgou as estratégias a serem adotadas para o combate à mortalidade materna: pedia investimento em APS, planejamento familiar universal, melhora da alimentação das mulheres até a adolescência, uma boa assistência pré-natal com precoce diagnóstico e referenciamento dos casos de alto risco, profissionais treinados na assistência a todos os partos e acesso dos casos de alto risco aos métodos obstétricos adequados (MAHLER, 1987).

Em 1991 a OMS publicou um extenso documento (ABOU ZAHR; ROYSTON, 1991) alertando que a mortalidade materna era a principal causa de morte entre as mulheres em idade reprodutiva, na maioria dos países em desenvolvimento. Chamou a atenção para o problema da subnotificação, que tem relação direta com as áreas com piores taxas, e que a gravidade da situação seria subestimada pelas estatísticas oficiais. Tomando por base o ano de 1988, estimou-se que meio milhão de mulheres morriam anualmente por causas obstétricas, “a maioria por causas preveníveis, como abortamento inseguro ou assistência obstétrica inadequada”. Neste documento, a América do Sul apresentava uma taxa média de 220 mortes por 100 mil nascimentos, em comparação aos países desenvolvidos (26 mortes).

O Brasil foi apresentado neste documento com dados obtidos de fontes muito variadas, como registro civil, dados da comunidade e dados hospitalares, a partir de diversas instituições, como Nações Unidas, Governo Federal, algumas Capitais e maternidades municipais, de 1970 a 1987. Isso mostra como o registro do óbito materno era desorganizado e subvalorizado

Por volta de 1983 contraste entre os países desenvolvidos (RMM de 30) e os subdesenvolvidos (RMM de 450) era alarmante. A África apresentava uma extrema RMM de 640, enquanto na América do Sul tropical a RMM era de 310. A RMM mundial era de 390.

Apesar da disparidade dos números, é importante mencionar que as baixas taxas de mortalidade materna nos países ricos são de fato relativamente recentes. A história nos mostra que na primeira metade do século XX, o risco de uma mulher morrer na gravidez e no parto era tão alto como é em nosso tempo nos países africanos. Em 1920, por exemplo, os Estados Unidos tinham uma RMM de 799 por 100.000 nascimentos e em 1950 a taxa ainda era de 83 (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, 1954). A RMM da Inglaterra e País de Gales, por exemplo, permaneceu acima de 400 óbitos por 100 mil nascimentos até 1935, quando as taxas declinaram verticalmente até 1946, coincidindo com avanços nas técnicas obstétricas, com o surgimento dos antibióticos, das transfusões sanguíneas e do manejo dos distúrbios hipertensivos da gravidez. É chocante constatar que o Brasil do século XXI apresenta os mesmos valores de RMM que os Estados Unidos apresentavam há 70 anos, na metade do século XX.

As tendências de queda da MM se confirmaram em quase todos os países do hemisfério norte. Quanto aos países em desenvolvimento, a tendência foi de manutenção de taxas elevadas de MM, com algumas exceções, como naqueles com taxas de aproximadamente 100 óbitos por 100 mil nascimentos (tabela 1).

Tabela 1. Estimativa da Mortalidade Materna (por volta de 1983).

Algumas Regiões da ONU	Nascidos Vivos (milhões)	RMM	Óbitos maternos (milhares)
MUNDO	128,3	390	500
Países desenvolvidos	18,2	30	6
Países em desenvolvimento	110,1	450	494
ÁFRICA	23,4	640	150
Norte da África	4,8	500	24
África Ocidental	7,6	700	54
África do Sul	1,4	570	8
ÁSIA	73,9	420	308
Sul da Ásia	35,6	650	230
Lesta da África	21,8	55	12
AMÉRICA LATINA	12,6	270	34
América Central	3,7	240	9
América do Sul Tropical	7,1	310	22
América do Sul Temperada	0,9	110	1
OCEANIA	0,2	-	2

Fonte: Extraído de WHO, 1991.

A tabela 2 apresenta as mudanças na mortalidade materna nos EUA, Japão e sete países europeus, no intervalo de dez anos, entre 1965 e 1975, confirmando a tendência de queda nos países desenvolvidos. É importante destacar o caso da Romênia, onde vemos as taxas com e sem a contagem das mortes por aborto, mostrando que os casos de aborto inseguro aumentaram neste país, influenciando negativamente nos cálculos.

Um novo ponto de vista do problema é o cálculo do risco de morte de uma mulher grávida, comparando-se um país em desenvolvimento com um país rico: O relatório comparava, por exemplo, o risco de óbito de uma mulher grávida em um país com RMM de 700 (caso da África), que seria de uma para cada 140 gestantes, enquanto na Escandinávia este risco seria de uma para cada 25.000 gestantes. Uma disparidade brutal, contrastando a pobreza com a riqueza, o vilipêndio contra a dignidade.

Após a divulgação dos números alarmantes da mortalidade materna pelo mundo na década de 80 e a Conferência de Nairóbi em 1987, a OMS clamou aos países que fizessem esforços para reduzir a mortalidade materna em 50% até o ano 2000, o que corresponderia a uma previsão de uma RMM de 195 para o mundo e de 70 para o Brasil.

Tabela 2. Mudanças na mortalidade materna em alguns países.

PAÍS	1965	1975	Mudança	Última medição
EUA	32	13	-59%	8 (1988)
França	23	20	-13%	9 (1988)
Alemanha Ocidental	69	40	-42%	5 (1989)
Checoslováquia	35	18	-49%	10 (1989)
Grécia	46	19	-59%	5 (1987)
Portugal	85	43	-48%	10 (1989)
Japão	88	29	-67%	11 (1989)
Romênia	86	121	+41%	149 (1984)
Romênia (sem contar abortos)	65	31	-52%	21 (1984)

Fonte: Extraído de WHO, 1991.

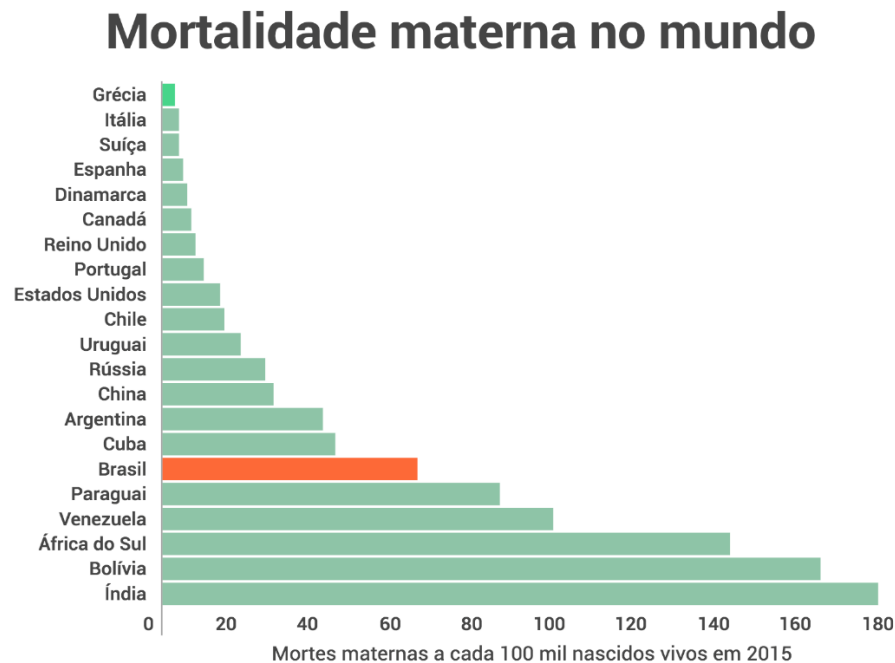
A ONU promoveu, em setembro de 2000, a Assembleia do Milênio, na qual estiveram presentes 191 delegações, 147 delas lideradas por suas autoridades de mais alto escalão. A partir do debate, foi publicada a Declaração do Milênio, com metas a serem alcançadas até o ano 2015. Dentre os oito objetivos gerais, melhorar a saúde materna foi o quinto objetivo. Os líderes diplomáticos se comprometeram a reduzir a mortalidade maternas em 75%.

Em 2015, a ONU divulgou um relatório sobre os Objetivos do Milênio, afirmando que os 15 anos de esforços para alcançar os oito objetivos estabelecidos na Declaração do Milênio, em 2000, foram bem-sucedidos em todo o mundo, embora existam deficiências. Os dados e análise apresentados no relatório mostram que, com intervenções específicas, estratégias sólidas, recursos adequados e vontade política, até mesmo os países mais pobres fizeram progressos. Quanto à 5ª. meta, para melhorias na saúde materna, foi constatada que a RMM caiu no mundo, de 380 em 1990 para 210 em 2013, uma queda de 45% (UNITED NATIONS, 2015). No gráfico 1 vemos a RMM de 21 países em 2015.

Após a divulgação do relatório, a ONU divulgou uma nova agenda para 2030, agora com 17 metas, chamada de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Quanto a mortalidade materna,

os países membros se comprometeram a acelerar os progressos alcançados até o momento, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030, com a meta de reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ONU, 2015a). O Brasil pactuou alcançar a meta de 30 óbitos por 100 mil nascimentos.

Gráfico 1. RMM em 21 países no ano de 2015.



Fontes: OMS (Organização Mundial da Saúde) e Cepal (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe)

Infogram

Fonte: OMS e CEPAL – Copiado de Leda Antunes – Infogram, 2018.

3.3.2 – MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Em 1988, o Brasil iniciava o período de redemocratização, com a promulgação da nova Constituição, e com ela fundou-se o SUS (PAIM, 2018). Nesta época os dados disponíveis sobre a mortalidade materna eram muito imprecisos e poucos trabalhos científicos abordavam o tema. Segundo Laurenti, é destaque o fato de que os índices de mortalidade infantil vinham declinando, mas isso não se observava quanto à mortalidade materna. Caso, por exemplo do Município de São Paulo, que no período de 1962-1964 apresentava mortalidade infantil em torno de 65 óbitos por 1000 nascimentos, enquanto a mortalidade materna era de 87 óbitos por 100.000 nascimentos. Já em 1986, a mortalidade infantil havia caído para 38,9, enquanto a mortalidade materna havia subido para 99 (LAURENTI, 1988).

O documento da OMS de 1991 apresenta dados do Brasil a partir de fontes as mais variadas, classificadas com Estudos Comunitários, Estudos Hospitalares, Dados Governamentais –

Estimativas e Dados de Registros Cíveis. O Brasil era considerado um país onde as taxas de mortalidade materna não eram confiáveis, pela desorganização do sistema de informação de óbitos. Os registros obtidos apresentavam evidentes disparidades, como podemos ver na tabela 3 (ABOU ZAHR; ROYSTON, 1991).

De 1987 a 1996, a RMM manteve-se estável. Em 1996, houve a inclusão na Declaração de Óbito (DO) de uma variante que permite identificar as mulheres grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto (morte materna tardia). Nesse período, o MS investiu na implantação de Comitês Estaduais de Morte Materna.

Tabela 3. Principais estudos e estimativas da RMM no Brasil e Regiões, entre 1970 e 1990.

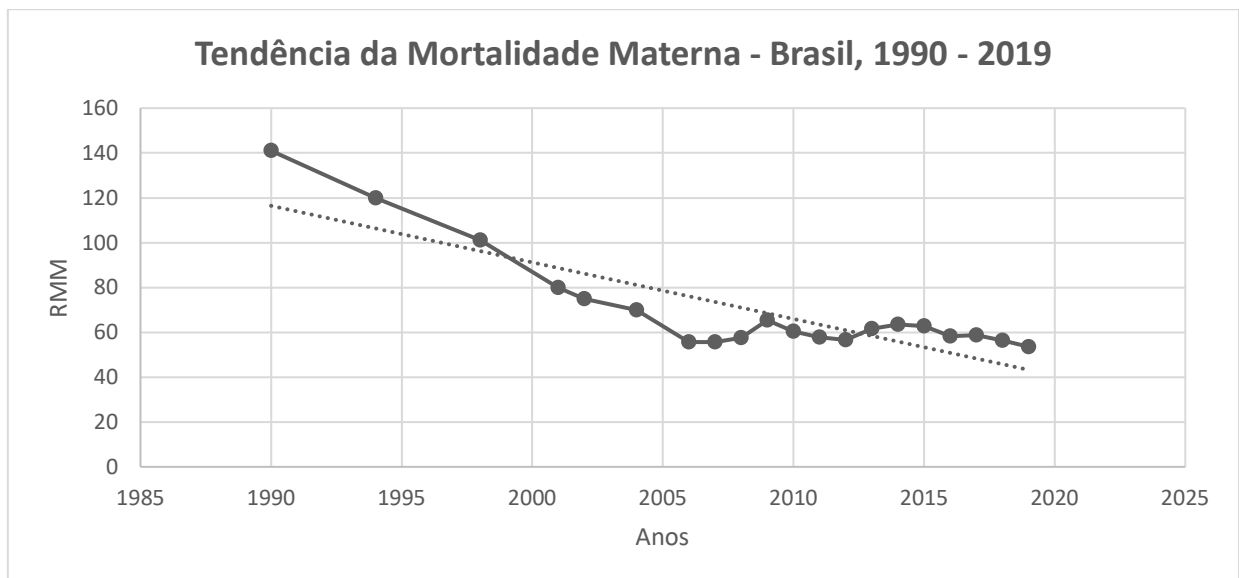
FONTES	LOCAL	ANO	RMM
Estudo Comunitário	Município de São Paulo	1986	97
Estudo Hospitalar	Hospital Municipal Miguel Couto Rio de Janeiro	1978 – 1987	177
Estudo Hospitalar	Hospital Municipal Salgado Filho Rio de Janeiro	1977 – 1983	194
Estudo Hospitalar	Maternidades de Florianópolis	1975 – 1979	101
Estudo Hospitalar	Maternidade N. S. de Lourdes Goiânia	1970 – 1978	180
Estudo Hospitalar	Hospital Geral de Goiânia (INAMPS)	1975 – 1983	311
Estudo Hospitalar	37 Hospitais do Estado do RJ (SESP)	1979 – 1981	245
Estimativa do Governo Federal	Nacional e Regiões	1984	Nacional = 152 Norte = 344 Nordeste = 193 Centro-Oeste = 151 Sudeste = 100 Sul = 106
Registros Cíveis	Nacional	1987	140
Estudo dos Registros Cíveis Com Correção Para Subnotificação	Nacional	1990	200

Fonte: Extraído de WHO, 1991.

Em 1997 – 1998, aumentou a razão de mortalidade materna, principalmente, devido a causas obstétricas indiretas, óbitos de difícil registro, sugerindo uma melhoria desse dado (BRASIL, 2003). Já entre 1999 a 2001, a queda da mortalidade materna pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Após a divulgação dos Objetivos do Milênio pela ONU, aumentou a pressão da sociedade brasileira sobre os governantes. A mídia passou a divulgar mais o tema e despertou a atenção da população. Entre

1990 a 2001 a queda da RMM foi significativa, caindo de 141 para 80 (percentual de 43%). Entre 2001 e 2015, a tendência de queda persistiu, porém com um percentual menor (21,5%). e entre 2015 e 2019 a RMM foi de 62,8 para 53,67. Uma redução de apenas 14,5%, mudando a tendência de queda para uma estagnação (gráfico 2). Essa estagnação impediu que o Brasil alcançasse a meta pactuada com a ONU de reduzir $\frac{3}{4}$ da RMM entre 2000 e 2015. Agora a nova meta pactuada é reduzir a RMM para 30 óbitos maternos por 100.000 nascimentos, em 2030.

Gráfico 2. Tendência da Mortalidade Materna no Brasil – 1990 a 2019.



Fonte: Do autor, a partir de dados obtidos do DATASUS, 2020.

