

Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade?

Maternal mortality among black women in São Paulo: equity?

Suzana Kalckmann¹

Resumo

A ocorrência de mortalidade materna mostra o desenvolvimento de uma sociedade, sua distribuição heterogênea entre determinados grupos e evidencia as inequidades que nela existem. Foram analisados os dados de mortalidade materna, a partir do DATASUS (SIM/SINASC), para as regiões administrativas do Estado de São Paulo, em dois períodos de tempo: de 2003 a 2008 e de 2009 a 2014. No estado de São Paulo, comparando os dois períodos considerados, houve aumento da Razão de Mortalidade Materna, que passou de 38,0 a 43,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Observou-se que para as mulheres de cor preta e cor parda, similar ao apresentado na literatura, há maior risco de morte materna quando comparadas às mulheres brancas. Os dados desagregados por cor mostram inequidades no atendimento às gestantes, nas diferentes regiões do estado.

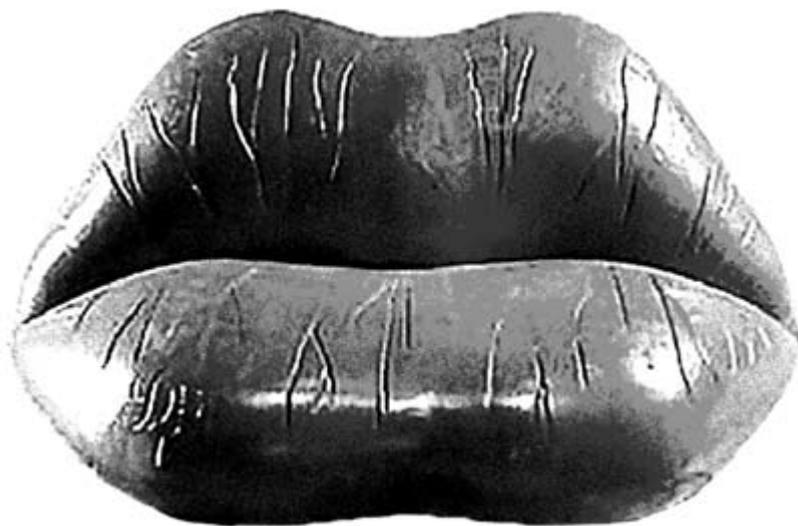
Palavras-chave: Mortalidade materna; Inequidades; Mulher negra; Racismo.

Abstract

The occurrence of maternal mortality shows the development of a society, its heterogeneous distribution among determined groups is evidence of the inequities within. We analysed the maternal mortality data, from DATASUS (SIM/SINASC), for the administrative regions of the state of Sao Paulo, Brazil, in two periods of time: 2003-2008 and 2009-2014. In the Sao Paulo state, comparing the two periods considered above, there was an increase of the maternal mortality ratio, from 38.0 to 43.4 deaths for 100 thousand live births. We observed that, for the black and brown women, and similarly to literature, there is a greater risk of maternal mortality when compared with white women. Disaggregated data by colour show inequities in the attention towards the pregnant women in the different regions of the state.

Keywords: Maternal mortality; Race; Social inequity.

¹ Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga, mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo e Doutora em Ciências pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Pesquisadora Científica e Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

Entre as inúmeras inequidades que as mulheres negras sofrem em nossa sociedade, inclusive na saúde, tem destaque a maior proporção de mortes maternas entre elas.

Morte materna é o óbito de mulheres durante a gravidez, parto ou aborto ou em até 42 dias após o fim da gestação (aborto ou parto). No sentido de possibilitar a comparação de dados entre regiões e períodos de tempo utiliza-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que é o número de óbitos de morte materna por 100.000 nascidos vivos.

