

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Talita Rodrigues da Silva

Desigualdades Raciais em Saúde: uma análise interseccional da mortalidade
materna em Pernambuco

Recife

2022

Talita Rodrigues da Silva

Desigualdades Raciais em Saúde: uma análise interseccional da mortalidade
materna em Pernambuco

Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a. Tereza Lyra

Coorientadora: Dr^a Emanuelle Freitas Góes

Recife

2022

Título do trabalho em inglês: Racial Inequalities in Health: an intersectional analysis of maternal mortality in Pernambuco.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

S586d Silva, Talita Rodrigues da.
Desigualdades Raciais em Saúde: uma análise interseccional da mortalidade materna em Pernambuco / Talita Rodrigues da Silva. -- 2022.
97 p. : il.color.

Orientadora: Tereza Maciel Lyra.
Coorientadora: Emanuelle Freitas Góes.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2022.
Bibliografia: f. 66-73.

1. desigualdade racial em saúde. 2. mortalidade materna. 3. interseccionalidade. I. Título.

CDU 316.347

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Talita Rodrigues da Silva

**Desigualdades Raciais em Saúde: uma análise interseccional da mortalidade
materna em Pernambuco**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em
Saúde Pública apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 13 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA



Assinado de forma digital por
Tereza Maciel Lyra: 31373690453
Dados: 2023.06.07 14:28:44 -03'00'

Dr^o Tereza Maciel Lyra

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Andrea Ferreira

Andrêa Jacqueline Fortes Ferreira

The Ubuntu Center on Racism, Global Movements
and Population Health Equity, Drexel University, US



Documento assinado digitalmente
SANDRA VALONGUEIRO ALVES
Data: 09/06/2023 14:48:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Sandra Valongueiro Alves

Universidade Federal de Pernambuco

*À todas as mulheres que morreram vítimas das injustiças sociais
e das violações de direitos reprodutivos que as sentenciaram à morte materna.*

*Principalmente àquelas que morreram no contexto da COVID-19,
em que lhes foi negado o ar para respirar.*

Elas jamais serão esquecidas.

*Nós, seguiremos de pé e lutando.
por um futuro feminista e antirracista.*

AGRADECIMENTOS

Dizem que o mestrado é um caminho solitário, e de fato, a elaboração da escrita é uma travessia que muitas vezes precisamos enfrentar sozinhas, mas é a construção coletiva que nos salva cotidianamente e que dá o sentido e o sabor ao processo de produzir conhecimento. Eu tenho a certeza de que não ando só e sou imensamente grata a todas aquelas que caminham ao meu lado.

Primeiramente, agradeço à mainha, Márcia Maria Rodrigues da Silva, por ter acreditado no poder da educação como um caminho que nos permite chegar a lugares inimagináveis e por desbravar tão aguerridamente os caminhos que nos fizeram chegar até aqui. Eu serei eternamente grata por isso. Agradeço a painho, Edilson Antão da Silva e a Thiago por tudo que vivemos e por seguirmos caminhando juntos, aprendendo e crescendo.

Agradeço a Derson, que ao longo dos últimos 11 anos tem enchido a minha vida de alegria e companheirismo. Juntos temos construído um amor gostoso de se viver, revolucionário e potente. Sou grata pela chegada de Laodirê e por tudo que ele e a nossa família representam em nossas vidas.

Agradeço a minha orientadora maravilhosa, Tereza Lyra, por ter me acolhido desde o primeiro dia em que me viu. Sou grata pelos aprendizados e pela relação respeitosa, amiga e de admiração mútua que construímos. Obrigada por ter acolhido de forma tão afetiva e cuidadosa a minha gravidez, minha maternidade, meu filho e minha família no contexto da pandemia e em todos os outros momentos a partir daí. Não tenho palavras para agradecer por isso.

À minha co-orientadora Emanuelle Góes, que aceitou essa missão lá em 2019 e que desde então tem se colocado de forma tão disponível, parceira e amiga ao longo da construção deste processo. Obrigada por me ajudar a pensar o racismo como uma categoria de análise na saúde pública, pelos aprendizados e trocas.

Ao IAM-FIOCRUZ, aos professores e técnicos que contribuíram com a minha formação. Também agradeço imensamente a minha turma de mestrado, pelo mergulho compartilhado, que nos permitiu atravessar a pandemia da COVID-19.

Vocês foram motivo de alegria nos encontros presenciais e de força e esperança nos momentos de finalização a distância. Muito obrigada! Agradeço especialmente a Jhose, Maísa, Paloma, Nil e Matias pela parceria.

Às companheiras do SOS Corpo, pois sem o apoio de vocês eu não teria conseguido finalizar essa dissertação. Sou grata pela nossa parceria cotidiana que permite sustentar a vida coletiva e tenho muito orgulho de construir com vocês uma luta que movimenta o mundo no sentido da justiça social e no enfrentamento às desigualdades e opressões. Que sigamos construindo o presente e os futuros feministas que sonhamos. Avante, companheiras!

À Tuda e Jéssyka por terem embarcado comigo nessa viagem, me auxiliando em diferentes etapas desse processo. Obrigada pela disponibilidade e paciência com essa jovem pesquisadora, nossos encontros, conversas e trocas me fortaleceram para caminhar entre números até aqui. Também agradeço a Carol, que com sua ternura e assertividade foi fundamental no momento de finalização deste trabalho.

Agradeço à todas as minhas queridas amigas, que em diversos momentos da minha formação e da minha vida estiveram junto a mim, me fortalecendo e apoiando em todas as decisões. Agradeço em especial à Juliana Keila, Thaís Brito, Carolina Alves, Diogivânia Maria e Henrique Costa por continuarem aqui. Agradeço também a Yasmim e Maria Betânia pelo apoio logístico, pelo cuidado e amor que me sustentam nos últimos anos.

Agradeço a vovó Nega, Adelice Maria (in memoriam) por ser essa estrela que me guia desde sempre. Agradeço também a vovó Marta e vovô Mário (in memoriam) pelo carinho e por todos os investimentos feitos na minha educação.

Por fim, agradeço a CAPES, pelo fomento da bolsa de estudos durante parte do período de realização do mestrado. E a todas aquelas que constroem aguerridamente as políticas afirmativas e de permanência de estudantes pobres e negras nas Universidades públicas e nos Institutos de Pesquisa deste país.

Com vocês aprendi que o caminho se faz caminhando.

Kanimambo.

Vozes-mulheres

“A voz de minha bisavó
ecoou criança
nos porões do navio.

Ecoou lamentos
de uma infância perdida.

A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe
ecoou baixinho revolta
no fundo das cozinhas alheias
debaixo das trouxas
roupagens sujas dos brancos
pelo caminho empoeirado

rumo à favela

A minha voz ainda
ecoa versos perplexos
com rimas de sangue e fome.

A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes

recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.

A voz de minha filha
recolhe em si

a fala e o ato.

O ontem – o hoje – o agora.

Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância

O eco da vida-liberdade.”

RESUMO

SILVA, Talita Rodrigues da. Desigualdades Raciais em Saúde: uma análise interseccional da mortalidade materna em Pernambuco. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

A mortalidade materna é um importante indicador para analisar o nível de qualidade de vida de uma população, assim como a qualidade da atenção à saúde prestada às mulheres. A distribuição da mortalidade materna é desigual entre países, regiões e grupos sociais, tendo fortes determinações de raça e suas intersecções. Desta forma, buscou-se analisar as desigualdades raciais na mortalidade materna de mulheres negras e brancas em Pernambuco a partir de uma perspectiva interseccional. Para isso, foi realizado um estudo descritivo com o banco de dados disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em que foram analisados os casos de mortes maternas de mulheres residentes no estado de Pernambuco, ocorridos entre 2016 e 2021. A análise considerou as variáveis sociodemográficas e obstétricas; os tipos de causa e grupos de causas do óbito; assim como as frequências relativas e absolutas; e as razões de mortalidade materna precoce e tardia por raça/cor. Os dados foram analisados utilizando o Software Stata Versão 14. Foram observados 502 óbitos maternos ocorridos no período, sendo 72,3% de mulheres pardas, 7,2% de mulheres pretas e 20,5% de mulheres brancas. Os óbitos se concentraram na faixa etária de 30 a 39 anos (43,8%) e entre mulheres sem companheiro (63,2%). As mulheres pretas apresentaram menores níveis de escolaridade, enquanto as brancas foram maioria entre aquelas com 12 anos ou mais de estudo. As causas diretas da morte materna representaram 65,5% do total de óbitos, tendo a hipertensão gestacional com proteinúria significativa como a principal causa de morte. Os óbitos maternos tardios representaram 18,2% do total de óbitos. As mulheres pretas apresentaram a maior razão de morte materna no período, com 90,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto as pardas apresentaram 62,1 e as brancas 68,5. Assim, o estudo mostra que a morte materna se constitui como um problema de saúde pública, aprofundado pelo racismo, em que mulheres com pouca escolaridade e sem companheiros apresentam uma maior vulnerabilidade. A predominância das causas diretas está relacionada a óbitos que poderiam ter sido evitados caso houvesse um investimento na melhoria da qualidade do sistema de saúde e das condições de vida das mulheres. As maiores Razões de Mortalidade Materna e risco para as pretas reafirmam que as desigualdades raciais em saúde são um componente importante da mortalidade materna e que o racismo age como um elemento definidor na morte de mulheres pretas. Foi possível perceber ainda que o racismo produz um gradiente de cor em prejuízo de pretas com relação às pardas e brancas no que se refere à atenção obstétrica. Diante desse contexto, algumas sugestões foram apresentadas para subsidiar o planejamento e as ações em saúde pública.

Palavras-chave: desigualdade racial em saúde; mortalidade materna; interseccionalidade.

ABSTRACT

SILVA, Talita Rodrigues da. Racial Inequalities in Health: an intersectional analysis of maternal mortality in Pernambuco. 2022. Dissertation (Master's in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

The study of maternal mortality is an important indicator to analyze the level of quality of life of a population, as well as the quality of health care provided to women. The distribution of maternal mortality is uneven across countries, regions and social groups, with strong determinations of race, class and territory. In this way, we sought to analyze racial inequalities in maternal mortality of black and white women in Pernambuco from an intersectional perspective. For this, a descriptive study was carried out with the database provided by the State Department of Health of Pernambuco, in which cases of maternal deaths of women residing in the State of Pernambuco, that occurred between 2016 and 2021, were analyzed. The analysis considered the sociodemographics and obstetrics variables; the types of causes and groups of causes of death; as well as the ratios of early and late mortality by race/color. Data were analyzed using the Stata Software Version 14. There were 502 maternal deaths that occurred in the period, 72,3% of brown women, 7,2% of black women and 20,5% of white women. Deaths were concentrated in the age group from 30 to 39 years (43.8%) and among women without a partner (63,2%). Black women had lower levels of education, while white women were the majority among those with 12 or more years of schooling. Direct causes of maternal death accounted for 65.5% of all deaths, with gestational hypertension with significant proteinuria as the main cause of maternal death. Late maternal deaths accounted for 18.2% of total deaths. Black women had the highest maternal death rate in the period, with 90.5 deaths per 100,000 live births, while brown women had 62.1 and white women 68.5. A risk value three times higher than that recommended by the United Nations (UN) Sustainable Development Goals for Brazil was found for black women. Thus, the study shows that maternal death constitutes a public health problem, deepened by racism, in which women with little education and without partners are more vulnerable. The predominance of direct causes is related to deaths that could have been avoided if there had been an investment in improving the quality of the health system and the living conditions of women. The higher maternal mortality ratio and risk for black women reaffirm that racial inequalities in health are an important component of maternal mortality and that racism acts as a defining element in the death of black women. It was also possible to perceive that racism produces a color gradient to the detriment of black women in relation to browns and whites in terms of obstetric care. Given this context, some suggestions were presented to support planning and actions in public health.

Keywords: racial inequality in health; maternal mortality; intersectionality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características Sociodemográficas dos óbitos maternos ocorridos em Pernambuco entre 2016 e 2021.....	42
Tabela 2 -	Histórico obstétrico anterior ao óbito materno ocorrido em Pernambuco no período de 2016 a 2021.....	43
Tabela 3 -	Descrição do número de consultas Pré-natal.....	43
Tabela 4 -	Causas de óbitos diretas, indiretas e tardias, segundo raça cor, no período de 2016 a 2021, em Pernambuco.....	44
Tabela 5 -	Mortalidade Materna, com óbitos até 1 ano após o término da gestação, segundo grupo de causas obstétricas, por raça/cor, no período de 2016 a 2021, em Pernambuco.....	47
Tabela 6 -	Razão de mortalidade materna por raça cor, no período de 2016 a 2021.....	48
Tabela 7 -	Razão de mortalidade materna precoce por raça cor, no período de 2016 a 2021.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEDAW	Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DHEG	Doenças Hipertensivas da Gravidez
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MIF	Mulheres em Idade Fértil
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VDRL	Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS.....	19
1.1.1	Objetivo Geral	19
1.1.2	Objetivos Específicos	19
2	MARCO TEÓRICO–CONCEITUAL	20
2.1	RACISMO E AS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL.....	20
2.2	INTERSECCIONALIDADE COMO PERSPECTIVA TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA PARA A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE MULHERES NEGRAS NA SAÚDE PÚBLICA.....	24
2.3	MULHERES NEGRAS E A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL.....	27
2.4	EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E A TEORIA ECOSSOCIAL.....	31
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
3.1	PERÍODO DO ESTUDO.....	36
3.2	ÁREA DO ESTUDO.....	36
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
3.4	FONTES DE DADOS.....	37
3.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	37
3.5.1	Variáveis sociodemográficas	38
3.5.2	Variáveis obstétricas	38
3.5.3	Causas de óbito	38
3.5.4	Razão de Mortalidade Materna	39
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
4	RESULTADOS	41
5	DISCUSSÃO	51
5.1	AS DIMENSÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E AS DESIGUALDADES RACIAIS NA MORTALIDADE MATERNA.....	51
5.2	AS CAUSAS DE ÓBITO MATERNO DENUNCIAM INIQUIDADES EM SAÚDE DAS MULHERES.....	55

5.2.1	COVID-19 e Mortalidade Materna.....	58
5.3	AS RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA DE MULHERES PRETAS SÃO MAIS UM ELEMENTO DO RACISMO ESTRUTURAL NO BRASIL.....	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICE A - ARTIGO.....	74
	ANEXO A - CAPÍTULO XV DA CID 10: COMPLICAÇÕES DE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO.....	94

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna enquanto fenômeno social atinge as mulheres¹, suas famílias e toda a comunidade. O impacto dessas mortes na sociedade é alto por ser um tragédia evitável que denuncia as desigualdades nas condições de vida, assim como as graves violações dos direitos humanos das mulheres. O estudo das desigualdades raciais na mortalidade materna em Pernambuco chegou para mim em 2020, quando descobri uma gravidez logo após o governo estadual ter decretado estado de Lockdown (isolamento social) por conta da pandemia da COVID-19.