Segundo (SOUZA, 2013), os países vem evoluindo de um padrão secular de elevada mortalidade materna, para um padrão desenvolvido de baixa mortalidade materna. Esse fenômeno é chamado de “transição obstétrica” e essa transição apresenta 5 estágios, resumidos no quadro 2. Como podemos deduzir, o Brasil permanece no estágio III e se chegar alcançar a RMM de 30 em 2030, terá chegado ao estágio IV.

As dificuldades que o Brasil encontra para conseguir realizar a transição para o quinto estágio são imensas: Rede de maternidades com diversas falhas estruturais, como p.ex.: 1) somente 15% das maternidades públicas possuem Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (BITTENCOURT et al., 2016); 2) a literatura mostra que maternidades de referência deveriam distar até 20 Km das gestantes e que pequenas maternidades costumam apresentar piores desfechos, mas muitas maternidades brasileiras não respeitam estas regras (PACAGNELLA et al., 2018); 3) o estudo Nascer no Brasil mostrou que 10 a 24% das maternidades de baixo risco são inadequadas, quanto à estrutura física, aos serviços de apoio, e aos recursos humanos, para

oferecer um cuidado de qualidade (BITTENCOURT et al., 2016); 4) um estudo mostrou que os médicos obstetras brasileiros não sabiam usar o sulfato de magnésio, droga essencial no tratamento das emergências hipertensivas da gravidez, que estão entre as causas mais comuns de óbito materno no Brasil (LOTUFO et al., 2017).

Quadro 2. Estágios da transição obstétrica.

<ul style="list-style-type: none"> • Estágio I (Razão de Morte Materna >1.000 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a maioria das mulheres experimentam uma situação próxima da história natural da gravidez e do parto. A Fase I é caracterizada pela mortalidade materna muito alta, com alta fertilidade e a predominância de causas diretas de mortalidade materna, juntamente com uma grande proporção de mortes atribuíveis a doenças transmissíveis, como a malária. A maior parte das mulheres não recebe assistência obstétrica profissional ou não têm acesso a estabelecimentos de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Estágio II (Razão de Morte Materna: 999-300 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a mortalidade e fertilidade permanecem muito elevadas, com um padrão de causas similar ao Estágio I., no entanto, uma maior proporção de mulheres começam a procurar e receber atendimento nas unidades de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Estágio III (Razão de Morte Materna: 299-50 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a fertilidade é variável e as causas diretas de mortalidade ainda predominam. Esta é uma fase complexa porque o acesso continua a ser um problema para uma grande parte da população, mas como uma maior proporção de mulheres grávidas chega aos serviços de saúde, a qualidade de atendimento torna-se um dos principais determinantes dos resultados de saúde, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde sobrecarregados. Além da prevenção primária, a prevenção secundária e a terciária são fundamentais para melhorar os resultados de saúde materna neste estágio. Em outras palavras, a qualidade dos cuidados, com atendimento especializado do nascimento e manejo adequado de complicações, é essencial para reduzir a mortalidade materna.
<ul style="list-style-type: none"> • Estágio IV (MMR <50 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a mortalidade materna é baixa, há baixa fertilidade e causas indiretas de mortalidade materna; em particular, as doenças crônico-degenerativas adquirem maior importância. Um aspecto que emerge nesta fase é o papel cada vez maior da medicalização como uma ameaça à qualidade e a melhores resultados de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Estágio V (todas as mortes maternas evitáveis são de fato evitadas; razão de morte materna <5 mortes maternas/100.000 nascidos vivos). A mortalidade materna é muito baixa, a taxa de fertilidade é baixa ou muito baixa e as causas obstétricas indiretas associadas às doenças crônico-degenerativas são as principais causas de mortalidade materna. Os principais desafios deste estágio são a consolidação de avanços contra a violência estrutural (por exemplo, a desigualdade de gênero), manejo efetivo das populações vulneráveis (por exemplo, pessoas imigrantes, refugiadas e deslocadas no próprio país) e a sustentabilidade da excelência na qualidade do atendimento.

Fonte: Souza, 2013.

3.3.3 – MORTALIDADE MATERNA NO RIO DE JANEIRO

Em 1994, Silva (SILVA, 1994), em sua dissertação de mestrado em saúde pública, estudou o perfil epidemiológico da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro de 1960 a 1990 onde demonstrou que a RMM era de 180,14 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1960 e caiu para 52,41 em 1990, ou seja, uma redução de 70%. Também demonstrou que a pré-eclâmpsia / eclâmpsia assumiu a primeira causa de morte materna. A área de planejamento com menor RMM foi a 2 (zona sul) e a de pior foi a 1 (centro), provavelmente por “invasão” de óbitos de outras regiões e municípios.

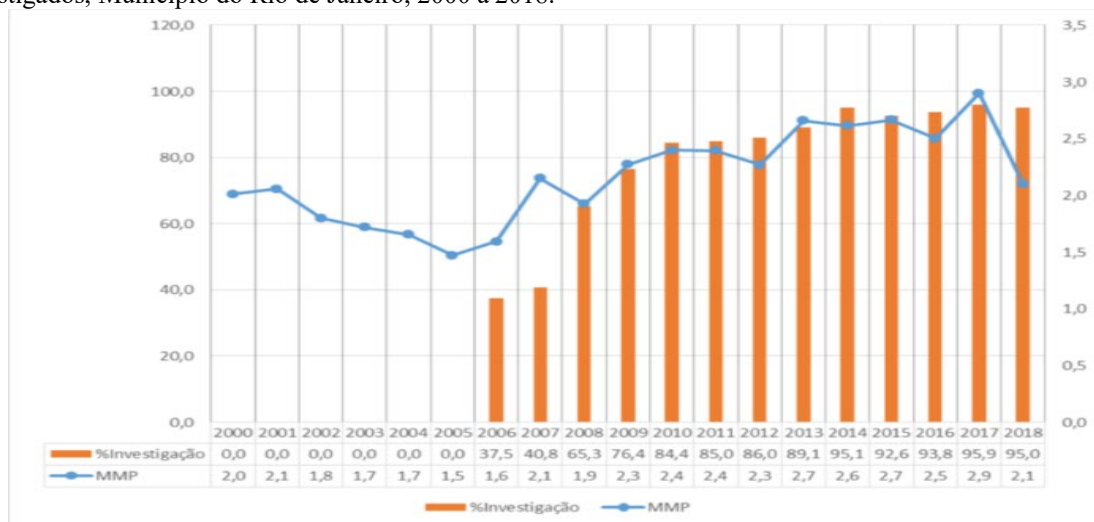
Em 1999, Theme-Filha et al (THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999) publicaram um artigo sobre a pesquisa da Mortalidade Materna no Rio de Janeiro, de 1993 a 1996. Foi um estudo ecológico com o objetivo de conhecer melhor o perfil da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, foram analisados os óbitos maternos de mulheres residentes na cidade no período de 1993 a 1996, com base nas informações contidas nas Declarações de Óbito. A RMM calculada foi de 74,3 em 1993 e 55,3 em 1996.

Melo e Knupp (2008) publicaram um estudo descritivo, de base populacional, que analisou as declarações de óbito das mulheres de 10 a 49 anos no Município do Rio de Janeiro, entre 1996 e 2004. As conclusões foram de que a RMM permanecia alta no município, e que dois aglomerados se destacavam na distribuição espacial dos óbitos maternos: a Zona Oeste, que apresentava uma RMM muito alta, e a Leopoldina com RMM alta. Os valores da RMM municipal variaram de 55,37 (1996) a 69,13 (2004), apresentando um crescimento de 24,85%. Porém, os autores afirmam que “não foram observadas diferenças na distribuição dos óbitos maternos em relação à raça/etnia”, indo de encontro aos trabalhos dos outros autores já mencionados, embora esta tenha sido a primeira pesquisa que analisava o problema no município do Rio de Janeiro pela variável raça/cor. Infelizmente, esta pesquisa apresenta como limitação o fato de os autores não apresentarem tabelas com os valores que embasaram a pesquisa, mas apenas gráficos.

Domingues et al (2012) publicaram um estudo transversal com gestantes atendidas em unidades de saúde da rede SUS do Município do Rio de Janeiro, realizado no período de novembro de 2007 a julho de 2008, através de entrevistas com as gestantes e análise dos cartões de pré-natal. O objetivo era avaliar a adequação do pré-natal na rede pública do Rio de Janeiro, segundo práticas consideradas benéficas para os desfechos perinatais contidas nas recomendações do PHPN e nos manuais técnicos do Ministério da Saúde. Os resultados comprovaram a ocorrência de inúmeras falhas, resultando numa adequação muito baixa da assistência, principalmente das gestantes a termo.

Em 2008, quando começou a nova gestão municipal que expandiu a ESF, a RMM já havia ultrapassado a marca de 70 óbitos por 100 mil nascimentos, e desde então se manteve nesta faixa, subindo de novo para 82 óbitos por 100 mil em 2017, conforme relatório publicado pela Prefeitura *online* (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2018). Uma hipótese para tentar explicar esta taxa tão elevada foi aventada pela própria Secretaria Municipal de Saúde, no Plano Municipal de Saúde – PMS de 2014 a 2017, que seria o aumento percentual da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil pelos Comitês de Investigação de Óbitos Maternos e Infantis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013). Acreditamos ser factível que o principal fator associado ao aumento da RMM no Rio de Janeiro nos últimos anos seja a melhoria na qualidade da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, que chegou a 95% em 2018, como vemos no gráfico 3. Se fizermos um cálculo rápido com base no fator de correção que a OMS considera para o Brasil, que é de 1,40, com um acréscimo de 40% sobre RMM de 2008 teríamos um aumento de 60 para 84, que seria similar à RMM de 2017. Isso responderia pelo aumento da RMM, mas não esclareceria o porquê de não ter diminuído.

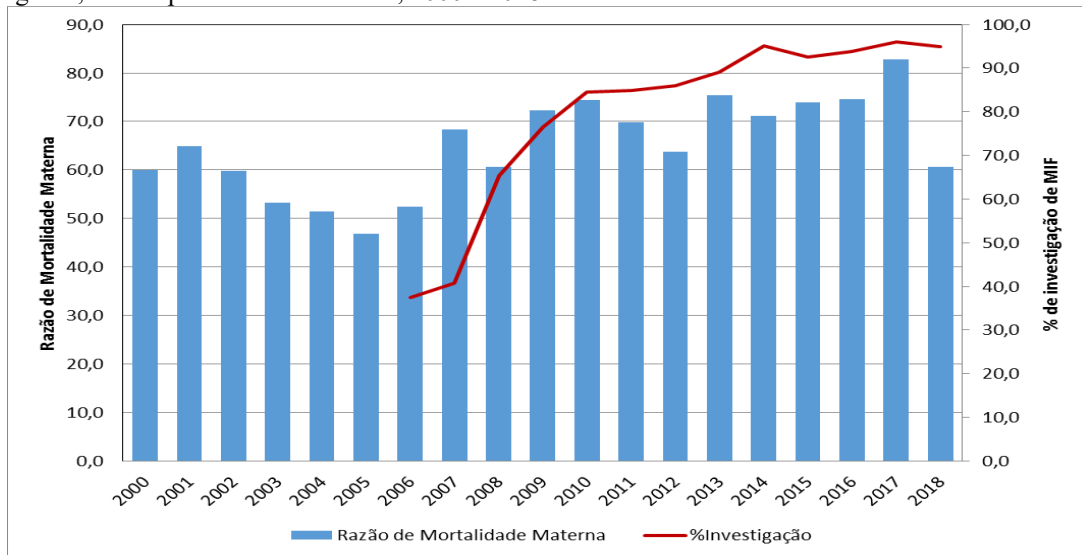
Gráfico 3. Mortalidade Materna Proporcional e Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil investigados, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2018.



Fonte: SMS do Rio de Janeiro, 2019

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro divulgou ainda outro gráfico, que enfatiza os resultados da RMM de 2000 a 2018 (gráfico 4), onde vemos, por outra perspectiva, os mesmos resultados, que indicam, nas barras, a RMM por cada ano, enquanto a linha representa o percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil.

Gráfico 4. Razão de Mortalidade Materna e Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil investigados, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2018.



Fonte: SMS do Rio de Janeiro.

3.4 – FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é um fenômeno complexo, e a discussão sobre as suas causas nos faz lembrar que o conceito de causa em epidemiologia é muito controverso. A “causa de uma doença ou agravo à saúde é um evento, condição, característica ou uma combinação desses fatores que desempenham um papel importante no desenvolvimento de um desfecho em saúde” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). A morte materna tem efetivamente uma causalidade multifatorial, que tentamos representar no mapa conceitual, criado para representar o problema a ser investigado (figura 4).

Os fatores causais de complicações que interferem no desfecho da gravidez vão desde o baixo nível socioeconômico da mulher, passando por disparidades raciais, até inadequações do pré-natal, parto e puerpério.

Diversas são as hipóteses levantadas para explicar as elevadas taxas de mortalidade materna no Brasil, mesmo com os avanços na APS e melhorias estruturais das maternidades. DINIZ (2009) cita como exemplo: falta de adesão aos protocolos baseados em evidências para o manejo de gravidezes de alto risco; elevadas taxas de cesarianas, com “precipitação do término da gravidez”; uso abusivo de drogas com potencial iatrogênico, como a ocitocina; infecções e o stress, especialmente entre as mulheres mais pobres.

Afirma-se que 95% dos óbitos maternos são por causas evitáveis (MARTINS; SILVA, 2018). Portanto é inteiramente possível uma mudança de cenário, com vontade política e união entre os diversos setores da sociedade.

Podemos classificar os fatores causais da mortalidade materna em quatro grupos, conforme o quadro 3:

Quadro 3. Fatores causais da mortalidade materna.

<p>Fatores predisponentes – Idade materna (menos de 15 e mais de 35 anos), fatores genéticos da mãe (p.ex. anemia falciforme), doenças preexistentes (Hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus etc.) e história gestacional pregressa (pré-eclâmpsia, abortamentos espontâneos, distócias etc.);</p>
<p>Fatores incapacitantes – Determinantes sociais, como pobreza, cor negra, dieta insuficiente, condições inadequadas de moradia e falta de acesso ao serviço médico, ou atendimento médico inadequado;</p>
<p>Fatores precipitantes – Exposição ao tabaco, álcool, drogas ilícitas; malária, tuberculose, gripe, dengue, zica e outras infecções transmissíveis; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; abortamentos inseguros.</p>
<p>Fatores reforçadores – Exposição repetida, condições ambientais e de trabalho inadequadas, podem precipitar ou agravar uma condição preexistente. P.ex.: procedimentos médicos tardios ou inadequados como a imediata hemostasia em um caso de hemorragia por placenta acreta; os casos de cesarianas sem indicação obstétrica, que evoluem para uma sepse puerperal.</p>

Fonte: (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

3.4.1 – AS PRINCIPAIS PATOLOGIAS QUE LEVAM AO ÓBITO MATERNO

A mortalidade materna resulta de complicações médicas que podem ocorrer durante a gravidez, no parto e após o parto. A maioria das complicações ocorre durante a gestação e são consideradas evitáveis em cerca de 95% dos casos, visto que as soluções de cuidados de saúde para prevenir ou administrar complicações são bem conhecidas.