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde, não apenas da mulher, mas de toda a sociedade, pois evidencia as inequidades que nela ocorrem. Os dados do Quadro 1 nos ajudam a ver as imensas discrepâncias que ocorrem no mundo, com valores de RMM de 2054 (Sudão do Sul) a 2 (Estônia) no ano de

2010⁶. Vale ressaltar que as estimativas são desenvolvidas a partir de dados disponíveis por país. Segundo a UNICEF, há enorme diversidade na disponibilidade e qualidade dos dados entre os países, especialmente entre aqueles com altos níveis de mortalidade materna, para os quais são necessárias estimativas com uso de modelagem estatística¹².

Segundo essas estimativas, o Brasil, em 2010, ocupava a 104^a posição entre os países apresentados, com RMM de 56 por 100.000 nascidos vivos⁶.

A mortalidade materna, pela sua importância como marcador de desenvolvimento de um país, foi um dos quesitos a ser monitorado como Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que estabeleceu 8 metas para serem cumpridas pelos países consignatários da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, com o apoio de 191 nações, inclusive o Brasil^{3,8}.

Quadro 1 – Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos, segundo países selecionados para 2010.

País	RMM	País	RMM
Sudão do Sul	2,054	Brasil	56
Somália	1,000	Tunísia	56
Guiné-Bissau	790	Barbados	51
Camarões	690	México	50
Nigéria	630	Tailândia	48
Guiné	610	Costa Rica	40
Moçambique	490	China	37
Afeganistão	460	Santa Lúcia	35
Angola	450	Rússia	34
Senegal	370	Ucrânia	32
Quênia	360	Armênia	30
Etiópia	350	Uruguai	29
Haiti	350	Albânia	27
Uganda	310	Chile	25
África do Sul	300	Líbano	25
Paquistão	260	Estados Unidos	21
Índia	200	Porto Rico	20
Bolívia	190	Turquia	20
Nepal	170	Coreia do Sul	16
Rep.Dominicana	150	Nova Zelândia	15
Guatemala	120	Kuwait	14
Equador	110	Canadá	12
Jamaica	110	Reino Unido	12
Honduras	100	Bulgária	11
Marrocos	100	Portugal	8
Filipinas	99	Bélgica	8
Paraguai	99	França	8
Nicarágua	95	Suíça	8
Colômbia	92	Alemanha	7
Panamá	92	Austrália	7
Venezuela	92	Noruega	7
Coreia do Norte	81	Israel	7
Cabo Verde	79	Irlanda	6
Argentina	77	Espanha	6
Cuba	73	Polônia	5
Síria	70	Japão	5
Peru	67	Itália	4
Egito	66	Áustria	4
Gaza Strip	64	Suécia	4
Iraque	63	Grécia	3
Líbia	58	Estônia	2

Fonte: indexmundi.com

Para o Brasil, a meta era de reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna entre 1990 a 2015. A RMM, que era de 141, em 1990, deveria passar a 35 por 100 mil nascidos vivos em 2015. Porém, segundo o próprio Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância (UNICEF), “nenhum país latino atingirá a exigência do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir, no mínimo, 75% da mortalidade materna até 2015”¹².

No Brasil, apesar das inegáveis melhorias socioeconômicas e de medidas específicas adotadas para as mulheres grávidas que propiciaram maior acesso ao pré-natal e ao parto em serviços de saúde, as taxas de mortalidade são muito altas comparadas a países desenvolvidos e, mesmo que tenham se mantido estáveis nos últimos quinze anos, com estimativas de queda, ainda “revelam diferenças socioeconômicas e desigualdades na atenção de saúde que ocorrem entre as regiões”¹³.

Em um mesmo país há grandes discrepâncias entre as regiões, estados e cidades. Observamos, também, diferenças importantes entre grupos específicos em um mesmo espaço geográfico, evidenciando como a sociedade exclui grupos de cidadãos e cidadãs de seus direitos.