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

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

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

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

Além de mãe de Laodirê, também sou feminista, antirracista, militante do SUS e dos direitos reprodutivos das mulheres. E ao longo da minha trajetória política e profissional tenho assumido o compromisso coletivo, junto com outras companheiras e companheiros, com a construção de um mundo com justiça social para todas as pessoas, principalmente para as mulheres negras e empobrecidas desse país, e do estado de Pernambuco, local onde estou situada territorialmente.

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

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

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

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

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

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

No Brasil e em Pernambuco, a redução da mortalidade materna pode ser vista nas últimas décadas, mas ainda se constitui um grave problema de saúde pública, expondo as desigualdades existentes entre as regiões, com dificuldades de acesso e uma rede de assistência fragmentada e pouco resolutiva (RIBEIRO; ROCHA, 2018; GOMES *et al.*, 2018).

A redução da mortalidade materna em escala global foi um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), cuja meta era reduzir a RMM mundial para no máximo 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015. A meta não foi atingida e segue sendo um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a ser alcançado até 2030, com previsão de redução da mortalidade materna mundial para 70 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No caso do Brasil a meta é 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (MOTTA; MOREIRA, 2021), levando em consideração que em 2016 a RMM estimada para o Brasil era de 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos e que existem marcantes desigualdades regionais, com indicadores mais elevados nas regiões Norte (84,5) e Nordeste (78,0) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Os altos indicadores encontrados no Norte e Nordeste, mostram que no Brasil, o racismo determina as condições desiguais de nascer, viver e morrer no país (LOPES, 2005) e precisa ser enfrentado tanto no âmbito da estrutura política e social, como nos espaços institucionais do Estado. O estudo de Martins (2004) é pioneiro no campo das análises raciais da mortalidade materna no Brasil, em que foi encontrada

uma razão de mortalidade para mulheres pretas de 227,60 nas capitais do Brasil em 2002, enquanto as mulheres brancas das mesmas capitais apresentaram 48,73, as negras 72,61 e as pardas 65,07/100 mil nascidos vivos. Negras foi entendido como o somatório de pretas e pardas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um maior risco de morte materna para mulheres pretas quando comparadas as brancas também foi encontrado no Mato Grosso do Sul, com um risco que chegava a ser quatro vezes maior para pretas do que para brancas naquele estado (PÍCOLI; CAZOLA; LEMOS, 2017). Assim como maiores tendências de mortalidade materna foram encontradas para mulheres pretas em relação às brancas, no Brasil, entre 2000 e 2019 (CARVALHO; MEIRINHO, 2020).

Em estudos anteriores para o estado de Pernambuco foi encontrada uma maior concentração de óbitos entre mulheres pardas, com 63,5% dos óbitos ocorridos entre 2009 e 2013 (FRUTUOSO *et al.*, 2019). E em 2020, primeiro ano da pandemia da COVID-19, foi encontrada uma razão de mortalidade materna para mulheres brancas de 148,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto para mulheres negras essa razão foi de 185/100.000 para a cidade do Recife, capital de Pernambuco. (VALONGUEIRO, 2021)

O estudo das desigualdades raciais na mortalidade materna a partir de uma perspectiva interseccional auxilia na análise do fenômeno, desvelando a forma como as estruturas de opressão de classe, raça e gênero se articulam em prejuízo das mulheres negras. A interseccionalidade também permite identificar diferenças² dentro do grupo de pessoas negras vitimadas pelo racismo, possibilitando a construção de ferramentas metodológicas e conceituais adequadas à singularidade e particularidade dos indivíduos (WERNECK, 2016). E a pesquisa científica no campo da saúde pública tem o potencial de nos mostrar caminhos para a construção de políticas de enfrentamento ao racismo institucional na saúde, assim como é primordial para pensar estratégias de fortalecimento do SUS, contribuindo na construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Assim, buscamos analisar como as desigualdades raciais em saúde se expressam na mortalidade materna de mulheres negras e brancas em Pernambuco.

² Neste ponto, são consideradas diferenças entre pessoas negras vitimadas pelo racismo, aquelas diferenças entre tonalidade de pele, como as vividas por mulheres pretas e pardas, assim como diferenças de condições socioeconômicas, idade, escolaridade, que existem dentro do grupo de pessoas negras, compreendidas como plurais e diversas.

Tem-se como hipótese que existe uma desigualdade nos indicadores de mortalidade materna por raça/cor entre mulheres negras e brancas. E para compreender melhor esse fenômeno, buscaremos conhecer as características dos óbitos, as principais causas de morte e as razões de mortalidade materna por raça/cor, de forma a perceber quais os elementos de raça e suas intersecções colaboram com a construção da mortalidade materna no estado.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as desigualdades raciais na mortalidade materna de mulheres negras e brancas em Pernambuco entre 2016 e 2021.

1.1.2 Objetivos Específicos

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

2 MARCO TEÓRICO–CONCEITUAL

2.1 RACISMO E AS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL

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

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

O racismo científico foi um dos legados da escravidão que dividiu a sociedade em raças e estabeleceu relações hierárquicas entre elas a partir da ideia de superioridade e inferioridade naturais. Essa divisão desigual, que caracteriza alguns indivíduos como humanos e outros como sub-humanos, é o terreno fértil sobre o qual as desigualdades sociais se construíram no Brasil (CARNEIRO, 2011). Carneiro defende que “a raça social e culturalmente construída é um determinante na configuração da estrutura de classes em nosso país” (CARNEIRO, 2011, p.18). E Silva (2013) nos diz que a articulação do racismo com o sexismo produz efeitos imbricados e diversos, que levam as mulheres negras a terem experiências distintas com relação a vivência da pobreza e suas estratégias de superação, sendo estas sempre identificadas como as ocupantes permanentes da base da hierarquia social.

No Brasil, a população declarada de cor branca, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019, representava 42,7% da população residente, ao

passo que a de cor preta era de 9,4% e de pardos correspondiam a 46,8%, totalizando 56,2% de pessoas negras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Dados do mesmo Instituto disponibilizados em novembro de 2019 através do informativo “Desigualdades Sociais por Raça ou cor no Brasil” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019), mostram que em 2018, 68,6% dos cargos gerenciais no Brasil eram ocupados por pessoas brancas, enquanto apenas 29,9% eram ocupados por pessoas negras. Nesse mesmo ano, o rendimento mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% maior que o de pessoas negras. Por outro lado, a taxa de subutilização da população negra no mercado de trabalho foi de 29% comparado aos 18% entre os brancos. Os dados denunciam o empobrecimento histórico da população negra brasileira e a desigualdade abissal de renda, oportunidades e condições de vida entre negros e brancos no Brasil.

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

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

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

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

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

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

No campo da saúde das mulheres negras, alguns estudos se destacam mostrando as condições desiguais a que mulheres negras estão submetidas no acesso a saúde, na mortalidade geral e nas condições de vida concretas. Um estudo de tipo transversal realizado em Recife, entre 2001 e 2003, incluiu 2.943 óbitos de mulheres de 20 a 59 anos, tendo encontrado que o risco de morte entre mulheres negras foi 1,7 vezes superior ao das mulheres brancas e que as negras apresentaram maior risco de morte em todas as faixas etárias e maior proporção de óbitos em hospitais do SUS (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007). Werneck (2016)

apresenta o racismo institucional como um “mecanismo performativo ou produtivo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes” (WERNECK, 2016, p. 542) que para ser efetivo “deve dispor de plasticidade suficiente para oferecer barreiras amplas – ou precisamente singulares – de modo a permitir a realização de privilégio para uns, em detrimento de outros, em toda sua ampla diversidade” (WERNECK, 2016, p. 542). Nessa perspectiva, o racismo age em diálogo com outros eixos de subordinação produzindo quadros de destituição e vulnerabilidades que podem codeterminar as altas taxas de morbidade e de mortalidade precoce ou por causas evitáveis em mulheres negras.

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

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

Entre os anos de 2003 e 2007 houve um aumento no número de homicídios de mulheres na cidade do Recife, e os anos potenciais de vida perdidos para a violência subiram de 1.792 em 2003 para 2.453 em 2007 (SILVA, L. *et al.*, 2011). Assim, calculou-se que para cada mulher assassinada no período foram perdidos 43,3 anos de vida. Entre as vítimas, 88% eram negras e para as mulheres negras, os anos potenciais de vida perdidos foram aproximadamente oito vezes maior do que o das mulheres brancas (10.591 anos potenciais de vida perdidos para as mulheres negras e 1.336,5 para as brancas) (SILVA, L. *et al.*, 2011).

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

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

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

2.2 INTERSECCIONALIDADE COMO PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA SOBRE MULHERES NEGRAS NA SAÚDE PÚBLICA

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

dialogar com os conceitos de universalidade, integralidade e equidade na política pública (WERNECK, 2016).

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

Ao longo de décadas, houve um grande investimento das mulheres negras em desconstruir a categoria mulher, enquanto categoria universalizante, tendo essa intervenção crítica revolucionado o pensamento feminista e os estudos de gênero (HOOKS, 2017). Raça, classe e gênero interagem e reconfiguram-se mutuamente, formando um mosaico complexo que só pode ser compreendido em sua multidimensionalidade, pois, não existe uma forma única de ser mulher, em virtude do fato dessa categoria ser determinada social e historicamente (BAIRROS, 1995).

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

Falamos da importância de construir uma teoria que nos tire do lugar da invisibilidade e lance-nos ao lugar de sujeitas, uma teoria de mulheres negras para mulheres negras, que coloque as nossas experiências no centro das análises. Pois, “como sujeitos, as pessoas têm o direito de definir sua própria realidade, estabelecer suas próprias identidades, nomear sua história” (HOOKS, 2019, p. 100). A teoria feminista negra, lança mão da interseccionalidade (CRENSHAW, 2004) como

categoria analítica para compreender as relações e conexões entre os três eixos de subordinação, estruturados pelas desigualdades de poder de raça, gênero e classe social.

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

Outro elemento importante da epistemologia feminista negra para Collins (2016) se relaciona com a “natureza interligada das opressões”, existindo um problema central em pensarmos gênero como uma questão de mulher, raça como uma questão de negros e classe como uma questão de pobres, pois existem alguns grupos de pessoas que lidam com essas categorias de forma sobrepostas, como no caso de mulheres negras (CRENSHAW, 2004). Para Crenshaw (2002):

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

A interseccionalidade permite identificar as discriminações de raça e gênero como categorias que interagem mutuamente, não podendo ser analisadas separadamente. Pois, juntas elas constroem um fenômeno específico em prejuízo das mulheres negras. Crenshaw (2002) afirma que um dos problemas que torna a compreensão da interseccionalidade em um desafio é o fato dela abordar a diferença dentro da diferença. Para ela, a subordinação estrutural é marcada pela confluência entre gênero, classe, globalização e raça (CRENSHAW, 2002). Luiza Bairros (1995) defende que do ponto de vista da reflexão e da ação política, o racismo e o sexismo não podem ser concebidos separadamente, pois no caso das mulheres negras um não existe sem o outro.

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

2.3 MULHERES NEGRAS E A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

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

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

A subinformação e o sub-registro ainda dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna no Brasil, o primeiro tem haver com o registro incorreto das Declarações de Óbito e o segundo se refere a omissão do registro do óbito em cartório (BRASIL, 2009a). Essas inconsistências nos dados, comprometem a qualidade da informação e fragilizam o planejamento, monitoramento e avaliação da rede de atenção à saúde materna, agravando ainda mais os riscos aos quais estão expostas as mulheres mais vulnerabilizadas (BRASIL, 2021). Tornando mais difícil o enfrentamento ao racismo institucional e a violência obstétrica sofrida por muitas mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal.

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

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

Em análise sobre a realidade brasileira, vemos que apesar dos avanços conquistados em alguns serviços de saúde, a assistência ao parto tem pouca vinculação ao pré-natal, está concentrada em grandes centros urbanos, com superlotação nos serviços de alto risco e é médico-centrada, levando a hipermedicalização e elevadas taxas de cesarianas (VALONGUEIRO, 2021). As desigualdades no acesso ao pré-natal e na atenção obstétrica criam abismos na experiência de mulheres negras e brancas, mediados também por questões de classe social que influenciam nas contradições entre hipermedicalização de brancas e

ausência de medicações cruciais para preservar a vida de mulheres negras, elevadas taxas de cesarianas para algumas e falta de cesarianas bem indicadas para outras.