As principais complicações, que representam quase 75% de todas as mortes maternas, são:

- Hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) – A pré-eclâmpsia deve ser detectada e adequadamente tratada antes do início das convulsões (eclâmpsia) e outras complicações potencialmente fatais. Administrar drogas como sulfato de magnésio a pacientes com pré-eclâmpsia pode diminuir o risco de eclâmpsia;
- Hemorragias graves (principalmente após o parto) – A hemorragia grave após o nascimento pode matar uma mulher saudável em poucas horas caso ela não seja atendida oportunamente. O uso de oxitocina logo após o parto é uma medida eficaz que previne até 60 % dos casos de hemorragia puerperal;
- Infecções (normalmente puerperais) – A infecção após o parto pode ser eliminada se uma boa higiene for praticada e se seus primeiros sinais forem reconhecidos e tratados em tempo oportuno.
- Complicações no parto – As mulheres devem ser atendidas por um profissional de saúde qualificado durante o parto e receberem atendimento após o parto. Segundo a OMS, milhões de

nascimentos não são acompanhados por profissionais qualificados para atenção ao parto e ao nascimento;

- Abortos inseguros – Segundo a OMS, é vital prevenir gestações indesejadas e precoces. Todas as mulheres, incluindo adolescentes, precisam ter acesso a métodos contraceptivos e aos serviços que realizem abortos seguros na medida em que a legislação permita e uma atenção de qualidade após o aborto.

As demais complicações maternas estão associadas a doenças prévias, que podem se agravar durante a gestação, quando não devidamente acompanhadas, e a infecções como malária, dengue, influenza, ou portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), durante a gravidez.

Uma meta-análise sobre as causas de morte materna no mundo apontou que quase 73% das mortes eram devidas a causas diretas e 27,5 % a causas indiretas. A maior causa de morte materna foram as hemorragias (27,1%) e mais de 2/3 delas eram de hemorragias pós-parto; em segundo lugar ficou a hipertensão (14 %); em terceiro lugar a sepse (10,7 %); em quarto lugar o abortamento (7,9 %); e tromboembolismo e outras causas diretas corresponderam a 12,8% (complicações no trabalho de parto e distócias, principalmente). As principais causas variam conforme as regiões do planeta: na África as infecções lideram, seguindo-se a AIDS (causa indireta). No Brasil as causas que lideram são as hemorragias e a hipertensão (SAY et al., 2014).

3.4.2 - FATORES INCAPACITANTES E REFORÇADORES

3.4.2.1 - CESARIANAS

O parto cirúrgico ou parto cesáreo, ou ainda cesariana, passou a ser assim chamado porque no Direito Romano (*Lex Ceasarea* ou Lei Imperial), desde 715 A.C., era obrigatório abrir a barriga da mulher que morresse no parto e que tivesse alcançado 10 meses de gravidez, de forma a tentar salvar a vida do feto. Isso ocorria porque havia um tabu de que uma mulher não deveria ser enterrada grávida. Há evidências indiretas de que a primeira cesariana de sucesso ocorreu em Praga, República Tcheca, em 1337. A mulher era Beatrice de Bourbon, segunda esposa do Rei da Boêmia João de Luxemburgo. Beatriz deu à luz a Wenceslau I, depois Duque de Luxemburgo.

Cesáreas são procedimentos cirúrgicos de inegável importância, quando seguem indicações médicas precisas, capazes de salvar vidas. As taxas de cesarianas aumentaram significativamente no mundo nas últimas décadas. Alguns autores chegaram a afirmar que havia uma “epidemia de cesarianas” no Brasil. Barros et al. (2005) analisaram os partos na Coorte de Pelotas em três períodos diferentes: 1982, 1993 e 2004. Chegaram à conclusão de que as taxas

de cesarianas subiram de 28 para 43% entre 1982 e 2004, mas o alarmante é que em 2004 as taxas eram de 82% de cesarianas na rede privada. Em 2014, Leal et al (LEAL et al., 2014) analisaram dados da Pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizado em 2011/2012, com entrevistas de 23.894 mulheres. Os resultados indicaram que a cesariana foi realizada em 45,5% em mulheres de risco obstétrico habitual, confirmando que o modelo de atenção obstétrica do Brasil é extremamente intervencionista.

Quando a cesariana é realizada em mulheres de risco obstétrico habitual, ela deixa de ser um procedimento baseado evidências, pois as pesquisas mostram que a cesariana aumenta o risco de morte materna. Em uma revisão sistemática recente, os resultados comprovaram que as mulheres submetidas a cesarianas possuem maior risco de infecção puerperal e um risco 3 vezes maior de morte materna (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

3.4.2.2 - ABORTAMENTO

Para abordar a questão do abortamento, precisamos avaliar as fontes com muito critério, de forma independente e científica, visto que o tema está envolto em discussões religiosas, ideológicas e políticas. O contexto de estudo da magnitude do abortamento é paradoxal, já que envolve uma questão penal, pois o aborto é um crime e as mulheres são penalizadas por sua prática, enquanto é uma questão de saúde pública pertinente à morbimortalidade materna. Outras dificuldades para o seu estudo são o preconceito da sociedade sobre o tema e a ausência do direito ao sigilo no exercício da pesquisa no Brasil ((DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Algumas pesquisas refletem a opinião de grupos feministas, que fazem *lobby* pela descriminalização do aborto no Brasil desde a década de 90, após a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS. Elas afirmam que a magnitude do aborto no Brasil é da ordem de 1 milhão de casos por ano (CORREA; FREITAS, 1997; ADESSE; MONTEIRO, 2006). Estes estudos usam estimativas de aborto baseadas em técnicas indiretas. Todavia, estimativas desse tipo dependem de um parâmetro – a razão de internações por aborto – que neste caso foi estabelecido assumindo-se que 20% dos abortos resultaram em internação registrada, ou seja, que a cada 5 abortamentos, um resultou em internação pelo SUS.

Por outro lado, a OMS afirma que 8% da mortalidade materna é atribuível ao abortamento inseguro (ONU, 2015b). Em 2013, 1.567 mil mulheres morreram no Brasil por complicações na gravidez, parto e puerpério, segundo dados do Ministério da Saúde. Portanto, destas 1567 mortes, 125 poderiam ser atribuídas, por estimativa, ao abortamento inseguro.

Duas importantes pesquisas sobre o aborto foram as Pesquisas Nacionais de Aborto (PNA), realizadas em 2010 e 2016, nas quais se realizou um levantamento domiciliar com mulheres de

18 a 39 anos, com uma amostra representativa do Brasil urbano. Os resultados alcançados foram os seguintes:

- 15% das mulheres relataram ter realizado aborto alguma vez na vida;
- A proporção de mulheres que fizeram aborto cresce com a idade (6% entre 18 e 19 anos e 22% entre 35 e 39 anos);
- Significa que mais de um quinto das mulheres do Brasil urbano fez aborto na vida;
- O aborto é mais frequente entre mulheres de escolaridade muito baixa;
- Metade das mulheres utilizou algum medicamento para abortar. Isso significa, se for real, que os níveis de segurança do aborto não hospitalar no Brasil devem ser hoje superiores do que nas décadas passadas;
- Cerca de metade das mulheres que fizeram aborto recorreram ao sistema de saúde e foram internadas por complicações relacionadas ao aborto, o que corresponde a 8% das mulheres entrevistadas (DINIZ; MEDEIROS, 2010; DINIZ et al., 2017).

Portanto, se nos basearmos nos dados do DATASUS, em 2013 tivemos 206.270 internações por abortamento no SUS e em 2019 houve 195.665 internações, mostrando que o abortamento está em queda no Brasil (menos 5,14% em 6 anos).

Deste número total, cerca de 25% seriam de aborto provocado, ou um quarto dos casos, o que resultaria em 48.916 casos de internações por aborto provocado em 2019. Se para cada internação há outro caso que não buscou o SUS, teríamos um total de 97.832 casos de abortamento provocado no Brasil em 2019. Esta seria uma estimativa bem razoável da magnitude do aborto provocado em nossos dias.

Quanto à mortalidade, em 2019 tivemos um total de 64 óbitos maternos por abortamento. Os casos de “outras gravidezes que terminam em aborto” foram 37 no total nacional. Isso nos leva a deduzir que o abortamento não pode ser considerado “um grave problema de saúde pública e de justiça social”, como alguns autores chegam declarar (ADESSE; MONTEIRO, 2006).

3.4.2.3 - MODELO DAS TRÊS DEMORAS

Em 1994, duas pesquisadoras americanas, Sereen Thadeus e Debora Maine (THADDEUS; MAINE, 1994), trabalhando para melhorar a prevenção das mortes maternas na África, através do Programa de Prevenção à Mortalidade Materna, da *Columbia University*, em Gana, Serra Leoa e Nigéria, após uma profunda revisão de ampla literatura científica sobre mortalidade materna e por ilações intuitivas, desenvolveram o “Modelo das Três Demoras”. Com foco no

intervalo entre o início de uma complicação obstétrica até o seu desfecho, elas identificaram um padrão de obstáculos para que a gestante alcance o serviço obstétrico em tempo adequado para seu desfecho positivo. O modelo consiste em três fases de demoras ou atrasos:

1. Primeira demora – Demora em decidir procurar atendimento, pela gestante, pela família, ou ambos. Vários fatores e atores influenciam esta decisão: a própria mulher, o cônjuge, os parentes, a família; o estado clínico da mulher; as características da doença; a distância para o serviço de saúde; a questão financeira; as experiências anteriores com o sistema de saúde; e a percepção da qualidade do cuidado.
2. Segunda demora – Demora em chegar à unidade de saúde adequada. Podemos citar alguns fatores que influenciam a acessibilidade, como fatores físicos (serviços de transporte disponíveis, tempo dispendido entre a residência e o destino, custo do transporte e as condições das vias).
3. Terceira demora – Demora em receber o adequado cuidado no hospital. São fatores relevantes a ineficiência do sistema de referência, a falta de suprimentos ou equipamentos médicos adequados, a falta de pessoal treinado e a competência dos profissionais que atuam.

No Brasil, a mortalidade materna está diretamente associada à segunda e terceira demoras, ou seja, à demora no transporte da gestante para uma unidade de maior complexidade e à demora das unidades de saúde em ministrar o tratamento adequado (PACAGNELLA et al., 2018).

3.4.2.4 - FATORES SOCIOECONÔMICOS

Os estudos sobre a mortalidade materna evidenciam consensualmente que as mais acometidas são as mulheres de menor renda e de menor escolaridade (WHO et al., 2015; OPAS BRASIL, 2018). A OMS associa categoricamente a mortalidade materna ao subdesenvolvimento, mencionando alguns fatos alarmantes:

- 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento;
- A mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres.
- Reflete desigualdades no acesso aos serviços de saúde e destaca a lacuna entre ricos e pobres;

- Mais da metade delas ocorre na África Subsaariana e quase um terço no sul da Ásia;
- Mais da metade das mortes maternas ocorrem em ambientes frágeis e em contextos de crises humanitárias;
- A taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 2015 é de 239 por 100 mil nascidos vivos versus 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos;
- Existem grandes disparidades entre os países e dentro dos países, entre mulheres com baixas e altas rendas e entre a população rural e a população urbana;
- O risco de morte materna – ou seja, a probabilidade de uma mulher com até 15 anos morrer por uma causa materna – é de 1 em 4,9 mil nos países desenvolvidos, contra 1 em 180 nos países em desenvolvimento;
- Em países designados como estados frágeis, o risco é de 1 em 54, o que demonstra as consequências de um colapso nos sistemas de saúde;
- As mulheres pobres em áreas remotas são as menos propensas a receberem cuidados de saúde adequados. Isso é especialmente verdadeiro para regiões com baixo número de profissionais de saúde qualificados, como a África Subsaariana e o sul da Ásia;
- Em 2015, apenas 40% de todas as mulheres grávidas em países de baixa renda tiveram o número de consultas de pré-natal recomendadas;

Estes dados podem ser obtidos na Folha Informativa da OPAS, de agosto de 2018 (OPAS BRASIL, 2018)

3.4.2.5 - DISPARIDADES RACIAIS

A raça/cor influencia o desfecho materno, como demonstraram diversas pesquisas nacionais (MARTINS; TANAKA, 2000; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; VOLOCHKO; VIDAL, 2010; CHOR, 2013; WERNECK, 2016; SANTOS et al., 2017). Mas este não é um fenômeno exclusivamente brasileiro. É extensa a literatura científica norte-americana, com destaque para as disparidades raciais entre as mulheres afro-americanas, mas também entre as latinas, asiáticas e indígenas. As pesquisas mencionam como principais fatores associados a estas disparidades as questões socioeconômicas, como a discriminação habitacional - bairros mais pobres têm menos unidades de saúde, têm renda per capita mais baixa, têm menos segurança, piores taxas de acesso a saneamento básico e têm mais mulheres de cor negra. Estas pesquisas norte-americanas mencionam ainda a questão do racismo como um fator relacionado às disparidades maternas. O racismo se apresenta principalmente na forma institucional, que poderíamos explicar, em poucas palavras, como a falta de vontade política dos governantes em investir os

recursos necessários para reduzir as deficiências sociais, educacionais, econômicas e sanitárias, das pessoas afro-americanas, ou asiáticas ou latinas, ou indígenas. Na Europa também há evidências de racismo como causa de maior mortalidade materna, como no caso das populações ciganas (WILLIAMS et al., 2015).

Esta pesquisa menciona o racismo como uma das hipóteses para as altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, e certamente este tema certamente precisa ser abordado mais frequentemente e com profundidade e por nossos pesquisadores, o que ainda não ocorre efetivamente.

Ao abordarmos a questão do racismo, é importante destacar que o termo raça não se trata de uma referência biológica, e sim social, que se baseia nas características fenotípicas de cada grupo populacional. Evidentemente estas características, principalmente a cor da pele, se tornam um padrão para a discriminação racial de tais grupos, historicamente colonizados ou traficados para a escravidão, e posteriormente discriminados socialmente e segregados em guetos. Santos et al destacam que

o termo raça tem uma variedade de definições geralmente utilizadas para descrever um grupo de pessoas que compartilham certas características morfológicas. A maioria dos autores tem conhecimento de que raça é um termo não científico que somente pode ter significado biológico quando o ser se apresenta homogêneo, estritamente puro; como em algumas espécies de animais domésticos. Essas condições, no entanto, nunca são encontradas em seres humanos. O genoma humano é composto de 25 mil genes. As diferenças mais aparentes (cor da pele, textura dos cabelos, formato do nariz) são determinadas por um grupo insignificante de genes. As diferenças entre um negro africano e um branco nórdico compreendem apenas 0,005% do genoma humano. Há um amplo consenso entre antropólogos e geneticistas humanos de que, do ponto de vista biológico, raças humanas não existem (SANTOS et al., 2010).

O racismo e o sexismo são considerados determinantes sociais da saúde, conforme o modelo apresentado pela Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS), da OMS, em 2005 (figura 1), reconhecendo o impacto que as iniquidades sociais representam sobre a saúde da população negra.