O ocorrido nos Estados Unidos é exemplar, segundo o *Centers for Disease Control and Prevention*, onde a mortalidade materna sofreu importante redução no período de 1940 a 1990, mas com enorme discrepância entre os valores quando se considera a cor das mulheres que morreram: entre as brancas, a RMM de 319,8 passou a 5,7/100 mil nascidos vivos; já entre as mulheres negras, a RMM passou de 781,7 para 18,6/100 mil nascidos vivos⁸.

No Brasil, diversos estudos mostram haver nítidas diferenças entre as proporções de morte materna quando se considera a cor da

mulher. Martins⁸ encontrou maior razão de mortalidade materna para as mulheres pretas, com RMM de até 562,35/100 mil nascidos vivos e Risco Relativo de 6,7, ao analisar vários bancos de dados.

Em um estudo de análise de mortes maternas, no período de 2000 a 2006, no Mato Grosso, Teixeira e colaboradores¹¹ evidenciaram associação estatisticamente significativa entre cor e morte materna. As autoras relatam “Odds ratio 5,13 vezes maior para mulheres pretas e 5,71 para indígenas, se comparadas às mulheres brancas”¹¹.

Mortalidade Materna no Estado de São Paulo

Para o estado de São Paulo também foi apontado o maior risco de morrer em decorrência da gravidez entre as mulheres negras (pretas e pardas). No ano de 2007, a RMM foi 29,52 por 100 mil nascidos vivos entre as brancas, 249,79 entre as de cor preta e 54,24 entre as pardas². Volochko¹⁵ afirma que a razão de taxa preta/branca era de 10,3 em São Paulo.

No sentido de verificar se as diferenças entre a RMM por cor permanecem na atualidade no estado de São Paulo, calculamos as razões de Mortalidade Materna¹ (RMM) por Divisão Administrativa do Estado, desagregando os dados por cor da pele⁴, para dois períodos de tempo, de 2003 a 2008 (período 1) e 2009 a 2014 (período 2). Utilizamos os dados do DATASUS sem nenhum ajuste ou fator de correção, apesar da heterogeneidade de dados sem informação nas diferentes regiões do estado.

A RMM para o estado foi de 38,0 e 43,4 por 100 mil nascidos vivos no período de 2003 a 2008 e 2009 a 2014, respectivamente (Quadro 2), houve um importante aumento na RMM do

estado, provavelmente devido ao vírus H1N1, que provocou a morte de várias gestantes, em 2011.

Como se pode ver no Quadro 2, há no estado diversidade dos valores de RMM segundo a região de residência da mulher e o período de tempo considerado.

Os menores valores no período 1 foram 20,7, 24,9 e 25,1 por 100 mil nascidos vivos em São José do Rio Preto, Registro e Araçatuba, respectivamente. As RMMs maiores foram observadas na Baixada Santista (55,0) e em Sorocaba (46,3).

No período 2, as menores RMM foram na região de Ribeirão Preto (23,9), Franca (20,5) e Taubaté (25,6). As maiores foram observadas na Baixada Santista (71,4) e na região administrativa de Piracicaba (67,1).

Apesar da heterogeneidade entre as regiões, chama a atenção que praticamente em todas as regiões os valores das RMMs são muito maiores entre as mulheres de cor preta e parda. Se considerarmos o total para estado, observamos que entre as mulheres brancas a RMM é 34,6 e 37,6 100 mil nv, para os períodos 1 e 2, respectivamente. Para as mulheres de cor preta as RMMs passam a 273,1 e 101,3; para as de cor parda os valores foram 58,2 e 46,2 por 100 mil nascidos vivos para o período 1 e período 2, respectivamente.

Os resultados evidenciam excesso de mortes maternas entre as mulheres de cor preta e parda comparadas às brancas, indicando, como afirmam Volochko e Vidal¹⁴, “falta de regionalização, hierarquização e regulação da linha de cuidados de pré-natal, parto e puerpério”. Tais diferenças também explicitam as enormes diferenças socioeconômicas entre os grupos da sociedade.