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

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

Em estudo sobre as desigualdades raciais na mortalidade materna, Martins (2004) observou que excluindo os óbitos maternos tardios, as mulheres brancas apresentavam a menor RMM, sendo de 48,73/100 mil nascidos vivos, seguidas das mulheres negras com RMM de 72,61/100 mil, dentre estas as pardas apresentaram RMM de 65,07/100 mil e as pretas uma RMM de 227,60/100 mil nascidos vivos. O total reduziu para 56,04/100 mil nascidos vivos.

Estes dados expõem nitidamente as desigualdades entre as mulheres com relação à vivência da gravidez, parto e puerpério, assim como no direito de exercer a maternidade. O estudo também observou que a RMM era maior na região nordeste, com 71,32/100 mil nascidos vivos e menor na região sul 41,70/100 mil; o total ficou em 56,04/100 mil nascidos vivos (MARTINS, 2004). Os dados mostraram que a razão em risco de morte materna, foi de 1,7 a 1,8 vezes maior para as negras em relação às brancas; de 1,5 a 1,6 vezes maior para as pardas em relação às brancas; e de 5,5 a 7,4 vezes maior para as pretas em relação às mulheres brancas (MARTINS, 2004). Já a análise da mortalidade materna por raça/cor no Mato Grosso do Sul, realizada

por Pícoli, Cazola e Lemos (2017), entre 2010 e 2015, encontrou um risco relativo para pretas quase quatro vezes maior que para as brancas.

As causas diretas totalizaram 55,9% das mortes do estudo de Martins (2004), tendo as Doenças Hipertensivas da Gravidez (DHEG) como principal causa, seguida da hemorragia pós-parto como segunda causa para as brancas, aborto para as pardas, e infecção puerperal para as negras e pretas. Assim, os dados da pesquisa demarcam o racismo como um fator de risco para a mortalidade materna no Brasil.

Em estudo mais recente, realizado pelo Ministério da Saúde sobre a “Mortalidade Materna no Brasil entre 2009 e 2019” (BRASIL, 2021), os dados mostram que no Brasil, a RMM apresentou tendência decrescente entre 1990 e 2019, com redução da inclinação a partir de 2001, ou seja, caindo com um ritmo menor. Sendo a RMM em 2019 de 58 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Segundo o mesmo estudo:

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

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

As autoras, ponderam que a faixa etária de prevalência dos óbitos maternos no Estado e as principais causas de mortalidade sugerem uma deficiência importante na atenção à saúde, por serem óbitos que ocorrem numa faixa etária que não é considerada de risco e em sua maioria por causas evitáveis. Outra observação importante é de “que as taxas de aborto estejam subestimadas, devido à questão da

ilegalidade, o que pode, por outro lado, superestimar as taxas de hemorragia e infecção, quando estas são consequentes às complicações do aborto inseguro” (FRUTUOSO *et al.*, 2019, p. 5).

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

2.4 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E A TEORIA ECOSSOCIAL

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

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

Os elementos trazidos por Breilh (2006) mostram que desde a entrada do pensamento social na área da saúde por volta dos anos 1970, tem-se revolucionado

o campo da saúde pública, assim como suas concepções. Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) apontam que nesse momento iniciou-se um profundo questionamento do paradigma biomédico da doena que a conceitua como um fenômeno individual. Segundo os autores, o eixo estruturante da análise passou a ser a dimensão coletiva como produtora e reprodutora do processo saúde-doena nas coletividades.

Para autoras como Krieger (2001), a teoria precisa auxiliar na conceituao e elucidao de uma miríade de processos sociais e biológicos que resultam na incorporao e manifestao nos perfis epidemiológicos das populaoes. Para ela, a teoria é importante tanto para a definio da epidemiologia social enquanto campo do conhecimento, quanto para distinguir as tendências internas a esse mesmo campo, possibilitando dessa forma, pensar crítica e sistematicamente sobre as conexões entre nossa existência social e biológica.

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

No modelo ecológico, busca-se uma aproximao maior com a realidade complexa, na medida em que se coloca a relao de interao agente-hospedeiro em contínua e múltipla interao com o ambiente que a envolve. A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são por ele alterados e, por sua vez, alteram também o ambiente. (MARSIGLIA; BARATA; SPINELLI, 2018, p. 1007)

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

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

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

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

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

lideranças internacionais para debater as desigualdades em saúde (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

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

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

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

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

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

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

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

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, envolvendo os óbitos maternos, ocorridos no estado de Pernambuco.

3.1 PERÍODO DO ESTUDO

Foram analisados os óbitos maternos ocorridos entre 2016 e 2021 de mulheres residentes no estado de Pernambuco, disponíveis no banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Destacando que, os dados de mortalidade referentes ao ano de 2021 não estão fechados, podendo ter sofrido alterações, como acréscimos ou retiradas, após a extração do banco de dados que fundamentou este trabalho no dia 05 de maio de 2022 nas bases de dados da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Mesmo ciente de que os dados relativos a 2021 podem sofrer alterações, consideramos importante mantê-los, fazendo a devida ressalva.

3.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, localizado no nordeste do Brasil. Sua população total é estimada em 9.674.793 habitantes, segundo a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2021. Dados do Censo de 2010 mostram que a população de Pernambuco por raça/cor é composta de 36,7% de brancos; 6,5% de pretos; 0,93% de amarelos; 55,3% de pardos; e 0,6% de indígenas.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foram os casos de óbitos maternos por local de residência. Para a composição do valor total de N, foram considerados todos os óbitos até um ano após o término da gestação, ou seja, os óbitos maternos precoces e tardios. O único momento em que foram utilizados os óbitos até 42 dias, separadamente dos óbitos até 1 ano, foi para a análise da razão de mortalidade materna precoce e total (que envolveu os óbitos precoces e tardios).

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

Critério de Exclusão: Foram retirados do estudo os dados referentes as indígenas, as amarelas e os de raça-cor não informada que não são objetos do estudo.

3.4 FONTES DE DADOS

Para a realização do estudo, foram utilizados os bancos de dados de mortalidade materna e de nascidos vivos da Secretaria Estadual de Saúde, disponibilizados pela Gerência de Monitoramento e Eventos Vitais.

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

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

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

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

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

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

3.5.1 Variáveis sociodemográficas

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

3.5.2 Variáveis obstétricas

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

3.5.3 Causas de óbito³

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

³ Ver descrição completa no Anexo A.

cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; 4. (O60-O75) complicações do trabalho de parto e do parto; 5. (O85-O92) complicações relacionadas predominantemente com o puerpério; e 6. (O95-O99) outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

3.5.4 Razão de mortalidade materna

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

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

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

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

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando o Software Stata Versão 14. Primeiro, utilizamos o tabwin e o excel para a tabulação dos dados. No segundo momento, organizamos todos os dados para serem analisados pelas categorias de raça preta, parda e branca, de acordo com definição do IBGE.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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

4 RESULTADOS

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

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

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

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

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos óbitos maternos ocorridos em Pernambuco entre 2016 e 2021.

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

Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

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

**Teste de qui-quadrado de Pearson.

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

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

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

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

Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

tabela com sim=1 ou mais casos; não=0

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

**Teste de qui-quadrado de Pearson.

*** Seis ou mais consultas pré-natal.

Com relação a quantidade de consultas pré-natal que tinham sido realizadas antes do óbito materno, 46,18% das mulheres tinham realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal, quantidade mínima indicada pelo Ministério da Saúde. Entre as que não realizaram nenhuma consulta encontramos 15,94%; onde 4,76% só tiveram uma consulta; 7,04% tiveram duas consultas; 7,45% tiveram três consultas; 7,04% tiveram quatro consultas; e 11,59% tiveram 5 consultas (tabela 3).

Tabela 3 - Descrição do número de consultas Pré-natal.

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

Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

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

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

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

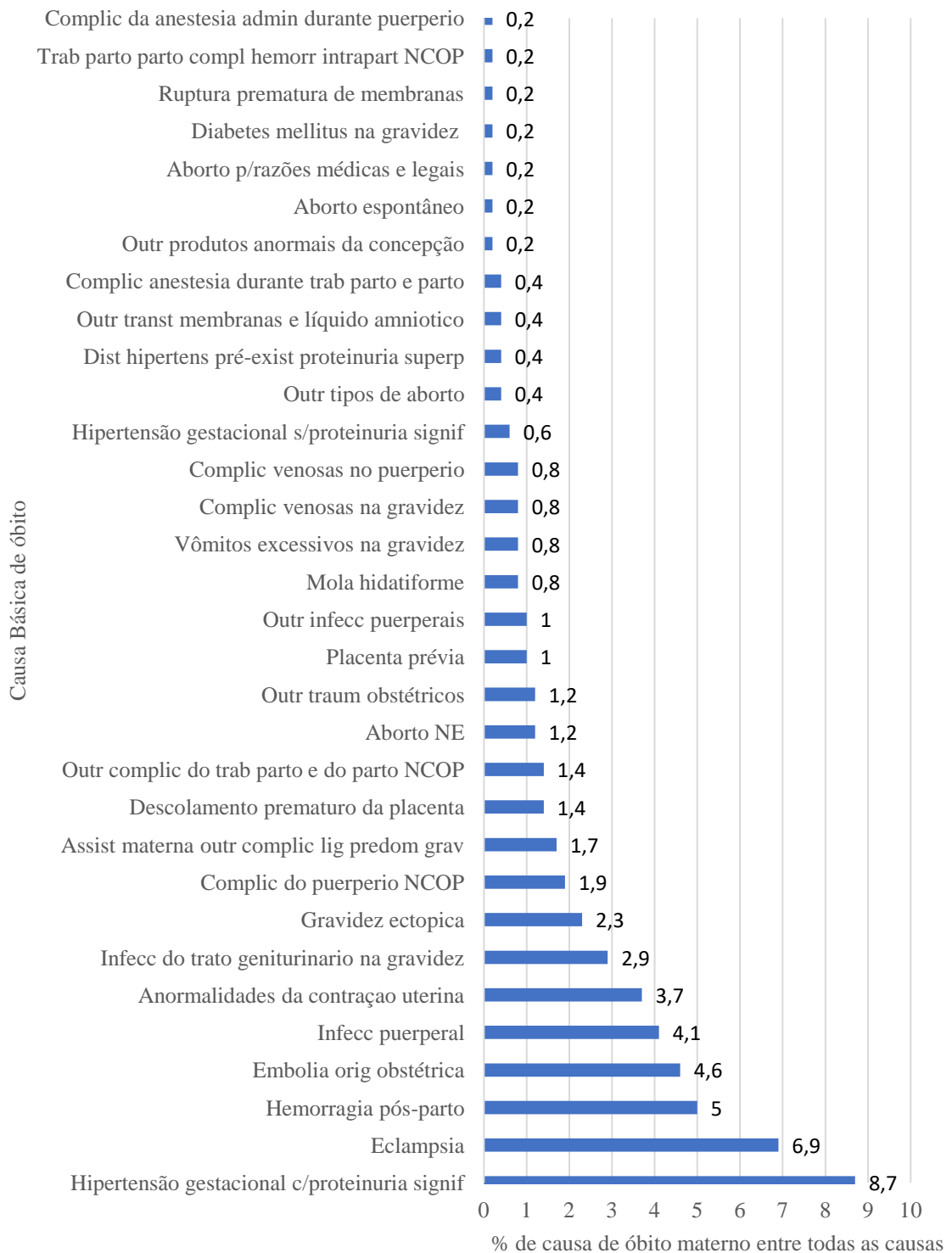
Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

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

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

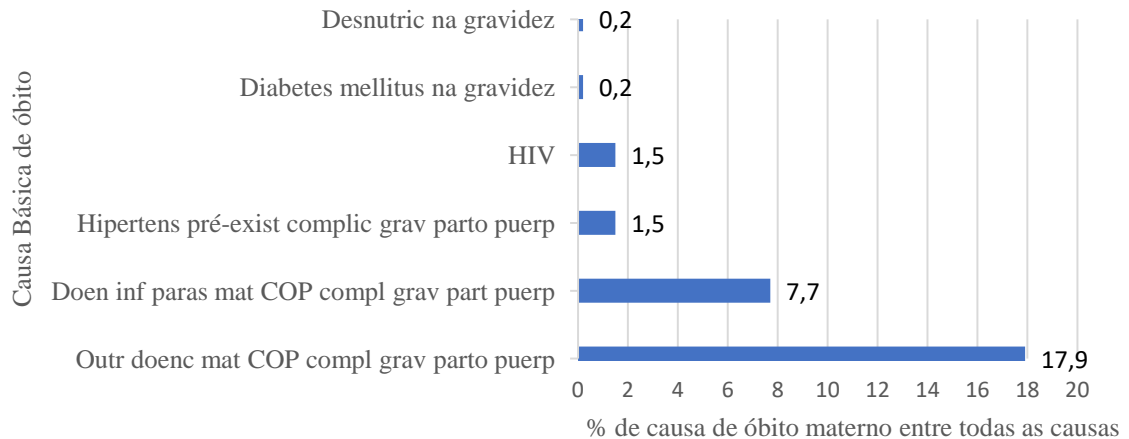
gravidez, o parto e puerpério; Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); e Diabetes Mellitus na gravidez.