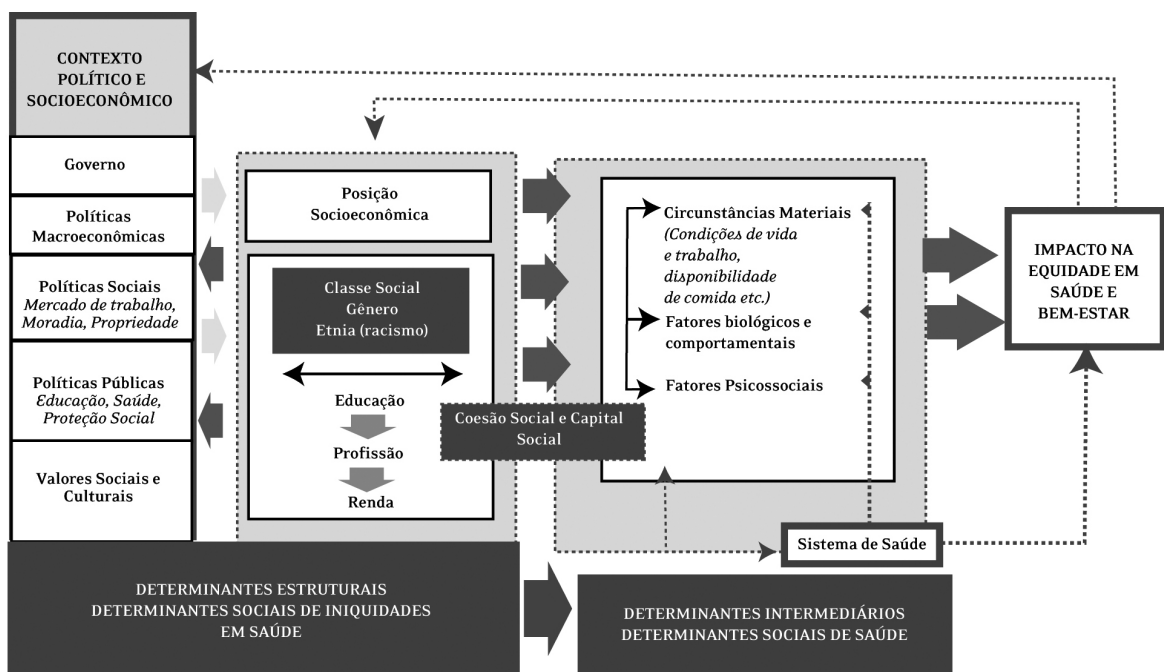
Para entendermos de que forma o racismo se apresenta na sociedade contemporânea, vamos usar o modelo desenvolvido por Jones (figura 2), adaptado por Werneck (2016). Neste modelo, a autora classifica o racismo em três dimensões: A pessoal, a interpessoal e a institucional. O racismo pessoal envolve sentimentos de superioridade / inferioridade e as condutas de passividade x proatividade e aceitação x recusa. Na segunda dimensão temos o racismo

interpessoal, abrangendo ações (falta de respeito, desconfiança, desvalorização, perseguição) e as omissões (negligência e negação ao racismo). Já na dimensão do racismo institucional, chegamos na dimensão material (acesso reduzido a políticas de qualidade) e do acesso ao poder (menor acesso à informação, menor participação e controle social).

O conceito de racismo institucional foi cunhado pelos líderes do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, nos Estados Unidos em 1967 (CARMICHAEL; HAMILTON, 1992): “A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”. É evidente que o racismo carrega uma carga de vínculo com vulnerabilidades sociais, porém o Racismo Institucional representa uma negligência político-institucional, saindo da dimensão individual e alcançando a dimensão estrutural, onde as normas resultam em tratamento desigual para as pessoas de cor negra (WERNECK, 2016).

Muitos autores discutem que o racismo institucional é o mais evidente no Brasil, embutido nas políticas públicas que durante décadas do período republicano pouco se preocuparam em trazer melhorias sociais para os afro-brasileiros, recém saídos da escravidão, que passaram a ocupar os guetos brasileiros, as nossas favelas, em condições insalubres, com extrema pobreza e em ambientes de violência urbana. Porém, sabemos que o racismo também existe em nosso país nas dimensões pessoal e interpessoal, embora menos evidente, mais sutil, muitas vezes invisível, mas não menos importante.

Figura 1 - Modelo da Comissão de Determinantes em Saúde.



Fonte: OMS, 2005 – Copiado de Werneck, 2016.

Muito embora as evidências sejam numerosas, ainda existe uma boa proporção de pesquisadores que se recusam a considerar a variável raça como causa de pobreza e da falta de oportunidades, e por tendência natural a influenciar negativamente os desfechos maternos (HERINGER, 2002). A abordagem da temática do racismo é sempre polêmica, porém necessária “pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do SUS; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais” (WERNECK, 2016).

Figura 2. Modelo das três dimensões do racismo.



Fonte: Jones, adaptado por Werneck, 2016.

Os trabalhos nacionais sobre as disparidades raciais no pré-natal, parto e puerpério surgiram no ano 2000 e vêm aumentando de forma significativa nos últimos cinco anos. Um dos motivos para o aumento do interesse dos pesquisadores foi a grande pressão exercida politicamente por grupos ativistas negros, durante os governos socialistas dos presidentes Lula e Dilma (2003 a 2016). Porém, considero que um dos mais importantes fatores para o despertar da sociedade brasileira e da comunidade científica foi o Caso Alyne Pimentel, que envolveu a história de uma jovem negra, pobre, moradora da Baixada Fluminense, que veio a óbito materno em 2002,

com 36 semanas de gestação, após uma série de negligências de duas instituições, uma privada, conveniada com o SUS, e outra pública. O caso chegou ao Comitê de Acompanhamento da Implementação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), que condenou o Estado Brasileiro em 2011 por violação ao direito à saúde, discriminação contra a mulher e de ter sofrido discriminação por ser afrodescendente e pertencer à camada da população de baixa renda. Esta foi a primeira decisão do Comitê CEDAW sobre violações de direitos humanos em um caso de morte materna, e que representou “um passo inédito e importante para o avanço em relação ao 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio e para a garantia de direitos e de acesso à saúde sexual e reprodutiva de qualidade a todas as mulheres, sem qualquer tipo de discriminação” (OLIVEIRA; SCHIRMER, 2012). Após o veredito do Comitê CEDAW, o Brasil teve que se comprometer a seguir sete recomendações feitas pelo comitê:

- Uma de natureza compensatória, na qual se previa que o Estado brasileiro deveria indenizar a mãe e a filha de Alyne Pimentel;
- Três relativas a políticas públicas de saúde:
 - I. Assegurar o direito da mulher à maternidade saudável e o acesso de todas as mulheres a serviços adequados de emergência obstétrica;
 - II. Realizar treinamento adequado de profissionais de saúde, especialmente sobre direito à saúde reprodutiva das mulheres;
 - III. Reduzir as mortes maternas evitáveis, por meio da implementação do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e da instituição de comitês de mortalidade materna;
- Três recomendações que diziam respeito à *accountability*:
 - I. Assegurar o acesso a remédios efetivos nos casos de violação dos direitos reprodutivos das mulheres e prover treinamento adequado para os profissionais do Poder Judiciário e operadores do direito;
 - II. Assegurar que os serviços privados de saúde sigam padrões nacionais e internacionais sobre saúde reprodutiva;
 - III. Assegurar que sanções sejam impostas para profissionais de saúde que violem os direitos reprodutivos das mulheres. (CEDAW, 2011).

Em 2004, o Governo Brasileiro já havia publicado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004), onde estabelecia diversas ações estratégicas, com destaque para:

- Direito a acompanhante e alojamento conjunto;
- Garantia de acolhimento nos serviços de saúde;
- Atenção humanizada ao abortamento previsto em lei;
- Saúde das mulheres e recém-nascidos negros e indígenas;
- Expansão da Atenção Básica, com a ampliação de ESF;
- Expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal;
- Vigilância ao óbito materno e infantil;
- Qualificação das urgências e emergências (inclusão das urgências pediátricas e obstétricas no Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – 192;
- Investimentos na rede hospitalar e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Reavaliação a rede de hospitais de referência para gravidez de risco
- Qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento
- Capacitação dos profissionais obstétricos

O primeiro documento científico a chamar a atenção para as disparidades raciais como fator causal para a mortalidade materna foi publicado em 1995. Trata-se de um relatório *online* do *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC, 1995) alertando para o maior risco de morte materna entre as mulheres pretas norte-americanas. Foi o primeiro documento institucional norte-americano que alertou sobre a questão. Afirmava que, a despeito da redução da mortalidade materna entre 1940 e 1990, as negras tinham 3 vezes mais chance de morrer por complicações da gravidez, parto e puerpério, do que as brancas. As razões para esta disparidade eram desconhecidas e possíveis explicações poderiam ser diferenças nas morbidades maternas, no acesso e no uso dos serviços de saúde e na qualidade do cuidado oferecido. Devemos lembrar que cinco anos depois, no ano 2000, a ONU lançaria os Objetivos do Milênio, durante a Cúpula do Milênio, criando as metas com base em dados de 1990.

No ano 2000, dois artigos nacionais abordaram pela primeira vez a questão da disparidade racial em relação à mortalidade materna. Martins e Tanaka (MARTINS; TANAKA, 2000) investigaram a mortalidade materna, segundo a raça, no estado do Paraná, entre 1993 e 1998. A metodologia foi descrita com estudo observacional baseado em dados do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná. A RMM foi calculada apenas para o ano de 1993, pois os autores alegaram que “o país ainda não dispunha de dados de nascidos vivos por raça”. Os autores fizeram então um cálculo comparativo entre o percentual de óbitos maternos pela variável raça/cor comparando-os com o total de nascidos vivos e o número de total de mulheres

vivas de 10 a 49 anos. Assim identificaram disparidades raciais. A RMM foi de 385,4 nas pretas e 51,6 nas brancas. O risco de morte foi 7,4 vezes maior em 1993 e 4,4 vezes maior em 1997. O detalhe é que nesta pesquisa as mulheres da cor amarelo também apresentaram elevada RMM e maior risco de óbito em relação às brancas, “sugerindo a existência de relação entre raça, doença, condições de vida e mortalidade materna, com necessidade de maiores pesquisas sobre o tema”. O outro trabalho foi de Olinto e Olinto (OLINTO; OLINTO, 2000), um estudo transversal de base populacional com uma amostra de 2779 mulheres de 15 a 49 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas - RS, onde foram estudados os diferenciais socioeconômicos, demográficos e reprodutivos segundo a “raça”. Os resultados apontaram que as mulheres pretas e pardas têm menor escolaridade, renda familiar, piores condições de moradia do que as mulheres brancas. Ao mesmo tempo, usavam menos métodos contraceptivos, tinham mais filhos e apresentavam maior perda fetal do que as mulheres brancas.

No ano de 2004, Leal et al (LEAL et al., 2004) publicaram um estudo no qual avaliavam a adequação do pré-natal no município do Rio de Janeiro, através de uma amostra de 9920 puérperas de parto único, nas quais foi aplicado o índice de Kotelchuck adaptado para inserir as mulheres que não fizeram pré-natal. Os resultados confirmaram que as mulheres que fazem melhor uso dos serviços pré-natais são mais instruídas, vivem com o pai do recém-nascido, têm menos filhos e se mostraram satisfeitas com esta gestação. Em contraposição, as adolescentes, as de cor da pele preta ou parda, as que moravam em favelas ou na rua, não tinham trabalho remunerado e tentaram o aborto foram as que menos utilizaram os serviços pré-natais. No mesmo ano, Martins (MARTINS, 2004) publica um novo artigo sobre o tema, que se baseava em um trabalho publicado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, realizado em Caxambu, de 20 a 24 de setembro de 2004. Este foi um estudo populacional de óbitos maternos ocorridos nas capitais brasileiras (primeiro semestre de 2002), município de São Paulo (1999 a 2001), municípios de Alagoinhas, Feira de Santana e Salvador – Bahia (2000 a 2002) e estado do Paraná (2000 a 2002). Os resultados apontaram RMM mais elevada para as negras: 562,35; (São Paulo); 407,05 (Paraná); e 197,77 (Bahia), confirmando as disparidades raciais na mortalidade materna no Brasil. Nos EUA, Fiscella (FISCELLA, 2004) realiza uma revisão sistemática da literatura sobre as disparidades raciais e as mortalidades materna e infantil. A busca utilizou a base de dados Medline, periódicos de obstetrícia e textos literários, no período de 1966 a 2003. Concluiu que as disparidades parecem refletir uma união de fatores infecciosos e disfunção microvascular, durante a gravidez das mulheres negras.

Em 2005, Leal et al (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005) publicam o artigo sobre desigualdades raciais e sociodemográficas no pré-natal e parto no Rio de Janeiro. Foi um estudo transversal,

com amostra de 9633 puérperas de maternidades públicas e privadas, no período de 1999 a 2001. As autoras descreveram os resultados alarmantes, de uma “persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda (...), confirmando a ocorrência de discriminação educacional e racial. Este estudo foi um estudo de sólida metodologia, muito robusto nas suas análises estatísticas, que se tornou um marco nos estudos nacionais sobre o tema. Atualmente, o Google Acadêmico aponta que já foi citado por 259 outros trabalhos acadêmicos, estando em primeiro lugar por relevância.

Portanto, até 2007, já tínhamos confirmado que as mulheres negras morrem mais que as brancas, tanto no Brasil, quanto nos EUA. Estes dois países guardam algumas semelhanças históricas, pois foram os que mais utilizaram a mão de obra escrava dos povos negros africanos, porém o racismo americano sempre foi mais explícito que o brasileiro, pois sempre fomos mitificados como uma “democracia racial”, o que começa a se desmontar ao demonstrarmos que as iniquidades raciais têm a ver com a segregação econômica e educacional das pessoas de cor negra.

Em 2010, Volochko e Vidal (VOLOCHKO; VIDAL, 2010) publicam estudo em que comparam a mortalidade de pretos e brancos, no estado de São Paulo. As mortes de 2005 foram captadas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS), analisadas por capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e por cor (pretos e brancos) para os 17 distritos regionais sanitários (DRS) do estado. Os resultados mostraram que a mortalidade materna de mulheres brancas no Estado variou de zero a 50,3/100mil nascidos vivos (Baixada Santista) e a das pretas, de zero a 2380,9 (Marília), revelando as iniquidades dessas mortes. Nos DRS onde houve óbitos de pretas, sua mortalidade foi 10,32 vezes maior do que para as brancas. Este foi mais um trabalho que confirma os dados de pesquisas anteriores.

No ano de 2014, já sabíamos que o 5º. Objetivo do Milênio não teria sua meta cumprida pelo Brasil. Neste ano começaram a ser publicados trabalhos relativos aos grupos de estudos que acompanharam a Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento – Nascer no Brasil, pesquisa de base hospitalar, realizada de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Viellas et al (VIELLAS et al., 2014) publicaram estudo que analisou a assistência pré-natal no Brasil, através de entrevistas e análise do cartão pré-natal de 23.940 mulheres da Pesquisa Nascer no Brasil. Entre os resultados, os autores mencionaram que “as mulheres de raça/cor preta apresentaram baixa proporção de início precoce do pré-natal e de número de consultas realizadas”. Também Leal et al (LEAL et al., 2014) publicaram seu estudo da Pesquisa Nascer no Brasil, onde analisavam as intervenções obstétricas durante o parto em mulheres de risco habitual. Os resultados

indicaram que “as análises por cor/raça não mostraram um padrão definido, e que as puérperas amarelas foram mais parecidas com as brancas, e as indígenas e pardas mais parecidas com as pretas”.

Em 2015 Gonçalves (GONÇALVES, 2015) publica monografia sobre o caso Alyne Pimentel, ocorrido em 2002, sobre o óbito de uma gestante negra que evoluiu para óbito no Município de Nova Iguaçu, após uma série de intervenções inadequadas em uma clínica privada conveniada do SUS. Este caso veio a ser julgado no Comitê CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), da ONU, onde o Estado Brasileiro foi condenado, em 2011, a indenizar a família e a adotar uma série de medidas para a redução da mortalidade materna.

Outro trabalho publicado foi o de Fonseca et al (FONSECA; KALE; SILVA, 2015) , que se tratou de um estudo transversal que estudou a adequação do pré-natal em associação à variável raça/cor, através de entrevistas a 1790 puérperas de 2 maternidades públicas do Estado do RJ (uma em Niterói e outra no Rio de Janeiro), entre setembro e dezembro de 2011. Os resultados confirmaram que a cor da pele preta se manteve associada ao pré-natal inadequado, mesmo após ajuste para covariáveis (OR=1,37; IC95%:1,02-1,83).