No estado de São Paulo, para o período de 2003 a 2008, observamos 36 casos nos quais o quesito cor não foi preenchido em 1.385 óbitos maternos (3,0%); para o segundo período, de 2009 a 2014, foram 64 casos ignorados em 1.589 mortes (4,0%).

Quando se analisa a proporção de casos “ignorados” nos registros de nascidos vivos no

1 Número de óbitos de mulheres “morte materna” de cada cor/número de nascidos vivos de cada cor x 100.000.

Quadro 2 – Razão de mortalidade por 100 mil nascidos vivos por cor, segundo região administrativa do Estado de São Paulo para os períodos 1 (2003 a 2008) e 2 (2009 a 2014)

Região administrativa SP	Período	Branca	Preta	Parda	Total
Grande SP	1	40,1	325,1	55,8	39,7
	2	43,5	93,2	45,3	47,1
Araçatuba	1	21,9	268,1	19,9	25,1
	2	25,3	294,1	37,8	38,3
Araraquara	1	22,4	559,4	53,3	28,0
	2	44,6	84,0	44,4	53,6
Baixada Santista	1	64,0	370,4	80,1	55,0
	2	58,7	238,8	74,4	71,4
Barretos	1	19,3	162,6	128,3	40,3
	2	30,3	387,2	71,2	50,9
Bauru	1	35,1	225,2	137,1	39,4
	2	19,1	54,2	37,3	23,7
Campinas	1	23,6	80,9	45,0	26,8
	2	31,5	63,7	43,9	36,5
Franca	1	19,7	268,8	9,5	29,3
	2	12,9	0,0	51,2	20,5
Marília	1	30,6	625,0	77,8	41,0
	2	29,9	253,0	95,6	45,4
Piracicaba	1	30,5	222,0	29,1	34,6
	2	64,0	140,8	64,5	67,1
Presidente Prudente	1	25,3	380,2	114,2	39,6
	2	22,4	0,0	46,2	31,0
Registro	1	9,7	0,0	73,6	24,9
	2	32,3	0,0	36,7	32,7
Ribeirão Preto	1	30,9	135,9	34,5	36,0
	2	21,8	99,8	8,0	23,9
São João da Boa Vista	1	35,5	112,1	67,8	34,8
	2	24,0	58,0	0,0	25,7
São José do Rio Preto	1	15,9	102,7	75,1	20,7
	2	33,6	116,6	26,7	35,3
Sorocaba	1	43,7	166,6	73,4	46,3
	2	39,9	71,6	50,4	42,1
Taubaté	1	29,0	428,7	92,0	38,7
	2	18,8	157,9	32,7	25,6
Total	1	34,7	273,1	58,2	38,0
	2	37,6	101,3	46,2	43,4

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

estado (SIM/SINASC) vê-se que no “período 1” eles eram cerca de 15%, proporção que passou a 1,5% no “período 2”. Vale informar que, em 2011, houve mudança no critério de preenchimento do quesito cor no registro de nascidos vivos; até então preenchido nos itens do recém-nascido, passou a constar no bloco referente aos itens da mãe, o que deve ter contribuído para a redução da mortalidade materna entre as mulheres de cor preta e parda.

Projeto-piloto “Saúde Sexual e Reprodutiva, Vulnerabilidade das Mulheres Negras às DST/Aids”^{III}

A mortalidade materna tem sido um dos indicadores usados nas intervenções do Projeto “Vulnerabilidade da mulher negra: saúde sexual e reprodutiva”¹ para iniciar as discussões com os profissionais das regionais de saúde sobre a maior vulnerabilidade das mulheres negras (de cor preta e parda) frente às questões de saúde sexual e reprodutiva. A primeira reação dos profissionais tem sido de surpresa, a maioria tem expressado que na sua região e seus serviços tais diferenças não ocorrem.