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



Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

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



Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

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

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

Variável	Total		Preta		Parda		Branca	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Grupo de Causas								
Gravidez que termina em aborto	26	5,25	2	5,71	22	6,14	2	1,96
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	15	3,03	1	2,86	12	3,35	2	1,96
Complicações do trabalho de parto e do parto	60	12,12	4	11,43	45	12,57	11	10,78
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	61	12,32	0	---	49	13,69	12	11,76
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	33	6,67	1	2,86	25	6,98	7	6,86
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	210	42,42	20	57,14	140	39,11	50	49,03
Total	495	100,00	35	100,00	358	100,00	102	100,00

Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM), 2022.

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

Por fim, analisamos as razões da mortalidade materna geral e precoce (tabela 6 e 7) para o grupo de pretas, pardas e brancas separadamente. Encontramos uma razão de mortalidade de 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o período, considerando todos os óbitos ocorridos até um ano após o término da gestação de 2016 a 2021. As pretas apresentaram a maior razão de morte materna no período, com 90,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A razão de morte materna entre as pardas foi de 62,1 por 100 mil nascidos vivos e a das brancas 68,5 por 100 mil nascidos vivos, conforme podem ser observados na tabela 6.

A razão de mortalidade materna precoce, considerando os óbitos até 42 dias após o término da gestação ou aborto no período foi de 50,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As pretas mais uma vez chamam atenção com uma razão de mortalidade materna de 70,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Entre as

pardas a razão é de 48,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Já as brancas apresentam razão de 53,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos. Essas informações podem ser observadas na tabela 7.

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

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

Raça/cor	Óbitos Materno		Nascidos Vivos		RMM*
	n	%	n	%	
ODS**					30,0
Preta	36	6,9	39.767	5,0	90,5
Parda	363	70,0	584.190	73,7	62,1
Branca	103	19,9	150.461	19,0	68,5
Total	502	100,0	774.418	100,0	64,8

Nota: *RMM = Razão de mortalidade materna.

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

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

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

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

Nota: *RMM = Razão de mortalidade materna.

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

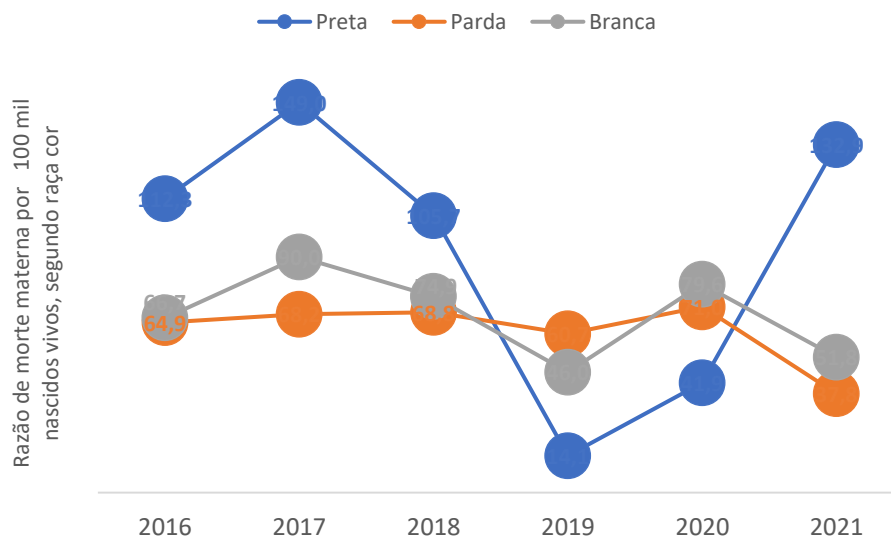
Elaborado pela autora segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), 2022.

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

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

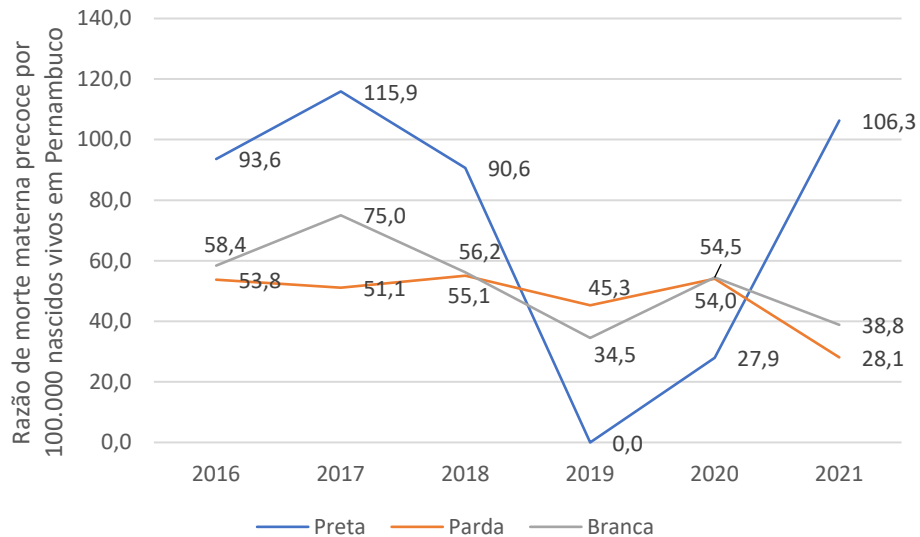
É importante destacar o aumento em todos os grupos raciais entre 2019 e 2020, ano que se instala o cenário de pandemia da COVID-19. Os dados das pretas, seguem crescendo em 2021, diferente das brancas e pardas que diminuem.

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



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

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



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

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

5 DISCUSSÃO

O fenômeno da mortalidade materna, ultrapassa questões individuais e remete a uma dimensão maior, que é a da população e suas questões de vida, saúde e doença (MARTINS, 2006). Nesse contexto, a mortalidade materna, se reafirma como um indicador de grande importância para a sociedade, pois evidencia as iniquidades que nela ocorrem (LEITE, 2019), convocando a pensar estratégias de melhoria das condições de vida, assim como das ações e serviços de saúde para as mulheres. A perspectiva interseccional, permite refletir de forma mais profunda sobre as iniquidades raciais em saúde das mulheres e suas interrelações com outras opressões correlatas, como classe, gênero, território, etc (WERNECK, 2016; GÓES, 2018).

5.1 AS DIMENSÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E AS DESIGUALDADES RACIAIS NA MORTALIDADE MATERNA

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

O racismo determina as desigualdades nas condições de vida e no acesso aos serviços de saúde, limitando o cuidado, gerando doenças e agravos que resultam em iniquidades raciais em saúde, e junto com o sexismo, expõe mulheres negras a uma situação de vulnerabilidade e violação do direito à saúde e ao acesso qualificado (GÓES; NASCIMENTO, 2013).

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

Quando essas informações são relacionadas ao fato de que 65,5% dos óbitos maternos estudados foram classificados como óbitos por causas diretas, sugerem que mais da metade dos óbitos poderiam ser evitados e que houveram falhas na linha de cuidado em saúde da mulher. Compreendendo linha de cuidado como o itinerário que a mulher ou outra pessoa que gesta faz dentro da rede de saúde, composta por fluxos assistenciais seguros e garantidos para atender as necessidades de saúde de grávidas, parturientes e puérperas, perpassando todos os níveis de atenção e atendimento.

A gravidez na adolescência foi encontrada em 12,0% dos óbitos estudados. O valor é superior ao encontrado por Carvalho *et al.* (2020) em pesquisa realizada no Recife entre 2006 e 2017, em que 171 óbitos maternos foram identificados e 8,2% corresponderam a adolescentes. Mas, o valor foi próximo ao apresentado no Boletim Epidemiológico N°29 de agosto de 2021 pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que apresentou dados de mortalidade materna para o Brasil em 2019, quando 13% dos óbitos maternos ocorreram em adolescentes (196 óbitos), o que incluiu 14 meninas de 10 a 14 anos e 182 meninas de 15 a 19 anos; dentre um valor estimado de 1655 óbitos naquele ano (BRASIL, 2021).

No período de seis anos analisados nesse estudo ocorreram seis óbitos de meninas de 10 a 14 anos por causas maternas (4 pardas e 2 brancas), ou seja, uma a cada ano, o que denuncia as graves violações de direitos humanos de mulheres e meninas. Assim como desvela falhas na proteção social básica, na proteção à infância, na atenção primária à saúde e no cuidado obstétrico.

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

Segundo o artigo 128 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), o aborto é permitido por Lei apenas em três casos: gravidez em decorrência de estupro, risco de vida da mulher e quando o feto é anencéfalo. Por Lei todo ato sexual com menor de

14 anos é considerado estupro de vulnerável, logo todas as meninas menores de 14 que engravidam, tem o direito ao aborto legal no país.

Com relação ao estado civil, apenas 36,8% das mulheres eram casadas ou tinham algum tipo de união estável, contra 63,2% que não tinham. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes por raça/cor, onde as pretas que estavam casadas ou em união estável eram 51,5%, as pardas 32,8% e as brancas 46,1%. Apesar dos dados das pretas casadas ou em união estável superarem as que não estavam em nenhuma dessas formatações de relacionamento, os dados gerais, de pardas e brancas ainda corroboram com estudos que afirmam que a prevalência da morte materna é maior entre aquelas que não tem um companheiro ou companheira ao seu lado no momento da gestação (MARTINS, 2004; GOMES *et al.*, 2018). O estado civil muitas vezes se relaciona diretamente à condição socioeconômica, à renda familiar e ao acesso a serviços de saúde, em que mulheres casadas teriam melhores condições de acesso à saúde, maior apoio emocional e amparo do companheiro (MARTINS, 2004; GOMES *et al.*, 2018).

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

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

Neste estudo, aproximadamente metade (46,18%) das mulheres não tinham realizado o mínimo de consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde, que orienta que a gestante tenha seis ou mais consultas pré-natal, iniciadas ainda no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2012). Entre os casos de óbitos estudados, 15,94% das mulheres não tinham realizado nenhuma consulta pré-natal. A desigualdade no acesso ao pré-natal gera complicações que podem resultar em excesso de óbitos evitáveis em mulheres que vivem uma maior situação de vulnerabilidade. Berquó e Lago (2016) encontraram diferenças significativas quando analisaram o número mínimo de consultas pré-natal, de até 6 consultas entre negras e brancas, com uma situação de desfavorecimento de negras, comparadas às brancas.

Na pesquisa sobre as desigualdades raciais no acesso à pré-natal de mulheres brasileiras, Lessa *et al.* (2022) conclui que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens no acesso ao pré-natal adequado, conforme os critérios do Ministério da Saúde, pois as mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, ter 6 ou mais consultas, realizar teste de HIV, o Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL) e receber orientações referentes aos cuidados na gestação e parto.

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

A partir dessas reflexões, pode-se perceber uma maior condição de vulnerabilidade em relação à morte materna, das mulheres de raça/cor negra (pretas

e pardas), com pouca idade, com ausência de companheiro ou companheira e com pouca escolaridade. Mostra ainda que as desigualdades raciais, econômicas e de gênero se interseccionam, se constroem mutuamente e são codeterminadas. E que no caso da escolaridade, as mulheres negras têm um menor acesso a educação formal que é ainda mais agravado entre as pretas, em que a baixa escolaridade é muitas vezes determinada pela condição socioeconômica e ao mesmo tempo a impossibilidade de acessar um maior nível de escolarização é determinante para que as negras se perpetuem no lugar da pobreza e sejam maioria entre aquelas que vivenciam piores condições de vida.

5.2 AS CAUSAS DE ÓBITO MATERNO DENUNCIAM INIQUIDADES EM SAÚDE DAS MULHERES

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

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

As análises por tipo de causa mostraram que 65,5% dos óbitos estão relacionados às causas obstétricas diretas e 34,5% as causas indiretas, fazendo

relação com os dados do Brasil que em 2019 teve 65,7% dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, 30,4% de causas obstétricas indiretas e 3,9% de causas obstétricas inespecíficas (BRASIL, 2021). As mortes por causa direta são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2007). Logo, óbitos evitáveis, se a mulher tivesse acesso ao cuidado integral em saúde de forma qualificada e uma melhoria das suas condições de vida.

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

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

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

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

Na análise por grupo de causas as “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” apareceram em primeiro lugar; seguidas por “edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e puerpério”; em terceiro lugar vieram as “complicações relacionadas predominantemente no puerpério”; em

quarto as “complicações do trabalho de parto e do parto”; em quinto os “outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez”; em sexto lugar veio a “gravidez que termina em aborto”; e por fim a “assistência prestada a mãe por motivos ligados ao feto e a cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto”.

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

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

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

De forma geral, é possível perceber que a morte materna evitável está muito relacionada às condições de vida e de saúde marcadas pela interseccionalidade das desigualdades, sejam elas de gênero, raça ou classe, que afetam a vida das mulheres de diferentes formas, se constituindo enquanto fatores que aumentam sua vulnerabilidade e risco. Esse reconhecimento demanda a construção de estratégias na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco na coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS), que possibilitem um acesso qualificado e com equidade, durante todo o período reprodutivo, com ênfase no planejamento reprodutivo, no cuidado pré-natal, no parto, na atenção ao abortamento, assim como

no puerpério precoce e tardio. O fortalecimento da linha de cuidado em saúde das mulheres e obstétrica pode impactar diretamente no perfil de causas de morte materna, com possibilidades concretas de redução das mortes por causas evitáveis.