Em 2016 Lima (LIMA, 2016) publicou uma monografia sobre uma pesquisa que analisava a relação entre a raça e a violência obstétrica. Foi um estudo transversal que analisou dados da Pesquisa Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Por meio de inquérito telefônico foram entrevistadas 23.095 puérperas. Dentre os resultados, a autora destacou a maior prevalência de “mulheres pretas e pardas solteiras no momento da entrevista, sinalizando uma iniquidade por intersecção de raça, classe e gênero, pela realidade empírica de que no Brasil, as relações afetivas são marcadas por uma valorização dos caracteres brancos, em detrimento dos negros, levando estas mulheres a ficarem mais vulneráveis aos agravos e distúrbios que levam ao adoecimento físico e mental, também no pós-parto”.

Diniz et al (DINIZ et al., 2016) publicaram outro trabalho relacionado à Pesquisa Nascer no Brasil, com estudo da variável raça/cor em relação à assistência na maternidade. Análise estatística descritiva foi realizada para a caracterização sociodemográfica, do acesso à assistência pré-natal, antecedentes clínicos e obstétricos, e características da assistência ao parto. Foram encontradas diferenças desfavoráveis às pretas e pardas quanto à escolaridade, renda e ao trabalho remunerado; as pretas e pardas tiveram menor número de consultas, menos ultrassonografias, mais cuidado pré-natal considerado inadequado, maior paridade e mais síndromes hipertensivas. No parto, tiveram menos acompanhantes, mais partos vaginais,

embora a cesárea tenha dobrado entre as negras, que com mais frequência entraram em trabalho de parto e tiveram filhos nascidos a termo.

Em 2017 Leal e cols. (2017) publicaram trabalho relacionado à Pesquisa Nascer no Brasil, que estudou as iniquidades raciais em relação ao pré-natal e desfechos obstétricos. Os resultados foram consistentes quanto à disparidade racial: em comparação às brancas, puérperas de cor preta possuíam maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,6; IC95%: 1,4-1,9), falta de vinculação à maternidade (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4), ausência de acompanhante (OR = 1,7; IC95%: 1,4-2,0), peregrinação para o parto (OR = 1,3; IC95%: 1,2-1,5) e menos anestesia local para episiotomia (OR = 1,5 (IC95%: 1,1-2,1). Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4) e ausência de acompanhante (OR = 1,4; IC95%: 1,3-1,6) quando comparadas às brancas. Foram identificadas disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto evidenciando um gradiente de pior para mais bem cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas.

Santos et al (SANTOS et al., 2017) publicaram um estudo ecológico para analisar a associação de fatores socioeconômicos sobre a mortalidade materna e infantil no estado do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2013. Os resultados foram obtidos em termos de cor/raça, local de moradia, escolaridade da mãe e causas de morte obstétricas diretas ou indiretas. Os locais de moradia analisados pelo estudo foram Rio de Janeiro (capital), Baixada Fluminense e Região Serrana. Os resultados, com relação à cor/raça, observam-se que os indicadores apontam para maiores taxas de mortalidade no grupo de pretos e pardos, porém os autores destacaram que no período mais recente, de 2008 a 2013, as taxas comparativas de pretos e pardos com brancos não mais apresentam disparidades relevantes.

Pacheco et al (PACHECO et al., 2018) publicam estudo sobre a influência da raça nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Foi um estudo transversal na maternidade municipal de Joinville, entre outubro de 2014 e setembro de 2015, com uma amostra de 5289 mulheres. Os resultados identificaram diferenças significativas entre as pretas e brancas com relação à hipertensão crônica, baixa escolaridade, múltiplos partos e ocupação. Porém a análise estatística não mostrou associação significativa entre a raça/cor e os desfechos.

Oliveira (OLIVEIRA, 2018) apresentou uma dissertação de mestrado onde investigou a violência obstétrica em mulheres negras, através de um estudo de metodologia qualitativa e exploratória, ao entrevistar 13 mulheres negras, com análise de conteúdo. O estudo foi realizado em um hospital de Feira de Santana – Bahia, de julho a setembro de 2016. “O resultado da investigação revelou as situações de (des) cuidado, descaso assim como um cuidado

fragmentado na assistência à saúde das mulheres negras. As participantes da pesquisa também denunciaram momentos de solidão e abandono”.

Um importante estudo foi o de Barber et al (BARBER et al., 2018), com dados obtidos do Estudo Brasileiro Longitudinal de Saúde dos Adultos - Brasil (ELSA), de 2008 a 2010, buscando analisar a associação entre segregação residencial-econômica com hipertensão arterial e diabetes. A segregação residencial foi calculada para os bairros estudados através do método estatístico “Getis-Ord Local Gi”, com base nos dados do censo do IBGE de 2010. Modelos de regressão logística multivariada testaram as associações. Nas amostras do estudo, os pretos e pardos foram mais propensos a morar em bairros economicamente segregados. Após a comparação com a renda e outras características demográficas, descobriu-se que os indivíduos que morar nos bairros mais economicamente segregados eram 26% mais propensos a ter hipertensão e 50 % mais diabetes. O estudo não abrangeu a morbidade e mortalidade materna, mas representa bem o racismo social do Brasil e suas repercussões sobre a saúde da população negra.

Todos estes estudos são evidências inegáveis de que as chances de uma mulher negra morrer, durante a gravidez, parto e puerpério, são maiores que as mulheres brancas. Certamente este fenômeno está relacionado às carências socioeconômicas da população negra no Brasil, mas a partir do momento em que a sociedade não se sensibiliza para reverter essa situação de grave injustiça social, podemos considerar esta insensibilidade como um tipo de comportamento racista, incluso na dimensão do racismo institucional.

3.5 – A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE

Apesar da criação do SUS na década de 1990, sua estruturação demorou a atingir um nível adequado, até mesmo pelas dificuldades financeiras que o Brasil passava nas décadas de 1980 e 1990, com recessão e hiperinflação. Entre os anos de 1997 a 2002, estudos observacionais demonstravam que o número insuficiente de consultas de pré-natal e a falta de intervenções no momento oportuno da gravidez, contribuíam decisivamente para a não detecção dos quadros de pré-eclâmpsia, considerada a principal causa de morte materna no mundo. Em 2000 o governo federal instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, estabelecendo metas de melhorias do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2002). Porém estudos posteriores demonstraram que as ações não eram executadas satisfatoriamente e a mortalidade materna se mantinha estável desde 1996 (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Em 2011 o governo federal implementou a Rede Cegonha (RC), visando complementar o PHPN (BRASIL et al., 2011). A RC surgiu após a condenação do Estado Brasileiro no Comitê CEDAW, da ONU, como mencionamos anteriormente. Seus objetivos são as melhorias nos componentes pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e logística. Trouxe avanços como o SAMU Cegonha e o modelo “Vaga Sempre”, com a vinculação da gestante ao local do parto. No entanto, (MARTINELLI et al., 2014) realizaram estudo de avaliação da RC em uma microrregião mais carente do Espírito Santo, demonstrando baixos índices de adequação do pré-natal no quesito conjunto de exames, na vacinação antitetânica, nas atividades educativas sobre aleitamento materno, nos testes rápidos de HIV e Sífilis, etc. A conclusão é de que “a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, assim como a outros fatores que indicam a persistência de desigualdade social”. Em um outro estudo de avaliação, (CAVALCANTI et al., 2013) apontaram falhas no modelo lógico da RC, constatando a existência de lacunas e apontando para a necessidade de revisão da teoria dessa estratégia com vistas a aumentar suas chances de sucesso.

Após o impeachment da Presidenta Dilma Roussef, em 2016, o novo governo federal, do Presidente Michel Temer, instituiu a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, chamada de “teto dos gastos”, trazendo a realidade de subfinanciamento crônico do SUS a um novo patamar, de maior restrição de recursos de custeio e investimento do sistema. Hoje sabemos que nos anos vindouros, conforme modelos matemáticos, que a mortalidade infantil deverá crescer significativamente (RASELLA et al., 2018), bem como as condições sensíveis à atenção básica. (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018) afirmam que “publicações recentes indicam a piora de indicadores básicos de saúde nacionais, sugerindo que a redução de investimentos em saúde já se faz sentir nas políticas de promoção, prevenção e atenção”.

3.6 – APS NO BRASIL E O CASO RIO DE JANEIRO

Diversos autores citam a atenção pré-natal como um fator importante para melhoria da saúde materna e conseqüentemente para a redução da mortalidade materna. Um pré-natal de qualidade pode prevenir e diagnosticar precocemente complicações como anemias, pré-eclâmpsia, e outras que, sabidamente são fatores de alto risco para o óbito materno.

Quando o Brasil passou a priorizar a APS, em 1994 com o PSF e em 1997 com a ESF, todas as capitais ampliaram sua cobertura populacional, enquanto o Rio de Janeiro foi ficando para trás, até que se tornou a capital com menor cobertura de ESF, com 3,7% em dezembro de 2008.

Mas, a partir de 2009, um novo grupo político assumiu a prefeitura e decidiu investir prioritariamente em APS. Entre 2010 e 2017, ocorreu uma forte expansão, através do modelo

das *Clínicas de Família*, elevando a cobertura populacional para 65% em dezembro de 2017 (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; PINTO et al., 2017), o que propiciou maior acesso da população carioca à atenção básica e reorganizou a rede de saúde, desafogando as emergências públicas. Essa expansão não se caracterizou apenas pela amplitude, mas também trouxe muita qualidade aos serviços de saúde, tanto organizacional como estruturalmente, com maior valorização técnica e salarial dos profissionais médicos e de enfermagem (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; PINTO et al., 2017). Outro fato a ser mencionado é que a expansão se iniciou pelos bairros mais carentes da cidade, situados nas áreas de planejamento (AP) 5.1, 5.2 e 5.3, ou seja, Bangu, Campo Grande e Santa Cruz. O gráfico 5 evidencia a expansão das equipes de saúde da família no Rio de Janeiro.

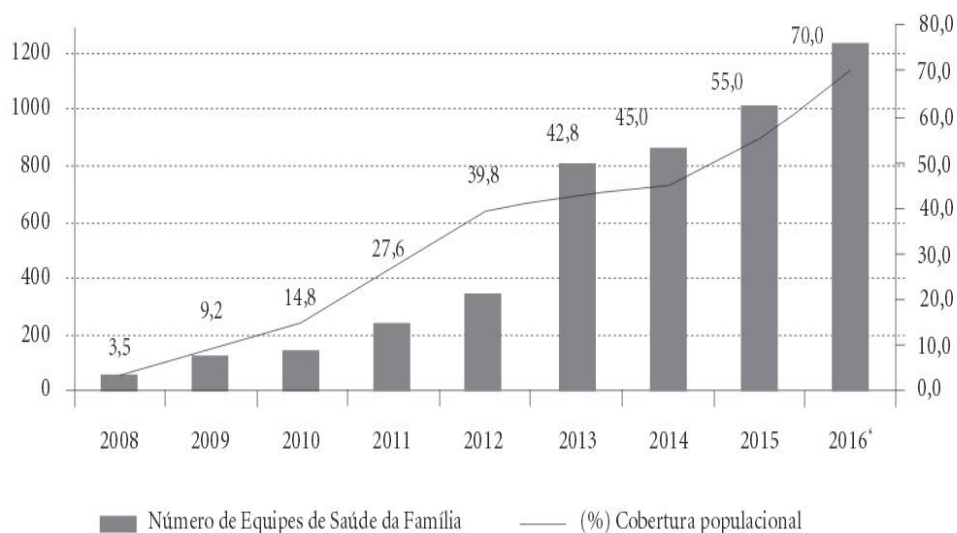
Diversos estudos demonstram o impacto positivo da ESF na saúde: MACINKO e GUANAIS (2006) afirmaram que um incremento de 10% na cobertura da saúde da família estava associado a uma queda significativa de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, controlados outros determinantes. ROCHA e SOARES (2010) demonstraram o impacto na redução da mortalidade por toda a distribuição etária, associado a redução de fertilidade, melhoria nas matrículas escolares e aumento na oferta de emprego aos adultos. ALFRADIQUE et al. (2009) demonstraram que, entre 2000 e 2006, as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) diminuíram em 15,8%, e esta redução foi mais significativa do que os outros tipos de internações. AQUINO; DE OLIVEIRA e BARRETO (2009) demonstram uma associação estatisticamente significativa entre a cobertura de ESF e a taxa de mortalidade infantil. O efeito foi maior em municípios com maiores taxas de mortalidade infantil e IDH mais baixo. RASELLA et al. (2014) demonstraram que a cobertura de ESF está negativamente associada a taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), como ICSAB, após ajuste em fatores de confundimento.

Com tantas evidências, havia grande expectativa de que a mortalidade materna caísse no Rio de Janeiro, após uma expansão ampla e rápida, porém os cálculos foram mostrando que, além de estabilidade, houve aumento da RMM a partir de 2009.

Há evidentemente muitos elogios a serem feitos aos gestores municipais, que tiveram a coragem de investir prioritariamente na atenção básica, expandindo a cobertura da ESF de forma tão rápida. O custo foi elevado, mas o retorno em qualidade de vida da população é evidente. É óbvio que surgiram críticas, como por exemplo ao modelo adotado terceirização da gestão técnica e de pessoal das unidades básicas, postos de emergência e hospitais por Organizações Sociais (OS). Não vamos entrar nesta discussão, pois não é objetivo desta pesquisa.

Um dos indicativos de melhoria da qualidade dos serviços prestados pela secretaria de saúde foi o esforço dispendido para aumentar o percentual de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil. Isso de fato ocorreu, chegando a 95% de óbitos investigados.

Gráfico 5. Evolução da coberta populacional de equipes completas de Saúde da Família e número de equipes projetadas Rio de Janeiro – 2008 – 2016.



Fonte: SORANZ; PINTO; PENNA, 2016.