Nesses encontros, propomos o cálculo das RMM com seus próprios dados, diante dos quais esses profissionais expressam surpresa ao constatar se repetir o mesmo em sua região. Reconhecer que as mulheres negras têm maior probabilidade de morrer no período gravídico puerperal é contra o consenso popular que acredita que elas são “boas parideiras” por terem quadril largo e serem “feitas para procriar”⁷.

Com a análise dos casos ocorridos na região, é possível desconstruir a imagem estereotipada de que as mulheres negras pobres “não se cuidam”. Por outro lado, facilita a reflexão sobre o processo de “normalização” que a sociedade

adota, ao considerar normal que mulheres pobres e negras morram, mesmo que seja em decorrência de processos fisiológicos normais.

Verifica-se também que os dados sobre o município de São Paulo podem contribuir para as análises locais: “a hipertensão arterial voltou a ser a primeira causa de óbito de gestantes da raça negra (pretas e pardas), com incidência de 18,7%, seguida pelas hemorragias de 2º/3º trimestres e puerpério, com 11,0% de incidência”⁵. A abordagem desses dados tem propiciado a discussão sobre o racismo institucional e como os profissionais de saúde tem sido coniventes com o atendimento que agrava a já maior vulnerabilidade das mulheres negras.

Assim, a partir da sensibilização inicial, outros indicadores desagregados por cor são também sugeridos para análise.

Essas intervenções têm objetivado, além de dar visibilidade às iniquidades sofridas pelas mulheres negras, estimular para que os profissionais de saúde, especialmente os gestores, encontrem e adotem estratégias que possam garantir maior equidade nos serviços de saúde. Para tanto, considera-se fundamental a participação de articuladores de saúde da população negra, mulher, Atenção Básica e DST/Aids, grupos da vigilância epidemiológica, etc., que permitem que possam ser discutidas além de viabilizar futuras ações¹.

Referências

1. Batista LE, Kalckmann S. (Org). Saúde da População negra: subsídios para ação regional. SES SP, 2010. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/plano-estadual-de-saude/subsidios_para_a_acao_regional.pdf
2. Batista LE. Introdução. In Kalckmann, S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza R. (Org). Nascer no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2010; 21-23.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. [acesso em: 09 fev 2016]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>

^{III} Projeto conjunto do Instituto de Saúde com o CRT/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, composto pelos pesquisadores Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Naila Janilde Seabra Santos, Sara Romero da Silva, Paula de Souza, Analice de Oliveira e Fabíola Santos Lopes.

4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. SIM/SINASC. [acesso em: 12 de maio de 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
5. Comitê Central De Mortalidade Materna - PMSP. Relatório de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - Triênio 2011-2013. São Paulo: Área Técnica Da Saúde Integral da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2014. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MM20112013.pdf>
6. Indexmundi. Mortalidade Materna por país. [acesso em: 10 jun 2016]. Disponível em: [MM/Taxa%20de%20mortalidade%20materna%20por%20país%20-%20Mapa%20Comparativo%20entre%20Países%20-%20Mundo.html](http://www.indexmundi.com/pt/Mapa%20Comparativo%20entre%20Países%20-%20Mundo.html)
7. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saude-soc. 2007; 16 (2), p.146-155
8. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22 (11) :2473-2479. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>.
9. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Públ. 2011; 27(4):623-638.
10. Silva, WM da. Mortalidade materna de adolescentes negras: a invisibilidade da cor. Dissertação [mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
11. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2012; 12 (1): 27-35.
12. Unicer-Brasil. Mortes maternas caem um terço em todo o mundo. Brasília; 2016. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18811.htm.
13. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. 2011; Saúde no Brasil:32-46.
14. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. Bol. Inst. Saúde. 2010;12 (2):143-153.
15. Volochko A. Mortalidade materna: determinantes socio-políticos. In: Kalckmann S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza R (Org). Nascer no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010; p.111-132.