5.2.1 COVID-19 e Mortalidade Materna

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

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

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

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

No Brasil, até maio de 2021 tinham ocorrido 1.204 óbitos de gestantes e puérperas, com risco de morte duas vezes maior para mulheres negras quando comparadas com as mulheres brancas (VALONGUEIRO, 2021; FERREIRA, 2022). Estudos como o de Santos *et al.* (2021) mostram que taxa de infecção por COVID-19 foi mais alta em mulheres grávidas quando comparadas a população não grávida de idade semelhante e quase todos os grupos raciais/étnicos não brancos foram afetados de forma desproporcional (SANTOS *et al.*, 2021). As gestantes negras apresentaram taxa média de prevalência de 65,18% das internações e 70,85% dos óbitos por COVID-19 para o ano de 2020, enquanto as gestantes brancas apresentaram 32,32% e 27,23%, respectivamente (FERREIRA, 2022).

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

As dificuldades e desafios enfrentados pelo sistema de saúde de forma geral e pelos sistemas de vigilância epidemiológica, de forma mais específica, em todo o país também podem ser percebidas quando se analisam as RMM de 2020 e 2021. O aumento da sobrecarga de trabalho, a ausência de equipamentos e insumos, o adoecimento e a mortes de profissionais de saúde e seus familiares, assim como o aumento exponencial de mortes na população geral, aumentou a subnotificação e o subregistro de óbitos, limitando inclusive, investigações de óbitos em tempo oportuno.

Com relação a saúde da população negra, a variável raça/cor não foi incorporada como elemento de análise para casos de SRAG logo nos primeiros Boletins Epidemiológicos, só sendo inserida após os posicionamentos do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Coalizão Negra por Direitos e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade (SANTOS *et al.*, 2020). A ausência de compreensão sobre a importância dessa variável para analisar epidemiologicamente um cenário pandêmico, como o

provocado pela COVID-19, expõe a dificuldade dos gestores da saúde em colocarem o racismo como uma categoria de análise central das situações de saúde da população e desafia pesquisadoras e pesquisadores a construir metodologias que consigam visibilizar esses elementos nas análises de saúde.

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

Vários fatores estruturais e assistenciais influenciam as razões de mortalidade materna, expressando de forma mais geral, as condições de vida das populações, e das mulheres em particular. Destacam, sobretudo, o lugar de subalternidade que as mulheres ocupam na sociedade, incrementado pelo racismo.

Para efeitos deste estudo foram analisadas as razões de mortalidade precoce com os óbitos até 42 dias após o término da gestação e a razão de mortalidade, chamada aqui de total, incluindo os óbitos tardios, ocorridos até 1 ano após o término da gestação. Ambas foram calculadas por raça/cor preta, parda e branca.

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

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

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

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

As pretas se destacam nas análises, pois apresentaram os maiores valores de RMM no período, com 70,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, para óbitos precoces e 90,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos para a mortalidade materna total. O incremento de óbitos tardios foi de 22,21%. Uma maior razão de mortalidade materna e um maior risco para as mulheres pretas também foram identificados em outros estudos realizados em diferentes regiões do país (MARTINS, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2012; MONTEIRO; ADESSE; LEVIN, 2008; PICOLÍ; CAZOLA; LEMOS, 2017; CARVALHO, 2020) mostrando que as iniquidades raciais em saúde são um componente importante da mortalidade materna e que o racismo age como um elemento definidor na morte de mulheres pretas.

Pode-se observar ainda que o incremento, em todos os grupos, ficou em torno de 22%, o que é um dado importante, e merece uma análise mais detalhada, o que foge ao escopo deste trabalho, pois exigiria a análise das fichas do Comitê de Morte Materna de modo qualitativo, visando compreender, não apenas as causas, mas as falhas na linha de cuidado das puérperas.

Quando comparadas a RMM de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos orientados pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o Brasil a serem atingidas até 2030 (MOTTA; MOREIRA, 2021), vemos que a situação de todas as mulheres está muito pior do que o valor aceitável em termos de mortalidade materna no mundo para o período.

As RMM por ano também mostram poucas diferenças entre pardas e brancas, com destaque absoluto para as pretas que apresentam maiores indicadores entre 2016 e 2018, assim como em 2021, chegando a uma RMM de 149 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2017. Os valores para as pretas de 14,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2019 e 41,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2020, podem estar relacionados a subnotificação e sub-registro, agravados principalmente no contexto da pandemia da COVID-19.

De forma geral, as RMM de todos os grupos diminuíram em 2019 quando comparadas aos três anos anteriores, mas voltam a subir com intensidade em 2020,

influenciado pelos casos de óbito de COVID-19. Os dados de 2021 apresentam uma limitação de análise, pois na data da coleta do banco ainda não tinham sido fechadas todas as investigações de óbitos de 2021, podendo haver alterações no valor final para esse ano.

O racismo constrói relações de opressão e subalternização em prejuízo de pessoas negras, que produzem desigualdades nas condições de vida limitando o acesso a uma vida saudável e feliz. Os impactos biopsicossociais do racismo se expressam em diferentes dimensões da vida e da morte de pessoas negras, sendo muitas vezes o intermediador na decisão sobre quem merece viver e quem deve morrer. O racismo, no contexto da necropolítica, é uma tecnologia de fazer morrer (MBEMBE, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou refletir sobre as desigualdades raciais na mortalidade materna em Pernambuco a partir de uma perspectiva interseccional, considerando que as relações de gênero, raça e classe são determinantes na construção do óbito materno, para isso, foram analisadas as informações sociodemográficas e obstétricas das mortes maternas ocorridas no período.

O estudo demonstrou uma maior concentração de óbitos entre mulheres negras, jovens, sem companheiro ou companheira, com pouca escolaridade e por causas evitáveis. Causas que podem ser atribuídas às desigualdades de acesso à saúde, assim como as desiguais condições de vida. Foram encontradas diferenças importantes nas RMM de mulheres pretas com relação às pardas e brancas, assim como diferenças no nível de escolaridade.

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

Sendo o problema da mortalidade materna, multideterminado por diferentes fatores sociais, pode-se dizer que, no atual contexto, ele é agravado pelos crescentes ataques aos direitos reprodutivos das mulheres na sociedade; pela violência sexista, e mais especificamente pela violência obstétrica; pela precarização das condições de vida; pelo aprofundamento do racismo e da violência racista; pelo crescimento do fundamentalismo religioso; e pelo desfinanciamento do SUS, com a aprovação da EC-95, que congela os gastos com saúde, educação e assistência social por 20 anos.

Dessa forma, ressaltamos:

- A importância da luta pelos direitos das mulheres, especialmente no campo dos direitos reprodutivos, sendo urgente a qualificação da linha de cuidado em saúde reprodutiva das mulheres, com foco no enfrentamento ao racismo institucional. Para isso é necessário trabalhar pela eliminação das desigualdades de acesso, pela qualificação do pré-natal e no enfrentamento à fragmentação da rede, com pouca resolutividade e baixa vinculação entre a atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Também é preciso fortalecer a atenção

básica enquanto coordenadora do cuidado e qualificar todos os pontos de paradas a serem acessados pelas mulheres. A vinculação da atenção ao puerpério precisa ser garantida na atenção básica e na especializada, para aquelas que necessitarem, com acompanhamento de longo prazo, de forma a evitar a mortalidade materna tardia.

- A necessidade da garantia do direito ao planejamento reprodutivo para todas as mulheres, com acesso a informações seguras, a serviços de saúde de qualidade, a métodos contraceptivos a escolha da mulher, ao pré-natal de qualidade e ao aborto legal, seguro, gratuito e universal. Estes direitos precisam ser garantidos principalmente em momentos de emergências de saúde pública, como no caso do Zika e da COVID-19. Caso isso não seja feito, veremos novamente o impacto desproporcional que essas duas situações provocaram na vida das mulheres e na vida das mulheres negras em especial.
- A importância da descriminalização e legalização do aborto como fundamentais para a vivência plena dos direitos reprodutivos, pois a criminalização viola os direitos humanos das mulheres e aumenta a vulnerabilidade e os riscos de morte por abortos inseguros, principalmente entre negras.
- A urgência do enfrentamento ao racismo na sociedade e no sistema de saúde, de forma a eliminar as injustiças vividas pela população negra em geral, e pelas mulheres negras em particular. No âmbito do SUS é importante fortalecer a política de saúde da população negra, que precisa ser transversal às diversas áreas da saúde e com capacidade técnica para atuar de forma propositiva e interventiva no enfrentamento às iniquidades raciais em saúde vividas pelas mulheres negras. É preciso ainda garantir recurso próprio e autonomia para que a equipe possa exercer um trabalho qualificado nas dimensões que o enfrentamento ao racismo institucional na saúde exige.
- A importância do preenchimento da variável raça/cor para a construção de estudos como este e para a melhor compreensão dos problemas de saúde da população negra no estado de Pernambuco, em especial das mulheres negras. A subinformação, o sub registro e a incompletude dos dados, inclusive de raça/cor, precisam ser enfrentados com maior formação e sensibilização dos profissionais da rede. É preciso que todos os profissionais dos diferentes serviços se sintam responsáveis pela produção da informação em saúde, como

um componente estratégico no planejamento das ações e serviços do SUS, e como parte fundamental das suas atividades enquanto trabalhador da saúde.

- A importância do trabalho da vigilância do óbito materno, que se dá pela fundamental necessidade de conhecermos a realidade do fenômeno da morte materna no Estado, de forma a podermos construir planos e ações em saúde para o enfrentamento do problema. Aqui o papel do Comitê Estadual de Morte Materna se faz muito importante no sentido da investigação do óbito materno, mas também na instauração do debate na sociedade e no exercício do controle social do SUS. É necessário tomar esse espaço como um instrumento importante no enfrentamento ao racismo institucional no SUS, quando compreende o papel central do racismo na construção da morte materna e que o seu enfrentamento é fundamental para a transformação desse cenário.
- A necessidade de enfrentar o fundamentalismo religioso nos serviços de saúde, na sociedade e na política, que impõe pautas morais com foco no controle ao corpo e à sexualidade das mulheres, reforçando a violência. O retrocesso representado pela substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) e pela nova versão da Caderneta da Gestante 2022 são reflexo de um movimento de recrudescimento do fundamentalismo religioso na política de saúde da mulher, que busca retirar a autonomia das mulheres, restringir o acesso a direitos, limitar a atuação da equipe de enfermagem obstétrica e fortalecer o poder médico sobre os corpos das mulheres.
- A importância de aprofundar os estudos que visibilizem o racismo institucional e sua relação com a violência obstétrica, assim como aprofundar as análises interseccionais nos estudos de mulheres que quase morreram de morte materna, para alcançarmos uma maior compreensão do problema das desigualdades raciais na vivência dos direitos reprodutivos das mulheres, assim como na rede de atenção em saúde da mulher e mais especificamente no problema da morte materna.

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 fev. 2009b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html>. Acesso em: 21 jun. 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ODS 3**: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília: IPEA. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetoivo_3_Assegurar%20uma%20vida%20saud%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

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

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

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

LEITE, Régia M. B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000011>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

MONTEIRO, Mário F. G.; ADESSE, Leila; LEVIN, Jacques. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. *In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 16, 2008, Caxambu - MG. **Anais**. Caxambu - MG: 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1745>>. Acesso em: 15 out. 2022.

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

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

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

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

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

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

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

SANTOS, Márcia P. A. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>. Acesso em: 11 out. 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WERNECK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, v. 25, n 3, jul.-set. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acesso em: 03 ago. 2022.

APÊNDICE A - ARTIGO

Desigualdades raciais em saúde: uma análise interseccional da mortalidade materna em Pernambuco

Racial Inequalities in Health: an intersectional analysis of maternal mortality in Pernambuco

Talita Rodrigues da Silva
SILVA, T.R.
Instituto Aggeu Magalhães
ORCID: 0000-0002-0967-6918
Email: tali.gues@gmail.com

Tereza Maciel Lyra
LYRA, T.M.
Instituto Aggeu Magalhães
ORCID: 0000-0002-3600-7250
Email: tereza.lyra@fiocruz.br

Emanuelle Freitas Góes
GÓES, E.M.
Centro de Integração de dados e conhecimentos para a saúde
ORCID: 0000-0001-9288-6723
Email: emanuellegoes@gmail.com

Resumo:

A mortalidade materna é um indicador para analisar a qualidade de vida de uma população e a atenção à saúde prestada às mulheres, tendo fortes determinações de raça, classe e território. Este estudo buscou analisar as desigualdades raciais na mortalidade materna de mulheres negras e brancas em Pernambuco a partir de uma perspectiva interseccional. Foi realizado um estudo descritivo com dados de óbitos maternos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, ocorridos entre 2016 e 2021. Foram observados 519 óbitos maternos (69,9% de pardas, 6,9% de pretas e 19,9% de brancas) concentrados na faixa etária de 30 a 39 anos (43,7%) e entre mulheres sem companheiro (62,9%). As causas diretas representaram 65,5% dos óbitos e a hipertensão gestacional com proteinúria significativa foi a principal causa. As pretas apresentaram a maior razão de mortalidade materna, com 90,5 óbitos por 100³ n.v., enquanto as pardas apresentaram 62,1 e as brancas 68,5. O estudo mostra que a morte materna é um problema de saúde pública, aprofundado pelo racismo, que produz um gradiente de cor em prejuízo de pretas.

Palavras-chave: Desigualdade racial em saúde. Mortalidade materna. Interseccionalidade.