No entanto, como mencionamos anteriormente, aconteceu um movimento neoliberal de restrição de recursos públicos, com a EC do “teto de gastos”, em 2016, e no fluxo do movimento, o novo gestor municipal do Rio de Janeiro apostou em uma suposta “reestruturação” da atenção básica do município, como eles mesmos chamam ao processo de desmonte das Clínicas de Família, implementadas pelo prefeito antecessor (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018). Com a justificativa de que “a adequação ajustaria a oferta de serviços à necessidade real de cada região da cidade, uma vez que um estudo demonstrou que a população mais pobre e que tem menor infraestrutura de serviços públicos estava contando com menos equipes para o atendimento”. Houve uma queda da cobertura populacional de 70 para 55%, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além da rescisão de contratos com quase todas OS, demissão de diversos profissionais de saúde, chegando a desencadear, como resposta, uma greve de todos os profissionais da atenção básica, que se iniciou já no final do ano de 2017 e se repetiu em outros meses, nos anos de 2018 e 2019. Podemos afirmar que, nos próximos anos,

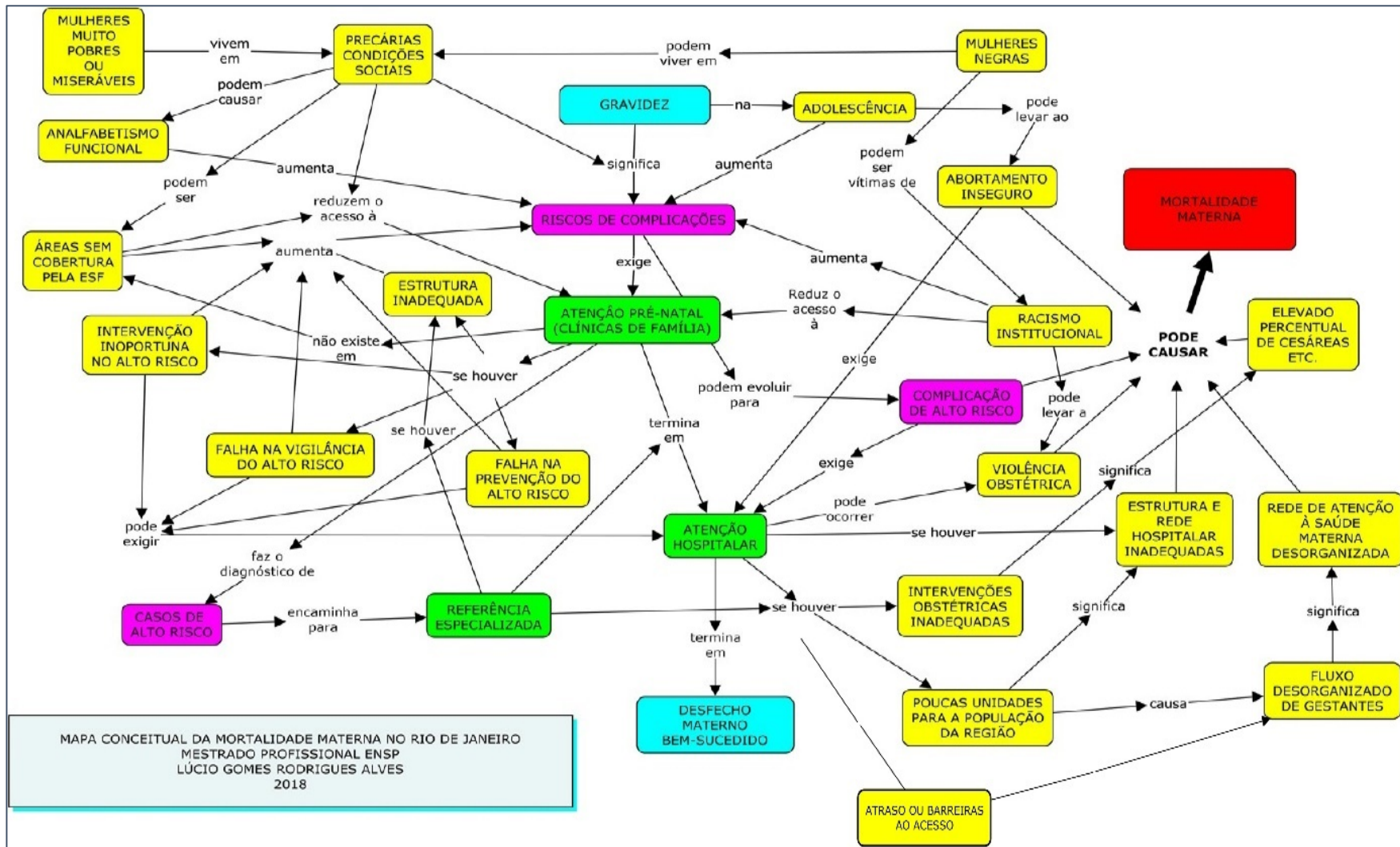
novas pesquisas serão capazes de demonstrar as repercussões danosas de tais ações políticas, de cunho neoliberal, sobre a saúde da população carente, totalmente dependente do SUS.

3.7 - MAPA CONCEITUAL

O mapa conceitual é uma ferramenta de aprendizagem criada na década de 70 por Joseph Novak (NOVAK, 1990) baseada na teoria de aprendizagem significativa de David Ausubel (BRETZ, 2001). A definição do mapa conceitual é de uma representação gráfica bidimensional para organizar e representar o conhecimento, assemelhando-se a um fluxograma. Em nosso caso, o mapa conceitual representa os diversos momentos pelos quais a mulher passa, desde o início da gravidez até o parto; desde o pré-natal, nas clínicas de família, até a internação hospitalar. Estes momentos e setores se inter-relacionam e sofrem a ação de forças, capazes de influenciar a gestação para complicações, que podem evoluir para o óbito materno.

O mapa conceitual nos ajuda a visualizar a complexidade que envolve a mortalidade materna. Nele podemos ver as unidades de saúde por que passam as grávidas, nas caixas em verde (clínicas de família; ambulatórios de obstetria; e maternidades). As caixas em anil representam o fluxo de uma gravidez com desfecho ideal. As caixas em lilás representam os momentos em que o caso é considerado de alto risco ou quando surgem as complicações. Em vermelho temos o trágico final, com morte da mãe. E as caixas em amarelo representam os diversos fatores que contribuem para uma maior chance de as gestantes evoluírem para o óbito (figura 3).

Figura 3. Mapa conceitual da mortalidade materna no Rio de Janeiro.



Fonte: Do autor, 2019.

4. METODOLOGIA

Este é um estudo observacional do tipo transversal, que utilizou microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, através do site TABNET/DATASUS, sobre o município do Rio de Janeiro.

4.1- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados os óbitos de mulheres no período de 2010 a 2019 em situação de gravidez ou puerpério (até o 42º dia de puerpério), selecionados a partir da informação da Declaração de Óbito. Para a estimativa do número de nascidos vivos, foi utilizada a informação do número de nascimentos segundo variáveis selecionadas, para igual período dos óbitos. Desta forma, pudemos estimar a razão de mortalidade materna para o período de 10 anos imediatamente posterior ao início da expansão da Estratégia Saúde da Família.

A Razão de Mortalidade Materna foi calculada segundo a fórmula:

$$RMM = \frac{\text{Óbitos em gestantes e puérperas segundo raça/cor e faixa etária}}{\text{número de nascidos vivos segundo raça/cor e idade da mãe}}$$

A estratificação das variáveis foi feita da seguinte forma:

- Variáveis independentes:

Idade - categorizada nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 20 a 39 anos e 40 anos e mais;

Raça - categorizada em brancas, pardas e pretas.

- Variáveis dependentes:

Local de moradia (Rio de Janeiro); e

Ano de ocorrência do óbito (2010 a 2019).

4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

4.2.1 ASSOCIAÇÃO COM RAÇA/COR E FAIXA ETÁRIA

A contagem da mortalidade materna foi estimada com base na ocorrência dos óbitos para cada categoria mencionada. Para comparar a razão em cada categoria das covariáveis foi utilizado o teste do χ^2 de Pearson e seu respectivo valor de p.

Para explorar a diferença na razão de mortalidade materna por estrato das variáveis, os dados foram ajustados por meio de um modelo de Poisson. Foram incluídas no modelo as variáveis analisadas, quando a análise bivariada indicou associação estatisticamente significativa com o

desfecho estudado. As variáveis explicativas foram testadas individualmente e acrescentadas no modelo, sempre que apresentassem significância estatística ($p < 0,05$), usando-se o método *Forward*. Foram ainda testados termos de interação no modelo. As categorias adotadas, como referência para essas variáveis, foram escolhidas considerando-se sempre aquela com a menor prevalência. Na modelagem, para cada variável, foram calculadas as razões de prevalência bruta e ajustada, de acordo com o melhor modelo, obtido pelas estatísticas de máxima verossimilhança. Foram ainda estimados os intervalos de confiança, a um nível de 95% de significância.

4.2.2 VARIAÇÃO TEMPORAL

Primeiramente, foi elaborada a série histórica da razão de mortalidade materna para o período, apresentada por meio de gráfico de linha. Em seguida, foi calculada a tendência da razão de mortalidade materna total e segundo categorias de faixa etária e raça. As tendências foram analisadas pelo modelo polinomial, cuja variável dependente (Y) é representada pela razão de mortalidade materna, e a variável independente (X) é representada pelos anos-calendário. Os seguintes modelos de regressão foram testados:

- a) Linear (1ª ordem): $Y = \beta_0 + \beta_1 X$
- b) 2ª ordem: $Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2$
- c) 3ª ordem: $Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2 + \beta_3 X^3$

A fim de se evitar a multicolinearidade entre os termos da equação de regressão, optou-se por não trabalhar com os valores de X e sim com o ponto médio da série histórica. Desta forma, para o período entre 2010 e 2019, o termo $(X - 2015)$ representa a variável ano-centralizada, de acordo com a seguinte formalização do modelo (a exemplo, para o modelo linear testado):

$$Y_T = \beta_0 + \beta_1 (X - 2015) \text{ (iii)}$$

onde: Y_T = Razão de Mortalidade Materna; X = Ano; β_0 = Coeficiente Médio do período; β_1 = Incremento Médio anual

Para a análise das tendências, foram construídos diagramas de dispersão entre as taxas e os anos de estudo, para visualizar a função que poderia expressar a relação entre eles e escolher a ordem do polinômio.

Foi realizada a análise de resíduos e, para todos os modelos, foi avaliada a suposição de homocedasticidade e aderência à distribuição normal. A escolha do melhor modelo dependeu da análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação (R^2) e da análise dos resíduos (especialmente para ratificação da suposição de homocedasticidade). Quando dois modelos eram semelhantes, do ponto de vista estatístico, optou-se pelo modelo mais simples, ou seja, de menor ordem, ou seja, escolheu-se o modelo mais parcimonioso. E considerou-se tendência significativa aquela cujo modelo estimado apresentou valor de p inferior a 0,05.

Para se avaliar um possível impacto da expansão da cobertura da estratégia saúde da família, iniciada em 2009, na ocorrência de óbito materno, foram estimadas as taxas anuais de internação entre 2010 e 2019 para a totalidade de causas. Adotando-se o ano de 2010 como referência, foram calculadas as razões de taxa para cada ano, e seus respectivos intervalos de confiança.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico R versão 3.6.3.

4.3 – ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público. Entretanto, foram respeitadas as normas vigentes no Brasil, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos), do Ministério da Saúde. Ressaltamos o nosso compromisso ético, em nível individual e coletivo, assegurando o respeito aos direitos de qualquer ser humano, direta ou indiretamente.

5. RESULTADOS

Entre 2010 e 2019 ocorreram 732 óbitos maternos no Município do Rio de Janeiro. Ao longo do período, a razão de mortalidade materna variou entre 63 e 89 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Os dados obtidos do DATASUS estão exibidos da tabela 4, separados por óbitos maternos, nascidos vivos e RMM, segundo as variáveis cor e faixa etária. Esta tabela apresenta os resultados brutos da pesquisa e os respectivos cálculos da RMM total. Os valores da RMM do município por ano estão expostos na primeira coluna da direita.

O gráfico 6 representa a RMM no período mencionado, e nos apresenta o comportamento de flutuação da MM, porém persistindo em um patamar elevado. Também evidencia a queda da RMM em 2018, seguida de uma nova elevação em 2019.

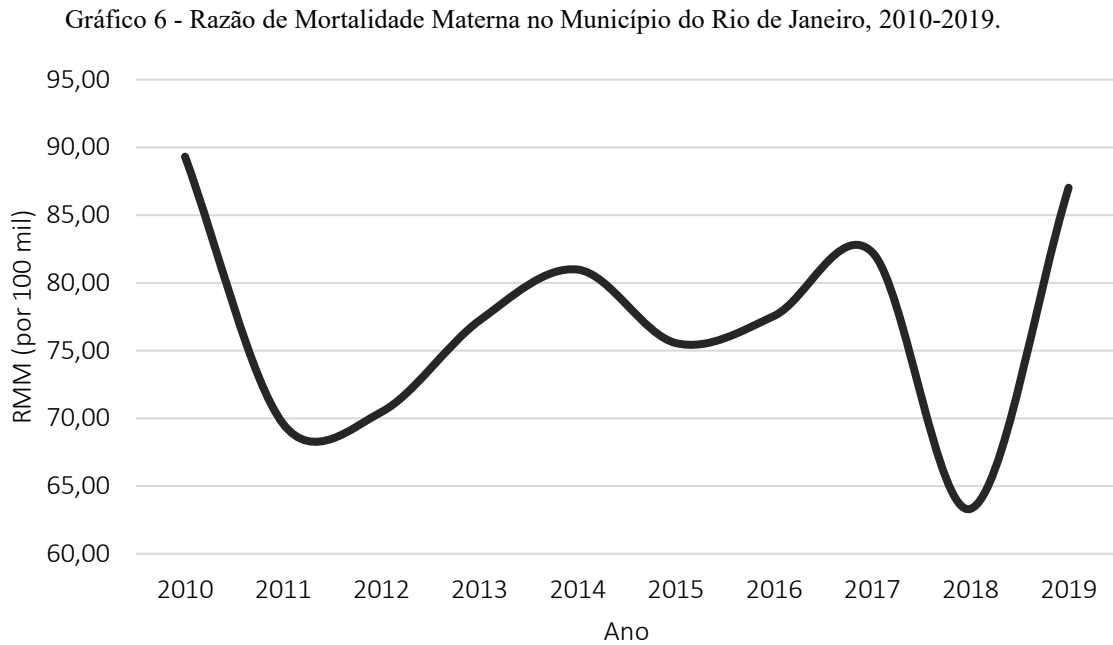
Para a análise da estimativa de associação entre as variáveis raça e faixa etária e a razão de mortalidade materna, foi realizada a modelagem usando-se a regressão de Poisson, e por meio dela foram calculadas as respectivas razões de prevalência. Os resultados estão apresentados na tabela 5.

Valendo-se das razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), observa-se que há um aumento na razão de mortalidade materna para as faixas etárias mais velhas, principalmente para mulheres com mais de 40 anos (RP=18,80, IC 95% 13,54 – 26,78); e para a raça, principalmente para as mulheres pretas (RP=2,31, IC 95% 1,90 – 2,80). Para a categoria “pardas”, não foi verificada significância estatística no modelo bruto. No entanto, quando o modelo foi ajustado entre as variáveis, mesmo esta categoria passou a ter significância estatística, sugerindo efeito de interação entre raça e idade.

Uma vez observando-se que as variáveis faixa etária e raça/cor apresentavam diferenças entre as categorias, realizamos a análise de tendência temporal da RMM para todas as categorias. A descrição dos resultados se encontra na tabela 6. É importante observar que, mesmo para o modelo de melhor ajuste, nenhuma das tendências é significativa, sugerindo que, mesmo no curto período de 10 anos, houve mudança importante da tendência. Além disso, o que se observa é que, para a maioria das categorias, o padrão apresentado na série temporal foi de declínio com posterior aumento, sugerindo que houve uma tendência inicial de redução da mortalidade materna, seguida de uma, aparentemente, mudança na tendência, retornando a um padrão de crescimento.

Finalmente, quando analisada a variação ano a ano, com a razão de taxas (RT) para cada categoria, o que se observa é que, para as taxas totais, houve, entre 2011 e 2018, uma redução de forma significativa. Entretanto, em 2018, embora tenhamos verificado RMM menor que em 2010 (ano referência), ela deixou de ser significativa, corroborando que houve, de fato, uma

mudança na tendência ao declínio. Este padrão foi acompanhado quando analisado por cor (tabela 7) e por faixa etária (tabela 8). Relação semelhante foi obtida para pardas e brancas, cuja razão de 2019 foi superior à do ano de referência, com significância estatística. Para a faixa etária, houve semelhança neste padrão para a faixa entre 15 e 19 anos, e situação semelhante raça branca ocorreu para a faixa entre 20 e 39 anos. Para a raça preta e para a faixa etária de 40 anos e mais, aparentemente houve uma redução significativa da razão com a evolução temporal.



Fonte: Do autor, a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2020.

Tabela 4. Óbitos maternos, nascidos vivos e RMM, no Rio de Janeiro, por raça/cor e faixa etária, de 2010 a 2019.