Abstract:

Maternal mortality is an indicator to analyze the quality of life of a population and the health care provided to women, having strong determinations of race, class and territory. This study sought to analyze racial inequalities in maternal mortality of black and white women in

Pernambuco from an intersectional perspective. A descriptive study was carried out with data on maternal deaths from the State Department of Health of Pernambuco, which occurred between 2016 and 2021. 519 maternal deaths were observed (69.9% of brown, 6.9% of black and 19.9% of white) concentrated in the age group from 30 to 39 years (43.7%) and among women without a partner (62.9%). Direct causes accounted for 65.5% of deaths and gestational hypertension with significant proteinuria was the main cause. Black women had the highest maternal mortality ratio, with 90.5 deaths per 100.000 live births, while brown women had 62.1 and white women 68.5. The study shows that maternal death is a public health problem, deepened by racism, which produces a color gradient to the detriment of black women.

Keywords: Racial inequality in health. Maternal mortality. Intersectionality.

Introdução

A mortalidade materna enquanto fenômeno social atinge as mulheres, suas famílias e toda a comunidade. O impacto dessas mortes na sociedade é alto por ser um tragédia evitável que denuncia as desigualdades nas condições de vida, assim como as graves violações dos direitos humanos das mulheres. Compreendida como um evento sentinela, ela é um importante marcador da qualidade do sistema de saúde em relação ao acesso, à adequação e à oportunidade do cuidado, possibilitando identificar a fragilidade dos atendimentos, de modo a favorecer as ações em tempo oportuno, sendo muito relacionada à vulnerabilidade social das populações (FREITAS-JÚNIOR, 2020; PÍCOLI; CAZOLA; LEMOS, 2017).

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

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

No Brasil, o racismo determina as condições desiguais de nascer, viver e morrer no país (LOPES, 2005) e precisa ser enfrentado tanto no âmbito da estrutura política e social, como nos espaços institucionais do Estado. O racismo enquanto ideologia penetra o tecido social, determinando condições desiguais de existência, controlando corpos e mentes, produzindo

subjetividades negras submissas e subjugadas a um sistema injusto de hierarquia social (NASCIMENTO, 2016)

No estudo de Martins (2004) foi encontrada uma razão de mortalidade para mulheres pretas de 227,60 nas capitais do Brasil em 2002, enquanto as brancas apresentaram 48,73, as negras 72,61 e as pardas 65,07/100 mil nascidos vivos, com risco relativo para as pretas variando de 2,3 a 8,2. Negras foi entendido como o somatório de pretas e pardas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um maior risco de morte materna para mulheres pretas quando comparadas as brancas também foi encontrado no Mato Grosso do Sul, com um risco que chegava a ser quatro vezes maior para pretas do que para brancas naquele estado (PÍCOLI; CAZOLA; LEMOS, 2017). Assim como maiores tendências de mortalidade materna foram encontradas para mulheres pretas em relação às brancas, no Brasil, entre 2000 e 2019 (CARVALHO; MEIRINHO, 2020)

Em estudos anteriores para o estado de Pernambuco foi encontrada uma maior concentração de óbitos entre mulheres pardas, com 63,5% dos óbitos ocorridos entre 2009 e 2013 (FRUTUOSO *et al.*, 2019). E em 2020, primeiro ano da pandemia da COVID-19, foi encontrada uma razão de mortalidade materna para mulheres brancas de 148,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto para mulheres negras essa razão foi de 185/100.000 para a cidade do Recife, capital de Pernambuco. (VALONGUEIRO, 2021)

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

O estudo das desigualdades raciais na mortalidade materna a partir de uma perspectiva interseccional auxilia na análise do fenômeno, desvelando a forma como as estruturas de opressão de classe, raça e gênero se articulam em prejuízo de mulheres negras (CRENSHAW, 2002, 2004). Pois, a interseccionalidade permite identificar diferenças dentro do grupo de pessoas negras vitimadas pelo racismo, possibilitando a construção de ferramentas metodológicas e conceituais adequadas à singularidade e particularidade dos indivíduos (WERNECK, 2016). Raça, classe e gênero interagem e reconfiguram-se mutuamente, formando um mosaico complexo que só pode ser compreendido em sua multidimensionalidade, pois, não existe uma forma única de ser mulher, em virtude do fato dessa categoria ser determinada social e historicamente (BAIROS, 1995).

Dessa forma, buscamos analisar as desigualdades raciais na mortalidade materna de mulheres negras e brancas em Pernambuco de 2016 a 2021, de forma a compreender quais os elementos de gênero e raça que colaboram com a construção da mortalidade materna no estado. Para isso, buscaremos descrever as características dos óbitos maternos, identificar as principais causas de morte materna e analisar as razões de mortalidade por raça/cor.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, envolvendo os óbitos maternos, ocorridos no estado de Pernambuco, entre 2016 e 2021. Para a realização do estudo, foram utilizados os bancos de dados de mortalidade materna e de nascidos vivos da Secretaria Estadual de Saúde, disponibilizados pela Gerência de Monitoramento e Eventos Vitais. A análise envolveu as variáveis sociodemográficas (raça/cor, faixa etária, escolaridade, estado civil), as causas de óbitos (diretas e indiretas) e as razões de mortalidade materna (precoce e total).

A variável raça/cor é a variável principal de análise e para o seu estudo foram consideradas as categorias preta, parda e branca.

Causas obstétricas diretas: Gravidez terminada em aborto (O00-O08); Demais causas do capítulo XV (O11-O23, O24.4, O26-O92); Demais causas dos demais capítulos (A34, D39.2, E23.0, F53, M83.0).

Causas obstétricas indiretas: Causas do capítulo XV (O10, O24.0-O24.3, O24.9, O25, O98-O99); Aids (B20-B24). Causas externas (V00-Y99). Causas não especificadas se diretas ou indiretas (O95).

A mortalidade materna precoce, envolve os óbitos maternos até 42 dias após o término da gestação; e a mortalidade materna total, envolve os óbitos maternos precoces e tardios, ou seja até um ano após o término da gestação).

O tabwin e o excel foram utilizados para a tabulação dos dados. E o Software Stata Versão 14 foi utilizado para as análises estatísticas. No banco estão todos os óbitos maternos ocorridos até um ano após o término da gestação para o período de 2016 a 2021, sendo que os dados de 2021 ainda não estão fechados, por que a totalidade dos óbitos maternos ainda não tinha sido investigada quando o banco foi disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, incluindo os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF). Mesmo ciente de que os dados relativos a 2021 podem sofrer alterações, consideramos importante mantê-los, fazendo a devida ressalva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, tendo recebido parecer favorável sob número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 55279822.0.0000.5190; e parecer n° 5.229.294. Não foi necessário o uso de TCLE.

Resultados e Discussão

A análise dos dados da mortalidade materna por raça/cor em Pernambuco, mostra que a morte materna ainda se constitui como um grave problema de saúde pública, aprofundado pelo racismo. Entre 2016 e 2021, 76,9% dos óbitos maternos foram de mulheres negras, obtidos pela junção dos óbitos de pretas (6,9%) e de pardas (69,9%), enquanto as brancas somaram 19,9% dos casos (tabela 1). Os dados corroboram com os estudos de Martins (2006), Picoli, Cazola e Lemos (2017), Gomes *et al.* (2018), Carvalho e Meirinho (2020), Frutuoso *et al.* (2019) e outros, que também mostram uma maior prevalência da morte materna entre mulheres negras, assim como uma maior razão de mortalidade materna entre pretas.

O racismo intermedia as desigualdades nas condições de vida e no acesso aos serviços de saúde, limitando o cuidado, gerando doenças e agravos que resultam em iniquidades raciais em saúde, e junto com o sexismo, expõe mulheres negras a uma situação de vulnerabilidade e violação do direito à saúde e ao acesso qualificado (GÓES; NASCIMENTO, 2013).

No período estudado (tabela 1), 76,8% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres entre 20 e 39 anos, faixa de idade que não é classificada como sendo de maior risco para a gestação de acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Porém, é uma faixa etária de maior exposição das mulheres ao risco do óbito materno, por ser o período da vida em que ocorrem mais gestações. Quando essas informações são relacionadas ao fato de que 65,5% dos óbitos maternos estudados foram classificados como óbitos por causas diretas (figura 1), sugerem que mais da metade dos óbitos poderiam ser evitados e que houveram falhas na linha de cuidado em saúde da mulher.

A gravidez na adolescência foi encontrada em 12,2% dos óbitos estudados (tabela 1). O valor é superior ao encontrado por Carvalho *et al.* (2020) em pesquisa realizada no Recife entre 2006 e 2017, em que 171 óbitos maternos foram identificados e 8,2% corresponderam a adolescentes. Mas, o valor foi próximo ao apresentado no Boletim Epidemiológico N°29 de agosto de 2021 pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que apresentou dados de mortalidade materna para o Brasil em 2019, quando 13% dos óbitos maternos ocorreram em adolescentes

(196 óbitos), o que incluiu 14 meninas de 10 a 14 anos e 182 meninas de 15 a 19 anos; dentre um valor estimado de 1655 óbitos naquele ano (BRASIL, 2021).

Com relação ao estado civil, apenas 37,2% das mulheres eram casadas ou tinham algum tipo de união estável, contra 62,9% que não tinham (tabela 1). Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes por raça/cor, onde as pretas que estavam casadas ou em união estável eram 51,5%, as pardas 32,8% e as brancas 46,1%. Apesar dos dados das pretas casadas ou em união estável superarem as que não estavam em nenhuma dessas formatações de relacionamento, os dados gerais, de pardas e brancas ainda corroboram com estudos que afirmam que a prevalência da morte materna é maior entre aquelas que não tem um companheiro ou companheira ao seu lado no momento da gestação (MARTINS, 2004; GOMES *et al.*, 2018).

O estado civil muitas vezes se relaciona diretamente à condição socioeconômica, à renda familiar e ao acesso a serviços de saúde, em que mulheres casadas teriam melhores condições de acesso à saúde, maior apoio emocional e amparo do companheiro (MARTINS, 2004; GOMES *et al.*, 2018) O estudo sobre assistência pré-natal no Brasil identificou que mulheres com menor escolaridade e sem companheiro, apresentaram cobertura menor de pré-natal, menor proporção de mulheres com início do pré-natal precoce e número de consultas adequado, estas também enfrentaram maiores barreiras de acesso, relataram mais problemas pessoais para a realização do pré-natal e tiveram menos orientação sobre parto, puerpério e amamentação (VIELLAS *et al.*, 2014).

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

A análise dos dados sociodemográficos, mostra uma maior condição de vulnerabilidade em relação à morte materna, das mulheres de raça/cor negra (pretas e pardas), com pouca idade, com ausência de companheiro ou companheira e com pouca escolaridade. Mostra ainda que as desigualdades raciais, econômicas e de gênero se interseccionam, se constroem mutuamente e se codeterminam. E que no caso da escolaridade, as mulheres negras têm um menor acesso a

educação formal que é ainda mais agravado entre as pretas, em que a baixa escolaridade é muitas vezes determinada pela condição socioeconômica e ao mesmo tempo a impossibilidade de acessar um maior nível de escolarização é determinante para que as negras se perpetuem no lugar da pobreza e sejam maioria entre aquelas que vivenciam piores condições de vida.

Tabela1. Características Sociodemográficas dos óbitos maternos ocorridos em Pernambuco entre 2016 e 2021.

Variável	Total 502 (100)		Preta 36 (6,9)		Parda 363 (69,9)		Branca 103 (19,9)		Valor de p**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (n=502)									
10-14 anos	6	1,2	0	---	4	1,1	2	1,9	0,257
15 a 19 anos	57	11,0	4	11,1	43	11,9	7	6,8	
20 a 29 anos	172	33,1	8	22,2	116	32,0	43	41,8	
30 a 39 anos	227	43,7	20	55,6	163	44,9	37	35,9	
40 a 49 anos	57	11,0	4	11,1	37	10,2	14	13,6	
Estado Civil (n=486)									
Solteira/ Viúva/ Separada/divorciada	299	62,9	16	48,5	236	67,3	55	53,9	0,010
Casada/ União Estável	137	37,2	17	51,5	115	32,8	47	46,1	
Escolaridade (n=447)									
Nenhuma	12	2,4	0	---	12	3,8	0	---	0,001
1 a 3 anos	48	12,6	7	25,0	48	14,9	6	6,2	
4 a 7 anos		30,2	13	46,4	110	34,2	25	24,8	
8 a 11 anos	12	37,2	7	25,0	129	40,1	46	47,4	
12 anos e mais	63	8,8	1	3,4	23	7,1	20	20,6	
	151								
	186								
	44								

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

*Estatística do teste considerando apenas os dados referentes à pardas, pretas e brancas. Os valores de n ao lado da variável, é o n que foi identificado após cruzar a variável com raça cor sem considerar os ignorados para cálculo da estatística do teste. Utilizou-se o qui-quadrado de Pearson.

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

As análises por tipo de causa mostraram que 65,5% dos óbitos estão relacionados às causas obstétricas diretas e 34,5% as causas indiretas (figuras 1 e 2), fazendo relação com os dados do Brasil que em 2019 teve 65,7% dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, 30,4% de causas obstétricas indiretas e 3,9% de causas obstétricas inespecíficas (BRASIL, 2021). As mortes por causa direta são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2007). Logo, óbitos evitáveis, se a mulher tivesse acesso ao cuidado integral em saúde de forma qualificada e uma melhoria das suas condições de vida.