Óbitos maternos por cor e ano					Nativos por cor da mãe e ano				RMM por cor e ano			
Ano	Branca	Preta	Parda	Total	Branca	Preta	Parda	Total	Branca	Preta	Parda	Total
2010	25	20	35	82	39147	11566	40812	91810	64	173	86	89
2011	16	14	36	66	39718	11335	42697	94849	40	124	84	70
2012	24	15	29	68	39686	10940	43991	96502	60	137	66	70
2013	31	11	32	75	38945	10285	46403	97117	80	107	69	77
2014	23	12	44	80	37602	9229	50346	98791	61	130	87	81
2015	26	22	27	76	37145	8933	52315	100592	70	246	52	76
2016	17	13	41	72	34269	8852	48097	92834	50	147	85	78
2017	28	14	37	79	34352	9627	49765	96045	82	145	74	82
2018	13	15	31	59	33188	10274	47735	93186	39	146	65	63
2019	23	13	39	75	30271	10402	43220	86188	76	125	90	87
Total	226	149	351	732	364323	101443	465381	947914	87	198	96	80

Óbitos maternos por faixa etária e ano					Nativos por faixa etária e ano				RMM por faixa etária e ano			
Ano	15-19	20-39	40 e +	Total	15-19	20-39	40 e +	Total	15-19	20-39	40 e +	Total
2010	14	53	12	82	13.905	74.440	2.763	91.810	101	71	434	89
2011	8	51	6	66	14.525	76.663	2.941	94.849	55	67	204	70
2012	7	49	12	68	15.129	77.477	3.162	96.502	46	63	380	70
2013	12	58	4	75	14.984	78.256	3.135	97.117	80	74	128	77
2014	12	63	3	80	14.662	80.079	3.317	98.791	82	79	90	81
2015	14	51	11	76	14.462	81.891	3.533	100.592	97	62	311	76
2016	4	65	3	72	12.911	75.868	3.437	92.834	31	86	87	78
2017	7	67	5	79	12.706	79.008	3.729	96.045	55	85	134	82
2018	9	44	5	59	11.421	77.282	3.913	93.186	79	57	128	63
2019	10	58	7	75	9.993	71.665	4.026	86.188	100	81	174	87
Total	9	559	68	732	134698	772629	33956	947914	70	74	229	80

Fonte: Do autor, 202

Tabela 5. Modelos de regressão de Poisson bruto e ajustado para mortalidade materna. Município do Rio de Janeiro, 2010-2019.

Variáveis	Modelo Bruto			Modelo Ajustado		
	RP	IC 95%	p valor	RP	IC 95%	p valor
Faixa Etária						
15 a 19 anos	1			1		
20 a 39 anos	2,62	1,92 - 3,66	<0,001	2,78	2,04 - 3,90	<0,001
40 anos e mais	18,8	13,54 - 26,78	<0,001	20,62	14,83 - 29,43	<0,001
Raça						
Branca	1			1		
Parda	1,11	0,95 - 1,29	0,078	1,28	1,10 - 1,51	0,001
Preta	2,31	1,90 - 2,80	<0,001	2,64	2,18 - 3,20	<0,001

Fonte: Do autor, 2020.

Tabela 6. Tendência temporal da mortalidade materna segundo faixa etária e raça. Município do Rio de Janeiro, 2010 a 2019.

Variáveis	Equação	R ²	Valor de p	Tendência	Observação
Raça					
Branca	$y = -0,21 x^2 + 3,10x + 53,29$	0,03	0,888	Aumento com posterior declínio	NS
Preta	$y = 0,67 x^2 - 7,97x + 155,99$	0,09	0,742	Declínio com posterior crescimento	NS
Parda	$y = 0,44 x^2 - 4,93x + 88,18$	0,12	0,667	Declínio com posterior crescimento	NS
Idade					
15 a 19 anos	$y = 1,23 x^2 - 13,02x + 97,08$	0,15	0,616	Declínio com posterior crescimento	NS
20 a 39 anos	$y = -0,12 x^2 + 2,2x + 64,93$	0,08	0,759	Aumento com posterior declínio	NS
40 anos e mais	$y = 5,86 x^2 - 88,74x + 469,45$	0,48	0,129	Declínio com posterior crescimento	NS
Total	$y = 0,30 x^2 - 3,42x + 84,38$	0,09	0,764	Declínio com posterior crescimento	NS

Fonte: Do autor, 2020.

NS: não significativo

Tabela 7: Razão de Taxas para associação temporal de mortalidade materna segundo categorias de raça/cor. Município do Rio de Janeiro, 2010 – 2019.

Ano	Branças				Pretas				Pardas				Total			
	RMM	RT	IC 95%		RMM	RT	IC 95%		RMM	RT	IC 95%		RMM	RT	IC 95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS
2010	63,86	1,00			172,92	1,00			85,76	1,00			89,31	1,00		
2011	40,28	0,63	0,56	0,71	123,51	0,71	0,66	0,77	84,32	0,98	0,92	1,05	69,58	0,78	0,74	0,81
2012	60,47	0,95	0,83	1,06	137,11	0,79	0,74	0,85	65,92	0,77	0,72	0,82	70,46	0,79	0,75	0,82
2013	79,60	1,25*	1,10	1,40	106,95	0,62	0,57	0,66	68,96	0,80	0,75	0,86	77,23	0,86	0,83	0,90
2014	61,17	0,96	0,84	1,07	130,02	0,75	0,70	0,81	87,40	1,02	0,95	1,08	80,98	0,91	0,87	0,95
2015	70,00	1,10	0,96	1,23	146,28	0,85	0,79	0,91	71,61	0,84	0,78	0,89	75,55	0,85	0,81	0,88
2016	49,61	0,78*	0,68	0,87	146,86	0,85	0,79	0,91	85,24	0,99	0,93	1,06	77,56	0,87	0,83	0,91
2017	81,51	1,28*	1,12	1,43	145,42	0,84	0,78	0,90	74,35	0,87	0,81	0,92	82,25	0,92	0,88	0,96
2018	39,17	0,61*	0,54	0,69	146,00	0,84	0,78	0,90	64,94	0,76	0,71	0,81	63,31	0,71	0,68	0,74
2019	75,98	1,19*	1,05	1,33	124,98	0,72	0,67	0,77	90,24	1,05	0,99	1,12	87,02	0,97	0,93	1,02

Fonte: Do autor, 2020

Tabela 8: Razão de Taxas para associação temporal de mortalidade materna segundo categorias de faixa etária. Município do Rio de Janeiro, 2010 – 2019.

Ano	15 a 19 anos				20 a 39 anos				40 anos e mais				Total			
	RMM	RT	IC 95%		RMM	RT	IC 95%		RMM	RT	IC 95%		RMM	RT	IC 95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS			LI	LS
2010	100,68	1,00			71,20	1,00			434,31	1,00			89,31	1,00		
2011	55,08	0,55	0,46	0,63	66,52	0,93	0,87	1,00	204,01	0,47	0,38	0,56	69,58	0,78	0,74	0,81
2012	46,27	0,46	0,39	0,53	63,24	0,89	0,83	0,95	379,51	0,87	0,70	1,04	70,46	0,79	0,75	0,82
2013	80,09	0,80	0,67	0,92	74,12	1,04	0,97	1,12	127,59	0,29	0,24	0,35	77,23	0,86	0,83	0,90
2014	81,84	0,81	0,69	0,94	78,67	1,10	1,03	1,18	90,44	0,21	0,17	0,25	80,98	0,91	0,87	0,95
2015	96,81	0,96	0,81	1,11	62,28	0,87	0,81	0,94	311,35	0,72	0,58	0,86	75,55	0,85	0,81	0,88
2016	30,98	0,31	0,26	0,36	85,68	1,20	1,12	1,29	87,29	0,20	0,16	0,24	77,56	0,87	0,83	0,91
2017	55,09	0,55	0,46	0,63	84,80	1,19	1,11	1,28	134,08	0,31	0,25	0,37	82,25	0,92	0,88	0,96
2018	78,80	0,78	0,66	0,90	56,93	0,80	0,74	0,86	127,78	0,29	0,24	0,35	63,31	0,71	0,68	0,74
2019	100,07	0,99	0,84	1,15	80,93	1,14	1,06	1,22	173,87	0,40	0,32	0,48	87,02	0,97	0,93	1,02

Fonte: Do autor, 2020.

6. DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com vistas a demonstrar a ocorrência de disparidades raciais na mortalidade materna no Rio de Janeiro, através da análise de um período de tempo de 10 anos, durante o qual ocorreu uma ampla expansão da cobertura da ESF, de 3,5 para 70% da população, e suas possíveis repercussões sobre a saúde materna das mulheres pretas/pardas, em comparação com as mulheres brancas.

Quanto à metodologia empregada, o uso de dados secundários a partir das bases de dados do DATASUS, se mostrou útil para os objetivos propostos. Realizamos o levantamento dos óbitos maternos no município do Rio de Janeiro entre 2010 e 2019. Considerando-se que a expansão da ESF no Rio de Janeiro se deu desde 2009 até 2016, o período foi adequado para o estudo proposto. O resultado final foi positivo, confirmando-se a hipótese da ocorrência de disparidades raciais na mortalidade materna, porém entendemos que a metodologia apresentou limitações, visto que poderíamos ter estudado outras variáveis, que também se correlacionam com a morte materna, como a área de moradia das vítimas, a renda, a escolaridade, o número de consultas no pré-natal, que nos propiciaria uma análise mais profunda sobre tal fenômeno.

Uma análise sobre a tendência temporal da mortalidade materna geral, demonstrou que houve, no período estudado, um declínio significativo de 2010 até 2018 (a RMM caiu de 89 para 63, uma queda de 29,2%), seguindo-se uma nova tendência de elevação em 2019 (a RMM subiu para 87, um aumento de 38%). Embora essa seja apenas uma hipótese, que necessita ser acompanhada nos próximos anos, para podermos confirmá-la como uma tendência, ou refutá-la como uma flutuação pontual, no momento atual não podemos deixar de mencionar que esse resultado pode estar relacionado ao retrocesso neoliberal que ocorreu no Brasil em 2016, que resultou em congelamento dos gastos públicos, afetando o investimento e custeio do SUS. O mesmo movimento neoliberal ocorreu em nível municipal, com o desmonte parcial do projeto das Clínicas de Família, reduzindo equipes e restringindo o acesso, notadamente da população mais pobre, moradora nas favelas. Dados recentes, obtidos do DATASUS, entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2020, indicam que houve uma redução de 2743 profissionais do SUS, diretamente responsáveis por atuar nas clínicas de família – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Destes, 2366 eram ACS, 445 médicos, 157 enfermeiros e 156 técnicos de enfermagem (ROZA; SANTOS; DI GIACOMO, 2020).

O contrassenso de reduzir a cobertura populacional de 70 para 50% foi deixar sem acesso milhares de pessoas das áreas mais carentes da cidade, onde naturalmente vamos encontrar mais mulheres de cor preta/parda dependentes do SUS. Existem autores que apontam o sucesso da expansão da ESF no Brasil, associando-a com uma redução da mortalidade por condições

sensíveis aos cuidados ambulatoriais (CSAC) duas vezes maior para pessoas negras, em comparação à população branca (HONE et al., 2017), enquanto outros já demonstraram o impacto que a expansão da ESF no Brasil causou na redução da mortalidade infantil, redução de mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, etc. (ALFRADIQUE et al., 2009; AQUINO; DE OLIVEIRA; BARRETO, 2009; RASELLA et al., 2014).

A despeito de qualquer evidência de flutuação da mortalidade materna, no período estudado, é fato notório que a RMM no Rio de Janeiro vem se mantendo muito elevada há décadas. A média de 80 óbitos por 100 mil nascimentos, no período estudado, é 33,3% maior que a RMM do ano 2000. Embora possamos admitir que a mudança de patamar seja justificada pela eficiente investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil pela prefeitura, que alcançou 95% destes óbitos, é preocupante a enorme dificuldade para a efetiva redução da mortalidade materna aos níveis recomendados pela ONU. Como a ESF alcançou uma boa cobertura entre 2010 e 2016, e mesmo assim a queda foi aquém do desejado, chegando a uma RMM mínima de 63 óbitos por 100 mil nascimentos em 2018, podemos deduzir que fatores hospitalares podem estar relacionados a essa estagnação. Seriam necessárias mais pesquisas focadas no âmbito hospitalar, que pudessem comparar os desfechos antes e após intervenções modelares, como a implantação de novos protocolos e condutas terapêuticas nas complicações obstétricas, para se chegar a um resultado que possa servir de referência para uma queda sustentada da mortalidade materna.

Outra limitação deste estudo foi o foco na APS, impossibilitando uma análise mais ampla da influência de cada setor assistencial na mortalidade materna, quais sejam: Atenção Primária (ESF); Atenção especializada (ambulatórios de alto risco); e Atenção hospitalar (maternidades). É possível que a atenção hospitalar tenha grande influência na sustentação da elevada RMM, visto que vários estudos mencionam a violência obstétrica e o intervencionismo como características das maternidades brasileiras (LEAL et al., 2014). A desigualdade racial chega a ser perversa, como constatado por estudos recentes, visto ocorrer menor aplicação de analgesia para mulheres pretas. Outro fato, que a princípio poderia nos iludir, é de que as mulheres negras são menos expostas a intervenções, como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana. No entanto “as mulheres pretas e pardas se diferenciam das brancas por apresentarem prevalências mais altas de parto pós-termo, provavelmente como reflexo de um menor cuidado devido a menos intervenções que as necessárias (LEAL et al., 2017). Estudos com estudantes de medicina e residentes constataram um sentimento de “racismo internalizado” nestes jovens, pois assumiam que os pretos são mais resistentes à dor do que os brancos, uma manifestação do racismo

interpessoal, baseada em uma suposta maior resiliência do negro ao sofrimento (HOFFMAN et al., 2016).

Quando analisadas as mortes maternas pelas variáveis cor da pele e faixa etária, os dados apontaram para uma maior prevalência entre as mulheres pretas, com uma chance de morte 2,3 vezes maior do que as brancas, e entre as mulheres mais velhas, com 40 anos e mais, com uma chance de morte 18,8 vezes maior que as mais jovens (de 15 a 19 anos). As mulheres mais velhas são reconhecidamente de maior risco para complicações obstétricas e óbitos, porém a cor da pele, como fator de alto risco para complicações e óbitos ainda não foi devidamente analisada e justificada. Estes resultados confirmam outros autores, nacionais e internacionais, que alertam para tais disparidades raciais em associação à elevada mortalidade materna das mulheres pretas, em relação às brancas (MARTINS, 2006; CHOR et al., 2007; TUCKER et al., 2007; VOLOCHKO; VIDAL, 2010; ARNETT, 2017; PACHECO et al., 2018; AMANKWAA et al., 2018; TANGEL et al., 2018).

Uma medida que poderia ser adotada pela Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro seria oficializar as mulheres de cor preta como de alto risco, aumentando o alerta e a proteção para estas mulheres, inserindo nos protocolos clínicos esta informação. Seria uma medida simples que poderia salvar muitas vidas e assim reduzir a atual RMM. Esta não é uma proposta inédita, pois já foi adotada pelo Estado do Paraná desde 2011, através do Programa Rede Mãe Paranaense. (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; BAGGIO et al., 2016; NETO, 2018).

Como mencionamos anteriormente, não podemos afirmar que as disparidades raciais na mortalidade materna sejam relacionadas a um tipo de racismo institucional. Apesar dos resultados indicarem que as mulheres pretas têm duas vezes mais chance de morrer na gravidez, para podermos afirmar que há racismo seriam necessárias pesquisas específicas para esta análise, através de metodologias próprias para investigação de racismo, como as diversas escalas criadas pelos cientistas norte-americanos. Estas escalas ainda não se encontram validadas para o Brasil, o que nos impede de usá-las em uma pesquisa. Entretanto sabemos que a população afrodescendente foi e é historicamente segregada, pois após o fim da escravidão não houve uma política de Estado que trouxesse para essa população condições de moradia, estudo, saúde e trabalho, que pudesse tirá-los efetivamente da extrema pobreza, até o ano de 2003, quando o governo socialista do Presidente Lula estabeleceu mudanças profundas na formulação das políticas com perspectiva racial, bem como na relação do Movimento Negro com o Estado (LIMA, 2010).

As disparidades raciais evidenciam uma realidade, que representa um descaso do Estado Brasileiro com a população afrodescendente. Este fenômeno precisa ser mais bem

compreendido, e de fato, tal constatação exige um aprofundamento acadêmico. O racismo pode ser sutil, introjetado nas instituições médicas e nos profissionais de saúde, pela nossa cultura, cujo caráter dominante é eminentemente branco. O racismo afeta a saúde da nossa população mais frágil e mais dependente do SUS. Nossa sociedade apresenta um histórico orgulhoso do rótulo de multirracial, mas o sucesso de personagens negros nos esportes e nas artes sempre escondeu a nossa sutileza preconceituosa. No entanto, enquanto tolerarmos as verdades dolorosas da pobreza, da baixa escolaridade, e da elevada mortalidade dos brasileiros afrodescendentes, não poderemos nos considerar inocentes deste genocídio.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa surgiu da hipótese de que encontraríamos disparidades raciais quando estudássemos a mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro. Nossos objetivos foram alcançados, pois evidenciamos essa triste realidade em nosso município, confirmando trabalhos de outros autores.

Além das disparidades raciais, demonstramos a “resistência” de queda da RMM, mesmo após a APS ter sido expandida de 3% para 70%, ao final de 2016. Essa estagnação da RMM persiste, não apenas no Rio de Janeiro, mas em todos os estados da federação.

Embora a pesquisa tenha a limitação de ser genérica, não sendo capaz de analisar a influência das maternidades sobre a RMM, indiretamente podemos deduzir que esta influência seja imensa, pois na medida em que não houve queda significativa da mortalidade materna, após a imensa expansão da APS, só podemos pensar que a atenção hospitalar participa enormemente desta dura estatística. Diversas pesquisas demonstraram falhas estruturais em nossas maternidades, que deveriam sofrer intervenções radicais e não apenas pontuais.

Como afirmou Souza (2013), o Brasil permanece no Estágio III da transição obstétrica (RMM entre 50 e 299 e para alcançar ao menos o Estágio IV (RMM menor que 50 óbitos por 100 mil nascimentos), precisa melhorar a acessibilidade das gestantes às maternidades, melhorar a qualidade do atendimento, reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde, manejar adequadamente as complicações, reduzir o intervencionismo e a violência obstétrica.

Para reduzirmos a mortalidade materna, devemos encará-la como uma forma de negligência; reconhecermos as iniquidades para mudarmos a realidade das maternidades públicas. Na obstetrícia brasileira, a relação de cuidado é invertida: aquelas que mais precisam de atenção são negligenciadas, enquanto as que menos precisam são supercuidadas. Este é um paradoxo porque o excesso de cuidado pode às vezes ser inadequado e até mesmo gerar riscos inesperados (LEAL et al., 2012).

Quanto às disparidades raciais, nossa contribuição foi demonstrar que esta é uma realidade em nosso município, mas que está de acordo com pesquisas realizadas em outros estados e capitais (VOLOCHKO; VIDAL, 2010; MARTINS; TANAKA, 2000; LEAL et al., 2017), o que nos leva a crer que seja um fenômeno relacionado às condições socioeconômicas da população afrodescendente, que propicia, por exemplo, a segregação residencial. Já foi demonstrado que indivíduos que vivem em bairros altamente segregados são 26% mais propensos a ter hipertensão e 50% mais a ter diabetes, e que as pessoas de cor preta apresentam maior prevalência de hipertensão e diabetes. A segregação residencial consiste na manifestação

espacial das desigualdades raciais e econômicas do Brasil e não se trata apenas de segregação de pessoas, mas também de recursos econômicos e sociais (BARBER et al., 2018).

Uma questão urgente é a redução da “segunda demora”, através do compromisso nacional de melhorar o acesso das populações mais pobres e segregadas (fundamentalmente as pessoas de cor preta) aos serviços médicos, próximos das residências e de qualidade. A ESF deve ser expandida aos bairros periféricos e favelas e o investimento e custeio em saúde não pode ser reduzido e nem mesmo “congelado”. O transporte das gestantes às maternidades de referência, como o SAMU Cegonha, deve ser um compromisso de Estado para todas os municípios do país.

Uma sugestão sobre as mulheres de cor preta é que sejam incluídas nos protocolos como de risco maior que o habitual, para que a vigilância sobre elas seja ampliada na detecção oportuna das suas complicações obstétricas.

Muito importante é a redução da “terceira demora”. Sabemos que as maternidades brasileiras não são todas bem estruturadas, nem todas possuem UTI, e os profissionais de obstetria tendem a ser intervencionistas. Porém, este não foi um objetivo da nossa pesquisa. A sugestão quanto às mulheres pretas, que sofrem preconceito dos profissionais de saúde, como se fossem mais resistentes à dor, é que seja feito um trabalho de capacitação em todas as maternidades, com a divulgação dos estudos que relatam essa deformidade no pensamento e nas ações desumanas. As mulheres têm direito aos cuidados especializados e abrangentes do ponto de vista técnico e humanista, antes, durante e após o parto.

São necessárias pesquisas mais profundas sobre a realidade das disparidades raciais na saúde, para entendermos melhor os componentes destas disparidades: racismo, segregação espacial, pobreza. Qual a influência de cada componente deste? Há racismo institucional ou interpessoal? Desejamos que as futuras gerações possam presenciar uma revolução em nossas instituições de saúde, em nosso país, enfim, para que cheguemos em 2030 com a meta de 30 óbitos por 100 mil nascimentos plenamente cumprida.

REFERÊNCIAS

- ABOU ZAHR, C.; ROYSTON, E. **Maternal mortality: a global factbook**. WHO, 1991. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38317/WHO_MCH_MSM_91.3.pdf>
- ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. **Magnitude do Aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais** IAPAS - Rio de Janeiro - RJ, 2006. Disponível em: <https://jornalgggn.com.br/sites/default/files/documentos/factsh_mag.pdf>
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009.
- AMANKWAA, L. C. et al. African-American mothers' persistent excessive maternal death rates. **Nursing Outlook**, v. 66, n. 3, p. 316–318, maio 2018.
- AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87–93, jan. 2009.
- ARNETT, D. A. M. **Maternal mortality rates in African-American women in the United States: a narrative review**. Undergraduate senior honors thesis—Muncie, IN: Ball State University, maio 2017.
- BAGGIO, M. A. et al. PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE: ANÁLISE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UMA REGIONAL DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 26 set. 2016.
- BARBER, S. et al. At the intersection of place, race, and health in Brazil: Residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Social Science & Medicine**, v. 199, p. 67–76, fev. 2018.
- BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847–854, mar. 2005.
- BITTENCOURT, S. D. DE A. et al. Adequacy of Public Maternal Care Services in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, n. S3, p. 120, out. 2016.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica - Capítulo 5**. 2a. ed. Santos - SP: Livraria Santos Editora, 2010.
- BRASIL. **Programa Humanização no Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Ministério da Saúde., 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2020
- BRASIL. **Plano Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna**—Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>>

BRASIL et al. Portaria nº 1.459. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 24 jun. 2011.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, DF: Presidência da República, set. 2015. Disponível em: <<http://ba.one.un.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Brazil/brazilinformenacionalodm2005.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRETZ, S. L. Novak's Theory of Education: Human Constructivism and Meaningful Learning. **Journal of Chemical Education**, v. 78, n. 8, p. 1107, 1 ago. 2001.

CALDERON, I. DE M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 28, n. 5, maio 2006.

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. V. **Black power: the politics of liberation in America**. New York: Random House, 1992.

CARVALHO, V. C. P. DE; ARAÚJO, T. V. B. DE. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 309–317, set. 2007.

CAVALCANTI, P. C. DA S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, dez. 2013.

CDC. **Differences in Maternal Mortality Among Black and White Women -- United States, 1990**: MMWR Weekly. Atlanta, GA - USA: Center for Diseases Control - CDC, 13 jan. 1995. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00035538.htm>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

CEDAW. CEDAW/C/49/D/17/2008. Alyne v. Brazil Decision. 10 ago. 2011, Sec. UN - Committee on the Elimination of Discrimination against Women.

CHOR, D. et al. Mulheres brasileiras... mortes invisíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1750–1750, ago. 2007.

CHOR, D. Health inequalities in Brazil: race matters. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 4, 2013.

CHOR, D.; LIMA, C. R. DE A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, out. 2005.

COOK, R. J. A Dimensão dos Direitos Humanos na Mortalidade Materna. **Demographics**, v. Gênero nos Estudos de População, p. 199–220, 2015.

CORREA, S.; FREITAS, A. Atualizando os Dados Sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 5, n. 2, p. 7, 1997.

COSTA, M. A. Como avaliar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável? Desafios e possibilidades para a agenda global de avaliação. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI**, v. 3, n. 1, p. 100–123, 31 jul. 2018.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 561–572, set. 2016.

DINIZ, D. et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 959–966, jun. 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425–437, mar. 2012.

ELLIS, J. Intersection of Racial Disparities and Privilege in Women’s Health. In: **Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research**. Fifth Edition ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2019. v. Chapter 3p. 468.

FISCELLA, K. Racial Disparity in Infant and Maternal Mortality: Confluence of Infection, and Microvascular Dysfunction. **Maternal and Child Health Journal**, v. 8, n. 2, p. 45–54, 1 jun. 2004.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. DA. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 209–217, jun. 2015.

GONÇALVES, L. C. **Direitos Reprodutivos das Mulheres e Políticas Públicas Brasileiras Para o Enfrentamento das Causas Evitáveis de Mortalidade Materna: Estudo do Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira, do Comitê CEDAW da ONU**. TCC Curso de Direito—Criciúma - SC: UNESC, 2015.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos Três Primeiros Anos de Clínicas da Família**. Porto Alegre, RS: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl, p. S57–S65, 2002.

HOFFMAN, K. M. et al. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 113, n. 16, p. 4296–4301, 19 abr. 2016.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, p. e1002306, 30 maio 2017.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 1, p. 10, 2014.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 507–512, dez. 1988.

LEAL, M. DO C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 1, p. S63–S72, 2004.

LEAL, M. DO C. et al. Birth in Brazil: National Survey Into Labour and Birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, dez. 2012.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, ago. 2014.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005.

LIMA, K. D. D. **Raça e Violência Obstétrica no Brasil**. Monografia apresentada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva—Recife: Fiocruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2016.

LIMA, M. Desigualdades Raciais e Políticas Públicas: Ações Afirmativas no Governo Lula. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 87, p. 19, jul. 2010.

LOTUFO, F. A. et al. Obstetrician’s risk perception on the prescription of magnesium sulfate in severe preeclampsia and eclampsia: A qualitative study in Brazil. **PLOS ONE**, v. 12, n. 3, p. e0172602, 16 mar. 2017.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, jan. 2006.

MAHLER, H. The safe motherhood initiative: a call to action. **Lancet (London, England)**, v. 1, n. 8534, p. 668–670, 21 mar. 1987.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56–64, fev. 2014.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 677–683, 2018.

MARTINS, A. L. **Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o BrasilABEP** Anais, 2004. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/1416/1381>>

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, nov. 2006.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Journal of Human Growth and Development**, v. 10, n. 1, 19 jun. 2000.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 105, 27 nov. 2017.

MELO, E. C. P.; KNUPP, V. M. DE A. O. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 4, p. 773–780, dez. 2008.

MORSE, A. R. **Maternal Mortality Revised.pdf**. Non-profit Research Group. Disponível em: <https://www.pop.org/files/pub/doc/Maternal%20_Mortality_revised.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

NETO, M. C. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>

NOVAK, J. D. Concept mapping: A useful tool for science education. **Journal of Research in Science Teaching**, v. 27, n. 10, p. 937–949, 1990.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1137–1142, dez. 2000.

OLIVEIRA, A. A. S. DE; SCHIRMER, J. B. CASO ALYNE PIMENTEL: UMA ANÁLISE À LUZ DA ABORDAGEM BASEADA EM DIREITOS HUMANOS. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, v. 12, n. 12, p. 12, 2012.

OLIVEIRA, E. H. S. DE A. **Mulheres Negras Vítimas de Violência Obstétrica: Estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz / Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira., 2018.

OMS. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1**. São Paulo: EdUSP, 1994.

ONU. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. ONU - Nova York, 8 set. 2000.

ONU. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. ONU - Nova York, 2015a. Disponível em: <[https://www.undp.org/content/dam/brazil/Agenda2030-completo-site%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/brazil/Agenda2030-completo-site%20(1).pdf)>. Acesso em: 7, mar. 2020.

ONU. **Estratégia Global Para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)** ONU - Nova York, 2015b.

OPAS BRASIL. **OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Mortalidade materna**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 8 mar. 2020.

PACAGNELLA, R. et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 40, n. 09, p. 501–506, set. 2018.

PACHECO, V. C. et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 125–137, mar. 2018.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 172–182, nov. 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

PINTO, L. F. et al. Sistemas Comparados de Saúde: Atenção Primária à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 676–677, mar. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Grafico_RMM_Invest_2000_2017_06042018.pdf**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7972772/4214882/Grafico_RMM_Invest_2000_2017_06042018.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2018.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, v. 349, n. jul03 5, p. g4014–g4014, 3 jul. 2014.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 22 maio 2018.

RIBEIRO, E. R. O. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 9, p. 31, 22 jul. 2009.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Economics**, v. 19, n. S1, p. 126–158, 14 dez. 2010.

ROZA, G.; SANTOS, G.; DI GIACOMO, F. **As Clínicas da Família estão doentes**. Observatório. Disponível em: <<https://datalabe.org/as-clinicas-da-familia-estao-doentes/>>. Acesso em: 15 maio. 2020.

SANTOS, D. J. DA S. et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 3, p. 121–124, jun. 2010.

SANTOS, G. et al. Estudo da maternidade no estado do Rio de Janeiro no período entre 1996 e 2013. **Ciência ET Praxis**, v. 8, n. 15, p. 43–48, 24 abr. 2017.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323–e333, jun. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Plano de Saúde Prefeitura do Rio de Janeiro 2014 a 2017.pdf**Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, , 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Prefeitura Anuncia Reestruturação da Atenção Primária.** Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=8650718>>. Acesso em: 29 fev. 2020.

SILVA, K. S. D. **Evolução da Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro de 1960 a 1990.** Mestrado em Saúde Pública (Epidemiologia)—Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 1994.

SILVEIRA, D. S. DA; SANTOS, I. S. DOS; COSTA, J. S. D. DA. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131–139, fev. 2001.

SIMÕES, P. P. et al. Expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 3, 19 set. 2017.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 12, p. 533–535, dez. 2013.

TANGEL, V. et al. Racial and Ethnic Disparities in Maternal Outcomes and the Disadvantage of Peripartum Black Women: A Multistate Analysis, 2007–2014. **American Journal of Perinatology**, n. eFirst, 2018.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: Maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 8, p. 1091–1110, abr. 1994.

THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R. I. DA; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 397–403, abr. 1999.

TUCKER, M. J. et al. The Black–White Disparity in Pregnancy-Related Mortality From 5 Conditions: Differences in Prevalence and Case-Fatality Rates. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 2, p. 247–251, fev. 2007.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2015** UN - New York, , 2015.

VICTORA, C. G. et al. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 25, n. 4, p. 253–261, jul. 2010.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, ago. 2014.

VOLOCHKO, A.; VIDAL, N. DE P. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 2, p. 143–153, ago. 2010.

WEBER, C. Relatório de Gestão 2009 a 2016. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, p. 37, 2009.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016a.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535–549, set. 2016b.

WHO et al. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015** WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=FA6693EF00966A2E6ED1137E22BE6799?sequence=1>. Acesso em: 27 fev. 2020

WILLIAMS, D. R. et al. Racism and Health: A Growing Body of International Evidence. **Sociologias**, v. 17, n. 40, p. 124–174, dez. 2015.