Na análise das cinco principais causas diretas e indiretas, a hipertensão gestacional com proteinúria significativa; eclâmpsia; hemorragia pós-parto; embolia de origem obstétrica; e infecção puerperal aparecem como principais causas diretas (figura 1). Todas essas causas são evitáveis. Enquanto as outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, parto e puerpério; doenças infecciosas e parasitárias maternas; hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e puerpério; HIV; e Diabetes Mellitus na gravidez são as principais causas indiretas (figura 2).

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

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

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

As análises deste estudo revelaram que tanto nas causas básicas, como nas causas indiretas as “outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério” chamam atenção. No primeiro e segundo caso elas aparecem como a principal causa básica e a principal causa indireta do óbito. Dentro dessas categorias está incluída o código O995 “Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto

e o puerpério”, onde foram classificados os óbitos por COVID-19, que em sua maioria se deram por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Os óbitos por doenças infecto-parasitárias ganham destaque no período como terceira causa geral de morte e segunda causa indireta (figura 2), o crescimento desses óbitos pode estar relacionado direta e/ou indiretamente a pandemia da COVID-19.

No Brasil, até maio de 2021 tinham ocorrido 1.204 óbitos de gestantes e puérperas, com risco de morte duas vezes maior para mulheres negras quando comparadas com as mulheres brancas (VALONGUEIRO, 2021; FERREIRA, 2022). Estudos como o de Santos *et al.* (2021) mostram que taxa de infecção por COVID-19 foi mais alta em mulheres grávidas quando comparadas a população não grávida de idade semelhante e quase todos os grupos raciais/étnicos não brancos foram afetados de forma desproporcional (SANTOS *et al.*, 2021). As gestantes negras apresentaram taxa média de prevalência de 65,18% das internações e 70,85% dos óbitos por COVID-19 para o ano de 2020, enquanto as gestantes brancas apresentaram 32,32% e 27,23%, respectivamente (FERREIRA, 2022).

Gráfico 1. Causas diretas de mortalidade materna

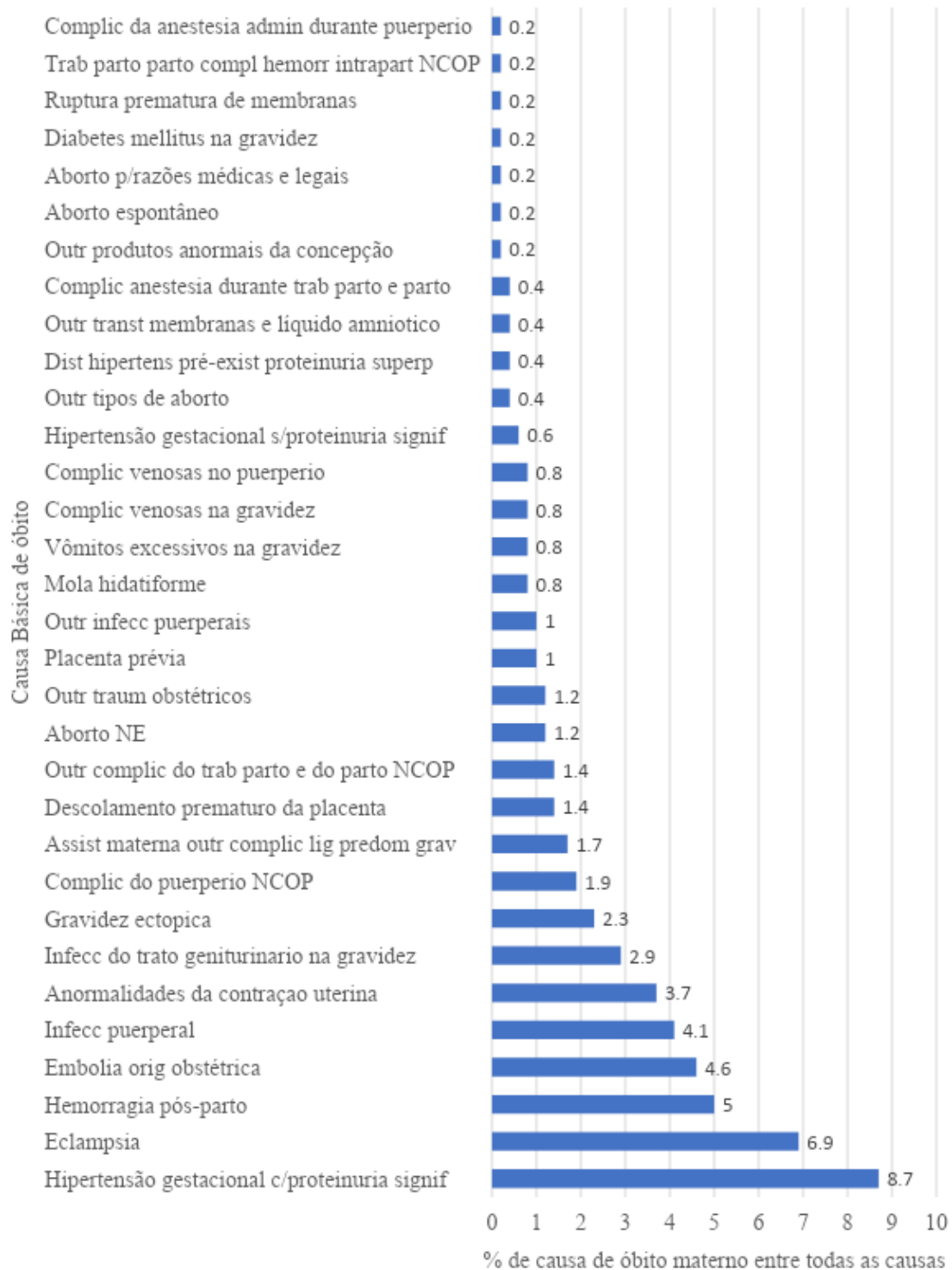
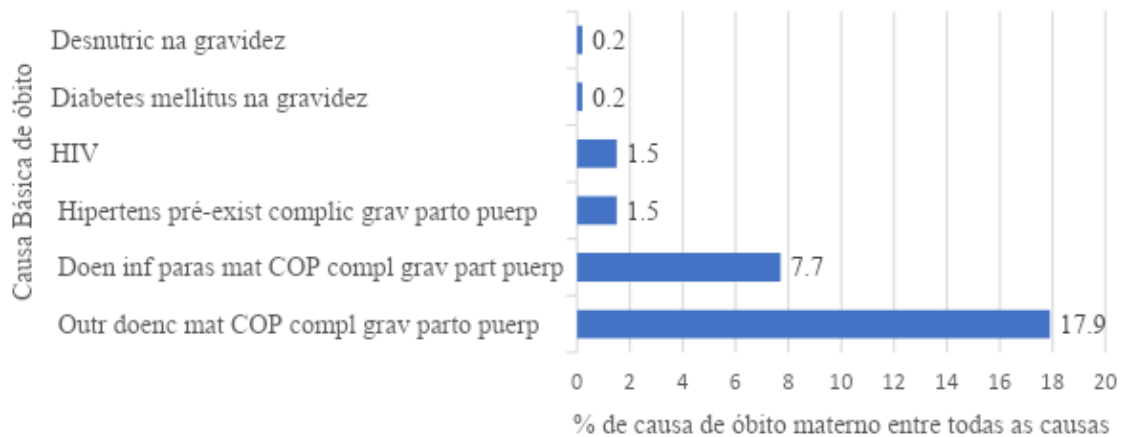


Gráfico 2. Causas indiretas do óbito materno

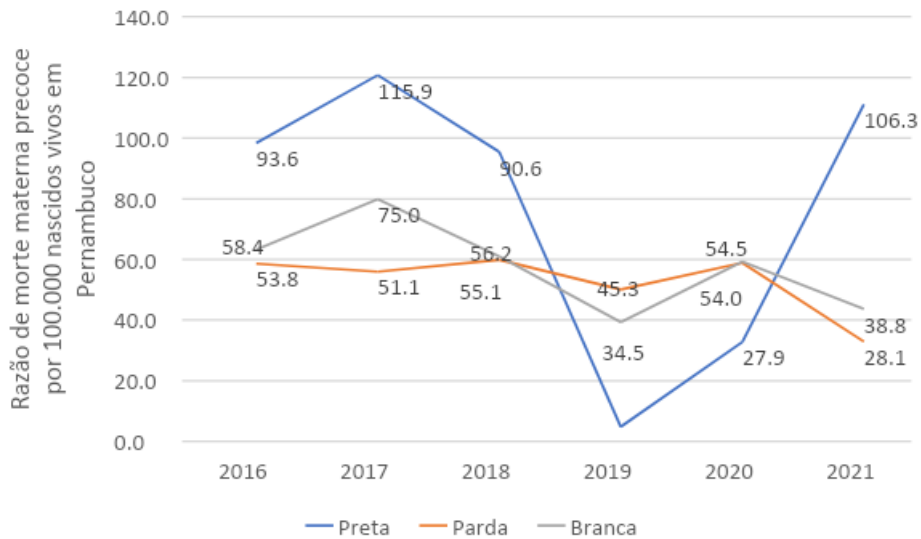


As razões de mortalidade materna para o estado de Pernambuco nos anos de 2020 e 2021 também mostram o impacto da pandemia da COVID-19 na mortalidade materna (gráficos 1 e 2). A razão de mortalidade geral para 2020 foi de 71,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a de 2019 foi de 54,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A RMM aumenta em todos os grupos de raça/cor quando comparadas ao ano anterior à pandemia. Em 2021, apesar dos óbitos não terem sido totalmente investigados, vemos uma RMM para pretas de 132,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a RMM geral é de 46,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Dados da mortalidade materna na cidade do Recife em 2020 mostram que houve 2,6 vezes mais óbitos que em 2019, com uma RMM de 148,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com 82% desses óbitos tendo ocorrido entre mulheres negras, o que correspondeu a uma RMM para mulheres pardas e pretas (negras) de 185 óbitos por 100 mil nascidos vivos (VALONGUEIRO, 2021). A autora destaca que a RMM por causas que não eram Covid-19 foi superior àquelas relacionadas à COVID-19 no ano de 2020 para a cidade do Recife, com 99 óbitos por 100.00 nascidos vivos no primeiro caso e 49 óbitos por 100.000 nascidos vivos no segundo (VALONGUEIRO, 2021), mostrando que a COVID-19 agravou outras condições de saúde aumentando as iniquidades, principalmente para as mulheres negras.

As dificuldades e desafios enfrentados pelo sistema de saúde de forma geral e pelos sistemas de vigilância epidemiológica, de forma mais específica, em todo o país também podem ser percebidas quando se analisam os dados de 2020 e 2021. O aumento da sobrecarga de trabalho, a ausência de equipamentos e insumos, o adoecimento e a mortes de profissionais de saúde e seus familiares, assim como o aumento exponencial de mortes na população geral, aumentou a subnotificação e o subregistro de óbitos, limitando inclusive, investigações de óbitos em tempo oportuno.

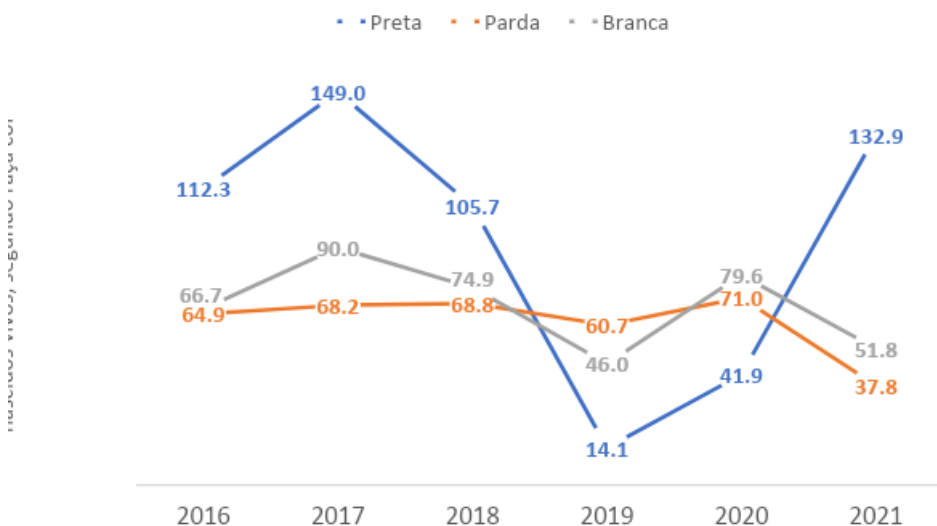
Gráfico 1. Razão de mortalidade materna precoce, por 100 mil nascidos vivos, segundo raça cor, em Pernambuco, no período de 2016 a 2021.



Nota: Não foi identificada tendências ao longo do período estudado através de análises de regressão linear segmentada (modelo joinpoint).

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

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



Nota: Não foi identificada tendências ao longo do período estudado através de análises de regressão linear segmentada (modelo joinpoint).

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

Quando analisado o período de 2016 a 2021 encontramos que a razão de mortalidade materna precoce, com óbitos até 42 dias, foi de 49,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos e uma razão de mortalidade total de 65,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos para os óbitos ocorridos até um ano após o término da gestação (tabelas 3 e 4). Houve um incremento de 24,46% no indicador, quando foram incluídos os óbitos tardios, mostrando a importância do seu estudo para a melhor compreensão da magnitude da mortalidade materna.

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

As razões de mortalidade materna precoce de pardas e brancas se aproximam em termos numéricos entre si, com 48,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos para pardas e 53,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos para brancas. Quando considerados também os óbitos tardios, as pardas apresentaram RMM de 62,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e as brancas 68,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (tabelas 1 e 2). Ou seja, ao serem incluídos os óbitos tardios, houve um incremento de 22,54% nas RMM de mulheres pardas e 22,34% de mulheres brancas.

As pretas se destacam nas análises, pois apresentaram os maiores valores de RMM no período, com 70,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, para óbitos precoces e 90,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos para a mortalidade materna total (tabelas 1 e 2). O incremento de óbitos tardios foi de 22,21%. Uma maior razão de mortalidade materna e um maior risco para as mulheres pretas também foram identificados em outros estudos realizados em diferentes regiões do país (MARTINS, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2012; MONTEIRO; ADESSE; LEVIN, 2008; PICOLÍ; CAZOLA; LEMOS, 2017; CARVALHO, 2020) mostrando que as iniquidades raciais em saúde são um componente importante da mortalidade materna e que o racismo age como um elemento definidor na morte de mulheres pretas.

Quando comparadas a RMM de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos orientados pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o Brasil a serem atingidas até 2030 (MOTTA; MOREIRA, 2021), vemos que a situação de todas as mulheres está muito pior do que o valor aceitável em termos de mortalidade materna no mundo para o período, mas as pretas apresentam um risco 3,00 vezes maior que o parâmetro aceitável, as pardas tiveram um risco

2,07 vezes maior e as brancas, 2,28 vezes maior que o aceitável (tabelas 1 e 2). Pícoli, Cazola e Lemos (2017) encontrou um risco relativo para pretas de 4,3 maior com relação às brancas no Mato Grosso do Sul.

Pode-se observar ainda que o incremento, em todos os grupos, ficou em torno de 22%, o que é um dado importante, e merece uma análise mais detalhada, o que foge ao escopo deste trabalho, pois exigiria a análise das fichas do Comitê de Morte Materna de modo qualitativo, visando compreender, não apenas as causas, mas as falhas na linha de cuidado das puérperas.

Tabela 2 - Razão de mortalidade materna até um ano após o término da gestação por raça cor, no período de 2016 a 2021.

Raça/cor	Óbitos Materno		Nascidos Vivos		RMM*	RR
	n	%	n	%		
ODS**					30,0	1,0 0
Preta	36	6,9	39.767	5,0	90,5	3,0 0
Parda	363	70,0	584.190	73,7	62,1	2,0 7
Branca	103	19,9	150.461	19,0	68,5	2,2 8
Total***	519	100,0	793.108	100,0	65,4	2,1 8

Nota: *RMM = Razão de mortalidade materna.

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

***No total também são considerados 14 óbitos com raça cor ignorado (2,7% do total de óbitos); 1 óbito de indígena (0,2% do total de óbitos); 2 óbito de amarelas (0,4% do total de óbitos).

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

Tabela 3 - Razão de mortalidade materna precoce por raça cor, no período de 2016 a 2021.

Raça/cor	Óbitos Materno		Nascidos Vivos		RMM*	RR
	N	%	n	%		
ODS**					30,0	1,0 0
Preta	28	7,1	39.767	5,0	70,4	2,3 5
Parda	281	71,7	584.190	73,7	48,1	1,6 0
Branca	80	20,4	150.461	19,0	53,2	1,7 6
Total**	392	100,0	793.108	100,0	49,4	1,6 5

Nota: *RMM = Razão de mortalidade materna.

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

***No total também são considerados 1 óbito de indígena (0,2% do total de óbitos); 2 óbitos de amarelas (0,5% do total de óbitos).

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

As RMM por ano também mostram poucas diferenças entre pardas e brancas, com destaque absoluto para as pretas que apresentam maiores indicadores entre 2016 e 2018, assim como em 2021, chegando a uma RMM de 149 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2017 (gráficos 1 e 2). Os valores para as pretas de 14,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2019 e 41,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2020, podem estar relacionados a subnotificação e sub-registro, agravados principalmente no contexto da pandemia da COVID-19.

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

O racismo constrói relações de opressão e subalternização em prejuízo de pessoas negras, que produzem desigualdades nas condições de vida limitando o acesso a uma vida saudável e feliz. Os impactos biopsicossociais do racismo se expressam em diferentes dimensões da vida e da morte de pessoas negras, sendo muitas vezes o intermediador na decisão sobre quem merece viver e quem deve morrer. O racismo, no contexto da necropolítica, é uma tecnologia de fazer morrer (MBEMBE, 2018).

Considerações Finais

Este trabalho buscou refletir sobre as desigualdades raciais na mortalidade materna em Pernambuco a partir de uma perspectiva interseccional, considerando que as relações de gênero, raça e classe são determinantes na construção do óbito materno, para isso, foram analisadas as informações sociodemográficas e obstétricas das mortes maternas ocorridas no período.

O estudo demonstrou uma maior concentração de óbitos entre mulheres negras, jovens, sem companheiro ou companheira, com pouca escolaridade e por causas evitáveis. Causas que podem ser atribuídas às desigualdades de acesso à saúde, assim como as desiguais condições de vida. Foram encontradas diferenças importantes nas RMM de mulheres pretas com relação as pardas e brancas, assim como diferenças no nível de escolaridade.

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

Sendo o problema da mortalidade materna, multideterminado por diferentes fatores sociais, pode-se dizer que, no atual contexto, ele é agravado pelos crescentes ataques aos direitos reprodutivos das mulheres na sociedade; pela violência sexista, e mais especificamente pela violência obstétrica; pela precarização das condições de vida; pelo aprofundamento do racismo e da violência racista; pelo crescimento do fundamentalismo religioso; e pelo desfinanciamento do SUS, com a aprovação da EC-95, que congela os gastos com saúde, educação e assistência social por 20 anos.

Dessa forma, ressaltamos:

- A importância da luta pelos direitos das mulheres, especialmente no campo dos direitos reprodutivos, sendo urgente a qualificação da linha de cuidado em saúde reprodutiva das mulheres, com foco no enfrentamento ao racismo institucional. Para isso é necessário trabalhar pela eliminação das desigualdades de acesso, pela qualificação do pré-natal e no enfrentamento à fragmentação da rede, com pouca resolutividade e baixa vinculação entre a atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Também é preciso fortalecer a atenção básica enquanto coordenadora do cuidado e qualificar todos os pontos de paradas a serem acessados pelas mulheres. A vinculação da atenção ao puerpério precisa ser garantida na atenção básica e na especializada, para aquelas que necessitem, com acompanhamento de longo prazo, de forma a evitar a mortalidade materna tardia.
- A necessidade da garantia do direito ao planejamento reprodutivo para todas as mulheres, com acesso a informações seguras, a serviços de saúde de qualidade, a métodos contraceptivos a escolha da mulher, ao pré-natal de qualidade e ao aborto legal, seguro, gratuito e universal. Estes direitos precisam ser garantidos principalmente em momentos de emergências de saúde pública, como no caso do Zika e da COVID-19. Caso isso não seja feito, veremos novamente o impacto desproporcional que essas duas situações provocaram na vida das mulheres e na vida das mulheres negras em especial.
- A importância da descriminalização e legalização do aborto como fundamentais para a vivência plena dos direitos reprodutivos, pois a criminalização viola os direitos humanos das mulheres e aumenta a vulnerabilidade e os riscos de morte por abortos inseguros, principalmente entre negras.

- A urgência do enfrentamento ao racismo na sociedade e no sistema de saúde, de forma a eliminar as injustiças vividas pela população negra em geral, e pelas mulheres negras em particular. No âmbito do SUS é importante fortalecer a política de saúde da população negra, que precisa ser transversal às diversas áreas da saúde e com capacidade técnica para atuar de forma propositiva e interventiva no enfrentamento às iniquidades raciais em saúde vividas pelas mulheres negras. É preciso ainda garantir recurso próprio e autonomia para que a equipe possa exercer um trabalho qualificado nas dimensões que o enfrentamento ao racismo institucional na saúde exige.
- A importância do preenchimento da variável raça/cor para a construção de estudos como este e para a melhor compreensão dos problemas de saúde da população negra no estado de Pernambuco, em especial das mulheres negras. A subinformação, o sub registro e a incompletude dos dados, inclusive de raça/cor, precisam ser enfrentados com maior formação e sensibilização dos profissionais da rede. É preciso que todos os profissionais dos diferentes serviços se sintam responsáveis pela produção da informação em saúde, como um componente estratégico no planejamento das ações e serviços do SUS, e como parte fundamental das suas atividades enquanto trabalhador da saúde.
- A importância do trabalho da vigilância do óbito materno, que se dá pela fundamental necessidade de conhecermos a realidade do fenômeno da morte materna no Estado, de forma a podermos construir planos e ações em saúde para o enfrentamento do problema. Aqui o papel do Comitê Estadual de Morte Materna se faz muito importante no sentido da investigação do óbito materno, mas também na instauração do debate na sociedade e no exercício do controle social do SUS. É necessário tomar esse espaço como um instrumento importante no enfrentamento ao racismo institucional no SUS, quando compreende o papel central do racismo na construção da morte materna e que o seu enfrentamento é fundamental para a transformação desse cenário.
- A necessidade de enfrentar o fundamentalismo religioso nos serviços de saúde, na sociedade e na política, que impõe pautas morais com foco no controle ao corpo e à sexualidade das mulheres, reforçando a violência. O retrocesso representado pela substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) e pela nova versão da Caderneta da Gestante 2022 são reflexo de um movimento de recrudescimento do fundamentalismo religioso na política de saúde da mulher, que busca retirar a autonomia das mulheres, restringir o acesso a direitos, limitar a atuação da equipe de enfermagem obstétrica e fortalecer o poder médico sobre os corpos das mulheres.

- A importância de aprofundar os estudos que visibilizem o racismo institucional e sua relação com a violência obstétrica, assim como aprofundar as análises interseccionais nos estudos de mulheres que quase morreram de morte materna, para alcançarmos uma maior compreensão do problema das desigualdades raciais na vivência dos direitos reprodutivos das mulheres, assim como na rede de atenção em saúde da mulher e mais especificamente no problema da morte materna.

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITE, Régia M. B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000011>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

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

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

MARTINS, Alaerte L. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambú, MG. **Anais**. Caxambú: ABEP, 2004. Disponível em:

<<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1416>>. Acesso em: 25 out. 2022.

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

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

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

MONTEIRO, Mário F. G.; ADESSE, Leila; LEVIN, Jacques. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. *In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 16, 2008, Caxambu - MG. **Anais**. Caxambu - MG: 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1745>>. Acesso em: 15 out. 2022.

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

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

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

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

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

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

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

WERNECK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, v. 25, n 3, jul.-set. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acesso em: 03 ago. 2022.

ANEXO A - CAPÍTULO XV DA CID 10: COMPLICAÇÕES DE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Exclui: doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 – B24);

Necrose pós-parto da hipófise (E23.0);

Osteomalácia puerperal (M83.0);

Tétano obstétrico (A34);

Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

O00-O08 Gravidez que termina em aborto

O00 Gravidez ectópica

O01 Mola hidatiforme

O02 Outros produtos anormais da concepção

O03 Aborto espontâneo

O04 Aborto por razões médicas e legais

O05 Outros tipos de aborto

O06 Aborto não especificado

O07 Falha de tentativa de aborto

O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério

O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

O12 Edema e proteinúria gestacionais (induzidos pela gravidez), sem Hipertensão

O13 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa

O14 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa

O15 Eclâmpsia

O16 Hipertensão materna não especificada

O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

O20 Hemorragia do início da gravidez

O21 Vômitos excessivos na gravidez

O22 Complicações venosas na gravidez

O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez

O24 Diabetes *mellitus* na gravidez

O25 Desnutrição na gravidez

O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez

O28 Achados anormais do rastreamento (*screening*) antenatal da mãe

O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

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

O30 Gestação múltipla

O31 Complicações específicas de gestação múltipla

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

O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita

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

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

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

O40 Poli-hidrânio

O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico

O42 Ruptura prematura de membranas

O43 Transtornos da placenta

O44 Placenta prévia

O45 Descolamento prematuro da placenta (abruptio placentae)

O46 Hemorragia anteparto não classificada em outra parte

O47 Falso trabalho de parto

O48 Gravidez prolongada

O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto

O60 Parto pré-termo

O61 Falha na indução do trabalho de parto

O62 Anormalidades da contração uterina

O63 Trabalho de parto prolongado

O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má posição ou má apresentação do feto

O65 Obstrução do trabalho de parto devido à anormalidade pélvica da mãe

O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto

O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte

O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal

O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical

O70 Laceração do períneo durante o parto

O71 Outros traumatismos obstétricos

O72 Hemorragia pós-parto

O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias

O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto

O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificada em outra parte

O80-O84 Parto

O80 Parto único espontâneo

O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator

O82 Parto único por cesariana

O83 Outros tipos de parto único assistido

O84 Parto múltiplo

O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O85 Infecção puerperal

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

O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

- O95 Morte obstétrica de causa não especificada
- O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano, após o parto
- O97 Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas
- O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
- O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério

Observações:

- O08 – Este código só deve ser usado para classificar morbidade.
- O30 – Não deve ser usado para codificação de causa básica.
- O32 – Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isso ocorrer, usar O33.
- O33.9 – Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3.
- O64 – Não deve ser usado se houver menção de O65. Se isso ocorrer usar O65.
- O80-O84 – Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique, como complicações não especificadas de trabalho de parto e parto, O75.9.
- O95 – Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente “materna” ou ‘obstétrica’.

Signature: Andrea Ferreira
Andrea Ferreira (Jun 16, 2023 13:45 EDT)

Email: ajf426@drexel.edu